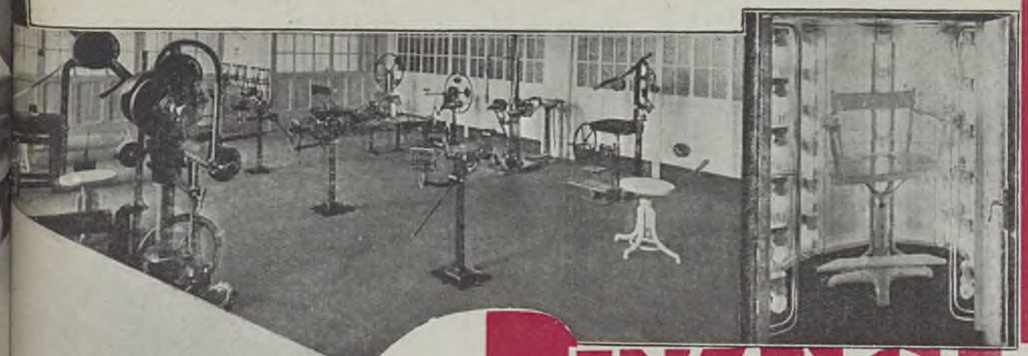


PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH W POLSCE

Nº 10

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Organ Ogólno-Państwowego Zw. Kas Chorych w Polsce
ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 10
WARSZAWA, 1 PAŹDZIERNIKA 1929 R.

TADEUSZ SŁOŃSKI.

ART. 102, 103 i 104 UST. Z DN. 19 MAJA 1920 R. W ŚWIETLE ORZECZNICTWA SĄDÓW I NAJW. TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO.

(Przyczynek do interpretacji).

I.

Art. 103 ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. Ustaw R. P. Nr. 44, poz. 272), aczkolwiek jasno zredagowany i dość wyraźnie wypowiadający zamiar prawodawcy, stał się w praktyce źródłem wielu sporów i procesów, niejednokrotnie zakończonych dopiero w najwyższych instancjach, t. j. w Sądzie Najwyższym i w Najwyższym Trybunale Administracyjnym, których orzecznictwo zawiera cenny materjał interpretacyjny, stanowiący podstawę do ustalenia i ujednostajnienia orzecznictwa niższych instancyj, orzekających w sprawach obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej również uznało za konieczne wypowiedzieć się w przedmiocie wykładni cyt. art. 103 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. (dalej cytowanej jako „ustawa") i wydało wyjaśnienie obowiązujące, na mocy art. 102 ustawy, w reskrypcie z dn. 14 listopada 1924 r. za Nr. 5425/VII (Okólnik Okr. Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie Nr. 103 z dnia 27 listopada 1924 r.).

Zanim jednak stwierdzimy, jakiemi drogami szły wykładnie prawa i orzecznictwo, należy pokrótce przypomnieć zmiany, jakim podlegał tekst art. 103 ustawy, gdyż to ułatwi zrozumienie tego przepisu prawa.

W pierwotnem swem brzmieniu art. 103 ustawy głosił, co następuje: „Ustawa niniejsza" (sc. ustawa z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby) w całej rozciągłości winna objąć swem działaniem terytorjum Rzeczypospolitej w ciągu lat 3-ch od jej opublikowania (t. j. od dnia 9 czerwca 1920 r. — przyp. własny).

Najpóźniej w ciągu tego czasu istniejące w obrębie Rzeczypospolitej powiatowe (względnie miejskie) Kasy Chorych winny zastosować do ustawy niniejszej swoje statuty, wszystkie inne zaś Kasy Chorych, nieodpowiadające typowi, przewidzianemu w art. 1 ustawy, winny rozwiązać się, a członkowie tych Kas stają się członkami powiatowej (względnie miejskiej) Kasy Chorych od dnia rozpoczęcia przez nią działalności na zasadzie niniejszej ustawy.

Ustawa z dnia 6 lipca 1923 r. (Dz. Ustaw R. P. Nr. 75, poz. 589) przedłużyła termin 3-letni, zawarty w ustępie I-ym art. 103 ustawy, do 6 lat, największą jednak zmianę w tekście art. 103 wprowadziła ustawa z dnia 28 września 1926 r. (Dz. Ustaw R. P. Nr. 101, poz. 582), nadając mu brzmienie następujące: „Ustawa niniejsza powinna objąć do dnia 9 czerwca 1936 roku swem działaniem terytorjum Rzeczypospolitej z wyjątkiem części górnośląskiej województwa śląskiego".

Art. 103 ustawy (zwłaszcza w pierwotnem swem brzmieniu) stał się dlatego źródłem wielu sporów, że usiłowano coprawda bezskutecznie ukuć z niego broń, przeciwko wprowadzeniu w życie obowiązku ubezpieczenia przed upływem terminu, w artykule tym ustanowionego, w miejscowościach, gdzie utworzono już Kasy Chorych na zasadzie ustawy z dnia 19 maja 1920 roku, na terytorjum b. zaboru rosyjskiego. Wywodzono nawet wbrew wyraźnym przepisom prawa i oczywistej intencji prawodawcy, że do czasu upływu terminu ustanowionego w art. 103 ustawy, ulega zawieszeniu moc obowiązująca zasadniczego art. 3 ustawy, opierającego ubezpieczenie na wypadek choroby na zasadach powszechnych i obowiązkowości (przymusu), przyczem pracodawcy często powoływali się na fakt zorga-

nizowania w przedsiębiorstwie we własnym zakresie— pomocy lekarskiej dla pracowników.

Orzecznictwo sądowe stanęło w tej kwestji na wysokości zadania nie podzielając wyżej przytoczonych argumentów, pozbawionych zresztą wszelkiego uzasadnienia, a stanowiących broń przeciwników wprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby. Tak więc Sąd Najwyższy (orzeczenie Izby I-ej z dnia 12 sierpnia 1926 r. w spr. I. C. 17/25 Kolegjum Kościelnego Zboru Ewang. Augsburskiego w Warszawie) wyjaśnił, iż termin 6-letni ustalony w art. 103 ustawy, jest terminem prekluzyjnym dla rozpoczęcia działalności na zasadzie tejże ustawy Kas Chorych powiatowych, względnie miejskich, inne zaś kasy, (o ile nie są miejskie albo powiatowe, co do których stosuje się inne zasady), w myśl tegoż przepisu winny się rozwiązać i członkowie ich obowiązani są przejść do Kasy Chorych powiatowej, względnie miejskiej od dnia rozpoczęcia jej działalności, a więc nawet przed upływem 6-letniego terminu, o ile odnośna Kasa Chorych powiatowa albo miejska (jak w danym wypadku Kasa Chorych w Warszawie) wcześniej rozpoczęła swą działalność. Z wyżej przytoczonych zasad Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną Kolegjum Kościelnego, broniącą tezy, że pracownicy Kolegjum nie mogą być pociągnięci do obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasie Chorych m. Warszawy przed upływem terminu, ustanowionego przez art. 103 ustawy.

Wykładnia art. 103 ustawy przez Sąd Najwyższy w cyt. orzeczeniu jest najzupełniej zgodna z wyjaśnieniem obowiązującem, o którem wspomniano wyżej, Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, zawartem w reskrypcie z dnia 14 listopada 1924 r. Nr. 5425/VII. Wyjaśnienie obowiązujące Ministerstwa Pracy i Op. Społ. podkreśliło jedynie dobitniej, że art. 103 ustawy odnosił się wyłącznie do Kas Chorych, działających przed wprowadzeniem w życie polskiej ustawy, a odpowiadających typowi, przewidzianemu w art. 1 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. t. j. do Kas Chorych terytorjalnych i opartych na zasadzie obowiązkowego ubezpieczenia. Natomiast, jak wyjaśniło Ministerstwo, do Kas Chorych miejskich, nieopartych na zasadzie obowiązkowego ubezpieczenia i nieterytorjalnych, jak również do Kas fabrycznych, art. 103 ustawy zastosowania nie ma i do tych Kas, o ile one z chwilą wprowadzenia w życie ustawy polskiej nie zostaną zlikwidowane, stosuje się art. 5 ust. II ustawy, który stanowi, że „ubezpieczenie na wypadek choroby w innych instytucjach ubezpieczeniowych nie zwalnia od obowiązku należenia do Kasy Chorych", na zasadzie tej ustawy utworzonej.

W tem miejscu zaznaczyć wypada, że właściwie ustęp II-gi art. 103-go ustawy w pierwotnem swem brzmieniu odnosić się mógł jedynie do Kas Chorych b. zaboru pruskiego i b. zaboru austrjackiego, tam bowiem tylko w obecnych granicach Rzplitej Polskiej istniały Kasy terytorjalne i oparte na zasadzie powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia, natomiast Kas Chorych tego typu nie było zupełnie na terytorjum b. zaboru rosyjskiego, do którego nie mogły więc mieć zastosowania przepisy art. 103 ustawy odnośnie terminu reorganizacji, względnie likwidacji Kas Chorych. Niewątpliwie za lukę w ustawie z dn. 19 maja 1920 r. uznać należy brak wyraźnego postanowienia, że przepisy ust. II-go art. 103-go mają zastosowanie wyłącznie na obszarach b. zaboru austrjackiego i b. zaboru pruskiego. Takie ograniczenie mocy obowiązującej art. 103-go w przestrzeni — zapobiegałoby, jak można przypuszczać, mylnemu interpretowaniu tego przepisu i rozlicznym sporom na terenie b. zazoru rosyjskiego, wszczynanym bezzasadnie — contra legem — w celu opóźnienia wprowadzenia obowiązku ubezpieczenia.

Słusznie więc prawodawca polski, gdy okres likwidacji, względnie reorganizacji Kas Chorych „starego typu", jeśli się tak można wyrazić, w b. zaborze austrjackim i b. zaborze pruskim został zakończony zmienił ustaz dnia 28 września 1926 r., przytoczoną wyżej, brzmienie art. 103 ustawy, skreślając całkowicie zbędny już ustęp II-gi i ustanawiając do objęcia działaniem ustawy z dnia 19 maja 1920 r. całego terytorjum Rzplitej (oprócz Górnego Śląska) termin 9 czerwca 1936 r. Nie powinno przeto obecnie być kwestjonowanem, że art. 103 ustawy w brzmieniu obecnie obowiązującem ustanowił termin prekluzyjny do zakończenia organizacji sieci Kas Chorych, tam gdzie one jeszcze wcale lub w dostatecznej ilości nie istnieją, (albowiem należy liczyć się z wielu trudnościami przy organizacji Kas, zwłaszcza na obszarach słabo zaludnionych województw wschodnich), jak również niema już obecnie żadnych wątpliwości, że wszystkie osoby, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby stają się członkami Kas Chorych, powszechnych i terytorjalnych, utworzonych na mocy ustawy z dn. 19-go maja 1920 roku, poza któremi nie mogą istnieć żadne inne instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby, w k t ó r y c h ubezpieczenie zwalniałoby od obowiązku ubezpieczenia, unormowanego cytowaną ustawą z d. 19 maja 1920 r. (por. wyrok N. T. A. w spr. Magistratu m. Rzeszowa L. Rej. 342).

Z orzecznictwa sądowego w omawianej materji należy również przytoczyć — poza orzecznictwem Sądu Najwyższego — wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 28 lipca 1925 r. w spr. Nr. 4 Ac548/25 Towarzystwa Akcyjnego warszawskich dróg żelaznych dojazdowych, prawomocny wobec zrzeczenia się skargi kasacyjnej przez wspomniane Towarzystwo.

Wyrok ten jest bardzo ważny ze względu na znaczenie, przyznane przez Sąd wyjaśnieniu obowiązującemu, wydanemu przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej na mocy art. 102 ustawy i odznacza się jasnem ujęciem przedmiotu sporu oraz trafnością motywów. Ustaliwszy, że spór polegał na rozstrzygnięciu pytania prawnego co do znaczenia terminu ustanowionego w art. 103-im ustawy, t. j. czy do upływu tego prekluzyjnego terminu wstrzymuje się działanie art. 3-go ustawy, czy też art. 103-go ma zupełnie inne znaczenie, jak twierdzi pozwana Kasa Chorych m. Warszawy, Sąd Apelacyjny przyszedł do wniosku, „że wszelką w tym względzie wątpliwość rozstrzyga wydane w trybie przewidzianym w art. 102 ustawy z dn. 19 maja 1920 r., a więc o b o w i ą z u j ą c e wyjaśnienie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej następuje przytoczenie cyt. już wyjaśnienia, zamieszczonego w reskrypcie z dnia 14-go listopada 1924 roku Nr. 5425/VII") i uznał żądanie Kasy Chorych m. Warszawy zgłoszenia przez powodowe Towarzystwo pracowników jego do Kasy Chorych za oparte na obowiązujących przepisach i bynajmniej nie przedwczesne— z zasad, przytoczonych w cyt. wyjaśnieniu Min. Pracy i Op. Społ. Natomiast zdaniem Sądu Apelacyjnego nie mogą być brane pod uwagę — wobec przepisu art. 5 p. 2 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. — wszelkie ar-

gumenty powodowego Towarzystwa zmierzające do ustalenia, iż istniejąca organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników powoda jest dla nich o wiele dogodniejsza i że przystępując do Kasy Chorych, znajdą się oni pod tym względem w gorszem położeniu.

Tak więc Sąd Apelacyjny w Warszawie stanął na stanowisku (i orzecznictwo jego zdaje się ustalać w tym kierunku), że wyjaśnienia Ministerstwa Pracy i Op. Społ., wydane w trybie przewidzianym przez art. 102 ustawy, są obowiązujące i rozstrzygające w sporach o prawo cywilne, jakiemi są sprawy sądowe, wytaczane w trybie art. art. 85 i 106 ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Byłoby ze wszech miar pożądane, aby stanowisko Sądu Apelacyjnego w Warszawie zostało przyjęte przez orzecznictwo, a zwłaszcza przez Izbę I-ą Cywilną Sądu Najwyższego, orzekającą w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby, jako Instancja kasacyjna dla całego b. zaboru rosyjskiego, gdyż o ile wiadomo, Sąd Najwyższy dotychczas nie wypowiedział się jeszcze w kwestji interpretacji art. 102 ustawy.

Na tle interpretacji art. 103 ustawy w praktyce sądowej i administracyjnej na specjalną uwagę zasługuje odrębna grupa spraw o ubezpieczenie na wypadek choroby pracowników i funkcjonarjuszów samorządowych, ściślej mówiąc, pracowników i funkcjonarjuszów miejskich.

II.

Kwestja obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników i funkcjonarjuszów samorządowych, a właściwie pracowników i funkcjonarjuszów gmin miejskich, — w powszechnych i terytorjalnych Kasach Chorych, utworzonych i działających na mocy art. 1-go i nast. ustawy z dn. 19 maja 1920 r. nie została jednolicie rozstrzygnięta na całym obszarze Rzplitej Polskiej ze względu na odrębność ustawodawstwa dzielnicowego b. zaboru pruskiego.

Jak wyjaśnił Najwyższy Trybunał Administracyjny w wyroku swym z dnia 23 czerwca 1924 r. w sprawie Magistratu m. Poznania L. Rej. 1038/23, etatowi urzędnicy miejscy na obszarze b. zaboru pruskiego, powołani na urząd przez nominację, należą do kategorji t. zw. pośrednich urzędników państwowych w zrozumieniu odnośnych przepisów prawa pruskiego (ust. z dn. 30 lipca 1883 r. i ust. z dn. 30 lipca 1899), dotychczas jeszcze obowiązujących, a przeto na mocy art. 4-go ust. II-gi ustawy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, jako urzędnicy państwowi, w myśl zasady ubi lex non distinguit, albowiem cyt. art. 4 ust. II-gi ustawy wyłącza z pod obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby wszystkich urzędników państwowych, powołanych do wykonywania urzędu przez nominację. Tak więc rozciągnięcie obowiązku ubezpieczenia na etatowych urzędników miejskich w b. zaborze pruskim uzależnione jest od zmiany charakteru prawnego ich stanowiska i reformy ustroju samorządu, natomiast pracownicy i urzędnicy miejscy kontraktowi, t. zn. zatrudnieni na podstawie umowy najmu pracy, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek ochoroby na zasadach ogólnych.

W b. zaborze austrjackim oraz w b. zaborze rosyjskim pracownicy i funkcjonarjusze samorządowi, niemający, jak wiadomo, charakteru urzędników państwowych, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby — z mocy wyraźnego postanowienia art. 3-go ustawy — w powszechnych i terytorjalnych Kasach Chorych, utworzonych i działających na mocy ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Powyższa teza, najzupełniej zgodna z literą i duchem ustawy, nie odrazu zyskała sobie prawo obywatelstwa, ponieważ niektóre gminy miejskie usiłowały i usiłują obalać ją drogą niewłaściwej i dowolnej interpretacji, niejednokrotnie już cytowanego, art. 103-go ustawy.

Z orzecznictwa sądowego w materji obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich na tle intepretacji art. 103 i 104 ustawy przytoczyć należy orzeczenia Sądu Najwyższego i Najwyższego Trybunału Administracyjnego, przyczem w orzecznictwie Sądu Najwyższego Izba IV zajęła stanowisko całkowicie odosobnione i zupełnie odmienne od Izby I-ej i Najwyższego Trybunału Administracyjnego, których orzecznictwo jest obecnie całkowicie zgodne i ustalone.

B. Izba IV Sądu Najwyższego powołana — przed utworzeniem Najwyższego Trybunału Administracyjnego — do orzekania w charakterze ostatniej instancji w sprawach sporno - administracyjnych, niestety, nie pozostawiła po sobie głębszej i zgodnej z istotnym zamiarem prawodawcy interpretacji cyt. art. 103 ustawy. Orzeczenie tej Izby z dnia 22 lutego 1922 r. w sprawie skargi Magistratu m. Warszawy na decyzję Ministerstwa Spraw Wewnętrznych L. Rej. 529 (Orzecznictwo Sądów Polskich Tom I. Nr. 521), które zapadło wbrew trafnym i głęboko przemyślanym wnioskom Prokuratora, słusznie pozostało odosobnione, gdyż Najwyższy Trybunał Administracyjny i Sąd Najwyższy stanęły na zgoła odmiennem stanowisku i ustaliły właściwą wykładnię art. 103 ustawy, czem niewątpliwie dobrze się zasłużyły sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby.

Prokuratorem, dającym wniosek w omawianej sprawie, był obecny Wiceminister Sprawiedliwości, p. St. Sieczkowski, który, po uznaniu za niesłuszne formalnych zarzutów strony skarżącej, nie mających zresztą znaczenia dla naszego zagadnienia, ustalił, że ze sprawy tej wyłania się zasadnicze pytanie, czy skarżącemu Magistratowi m. Warszawy służy prawo w terminie, przewidzianym w art. 103-im ustawy z dn. 19 maja 1920 r., przystosowania pomocy udzielanej przez tenże Magistrat swoim pracownikom na wypadek choroby, do wymagań tejże ustawy, czy też z chwilą otwarcia Kasy Chorych m. Warszawy, a więc od 1 sierpnia 1920 roku wszyscy pracownicy Magistratu stali się członkami rzeczonej Kasy. Zaznaczywszy następnie, że do istotnych znamion charakterystycznych, składających się w ogólnej sumie na typ ustawowej Kasy Chorych, zaliczyć należy: 1) obowiązkowość ubezpieczenia, 2) powszechność ubezpieczenia, 3) wyłączność Kas Chorych, 4) terytorjalność — w sensie przynależności do wspólnej i ogólnej Kasy Chorych, wszystkich osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na mocy art. 3-go ustawy, złączonych ze sobą wspólnością zatrudnienia na jednem terytorjum (art. 5), oraz 5) odrębność i samoistność organizacyjną Kas Chorych (odrębność osobowości prawnej, własny statut, własne organy władz, pochodzące z wyboru), p. Prokurator Sieczkowski przyszedł do wniosku, że jeśli nawet mogą zachodzić pewne odchylenia w najszerszych granicach tego typu Kas (co do kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia, sposobu i zasad pobierania składek, wewnętrznej organizacji Kas Chorych), nie-

mniej jednak nie mogą w czemkolwiek zniekształcać ogólnego typu Kasy, przedewszystkiem zaś nie mogą zaprzeczać naczelnej zasadzie organizacji Kas Chorych, wyrażonej w art. 1-ym ustawy, a opartej na podstawie terytorjalności ustroju Kas Chorych. Stąd więc wynika, że wszystkie dotychczasowe Kasy Chorych, nieodpowiadające powyższemu typowi, winny ulec likwidacji z chwilą rozpoczęcia na danym terenie działalności Kasy Chorych typu ustawowego. Następnie p. Prokurator Sieczkowski stwierdził, że organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników Magistratu m. Warszawy nie jest proprio sensu Kasą Chorych w zrozumieniu art. 103 ustawy i nie posiada żadnego statutu, wskutek czego nie może być mowy o przystosowaniu statutu „Kasy Magistrackiej" do wymagań ustawy z dn. 19 maja 1920 r., skoro w danym wypadku niema ani Kasy Chorych, ani statutu. Jedynym przeto logicznym wnioskiem, zgodnym z ustawą, jest uznanie pracowników i funkcjonarjuszów samorządu m. Warszawy za obowiązkowo ubezpieczonych członków Kasy Chorych m. Warszawy od dnia rozpoczęcia przez tę Kasę swej działalności, zwłaszcza wobec żądania Ministra Pracy i Op. Społ., wystosowanego do Magistratu m. Warszawy, ubezpieczenia pracowników w Kasie Chorych m. Warszawy. Z tych wszystkich zasad p. Prokurator Sieczkowski wnosił o oddalenie skargi Magistratu.

Żałować wypada, że słuszne i głębokie uzasadnienie wniosku Prokuratora nie zdołało przekonać Sądu i nie stało się częścią składową motywów orzeczenia. Omawiane orzeczenie b. Izby IV-tej Sądu Najwyższego z dn. 22 lutego 1922 r. uznało instytucję pomocy lekarskiej, istniejącą w mieście Warszawie dla pracowników miejskich, za miejską Kasę Chorych, która do dnia 9 czerwca 1923 r. ma czas na przekształcenie się w zastosowaniu do ustawy z dn. 19 maja 1920 r. lub rozwiązanie się. Skoro nowa Kasa Chorych (t. zn. Kasa Chorych m. Warszawy) powstała, z faktem tym — zdaniem Sądu Najwyższego — trzeba się liczyć i obie te Kasy do dnia 9 czerwca 1923 r. lub do czasu wcześniejszego zwinięcia dotychczasowej miejskiej pomocy lekarskiej — muszą istnieć równorzędnie, a takiemu rozstrzygnięciu — wyjaśnia Sąd Najwyższy — bynajmniej nie przeczy art. 104 ust. b. ustawy, jako dotyczący tylko tych miejscowości, gdzie nie istnieją powiatowe wzgl. miejskie Kasy Chorych typu, przewidzianego w nowej ustawie lub nadające się do zastosowania się do tej ustawy, w przeciwnym bowiem razie, jak mniema Sąd Najwyższy, art. 104 byłby wyraźnie sprzeczny z art. 103 ustawy. Powodując się temi zasadami Izba IV Sądu Najwyższego uchyliła zaskarżoną decyzję Ministra Spraw Wewnętrznych, unieważniającą uchwałę Rady Miejskiej m. Warszawy w sprawie odrzucenia wniosku Magistratu o przystąpienie do Kasy Chorych m. Warszawy. Omawiane orzeczenie Izby IV-ej Sądu Najwyższego jest niewątpliwie sprzeczne z podstawowemi zasadami ubezpieczenia na wypadek choroby, na których opiera się ustawa z dn. 19 maja 1920 r., a które tak głęboko ujął w swym wniosku p. Prokurator Sieczkowski, w szczególności zaś jest niezgodne z art. 1-ym ustawy i daje nieodpowiadającą zamiarowi prawodawcy wykładnię art. 103 ustawy. Nie da się obronić teza Izby IV-ej Sądu Najwyższego, że na jednem terytorjum po wejściu w życie ustawy z dn. 19 maja 1920 r. muszą istnieć — do czasu upływu terminu, określonego w art. 103-cim, równorzędnie dwie Kasy Chorych. Mylnym też jest pogląd Sądu Najwyższego co do charakteru i znaczenia terminu, ustanowionego w art. 103-cim. Jak trafnie podkreślił w swym wniosku p. Prokurator Sieczkowski, termin 3-letni z art. 103-go ustawy jest terminem prekluzyjnym, udzielonym nie pracodawcom, ani pracownikom, lecz wyłącznie wykonawcy ustawy, Ministrowi Pracy i Op. Społ., i w dodatku jest terminem ulgowym w tem znaczeniu wszakże, „że wyzyskanie go w całości lub odpowiednie zredukowanie tego czasokresu nie jest uzależnione od woli pracodawców, czy pracowników, lecz uwarunkowane mniejszemi lub większemi trudnościami w zorganizowaniu przez powołane do tego władze — Kas Chorych typu ustawowego i stopniem możliwości natychmiastowego przejęcia przez Kasę ustawową członków Kas nieterytorjalnych". Nieuzasadnione wnioski Sądu Najwyższego wypływały z mylnej przesłanki, jakoby organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników miejskich Magistratu były miejską Kasą Chorych w zrozumieniu art. 103 ustawy, przyczem charakterystyczny jest odnośny ustęp z motywów, w którym Sąd Najwyższy wypowiada się, iż „kwestjonowanie, że Kasa Chorych, utrzymywana przez władze samorządowe miejskie dla potrzeb mieszkańców, choćby nie wszystkich tegoż miasta, ma charakter Kasy miejskiej, byłoby zaprzeczeniem oczywistości". Podobne wywody nie stanowią właściwie żadnego uzasadnienia tezy Sądu Najwyższego i zupełnie nie liczą się z rzeczywistością, gdyż żadnej Kasy Chorych przecież nie było na terenie miasta Warszawy przed powstaniem (ustawowej) Kasy Chorych m. Warszawy.

Izba IV Sądu Najwyższego nie liczyła się zupełnie z tą okolicznością, że stricto sensu ustęp II-gi art. 103-go ustawy miał zastosowanie jedynie na obszarach b. zaboru austrjackiego i b. zaboru pruskiego, tam bowiem tylko z całego terytorjum Rzplitej Polskiej istniały Kasy Chorych we właściwym tego słowa znaczeniu (por. przytoczone wyżej wywody w rozdziale 1-ym). Dowodzi tego wydanie przez Ministra Pracy i Opł Społ. dwuch Rozporządzeń tylko dla wspomnianych dwuch dzielnic Rzplitej w sprawie wprowadzenia ustawy z dn. 19 maja 1920 r.; z dn. 1 czerwca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 316) — dla b. zaboru austrjackiego oraz z dn. 27 lipca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 88 poz. 578) — dla b. zaboru pruskiego, ustalających termin i tryb reorganizacji, wzgl. likwidacji Kas Chorych istniejących na wspomnianych terytorjach, natomiast niema takich przepisów dla b. zaboru rosyjskiego. Minister Pracy i Op. Społ. słusznie nie uznał za wskazane i konieczne wydanie takich przepisów dla b. zaboru rosyjskiego, gdyż tam właściwie przed wydaniem ustawy z dn. 19 maja 1920 r. nie było Kas Chorych w zrozumieniu art. 103 ustawy.

Rzecznikom Kas Chorych, prowadzącym sprawy sądowe z gminami miejskiemi o ubezpieczenie na wypadek choroby pracowników miejskich, gorąco polecić wypada wzmiankowany wniosek Prokuratora Sieczkowskiego, zamieszczony in extenso pod Nr. 521 tomu I-go wydawnictwa „Orzecznictwo Sądów Polskich", jak zawierający wiele tez do obrony. Cyt. orzeczenie b. Izby IV-tej Sądu Najwyższego stanowi jedną z tych nielicznych kart w kronice naszego orzecznictwa, której należałoby życzyć zniknięcia w mroku zapomnienia. Zresztą, jak zaznaczono już wyżej, wspomniane orzeczenie z dn. 22 lutego 1922 r. pozostało całkowicie odosobnionym fragmentem i orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego oraz Izby I-ej Sądu

Najwyższego rozstrzygnęło kwestję obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich całkowicie odmiennie, zgodnie z literą i duchem ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego dotyczyło ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników gmin miejskich b. zaboru austrjackiego, jednak ma ono również znaczenie i dla b. zaboru rosyjskiego, albowiem dla obu tych dzielnic obowiązują jednakowe zasady co do obowiązku ubezpieczenia pracowników i funkcjonarjuszów samorządowych na wypadek choroby. Z wyroków N. T. A. należy przytoczyć wyroki następujące:

Wyrok w sprawie Magistratu m. Rzeszowa z dnia 30 października 1923 r. L. Rej. 342/22, wyrok w sprawie Magistratu m. Lwowa z dnia 23 marca 1927 r. L. Rej. 1761/25 (ogł. pod Nr. 370 tomu VI-go wyd. O. S. P.) oraz wyrok z dnia 4 maja 1928 r. L. Rej. 900/26, w spr. Magistratu m. Kałusza.

N. T. A. ustalił, że do funkcjonarjuszów samorządowych, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby na mocy art. 3 ustawy, należą również urzędnicy samorządowi, przyczem obowiązek ubezpieczenia, ustanowiony w cyt. art. 3-cim, powstał dla wszystkich wymienionych w tym artykule kategorji osób ipso iure zasadniczo już z dniem ogłoszenia ustawy z dnia 19 maja 1920 r., a więc dnia 9 czerwca 1920 r. i jest wobec tego bez znaczenia dla zaistnienia tego obowiązku porządek, w jakim te kotegorje osób zostały w tymże artykule wyszczególnione. Dalej wyjaśnił N. T. A., iż wykonanie tego obowiązku, t. j. ubezpieczenie jako takie przez nabycie członkostwa Kasy Chorych, uzależnione jest z natury rzeczy od utworzenia względnie istnienia przewidzianych przez ustawę Kas Chorych, może zatem nastąpić najwcześniej dopiero z chwilą rozpoczęcia działalności terytorjalnie właściwych Kas Chorych (gdyż innych Kas, niż obejmujące wszystkie osoby, wymienione w art. 3 ustawy, a zatrudnione na danem terytorjum, ustawa nie uznaje), zorganizowanych na zasadzie tej ustawy (art. 5 i 103), o ile Minister Pracy i Opieki Społ. nie skorzysta z prawa, służącego mu na mocy art. 104 ustawy i nie ustali dla poszczególnych kategorji osób, podlegających na mocy art. 3 ustawy obowiązkowi ubezpieczenia, innych terminów, w których winny być one przez Kasy Chorych kolejno pociągane do obowiązku ubezpieczenia. Następnie N. T. A. dał wyczerpującą interpretację art. 104 ustawy, co będzie przedmiotem następnego rozdziału. Tezy, ustalone przez N. T. A., są słuszne i niewątpliwie odpowiadają zamiarowi prawodawcy, dla ścisłości jednak zaznaczyć się godzi, iż N. T. A., wydając swój wyrok w dniu 23 marca 1927 r., z którego głównie wybrano przytoczone zasady prawne, nie uwzględnił noweli z dnia 28 września 1926 r. omawianej w rozdziale I-ym, zmieniającej brzmienie art. art. 103 i 104 ustawy.

Nowelizacja tych przepisów ustawy nie wpłynęła wprawdzie na wysnucie z nich wniosków interpretacyjnych, odmiennych od ustalonych przez N. T. A., jednak, — pro futuro — uznać należy, iż nowe brzmienie art. 103 ustawy nie powinno już wzbudzać wątpliwości przy interpretacji, jak to miało miejsce przed wydaniem noweli z dn. 28 września 1926 r. Obecnie art. 103 ustawy, jak wykazano wyżej, ustanawia prekluzyjny termin do dnia 9 czerwca 1936 roku dla urzeczywistnienia obowiązku ubezpieczenia na całym obszarze Rzplitej Polskiej (oprócz Górnego Śląska) przez objęcie tego terytorjum działaniem ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Z orzecznictwa sądowego b. zaboru rosyjskiego (jak wiadomo, na mocy art. 106 ustawy, w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby w b. zaborze rosyjskim, za wyjątkiem sporów o świadczenia, poddanych Komisjom Rozjemczym, obecnie orzekają powszechne sądy cywilne) zanotować należy wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 kwietnia (4 maja 1928 roku w sprawie Nr. 4 Ac 869/26 Magistratu m. Białegostoku, o ubezpieczenie na wypadek choroby w Pow. Kasie Chorych w Białymstoku pracowników samorządu miejskiego miasta Białegostoku oraz orzeczenia Izby I-ej Sądu Najwyższego). Sąd Apelacyjny zatwierdził zaskarżony przez Magistrat wyrok Sądu Okręgowego, oddalający powództwo Magistratu, żądające uchylenia orzeczenia Zarządu Pow. Kasy Chorych w Białymstoku w przedmiocie ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników powoda oraz uznania, że pracownicy ci do upływu terminów, przewidzianych w art. 103 ustawy, wolni są od ubezpieczenia na wypadek choroby w Pow. Kasie Chorych w Białymstoku. Odmienne jednak były motywy wyroków obu instancyj wyrokujących. Gdy bowiem Sąd Okręgowy niewłaściwie umotywował oddalenie powództwa, uznając, iż art. 103 ustawy niema w danym wypadku zastosowania, jako mający na względzie Kasy Miejskie już istniejące w chwili wydania ustawy z dn. 19 maja 1920 r., a Kasa Miejska (właściwie należałoby użyć określenia „Magistracka") w mieście Białymstoku zaistniała dopiero w dniu 2 grudnia 1921 roku, czyli błędnie zakwalifikował Sąd Okręgowy organizację miejskiej pomocy lekarskiej jako Miejską Kasę Chorych w zrozumieniu art. 103-go ustawy, to Sąd Apelacyjny rozważył zasadnicze pytanie, jakiego rodzaju organizacje pomocy lekarskiej korzystają z „dobrodziejstwa" (jak głoszą motywy wyroku) ustępu II-go art. 103 ustawy?

Powodując się zasadami, wyrażonemi w cyt. już wyrokach Najw. Trybunału Administracyjnego: z dnia 30 października 1923 r. w sprawie Magistratu m. Rzeszowa oraz z dnia 23 marca 1927 r. w sprawie Magistratu m. Lwowa, Sąd Apelacyjny orzekł, iż art. 103 ustawy oraz uzupełniające go akty prawodawcze, prolongujące przewidziany w nich termin do 1936 roku, dotycząc tylko takich Kas (Chorych) Miejskich i Powiatowych, które działaniem swem obejmują całą ludność miasta lub powiatu, a nie takich, które przeznaczone są tylko dla pracowników samorządu miejskiego lub powiatowego, wskutek czego organizacja pomocy lekarskiej w mieście Białymstoku, jako przeznaczona wyłącznie dla pracowników samorządu miejskiego (niezależnie nawet od uznanej przez Sąd Okr. za miarodajną w sprawie chwili jej powstania) nie odpowiada przepisom art. 103 ust. II-gi ustawy i z „dobrodziejstwa" tego przepisu korzystać nie może. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, orzeczenie b. Izby IV-ej Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 1922 r., wyżej szczegółowo omówione, nie może być miarodajne, jako dawniejsze i mniej odpowiadające istotnemu zamiarowi prawodawcy, który dążył do tego, aby wszystkim, objętym ustawą Kasy klasom ludności zapewnić pomoc lekarską, a nie jednej tylko ich grupie.

Od wspomnianego wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie odwołał się Magistrat m. Białegostoku

ze skargą kasacyjną do Sądu Najwyższego, zarzucając Sądowi Apelacyjnemu obrazę art. art. 1 i 103 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Sąd Najwyższy — po rozpoznaniu sprawy na posiedzeniu Izby I-ej w dniu 7 czerwca 1929 r. (Akta Nr. I. C. 2179/28) — oddalił skargę kasacyjną, przytaczając w motywach orzeczenia, że stosownie do wyraźnego brzmienia ustępu II-go art. 103 ustawy (którego moc obowiązująca, oznaczona początkowo na okres trzyletni, przedłużona została następnie ustawą z dnia 6 lipca 1923 roku Dz. Ust. Nr. 75, poz. 589 do dn. 9 czerwca 1926 r.) prawo dostosowania swoich statutów do przepisów tejże ustawy, skutkujące zawieszenie do wspomnianej daty dn. 9 czerwca 1926 r. obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasach Chorych, zorganizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 maja 1920 r., służyło tylko takim Kasom Chorych, które odpowiadały typowi, przewidzianemu w art. 1 ustawy, a więc posiadały cechy nietylko terytorjalności, lecz również i powszechności. W tym stanie rzeczy Sąd Najwyższy uznał wyrok Sądu Apelacyjnego za słuszny i znajdujący całkowite oparcie w przepisach art. 1, 3, 5 i 103 ustawy z dnia 19 maja 1920 r.

Omawiane orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie Magistratu m. Białegostoku, aczkolwiek może zbyt lakoniczne w swem uzasadnieniu w stosunku do ważności rozstrzyganego sporu, jest najzupełniej słuszne i o tyle charakterystyczne, że uznaje za całkowicie trafny i zgodny z ustawą wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, który wyraźnie odstąpił od błędnego poglądu b. Izby IV-ej Sądu Najwyższego, wyrażonego w powołanem wyżej orzeczeniu z dn. 22.II.1922 r. (o czem wyżej). Płynie stąd wniosek, że obecnie Sąd Najwyższy zasadniczo stanął, podobnie jak i Najwyższy Trybunał Administracyjny, na stanowisku zupełnie odmiennem w kwestji interpretacji art. 103 ustawy od b. Izby IV-ej, lecz na stanowisku zupełnie słusznem, kierując się nietylko literą prawa, ale wykazując również zrozumienie ducha ustawy z dnia 19 maja 1920 r. i istotnego zamiaru prawodawcy.

Dowodem ustalenia się orzecznictwa Izby I-ej Sądu Najwyższego w omawianej kwestji, jest orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie Magistratu m. Lublina z dnia 7 czerwca 1929 r. (Akta Nr. I. C. 360/29), bardziej wyczerpująco uzasadnione od poprzedniego.

Sąd Apelacyjny w Lublinie, odmiennie od Sądu Apelacyjnego w Warszawie, i mylnie uznał pociągnięcie pracowników samorządu miejskiego m. Lublina do obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w Powiatowej Kasie Chorych w Lublinie za przedwczesne przed upływem terminu, przewidzianego przez art. 103 ustawy. Na skutek skargi kasacyjnej Powiatowej Kasy Chorych w Lublinie Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z powodu obrazy art. 103 ustawy, wypowiadając w motywach szereg ważnych tez, w których dopatrzeć się można pewnego wpływu orzecznictwa Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

W omawianem orzeczeniu Sąd Najwyższy uznał za niesłuszny wniosek Sądu Apelacyjnego w Lublinie co do przedwczesności żądania ubezpieczenia w Pow. Kasie Chorych w Lublinie pracowników Lubelskiego samorządu miejskiego przed upływem terminu, ustanowionego w art. 103 ustawy ,albowiem — zdaniem Sądu Najwyższego — z brzmienia art. 1 ustawy z dnia 28 września 1926 r. (Dz. Ustaw Nr. 101, poz. 582) bynajmniej nie wynika, by rozciągnięcie obowiązku ubezpieczenia w Kasach Chorych, zorganizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 maja 1920 r., na pracowników, korzystających w razie choroby ze świadczeń innych Kas Chorych lub zbliżonych do nich organizacji pomocy lekarskiej, zostało odroczone do dn. 9 czerwca 1936 r. Wykładnia taka pozostawałaby w oczywistej sprzeczności z przepisami ust. I i II art. 5-go ustawy z dn. 19 maja 1920 r., z mocy których ubezpieczenie na wypadek choroby w innych instytucjach ubezpieczeniowych nie zwalnia pracowników od obowiązku ubezpieczenia w Kasie Chorych, utworzonej na podstawie cytowanej ustawy z dnia 19 maja 1920 r.

Wreszcie Sąd Najwyższy wyjaśnił, co ma nader doniosłe znaczenie dla praktyki sądowej i wogóle dla interpretacji art. 103-go ustawy, iż uchylenie przez powołaną ustawę z dnia 28 września 1926 r. ustępu II-go art. 103 ustawy (ob. wyżej wzmiankę o nowelizacji tego artykułu) może mieć tylko to znaczenie, że z dniem 9 czerwca 1926 r. (t. j. z dniem uzyskania mocy obowiązującej przez ustawę z dnia 28 września 1926 r. — przyp. własny) wygasło prawo do zastępczego ubezpieczenia pomienionych pracowników w takich Kasach Chorych, których istnienie przedłużono początkowo do dnia 9 czerwca 1923 r., a następnie do dn. 9 czerwca 1926 r., oraz które posiadały cechy Kasy Chorych w rozumieniu wspomnianego wyżej ust. II art. 103-go. Od daty 9 czerwca 1926 r., przeto — zdaniem Sądu Najwyższego — bezwzględnie istniał obowiązek ubezpieczenia pracowników miejskiego samorządu Lubelskiego w Powiatowej Kasie Chorych w Lublinie, do tej zaś daty pociągnięcie owych pracowników do obowiązku takiego ubezpieczenia mogło być uznane za przedwczesne jedynie w razie, gdyby organizacja pomocy lekarskiej utworzona przez Magistrat m. Lublina, obejmująca tychże pracowników posiadała cechy Kasy Chorych, w rozumieniu wspomnianego wyżej ust. II-go art. 103 ustawy, czego Sąd Apelacyjny nie rozważył i nie ustalił, wskutek czego wyrok jego został przez Sąd Najwyższy uchylony.

Na tem miejscu nie można raz jeszcze nie wspomnieć, o czem już wzmiankowano wyżej, ile komplikacji w praktyce spowodowała niezbyt ścisła redakcja art. 103 ust. II-go ustawy, niezawierająca wyraźnego postanowienia, że przepisy tego ustępu stosują się jedynie do Kas Chorych „starego typu" na obszarach b. zaborów austrjackiego i pruskiego. Prawidłowa redakcja tego przepisu pozwoliłaby uniknąć bezprzedmiotowych rozważań, czy istniały w b. zaborze rosyjskim przed wydaniem ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Kasy Chorych, zorganizowane na zasadach powszechności i terytorjalności, skoro jest faktem notorycznie znanym, iż takich sensu stricto Kas Chorych w owym czasie wcale tam nie było.

Tak więc Sąd Najwyższy w obu omawianych orzeczeniach dał nareszcie wykładnie przepisów art. 103 ustawy (idąc naogół drogą wytkniętą już przez orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego), co ma doniosłe znaczenie praktyczne i otwiera dla Kas Chorych z b. zaboru rosyjskiego drogę do pokonania prawem tych Magistratów, które usiłowały walczyć z obowiązkiem ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich w powszechnych i terytorjalnych Kasach Chorych za pomocą błędnej interpretacji art. 103 ustawy.

Na tem zakończyć wypadnie przegląd orzecznic-

twa w sprawie obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich oraz interpretacji art. 103 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Jak wynika z rozbioru przytoczonych orzeczeń i wyroków, można uważać orzecznictwo w tej materji za zupełnie ustalone i, co dobitnie podkreślić należy, za całkowicie zgodne ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Op. Społecznej.

Wolno mniemać, że z cytowanych na tem miejscu orzeczeń może zaczerpnąć niejedną trafną i głęboką myśl zarówno teorja, jak i praktyka ubezpieczeń społecznych, co przyczyni się do pogłębienia interpretacji i lepszego zrozumienia przepisów, normujących ubezpieczenie na wypadek choroby.

III.

Z kolei przystąpić wypada do rozważenia przepisów art. 104-go ustawy, będącego w ścisłym związku z art. 103-im powyżej szczegółowo omówionym. Art. 104 również ma swoją historję i był dwukrotnie nowelizowany. Pierwotne jego brzmienie było następujące:

„W ciągu lat 3, to jest do czasu wejścia w życie w całej rozciągłości ustawy niniejszej, Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej przysługuje prawo:

a) wydawania szczegółowych przepisów wykonawczych i przechodnich do ustawy niniejszej,

b) decyzji co do kolejności organizowania Kas Chorych na terytorjum Rzeczypospolitej Polskiej,

c) decyzji co do kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategoryj osób, objętych artykułem 3-im ustawy, oraz decyzji co do terminu wprowadzenia świadczeń dla rodzin".

Ustawa z dnia 6 lipca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 75, poz. 589) przedłużyła do 6-ciu lat termin 3 letni, ustanowiony w ustępie pierwszym art. 104-go ustawy (analogicznie do przedłużenia terminu ustanowionego w art. 103-im ustawy), lecz największą zmianę w tekście art. 104-go wprowadziła wzmiankowana wyżej nowela z dnia 28 września 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 101, poz. 582), nadając mu brzmienie następujące: „Do dnia 9 czerwca 1936 r. Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej przysługuje prawo decyzji co do kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategoryj osób, objętych artykułem 3-im ustawy niniejszej". Zaznaczyć należy, że wspomniana ustawa z dnia 28 września 1926 r. weszła w życie z dniem ogłoszenia czyli z dniem 13 października 1926 r., lecz z mocą obowiązującą od dnia 9 czerwca 1926 r.

Pierwotny tekst art. 104-go ustawy, podobnie jak i pierwotny tekst art. 103-go, pozostawiał wiele do życzenia i był częstokroć mylnie interpretowany. Wobec postanowień ustępu 2-go art. 102-go ustawy, stanowiącego, iż Minister Pracy i Opieki społecznej wydaje przepisy wykonawcze w celu urzeczywistnienia ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz wyjaśnienia obowiązujące, art. 104 właściwie zawierał w ustępach „a" i „b" zupełnie zbędne postanowienia o uprawnieniach tegoż Ministra do wydawania przepisów wykonawczych i przechodnich, tudzież o decydowaniu co do kolejności organizowania Kas Chorych; słusznie więc nowela z dnia 28 września 1926 r. pozostawiła w art. 104-ym jedynie to, co stanowiło jego istotną treść, a mianowicie uprawnienie Ministra Pracy i Opieki Społecznej (ograniczone terminem 9-go czerwca 1936 r.) decydowania o kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategoryj osób, objętych artykułem 3-im ustawy.

Z przepisów całkowicie zbędnego ustępu „b" art. 104-go w pierwotnej jego redakcji b. Izba IV Sądu Najwyższego w cyt. orzeczeniu z dnia 22 lutego 1922 r. L. rej. A. 529 (poz. wyżej rozdział II-gi) usiłowała coprawda niesłusznie zaczerpnąć argument o dopuszczalności współczesnego istnienia na jednem terytorjum dwuch Kas Chorych: miejskiej (właściwie „magistrackiej") i ogólnej terytorjalnej do czasu upływu terminu, określonego w art. 103-im i 104-ym ustawy. Nowela z dnia 28 września1926 r. nadała art. 104-mu ustawy brzmienie bardziej jasne i lepiej odpowiadające istotnemu zamiarowi prawodawcy.

Art. 104-y ustawy często był błędnie interpretowany w ten sposób, że twierdzono jakoby powstanie obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby poszczególnych kategoryj osób, wymienionych w art. 3-im ustawy, było zależne od ustalenia kolejności pociągania ich do tego obowiązku przez Ministra Pracy i Opieki społecznej na zasadzie art. 104-go ust. „c" ustawy.

Bezzasadność i wadliwość podobnej interpretacji art. 104-go ustawy podkreślił Najwyższy Trybunał Administracyjny w (omawianym już w rozdziale II-gim) zasadniczym wyroku z dnia 23 marca 1927 r. w sprawie Magistratu m. Lwowa. N. T. A. wyjaśnił, że art. 104 ustawy daje Ministrowi Pracy i Opieki społecznej tylko prawo i to czasowo ograniczone do ustalenia kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategoryj osób, objętych artykułem 3-im ustawy, nie nakłada zaś na Ministra takiego obowiązku i nie stwarza podmiotowego prawa stron do żądania takiego ustalenia, z czego wynika, że taka decyzja, wydanie której pozostawia ustawa swobodnemu uznaniu Ministra, nie może być istotnym warunkiem dla powstania zasadniczego obowiązku ubezpieczenia, ustalonego już w art. 3-im ustawy, a może tylko dotyczyć terminu wprowadzenia tego obowiązku w życie.

Tak więc zdaniem N. T. A. ustalenie kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia nie jest równoznaczne z ustaleniem obowiązku ubezpieczenia, a przeciwnie opiera się na istnieniu zasadniczego obowiązku ubezpieczenia wszystkich kategoryj osób, wymienionych w art. 3-im ustawy i oznacza tylko kolejny porządek, w jakim te kategorje osób mają być pociągane do obowiązku ubezpieczenia. Następnie wyjaśnił N. T. A., że gdyby trafnem było stanowisko skargi Magistratu m. Lwowa, wywodzącego, iż powstanie obowiązku ubezpieczenia wogóle uzależnione jest od ustalenia kolejności pociągania do tego obowiązku, to niewydawanie przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej takiej decyzji w oznaczonym czasokresie musiałoby skutkować zwolnienie poszczególnych kategoryj osób od obowiązku ubezpieczenia wogóle, czego ustawa poza wypadkami art. 4-go wcale nie przewiduje. Niewydawanie takiej decyzji, względnie nieustalenie takiej kolejności może więc mieć tylko ten skutek, że wszystkie kategorje osób, objętych art. 3-im ustawy, a więc podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, winny być równocześnie pociągnięte do spełnienia tego obowiązku.

Izba I Cywilna Sądu Najwyższego również stanęła na stanowisku, że decydowanie o kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategoryj osób, objętych art. 3-im ustawy, na mocy art.

104-go ustawy, jest prawem, lecz nie obowiązkiem Ministra Pracy i Opieki Społecznej, jednak dla braku miejsca nie możemy tutaj szerzej omawiać tego orzecznictwa, z którego zresztą należy wyprowadzić takie same wnioski, do jakich doszedł N. T. A.

Oczywiście odroczenie obowiązku ubezpieczenia może dotyczyć jedynie tych kategoryj osób, których do tego obowiązku jeszcze nie pociągnięto. Minister Pracy i Opieki Społecznej w reskrypcie z dn. 13 listopada 1924 r. za Nr. 5004/VII wyjaśnił, że art. 104 ust. c. ustawy z dn. 19 maja 1920 r. przewiduje wprawdzie możność odroczenia pociągnięcia do obowiązku ubezpieczenia tej lub innej kategorji nie uprawnia jednak do zwalniania od tego obowiązku osób już do tego obowiązku pociągniętych przy nadawaniu statutu danej Kasie.

Tak więc, skoro w statucie danej Kasy Chorych czasowo nie wyłączono żadnej kategorji osób, wymienionych w art. 3-im ustawy, od obowiązku ubezpieczenia, przeto należy uznać, że wszystkie osoby zatrudnione na podstawie stosunku służbowego lub roboczego, a podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na mocy art. 3-go ustawy stają się członkami Kasy Chorych od dnia jej powstania. Pozatem obowiązkowo ubezpieczeni, których stosunek służbowy lub roboczy powstał już po otwarciu Kasy Chorych, stają się członkami Kasy od dnia rozpoczęcia zatrudnienia, uzasadniającego członkowstwo, zgodnie z wyraźnym nakazem art. 10-go ustawy.

Trzeba przyznać, że Minister Pracy i Opieki Społecznej bardzo oględnie i w niewielkim stosunkowo zakresie skorzystał z uprawnień, przyznanych mu przez art. 104 ustawy, odraczając obowiązek ubezpieczenia tylko dla pracowników i robotników rolnych i leśnych oraz służby domowej, w gospodarstwach wiejskich. Jednak obowiązek ubezpieczenia tej kategorji osób nie został jednolicie unormowany na całym obszarze Rzplitej. W b. zaborze pruskim pracownicy rolni i leśni oraz służba domowa w gospodarstwach wiejskich podlega całkowicie obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby na zasadach ogólnych, podobnie jak podlegała przed wejściem w życie ustawy z dnia 19 maja 1920 r. W b. zaborze austrjackim na mocy Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 stycznia 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 18, poz. 149) obowiązek ubezpieczenia pracowników i robotników rolnych i leśnych oraz służby domowej w gospodastwach wiejskich obszaru poniżej 75 ha odroczony został od dnia 1 lutego 1922 r. do czasu upływu terminu, określonego w art. 104-ym ustawy. Wreszcie w b. zaborze rosyjskim obowiązek ubezpieczenia wszystkich pracowników i robotników rolnych i leśnych oraz służby domowej w gospodarstwach wiejskich został odroczony do czasu określonego w art. 104-ym ustawy, a pracownicy ci przy nadawaniu statutów poszczególnym kasom chorych są wyłączani z pośród osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na mocy art. 3 ustawy w danej Kasie Chorych.

IV.

Z przytoczonych orzeczeń, wyjaśnień i wywodów widać, jak wiele sporów i nieporozumień powstało na tle interpretacji analizowanych przez nas tekstów ustawy z dnia 19 maja 1920 r., a w szczególności art. art. 103-go i 104-go, mających tak doniosłe znaczenie dla urzeczywistnienia w Polsce obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. Orzecznictwo Sądów i Najwyższego Trybunału Administracyjnego tudzież wyjaśnienia obowiązujące Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej ustaliły prawidłową i rzec można, zgodną z zamiarem prawodawcy wykładnię wspomnianych przepisów prawa i powinny nietylko ratione auctoritatis lecz także auctoritate rationis swoich motywów przekonać wszystkich zwolenników odmiennych poglądów na sens i znaczenie przepisów art. art. 102, 103 i 104 ustawy. „Opozycji" tej zresztą wartoby przypomnieć rzymską maksymę znakomitego Celsusa: „Scire leges non hoc est verba earum tenere, sed vim ac potestatem".

Autor niniejszego artykułu nie silił się bynajmniej o całkowite zebranie i wyczerpanie materjału, a zwłaszcza wszystkich orzeczeń, dotyczących naszego zagadnienia, gdyż to wymagałoby napisania całej rozprawy i bardziej kompetentnego pióra; starał się jednak uwypuklić i ująć syntetycznie zasadnicze sporne kwestje, bardzo ważne dla Kas Chorych, a często źle rozumiane w praktyce.

Jeśli ta skromna praca przyczyni się do spopularyzowania prawidłowej wykładni wspomnianych przepisów ustawy z dnia 19 maja 1920 r. oraz do większego zainteresowania się osób, pracujących w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, orzecznictwem sądowem, będącem wszak prawdziwą kuźnią żywego prawa, to skromny wysiłek piszącego te słowa będzie hojnie wynagrodzony.

Dr. M. KACPRZAK.

LEKARZE W POLSCE[1])

W ostatnich latach, w związku z alarmującemi wieściami o pauperyzacji stanu lekarskiego, zaczęto coraz częściej ogłaszać różne materjały liczbowe o lekarzach. Trzeba przyznać, że ścisłością liczby te naogół nie odznaczają się, a niekiedy są wprost fantastyczne. Rzut oka na załączone tablice (patrz tabl. II), zawierające dane, najbardziej zgodne między sobą — urzędowe, jest pod tym względem najbardziej przekonywujący. Tłumaczy się to z jednej strony trudnością w otrzymaniu liczb zupełnie pewnych w tej sprawie z drugiej strony osobistem zabarwieniem piszących, którzy zazwyczaj mają na względzie rozwiązanie sprawy lekarskiej, podanie jakiegoś remedium (patrz tablica I i II).

Jeżeli mowa o zaopatrzeniu ludności pod względem pomocy lekarskiej należy wziąć pod uwagę spis urzędowy, dane z poszczególnych Izb Lekarskich, które z wielu względów wydają mi się najdokładniej odzwierciadlającemi pomoc lekarską, wreszcie dane Departamentu Służby Zdrowia, ogłoszone w roczniku Statystyki za rok 1928. Według pierwszego źródła mieliśmy w kraju w 1926 roku 8.377 lekarzy (tu jest najwięcej dusz martwych), co wynosi 2,8 na 10.000 ludności ,według drugiego 7.784, a więc o 2,6‰, według trzeciego 7,087 (2,4‰), jeżeli wziąć 1 stycznia 1926 roku, albo 8,798 (2,9‰) na 1 stycznia 1927 r. Za rok 1928 mamy lekarzy 9.757, to jest 3,2 na 10.000, czyli 3,000 mieszkańców na jednego lekarza, ale należy dodać, że w wyliczeniach tych uwzględniony jest przyrost ludności według szacunku Głównego Urzędu Statystycznego. Biorąc ludność według spisu z 1921 r., a lekarzy na 1/I 1928, otrzymamy 3,6 lekarzy na 10,000 mieszkańców, a na jednego lekarza 2,800 obywateli. To wskazuje na znaczne różnice, jakie mogą wyniknąć

TABLICA I.

Lekarze w różnych państwach w latach 1925—26.

PAŃSTWO	Powierzchnia km.²	Ludność	Liczba lekarzy	Na 1 lekarza przypada ludności (zaokr. w setkach)	1 lekarz przypada na km.²
St. Zjedn. Am. Półn. . .	3.000.000	118.000.000	149.521	800	20
Anglja*)	58.344	38.890.000	—	1000	—
Japonja	381.250	59.736.822	45.326	1300	8
Danja	44 325	3.457.390	2 485	1400	18
Niemcy	472.033	62 564.653	44.356	1400	11
Węgry	92.916	8.364.653	5.962	1400	16
Estonja	47.538	1.114.630	668	1700	71
Norwegja	323.793	2.788 887	1 604	1700	202
Łotwa	65 791	1.870.520	1.063	1800	62
Holandja	40 828	7 461.493	4.177	1800	10
Grecja	147.634	6 573.124	3.712	1800	40
Czechosłowacja . .	140.394	(r. 1920) 13.613.172	6.359	2100	22
Rosja	21 210.500	(r. 1921) 146.304 933	52 429	2800	404
Szwecja	448.459	6 036.118	2 116	2900	212
Bułgarja	103.146	5.301.420	1.360	3900	76
Finlanja	343.631	3.526 389	898**)	3900	383
Polska	388.390	29.511.095 (1 I.1926) 29.853.067	7.087 (1 I 1926) 8.798	4200 (1.I.1926) 3400	55
Litwa	55.679	(1.I 1927) 2.255.520	(1.I.1927) 465	4800 (1.I.1927)	120

Opracowano według: Annuaire sanitaire international. Genève 1926, 1927 Polska — Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polski za rok 1927.

*) Dotyczy roku 1924 wg. Biul. Narkomzdrawa Nr. 2, rok 1927.

**) W tem 57 z prawem praktyki wyłącznie w okręgach wiejskich.

[1]) „Warszawskie Czasopismo Lekarskie" zamieściło w Nr. 8—11 1929 artykuł ten. Autor daje w nim nietylko bardzo ciekawy materjał statystyczny, naogół nieznany, lecz także bardzo interesujące wnioski, które niewątpliwie zainteresują i naszych czytelników. Artykuł umieszczamy w obszernem streszczeniu. Red.

wskutek nieuwzględnienia wzrostu ludności, szczególnie przy porównywaniu miast, które niekiedy rosły bardziej gwałtownie, niż pozostałe tereny kraju, drogą przyłączania gmin podmiejskich.

TABLICA II.

Liczba i rozsiedlenie lekarzy w Polsce.

według różnych źródeł

Województwa i miasta	Wg. urzęd. spisu lek. G. D. St. Zd. r. 1926	Wg. spisu lek. Nacz. Izby Lek 1926/7	Wg. danych przysł. Izby Lek. 1926/7	Wg. Rocznika Statyst. R. P. (1. I. 1926)	Wg. Rocznika Statyst. R. P. (1. I. 1928)	Wg. kart statystyki lekarzy
1. m. Warszawa	2020	1491	1714	1664	2114	1942
woj. Warszawskie	314	290	290	291	420	
2. woj. Łódzk e	217	197	187			
m. Łódź	417	389	416	572	779	617
3. woj. Kieleckie	351	335	342			
m. Kielce	37	38	29	343	483	373
4. woj. Lubelskie	238	213	196			
m. Lublin	75	83	80	301	412	207
5. woj. Białostockie	193	191	193			
m. Białystok	71	81	62	236	340	343
6. woj. Wileńskie	73	56	109			
m. Wilno	296	292	302	313	430	339
7. woj. Wołyńskie	172	143	186			
m. Łuck	18	21	25	166	236	141
8. woj. Nowogródzkie	97	78	102			
m. Nowogródek	16	11	12	84	128	103
9. woj. Poleskie	92	87	74			
m. Brześć n./B.	37	26	43	125	185	124
10. woj. Poznańskie	385	371	391			
m. Poznań	254	208	232	454	653	425
11. woj. Pomorskie	190	167	163			
m. Toruń	52	41	43	138	212	123
12. woj. Śląskie	221	240	240			
m. Katowice	73	56	56	288	401	297
13. woj. Krakowskie	335	316	317			
m. Kraków	455	446	444	694	956	756
14. woj. Lwowskie	485	456	447			
m. Lwów	660	562	612	909	1367	1187
15. woj. Tarnopolskie	194	179	191			
m. Tarnopol	34	30	33	180	268	168
16. woj. Stanisł.	210	190	193			
m. Stanisławów	64	58	60	239	343	253
17. Niewiadomo gdzie mieszkają	21	—	—	—	—	—
Razem . .	8377	7342	7784	7087	9757	7398

Liczby z roku 1926/27 mają rację w porównaniu z innemi krajami jeszcze dlatego, że z innych krajów późniejszych danych w całości nie posiadamy, a im dalej od roku 1920, tem trudniej określić liczbowy stosunek lekarzy do mieszkańców ,nawet posiadając liczbę lekarzy, ze względu na brak dokładnych danych o ludności w latach odległych od spisów.

Omawiając zaopatrzenie ludności pod względem pomocy lekarskiej w różnych krajach, należy uwzględnić prócz liczby ludności cały szereg innych czynników, z których dwa wysuwają się na pierwszy plan: 1) powierzchnia danego kraju i łatwość komunikacji, 2) skoncentrowanie lekarzy w miastach.

W stosunku do powierzchni, Rosja naprzykład jest w znacznie gorszych warunkach, niż Polska, bo jeden lekarz przypada tam na terytorjum dziesięciokrotnie większe, niż u nas, co, uwzględniwszy wyjątkowo fatalne środki komunikacyjne, przemawia na niekorzyść Rosji. W stosunku do terenu przedstawiają się u nas warunki też znacznie lepiej, niż w państwach skandynawskich, tu jednak należy wspomnieć, że tak w państwach skandynawskich, jak i w Rosji, są znaczne tereny, wcale lub prawie niezamieszkałe, objęte przez lasy, obszary wodne i t. d. Dla dokładnej analizy należałoby więc brać oddzielnie poszczególne okręgi, tereny wiejskie i miejskie, przemysłowe, rolnicze, i t. d. Danych do takiej analizy wszędzie brak.

Drugi czynnik — skoncentrowanie lekarzy w miastach — również winien być uwzględniony, gdyż od tego zależy równomierność zaopatrzenia całego kraju pod względem pomocy lekarskiej. Łotwa ma lekarzy stosunkowo znacznie więcej, niż Polska, bo 5,2 na 10.000, ale z 1,03 lekarzy 603 zamieszkuje miasto Rygę. W Rydze więc przypada jeden lekarz na 580 mieszkańców, na całej Łotwie bez Rygi na 3.300. Gorsze warunki spotykamy na Litwie, gdzie jest wszystkiego 465 lekarzy, a 32% zamieszkuje Kowno. W Kownie więc przypada 1 lekarz na 462 mieszkańców, w pozostałej części kraju na 6.375. Na zgrupowanie lekarzy w miastach i pozbawienie ludności wiejskiej należytej pomocy lekarskiej skarżą się prawie wszystkie państwa, choć niewszystkie w jednakowym stopniu. Dwa przeciwległe bieguny, Ameryka, najbogatsze państwo świata, najbardziej udostępniające odległym zakątkom swego kraju umożliwia kulturalne warunki bytu, i Rosja Sowiecka, gnębiona nędzą materjalną, często nawet w większych ośrodkach, będąca w niezgodzie z kulturą w jej otartem pojęciu, napotykają podobne trudności. W jednym przypadku (Rosja) ludność wiejska pozostawiona jest często w rękach felczerów, w drugim (Ameryka) znachorów wyższego lub niższego typu bo i tu i tam lekarzy w wielu okręgach wiejskich brak.

W prasie niemal wszystkich państw spotykamy coraz częściej narzekania na ucieczkę lekarzy ze wsi i miasteczek do większych osiedli, choć, naturalne zupełnie, państwa rzadziej zamieszkałe, posiadające mało miast, a o przeważającej ludności wiejskiej, najbardziej cierpią z tego powodu. Rosja posiada według urzędowych źródeł tysiące lekarzy bezrobotnych (dużo kobiet), którzy ,skupieni w większych miastach, znajdują się często na granicy nędzy, a na wieś nie chcą jechać, choćby tam materjalnie byłoby nieco lepiej. Jest to jednak zagadnienie bardzo dawne, obecnie tylko może ostrzej odczuwane. H a e s e r powiada, że już za czasów rzymskich, lekarze, osiedlający się w mieście rodzinnem, korzystali z pewnych przywilejów, a to dlatego, żeby miasta mniejsze nie były pozbawione pomocy lekarskiej. Nie dotyczy to też wyłącznie stanu lekarskiego, lecz i innych zawodów i, jak dotąd, żadne państwo nie znalazło na to rady. Wszędzie w miejscowościach, najrzadziej zaludnionych, jest możliwość utrzymania lekarzy tylko dzięki subwencjom.

Utarty jest pogląd, że o tak nierównomiernem rozsiedleniu lekarzy decydują przedewszystkiem czynniki ekonomiczno-społeczne, nie mogą jednak być lekceważone i wpływy kulturalne, te same, które powodują wyludnienie wsi równolegle z gwałtownym wzrostem

miast. Lekarz chciałby wprawdzie materjalnie być jaknajlepiej uposażony, chciałby finansowo żyć w możliwie najlepszych warunkach, ale nie chce jednocześnie wyrzec się tych przywilejów życia kulturalnego, jakie dostarcza większe miasto jemu i jego rodzinie.

Z. Sołowjew, dziś już nie żyjący Zastępca Komisarza Zdrowia Z. S. S. R. i szef sanitarny armji, w przemówieniu swem na zjeździe lekarzy wiejskich w grudniu 1925 r. przeprowadzał na ten temat porównanie między Ameryką i Rosją. Otóż i on, publicznie w każdym razie występujący jako marksista, przyszedł do wniosku, że nie kwestje ekonomiczne decydują o koncentracji lekarzy w miastach, bo i w Stanach Zjednoczonych, gdzie warunki materjalne pracy na wsi są takie, o jakich lekarz rosyjski śnić nawet nie może, kwestja pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej jest tak samo ostra, jak w Rosji.

Prof. Pearl poddał to zjawisko badaniu statystycznemu i stwierdził, że w Stanach Zjednoczonych gęstość osiedlenia lekarzy (liczba lekarzy na 10.000 ludności) waha się w dużych granicach, będąc w prostej zależności od zamożności mieszkańców; współczynnik korelacji między liczbą lekarzy i majątkiem, przypadającym na głowę ludności, wynosił w 1922 roku 0,83 + 0,07. Tak wysoki współczynnik, przy małym stosunkowo błędzie prawdopodobnym, wskazuje jakoby niezbicie na współzależność ścisłą między obu omawianemi zjawiskami. Dalsze wyliczenia matematyczne doprowadziły prof. Pearla do wniosku, że na każdy przyrost bogactwa o 100 dolarów na głowę ludności przybywa jeden lekarz na 30.000 mieszkańców i odwrotnie. Pr. Pearl wskazuje również, że liczba lekarzy na wsi i w małych miasteczkach amerykańskich spadła między rokiem 1905 — 1925, ale i ludność wiejska stosunkowo zubożała, naturalnie, jeżeli wziąć pod uwagę nietylko wartość samych terenów i zabudowań, lecz i wskaźnik cen, wykazujący wyraźnie zmiany na niekorzyść produktów rolnych. Na wykresie logarytmicznym, wykazującym nie liczby absolutne, jako takie, lecz stosunek wzajemny ich zmian procentowych, to jest wzrostu, obie krzywe — lekarzy i rzeczywistej wartości posiadłości rolnych — są równoległe.

Rozsiedlenie lekarzy w Polsce jest bardzo nierównomierne. Pod tym względem nasuwają się, celem uwypuklenia różnic, dwa rodzaje podziału: a) według dzielnic i województw (patrz tablica III); b) według wielkości osiedli.

TABLICA III i IV.

Lekarze w Polsce według dzielnic na 1.I.1928.

	Ludność wg. szacunku Gł. Urzędu Stat 1.I.1928	Powierzchnia klm².	Liczba lekarzy w dniu 1.I.1928	Na 1 lekarza przypada ludności (zaokr. w setkach)	Na 1 lekarza przypada klm². (zaokrągl. w całych
Woj. centralne	12.573.713	137.811	4 578	2.700	30
Woj. wschodnie	5.053.684	124 355	978	5.200	127
Woj. zachodnie	4.486.299	47.144	1.266	3.500	37
Woj. południowe	8.099.266	79.080	2.934	2 700	27
Polska	30.212.962	388.390	9 757	3.100	40

Rozsiedlenie lekarzy zależnie od wielkości osiedli w końcu r. 1926.

na podstawie danych, nadesłanych przez Izby Lekarskie

	L. ludności w dn. 1.I. 1926	L. ludności w końcu r. 1926	Na 1 lekarza przypada ludności
Wszystkie miasta powyżej 100.000 mieszkańców w r. 1921 wg. obecnego podz ała	2.820.075	3.966	700
Miasta liczące 25.000—100.000 mieszkańców	1 243.169	908	1 400
Miasta poniżej 25.000 mieszkańców i okręgi wiejskie	25.447 851	2.869	8 900
Polska	29.511.095	7.784	3 800

Najlepiej zaopatrzone są pod względem pomocy lekarskiej województwa centralne i południowe, które rozporządzają jednym lekarzem na 2.700 mieszkańców. Dalej idą województwa zachodnie, które mają jednego lekarza na 3.500 mieszkańców, wreszcie województwa wschodnie — jednego na 5.200, a więc prawie dwa razy mniej, niż była Kongresówka i Małopolska. Uderza przedewszystkiem (p. Tablica III i IV), że województwa zachodnie, które są najbogatsze i najkulturalniejsze, i które a priori uważamy za posiadające najwięcej lekarzy, zajmują dopiero trzecie miejsce, co jeszcze raz najwymowniej świadczy, że czynnik zamożności, aczkolwiek niewątpliwie bardzo ważny, sam przez się nie jest decydujący, przynajmniej, jeżeli mowa o krajach lub społeczeństwach, różniących się między sobą pod wielu innemi względami.

Podział na województwa jest mniej słuszny, jako bardziej arbitralny niezawsze wypływający z istoty rzeczy, lecz często z potrzeb administracyjnych. Poza tem, mówiąc o województwach, musimy wobec braku danych operować ludnością z roku 1921, a lekarzami z lat późniejszych, co nie jest zupełnie słuszne. Tem niemniej podział taki posiada duże znaczenie choćby z tego względu, że wykazuje niekiedy bardzo znaczne różnice między województwami, znajdującemi się w tych samych dzielnicach.

Z podziału według dzielnic wypływa, że najmniej lekarzy mają Kresy Wschodnie, jeżeli wziąć jednak podział według województw, widocznem jest, że niektóre województwa centralne współzawodniczą pod tym względem z województwami kresowemi. Załączone zestawienie wykazuje, że jeżeli miasta wojewódzkie włączyć do obszarów wojewódzkich, to najbardziej upośledzone pod względem liczby lekarzy są województwa: nowogrodzkie (jeden lekarz na 6.300 mieszkańców) i wołyńskie (1:6.100), dalej idą: tarnopolskie (1:5.300), kieleckie (1:5.200), lubelskie (1:5.000) i dopiero na szóstem miejscu znajduje się Polesie (1:4.800) — najuboższe najrzadziej zaludnione. Pośrednie miejsce zajmują województwa: poznańskie (1:3000) i pomorskie (1:4.400), najwięcej zaś posiadają lekarzy województwa: wileńskie (1:2.300), krakowskie (1:2.100) i lwowskie (1:2.000). Województwo warszawskie zajmuje pierwsze miejsce, ale włączenie Warszawy, przeszło miljonowej stolicy, wywiera znacznie większy wpływ na

zmianę liczby lekarzy w całem województwie, niż włączenie innych miast wojewódzkich.

Województwa, posiadające najmniej lekarzy, zaczynają się w Małopolsce i wrzynając się daleko wgłąb kraju, tworzą pośrodku szeroki pas od granicy rosyjskiej aż do granicy niemieckiej. Dalej (patrz tablica V) województwa poznańskie i białostockie z jednej strony, pomorskie i poleskie z drugiej — należą do tej samej grupy, co zasługuje na podkreślenie. To, że niektóre województwa kresowe, jak wileńskie, i poleskie, zdolne są do utrzymania znacznie większej liczby lekarzy, niż kieleckie i lubelskie, a wileńskie znacznie przewyższa wszystkie województwa zachodnie, nawet poznańskie, posiadające również uniwersytet, naprawdę wywołuje zastanowienie. Możnaby wprawdzie zrobić jedno zastrzeżenie, że we wszystkich porównaniach wdług województw popełniamy pewną niedokładność, nieuwzględniając przyrostu ludności, który w województwach wschodnich wynosi 21%, a w województwach zachodnich około 9%, ale ta niedokładność wywołuje niewielkie zmiany w stosunku wzajemnym lekarzy między dzielnicami.

Trzeba przytem dodać, że województwa wschodnie, a w pewnej mierze Kongresówka, w rzeczywistości utrzymują więcej personelu leczniczego, niż wypadałoby z wymienionych powyżej liczb lekarzy. Na wschodzie bowiem jest dotąd bardzo dużo felczerów, praktykujących samodzielnie, co należy uwzględnić we wszystkich obliczeniach, dotyczących byłej Kongresówki i Ziem Wschodnich. Felczerów dotąd posiadamy we-

TABLICA 5.

Liczba lekarzy w miastach z ludnością powyżej 100.000 w latach 1926—1927.

(Na podstawie danych z Izb Lekarskich i z Naczelnej Izby Lekarskiej).

Miasta	Liczba ludności na dzień 1. I. 1927	Liczba lekarzy	Na 1 lekarza ludności	Wg prof. Cieszyńskiego	Wg Dr. Cz. Wroczyńskiego
Warszawa	1.028.982	1.714	600	440	550
Lwów	238.303	612	390	320	280
Kraków	191.385	444	430	370	330
Poznań	226 827	232	980	1.000	760
Wilno	170.796	302	560	—	380
Łódź	578.069	416	1.400	1.260	880
Sosnowiec	101.997	62(54)	1 600	2 000	—
Lublin	111 589	83	1 300	—	—
Bydgoszcz	108.065	69	1.600	1.600	—
Katowice	115 697	73(56)	1.600	1.600	—

dług urzędowego spisu na rok 1928 pokaźną liczbę, bo 2.335, z czego na samą Warszawę przypada 408.

Rozsiedlenie lekarzy według wielkości osiedli potwierdza znane z obserwacji zjawisko, że większe miasta więcej posiadają lekarzy, niż małe (patrz tablica IV).

TABLICA 6.

Przyrost lekarzy od roku 1911 do 1.I.1928 według dzielnic.

Województwa:	Na 1 lekarza ludności w 1911 r.		Na 1 lekarza ludności w końcu 1921 r.	Na 1 lekarza ludności w dniu 1.I.1928 r.	W dn. 1.I.1928 r. ludność przypadająca na 1 lekarza zmniejszyła się o %	
	W/g Rocznika Polskiego E. Romera i J. Weinfelda	Wzięto do obliczeń			Od 1911	Od 1921
Centralne	6.100 („Kongresówka")	6.100	4.300	2.700	57	37
Wschodnie	11.500 (Białoruś z Litwą)	11.500	5.900	5.100	56	13
	8.200 (Ruś)					
Zachodnie . . .	5 100 (Poznańskie)	5.100	4 700	3.500	31	26
	8.300 (Prusy Zachodnie)					
	4.500 (Rej. Olsztyńska)					
	4.200 (Rejencja Opolska)					
Południowe	5.500 (Małopolska)	5.500	5 500	2 700	51	51

A więc w miastach z ludnością powyżej 100.000, na jednego lekarza przypada 700 mieszkańców, w miastach z ludnością 25.000 — 100.000 dwa razy więcej, bo — 1.400, a w miastach poniżej 25.000 mieszkańców i w okręgach wiejskich (razem) — 8.900. To samo widzimy i zagranicą, ale nie można tego ująć w postaci prawa, że im większe miasto, tem więcej posiada ono lekarzy. Szereg innych czynników wchodzi tu w grę,

Bardzo duża różnica jest między dużemi miastami. Zupełnie naturalnie na pierwsze miejsca wysuwają się miasta uniwersyteckie, które naprawdę mogą współzawodniczyć z wielkiemi miastami na zachodzie Europy, gdzie wogóle biorąc, lekarzy jest przynajmniej dwa razy więcej niż w Polsce. Według wszelkich danych, pewna część lekarzy w miastach, posiadających uniwersytety, praktyką się nie zajmuje, a jednak zarejestrowana jest w Izbach Lekarskich. W miastach, mających 100 — 200 tysięcy mieszkańców, odgrywa to pewną rolę. Dalej idą miasta nieuniwersyteckie, głównie przemysłowe, w których jeden lekarz przypada na 1.300 — 1.600 mieszkańców. Ta różnica tłómaczy się między innemi tem, że miasta te nie posiadają klinik, nie są ośrodkami, przyciągającemi chorych z jednej strony, lekarzy z drugiej. Pewien wpływ może mieć także specjalny skład ludności, przeważnie robotniczej i ubezpieczonej w Kasach Chorych.

Wśród miast od 25.000 do 100.000 mieszkańców było w roku 1926 dziewięć, które miały poniżej 1.000 mieszkańców na jednego lekarza. W miastach jak Brześć n/Bugiem, Drohobycz, Przemyśl, Równe, Stanisławów, Stryj, Tarnów, Tarnopol, Toruń na jednego lekarza przypada 350 do 1000 mieszkańców, a więc miasta te, liczbowo biorąc, są nie gorzej uposażone pod względem pomocy lekarskiej, niż miasta uniwersyteckie. I wśród małych miasteczek poniżej 25.000 ludności spotykamy szereg takich, które mają mniej, niż 1000 mieszkańców na lekarza. To właśnie jest najlepszym dowodem, że podział na wielkość osiedli i zależnie od tego liczbę lekarzy, nie może być brany zbyt dosłownie im mniejsze bowiem miasto, tem mniej służy ono własnym potrzebom, tem większy teren okoliczny przypada na jednego lekarza. Nawet ściąganie chorych z całego kraju do stolicy nie może być zrównoważone z naturalnem ciążeniem okolicy w promieniu kilkunastu — kilkudziesięciu kilometrów do Brześcia lub Równego. Dlatego też twierdzenie, że taki lub inny odsetek lekarzy zamieszkuje miasta, bez wskazania, jaki teren miasta te zaopatrują w pomoc lekarską, jest niewystarczające. Można tylko mówić o skoncentrowaniu w wielkich miastach, które w ściślejszym znaczeniu obsługują stosunkowo niewielki teren kraju. U nas w 10 miastach zamieszkiwało w 1926/27 roku 51% lekarzy, a w miastach tych było zaledwie 10% ludności. Odgraniczyć mniejsze miasta od wsi jest bardzo trudno a wobec niedokładności naszych danych — wprost niemożliwe.

Pewne jednak twierdzenia wydają się tu i dziś zupełnie uzasadnione. Przedewszystkiem więc po wyłączeniu miast wojewódzkich najlepiej zaopatrzone są w pomoc lekarską województwa zachodnie, gdzie sieć pomocy lekarskiej jest najbardziej równomierna. Najgorzej stoją pod tym względem województwa kresowe, (po uwzględnieniu przyrostu ludności porównanie wypadłoby jeszcze mniej korzystnie dla Kresów), co się nie zgadza z porównaniem globalnem t. j. kiedy miasta wojewódzkie tworzą z całym obszarem województwa całość. Różnice pod tym względem są bardzo znaczne. Miasta kresowe nieuniwersyteckie współzawodniczą pod względem liczby lekarzy o pierwszeństwo z miastami uniwersyteckiemi, które też skarżą się na nadmiar lekarzy, ale za to same obszary na Wschodzie niekiedy mają lekarzy bardzo mało. Województwo poleskie zajmuje tu pierwsze miejsce, mając jednego lekarza na 1.000 mieszkańców, gdy tymczasem w poznańskiem stosunek ten wynosi 1:4.500. A według osobiście przezemnie zebranych danych w miastach powiatowych i okolicy jest nie lepiej. Większość lekarzy rezyduje w miastach: w Nowogródku 10 z ogólnej liczby 14 w całym powiecie, w Nieświeżu 8 z 14, w Lidzie 18 z 30, w Słonimie 9 z 13, w Sarnach 8 z 13 i t. d. Stąd olbrzymie tereny powiatowe wiejskie na wschodzie nie posiadają lekarzy choć moją felczerów. Trudno jednak temu zaradzić.

Nie wydaje mi się słuszne twierdzenie, że lekarze uciekają ze wsi; lepiej byłoby powiedzieć, że nie chcą i w najbliższej przyszłości nie będą jeździli na wieś, czy to do małych miasteczek. Lekarze, jak każdy inny zawód, muszą w wyborze miejsca kierować się ogólnem dążeniem i dlatego będą zawsze szukali chleba w możliwie najkulturalniejszem środowisku, a więc w możliwie największych osiedlach. Trudno też przypuszczać, by w dzisiejszych warunkach województwa kresowe z ich upośledzeniem pod każdym niemal względem, z gęstością zaludnienia 20—40 na km² miały dostateczną choćby w stosunku do obszaru i należytą pomoc lekarską. Przytem należy dodać, że liczba lekarzy na Kresach dziś jest sztucznie wysoka ze względu na lekarzy uchodźców i reemigrantów. Dlatego też wzrost liczby lekarzy w województwach wschodnich będzie prawdopodobnie bardzo powolny. Można z dużem prawdopodobieństwem powiedzieć, że po zastąpieniu pewnej liczby felczerów w niektórych z województw, np. wileńskiem lub nawet poleskiem, lekarze prędko nie znajdą możliwych warunków egzystencji. Być może że pewien wyjątek stanowią województwa: wołyńskie i nowogrodzkie. Trzeba jednak dodać, że przyrost lekarzy na Kresach może być powstrzymywany dążeniem ich do podniesienia stopy życiowej co będzie tem wyraźniejsze, im bardziej oddalimy się od lat wojny i rewolucji rosyjskiej.

Bezpośrednio po wojnie widzimy wszędzie znaczny wzrost lekarzy w stosunku do okresu przedwojennego. Widocznie nawet lata wojny nie wstrzymały całkowicie przyrostu, choć znaczną rolę odgrywał pośrednio sam kataklizm wielkiej wojny i rewolucji rosyjskiej, powodując powrót lekarzy, (p. Tablica VI) przed wojną stale mieszkających poza granicami Polski dzisiejszej. Z pierwszych dwu lat niepodległości nie rozporządzamy liczbami do porównań. Rok 1921, z którego posiadamy już dane, dotyczące całego kraju, nie może być jeszcze traktowany jako normalny, w dodatku liczby z tego okresu muszą być dość nieścisłe. W każdym razie pewne wnioski natury ogólnej można z nich wyprowadzić.

Od roku 1911 do 1928 absolutna liczba lekarzy w Polsce zwiększyła się przeszło dwukrotnie, ale jednocześnie zwiększyła się znacznie i ludność. Licząc inaczej, bardziej dokładnie, można powiedzieć, że zaopatrzenie ludności w pomoc lekarską wzrosło dwukrotnie, bo w całej Polsce przypada ludność na jednego lekarza mniej więcej dwa razy mniej obecnie, niż wówczas. Między rokiem 1921 i 1928 różnice są już mniejsze, ale jednak bardzo znaczne, bo liczba mieszkańców, przypadająca na jednego lekarza, w tym czasie zmniejszyła się o 36,7%.

W województwach wschodnich liczono w roku 1921 lekarzy dużo ze względu na prowadzoną ze strony państwa walkę z epidemjami, później ta liczba spadła, by podnieść się dopiero w roku 1926/27. Podobne nieco zjawisko spostrzegamy w województwach zachodnich, gdzie liczba lekarzy w pierwszych latach niepodległości zmniejszyła się głównie z powodu wyjazdu

niemców. W Małopolsce zaś początkowo po wielkiej wojnie było lekarzy mało, i wówczas różnica pod względem pomocy lekarskiej między województwami centralnemi i południowemi wypadało wyraźnie na niekorzyść południowych.

Wyliczenie ludności, przypadającej na jednego lekarza w roku 1928 i w latach 1911 i 1921, wykazuje spadek liczby w stosunku do roku 1911 w województwach zachodnich o 31% w innych od 51% — 57%, w stosunku do roku 1921 w województwach zachodnich 26%, w pozostałych dzielnicach od 13% (wojew. wschodnie, gdzie byli wówczas lekarze epidemiczni) do 51% (wojew. południowe). Przyrost lekarzy w okresie powojennym jest ogólny i dość szybki, najmniejszy jednak jest w województwach zachodnich, które przed wojną miały lekarzy najwięcej, dalej idą województwa południowe, przed wojną i obecnie znajdujące się na równym poziomie z województwami centralnemi, wreszcie województwa kresowe, najuboższe pod tym względem tak przedtem, jak i obecnie. Zupełnie więc naturalnie nasuwa się tutaj wniosek, że w Niepodległej Polsce idziemy po drodze ku wyrównaniu różnic dzielnicowych pod względem zaopatrzenia w pomoc lekarską.

Przyrost lekarzy w Polsce w okresie 10 lat ubiegłych pochodził z trzech źródeł: a) studentów (patrz tablica VII) medyków, kończących wydziały lekarskie naszych uniwersytetów, b) nostryfikantów, c) lekarzy powracających do kraju z terenów nie wchodzących w skład dzisiejszej Polski. To ostatnie źródło, początkowo dość obfite, już od kilku lat wygasło. Nostryfikanci w przyszłości także prawdopodobnie nie będą tworzyli wielkiej liczby. Pozostaje więc pierwsza grupa — wychowańców naszych własnych uniwersytetów. O przyroście tym na przyszłość na podstawie doświadczenia z lat poprzednich sądzić dość trudno, gdyż lata te były pod wielu względami anormalne.

TABLICA 7

Wydano dyplomów lekarskich na Uniwersytetach polskich w latach 1918—1927.

Uniwersytety	Rok akadem. 1918-1919 1924-1925	1925/26*)		1926/27*)		Ogółem w latach akadem. 1918/19 — 1926/27		Razem
		Stud.	Nostr.	Stud.	Nostr.	Stud.	Nostr.	
Warszawski	978	329	12	178	14	?	?	1500
Krakowski	?	132	23	128	29	557	119	676
Lwowski	?	223	14	104	29	?	?	?
Poznański	?	56	8	59	8	142	186	238
Wileński	?	46	15	46	15	99	13	112

*) Źródło: prof. Cieszyński: „Stan Lekarski".

Z przytoczonych danych nasuwają się pewne wnioski, któreby można zreasumować, jak następuje:

1) Polska jest dotąd jednym z krajów, posiadającym najmniej lekarzy.

2) Rozsiedlenie lekarzy w Polsce jest dotąd nierównomierne; niekiedy dzielnice uboższe i mniej kulturalne posiadają znacznie więcej lekarzy, niż dzielnice silniejsze ekonomicznie i stojące kulturalnie wyżej.

3) Przyrost lekarzy w województwach wschodnich, centralnych i południowych jest znacznie szybszy niż na zachodzie. Jest wyraźna tendencja do wyrównania dzielnic pod względem zaopatrzenia w pomoc lekarską.

4) Przyrost lekarzy w ostatnich latach w dużych miastach nie jest bardzo szybki, natomiast mniejsze miasta posiadają coraz więcej lekarzy, a więc nasycanie kraju pomocą lekarską jest normalne, idzie od coraz większych osiedli do coraz mniejszych.

Nie mogę się wreszcie powstrzymać od, nietyle może wniosków, ile luźnych myśli, które mi się nasunęły w czasie badań nad tą sprawą. Jesteśmy dość dalecy od nadprodukcji lekarzy. Leczących się jest obecnie znacznie więcej, niż było w przeszłości, i wszyscy chcą i mają prawo być dobrze leczeni. Potrzeby lecznictwa raczej wzrosną, niż zmniejszą się. I dziś jest wiele placówek niewyzyskanych. Nawet stanowiska kliniczne w wielkich miastach i nie związane z praktyką prywatną nie mają wielu kandydatów, nie mówiąc o stanowiskach lekarzy administratorów, asystentów przy katedrach teoretycznych i higjenistów różnego typu.

Kraj nasz bez wielkiego wysiłku może prawdopodobnie utrzymać znacznie większą liczbę lekarzy, niż obecnie (patrz wnioski 1 i 2). Narzekania na nadmiar lekarzy w chwili obecnej, nawet kiedy są słuszne, wydają mi się czasowe. Świat lekarski, jak wszystkie zawody, jak i całe społeczeństwo przeżywa kryzys nietylko ekonomiczny, lecz i ideowy. Nie broniąc straconych pozycji, lecz dostosowując się do nowych form życia, walcząc nie w tem społeczeństwie, które było, lecz które jest i o warunki materjalne i o stanowisko, lekarz może i powinien odgrywać rolę podobną do tej, jaką odgrywał przed wojną.

Ale w grę zaczynają wchodzić masy, i do nich muszą być dostosowane organizacyjne formy lecznictwa, na czem metody leczenia nie powinny ucierpieć: lekarze powinni mieć możność traktowania chorego zawsze jednakowo, niezależnie od tego, z jakich źródeł są pokrywane koszty leczenia. A może i sposoby myślenia, ujmowanie zagadnień napotykanych winny być przekształcone i trzeba więcej stać na społecznym punkcie widzenia, niż indywidualnym? Wprawdzie miejsce społecznika lekarza - filantropa zajął lub zajmie społecznik zawodowiec, ale społecznie myśleć, czuć i działać musimy nauczyć się wszyscy.

Opracowanie statystyki świata lekarskiego według płci, wieku, narodowości wyznania, stanu rodzinnego zostało dokonane na podstawie indywidualnych kart rejestracyjnych, przechowywanych w Departamentach Służby Zdrowia. Jak to zaznaczono na wstępie pracy niniejszej, materjał ten nie odzwierciadla chwili obecnej, a do pewnego stopnia jest jakby poprzecznem przecięciem stanu lekarskiego bezpośrednio po wojnie i z tego względu może jest „anormalny", ale niemniej ciekawy i będzie mógł służyć do porównań w przyszłości, kiedy warunki społeczne będą bardziej uregulowane, a państwowość polska będzie miała za sobą szereg lat pracy twórczej.

Do opracowania użyto 7,398 kart, zgodnie z podziałem według województw jak to widać z tablicy II. Wobec niejednolitości karty rejestracyjne nie wszystkie formularze zawierają te same dane, np. wyznanie i narodowość nie we wszystkich formularzach są uwzględnione, dlatego nie we wszystkich tablicach są te same liczby.

TABLICA 8

Lekarze według narodowości.

Województwo	Polska	Żydowska	Niemiecka	Rosyjska	Rumuńska	Białoruska	Nieznana
Warszawa	1061	35	4	4	4	1	833
Łódź	260	38	3	6	2	1	307
Kielce	149	5	7	3	4	—	205
Lublin	81	6	5	2	4	—	109
Białystok	231	69	8	6	3	2	24
Wilno	254	78	1	2	1	3	—
Nowogródek	74	21	1	3	1	3	—
Polesie	79	22	—	2	13	7	1
Wołyń	54	53	1	16	13	2	2
Poznań	309	3	106	1	—	—	6
Pomorze	77	—	46	—	—	—	—
Kraków	703	28	5	—	10	—	10
Lwów	906	210	3	4	56	8	—
Stanisławów	166	59	—	—	23	3	2
Tarnopol	97	45	2	8	13	—	3
Śląsk	157	1	134	2	—	—	3
Ogółem	4658	673	326	59	147	30	1505
	79,1%	11,4%	5,5%	1%	2,5%	0,5%	—

Dane tyczące się narodowości, posiadamy co do 5.893 lekarzy, a tyczące się wyznania co do 5.863. Z tej liczby narodowości polskiej okazało się 79,1%, żydowskiej 11,4%, niemieckiej 5,5%; rosyjska rusińska, białoruska tworzą razem 4,0%. Różnice między poszczególnemi dzielnicami Polski pod względem przewagi tej lub innej narodowości są znaczne, choć narodowość polska dominuje (wszędzie powyżej 50,0%, z wyjątkiem Wołynia, gdzie przeważają narodowości inne, głównie żydzi), (patrz tablica VIII).

Narodowość żydowska w związku z wyznaniem przedstawia się niejednolicie. O ile w byłej Kongresówce przeważają polacy wyznania mojżeszowego, o tyle, idąc na wschód, coraz więcej spotykamy żydów, coraz bardziej wyznanie mojżeszowe oznacza narodowość żydowską. W całej Polsce lekarze żydzi tworzą 34,2% lekarzy wyznania mojżeszowego, w województwie warszawskiem łącznie z Warszawą 10,7%, w województwie kieleckiem i krakowskiem 13,2%, w województwach Małopolski Wschodniej od 39,2% do 44,7%, w województwie białostockiem 58,5%, a na Wołyniu 91,4%. W Poznańskiem i na Śląsku znaczny odsetek lekarzy wyznania mojżeszowego zalicza siebie do niemców; w województwie poznańskiem z 37 lekarzy wyznania mojżeszowego jest: 27 niemców, 7 polaków i 3 żydów, a na Śląsku z 40 jest: 27 niemców, 12 polaków i jeden żyd.

W każdym razie biorąc cały kraj, wśród lekarzy wyznania mojżeszowego, polacy tworzą, raczej wtedy tworzyli, znaczny odsetek, bo prawie 2/3; obserwacja życia wykazuje, że zmiany obecnie zachodzące wśród tej grupy lekarzy, zdają się całkowicie przemawiać za ewolucją **niekorzystną dla narodowości polskiej.**

Narodowość niemiecka jest licznie reprezentowana w woj. poznańskiem (25,3%), na Śląsku (45,6%) i na Pomorzu (37,4%). Tu do porównania należałoby sięgnąć do lat przedwojennych. Otóż według Aerztliches Handbuch z roku 1914 w poznańskiem było 187 lekarzy polaków, a 391 niemców, a więc polacy tworzyli wówczas 32,4% według kart statystycznych zaś tworzą 73,7%.

Na Śląsku w dniu objęcia władzy przez Polskę (20.VI 1922) było 29 polaków i 222 niemców. Według kart rejestracyjnych liczba niemców spadła do 134, polaków podniosła się do 157, zaś w roku 1928 według sprawozdania związku gospodarczego lekarzy — polaków jest 217, niemców 140.

Narodowość rusińska, do której zaliczyłem również ruską i białoruską, liczy w sumie 147 lekarzy, rozsiedlonych głównie w Małopolsce Wscodniej — 92 lekarzy, na Polesiu 13 i na Wołyniu 13. Rosjanie i białorusini nie tworzą nigdzie większej zwartej grupy, zamieszkują jednak głównie na wschodzie.

Pod względem wyznań lekarze katolicy tworzą 55,6% (w tem niemców i innych narodowości 2,9%), lekarze wyznania mojżeszowego 33,5% (w tem polaków 62,4%), grekokatolicy 1,8% (w tem polaków 9,4%), ewangelicy 5,9% (w tem polaków 51,8%), prawosławni 2,4% (w tem polaków 30,1%), bezwyznaniowi 0,8% (w tem polaków 91,3%).

TABLICA 9

Lekarze według wyznań w Polsce.

Województwo	Katol. rzym.	Greko-kat.	Ewang.	Mojżesz	Prawosław.	Bezwyznań.	Nieznane
Warszawa	667	2	59	326	13	28	837
Łódź	108	—	20	171	7	2	309
Kielce	117	—	3	38	4	2	209
Lublin	68	—	2	20	3	1	113
Białzstok	166	2	15	118	14	1	27
Wilno	216	1	15	98	8	—	1
Nowogródek	54	—	7	32	10	—	—
Polesie	56	1	5	34	27	—	1
Wołyń	44	—	4	58	33	—	2
Poznań	296	—	85	37	1	—	6
Pomorze	79	—	37	5	—	2	—
Kraków	506	5	12	212	1	6	14
Lwów	568	53	10	536	12	—	8
Stanisławów	8	23	2	132	6	2	2
Tarnopol	34	19	1	108	3	—	3
Śląsk	184	—	67	40	1	2	3
Ogółem . .	3259	106	344	1965	143	46	1535
W %%:	55,6	1,8	5,9	33,5	2,4	0,8	

Godny jest również zaznaczenia fakt, że wśród kobiet lekarek wyznanie mojżeszowe tworzy znacznie większy odsetek, niż wśród mężczyzn. Na 580 kobiet, co do których posiadamy dane 45,5% jest wyznania mojżeszowego, 54,5% wyznania chrześcijańskiego.

Podział wieku wykazuje, iż najliczniejsza grupa od 30 do 40 lat, na którą przypada przeszło 1/3 ogółu lekarzy, pozostałe grupy według (patrz tablica X) dziesięcioleci są mniej więcej równe. Jest jednak znaczna różnica pod tym względem między miastami wojewódzkiemi i pozostałym terenem kraju. Lekarze do lat 30 w miastach wojewódzkich tworzą 21,4% ogółu lekarzy, w pozostałych miastach i wsiach tylko 14,2%. Odwrot-

nie zaś lekarze powyżej 50 lat w miastach wojewódzkich tworzą 21,8% w pozostałych miastach i wsiach 26,2%.

TABLICA 10

Lekarze według wieku.

	Do lat 30	%	do lat 40	%	do lat 50	%	do lat 60	%	Razem
Miasta wojewódzkie	877	21,4	1421	34,7	908	22,1	892	21,8	4098
Pozostałe miasta i wsie:	470	14,2	1281	38,8	683	20,8	866	26,2	3300
Razem . .	1347	18,2	2702	36,5	1591	21,5	1758	23,8	7398

Z tego wypływa, że, im większe miasto, tem więcej posiada ono lekarzy młodych i odwrotnie, małe miasteczka i wsie mają więcej lekarzy starszych. Być może, iż odgrywa tu pewną rolę niechęć młodego lekarza do wyjazdu na prowincję, dopóki go nie zmusi konieczność, wahałbym się jednak wyprowadzić z tego wniosek o ucieczce lekarzy młodych ze wsi do miasta, jak to czynią pisarze rosyjscy (Z. Sołowiejew we wspomnianym wyżej przemówieniu), na co skarżą się i amerykanie. Niewątpliwie lekarz starszy, posiadający już wyrobioną praktykę, rzadko przenosi się do miasta, chyba że go zmuszają jakieś przyczyny niezależne od praktyki np. względy rodzinne; tymczasem lekarz młody nie jest jszcze niczem z miejscem pobytu związany, a dopiero go szuka i niejednokrotnie zmienia. Lekarz początkujący woli duże miasto, nawet mając zamiar osiedlić się na prowincji, gdyż tylko w dużem mieście może się wykształcić, tylko w większych osiedlach ma szanse wybicia się. Tego nie należałoby porównywać z ucieczką rąk roboczych do miasta. Pewną rolą w ociąganiu się młodych lekarzy z wyjazdem na wieś jest brak odpowiedniego przygotowania i coraz większe trudności w opanowaniu całokształtu wiedzy lekarskiej, co jest niezbędne w małem osiedlu, gdzie lekarz z konieczności musi być specjalistą od wszystkiego; wymagania zaś ludności nawet w bardzo odległych zakątkach są coraz większe.

Znaczny wpływ na skład grup wieku wywierają kobiety lekarki, które będąc w liczbie 689, tworzą 9,3% ogólnej liczby lekarzy. Kobiety naogół należą do młodszych grup wieku, niż mężczyźni, bo 81,1% kobiet lekarek ma poniżej 40 lat, a mężczyźni w tym samym wieku tworzą niewiele więcej ponad połowę ogółu mężczyzn lekarzy, pozatem z kobiet lekarek zamieszkuje miasta wojewódzkie 70,5%, a mężczyzn lekarzy 53,8%.

Co do nowoprzyjmowanych studentów i dyplomowanych lekarzy nie posiadamy dokładnych danych z uwzględnieniem narodowości i płci. Z otrzymanych materjałów wynika, że osób wyznania mojżeszowego (w dwu Uniwersytetach) otrzymało dyplomy 32,4%, chrześcijan 67,6%, kobiet (z czterech Uniwersytetów) 15,1%, mężczyzn 84,9%. Dla porównania można dodać, że w Niemczech wśród dyplomowanych i wśród nowoprzyjmowanych na wydziały lekarskie kobiety tworzą również około 15%.

Stan rodzinny lekarzy przedstawia tablica XI. Lekarze nieżonaci tworzą 26,4% ogólnej liczby lekarzy mężczyzn, żonaci bezdzietni 19,9%, posiadający dzieci 53,7%; kobiety niezamężne tworzą 48,2% ogółu kobiet lekarek, zamężne bezdzietne 23,9%, zamężne posiadające dzieci 27,9%. Uderza tutaj przedewszystkiem bardzo wysoki odsetek należących do stanu wolnego, co jest zjawiskiem zresztą ogólnie znanem we wszystkich zawodach wyzwolonych, brak jest tylko danych do porównania, czy w jednakowym stopniu. Wśród kobiet lekarek przedstawia się to jeszcze gorzej, niż wśród mężczyzn, ale fakt, że połowa prawie kobiet należy do zamężnych, musi budzić zastanowienie.

Drugie zjawisko godne uwagi jest, iż kobiety lekarki zamężne często nie mają dzieci wcale, a naogół bardzo niewiele. Jeżeli wziąć pod uwagę tylko kobiety i mężczyzn, będących w związkach małżeńskich, mężczyźni żonaci bezdzietni tworzą 27,1%, kobiety zupełnie bezdzietne prawie połowę — bo 46,2%. Według Dublina w Ameryce połowa kobiet z fachowem wykształceniem nie wychodzi zamąż, a z tych które wyszły, 1/3 nie ma dzieci. Wprawdzie małżeństwa omawianych kobiet lekarek nie są jeszcze zakończone (biorąc biologicznie), ale uwzględniając wiek największej płodności kobiet, trudno przypuszczać, by liczba dzieci znacznie wzrosła. Pozatem kobiety, po-

TABLICA 11

Wyznanie	Nieżonaci	Niezamężne	Bezdzietni		LICZBA DZIECI																				Razem lek. kt. przejrzano karty rejestr.	
					1 dz.		2 dz.		3 dz.		4 dz.		5 dz.		6 dz.		7 dz.		8 dz.		9 dz		10 dz.		11 dz.		Ogółem żonat. (zam. mając. dzieci)	
			m.	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Chrz. L. lekarzy	912	99	758	78	706	57	618	21	342	5	144	3	64	1	21	—	8	—	9	—	3	—	2	—	1	—	1918	87	3588	264
Chrz. L. dzieci	—	—	—	—	706	57	1236	42	1026	15	576	12	320	5	126	—	56	—	72	—	27	—	20	—	11	—	4176	131	—	—
Mojż. L. lekarzy	555	187	323	68	382	50	261	15	85	2	25	3	14	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	771	70	1649	316
Mojż. L. dzieci	—	—	—	—	382	50	522	30	255	6	100	12	70	—	18	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1354	98	—	—
Niezn. L. lekarzy	306	55	256	19	338	24	318	7	147	4	76	—	21	—	8	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	910	35	1472	109
Niezn. L. dzieci	—	—	—	—	338	24	636	1	441	12	304	—	105	—	48	—	7	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1588	50	—	—
Razem L. lekarzy	1773	332	1337	185	1426	131	1197	43	574	11	245	6	99	1	32	—	10	—	9	—	4	—	2	—	1	—	3559	192	6709	689
Razem L. dzieci	—	—	—	—	1426	131	2394	86	1722	33	980	24	495	5	192	—	70	—	72	—	36	—	20	—	11	—	7418	270	—	—

siadające więcej, niż 2 dzieci, tworzą zaledwie 5% kobiet zamężnych.

Średnio na rodzinę lekarską po wyłączeniu rodzin bezdzietnych przypada 2,03 jeżeli zaś wziąć tylko mężczyzn 2,06, tylko kobiety — 1,45 dzieci. Wobec tego, że mówiąc o płodności, należałoby uwzględnić czynnik rasowy.

Z tablicy wypływa, że płodność lekarzy pochodzenia semickiego jest wyraźnie mniejsza, niż chrześcijan. Lekarze (mężczyźni) chrześcijanie żonaci tworzą 74,6% lekarzy chrześcijan, żydzi żonaci 66,3% lekarzy żydów. Bardzo liczne rodziny u lekarzy chrześcijan, spotykają się choć rzadko (najczęściej na prowincji) i nieprzerwany łańcuch coraz to zwiększających się, lecz mniej licznych rodzin kończy się na rodzinie, składającej się z jedenaściorga dzieci (!), tymczasem wśród lekarzy wyznania mojżeszowego największa rodzina — 7 dzieci. Średnio na rodzinę lekarza wyznania mojżeszowego 1,72, na lekarza chrześcijanina mężczyznę przypada 2,18 dzieci, na lekarza żyda (w znaczeniu wyznania) 1,76, na lekarkę chrześcijankę 1,51 na lekarkę żydówkę 1,40.

Podobne różnice otrzymujemy i po dodaniu rodzin bezdzietnych (to porównanie jest właściwsze). Licząc rodziny z dziećmi i bezdzietne razem otrzymujemy:

średnio na rodzinę lekarską		— 1,45	dzieci
„ „ „	lekarza chrześć. męż.	— 1,56	„
„ „ „	„ „ kob.	— 0.79	„
„ „ „	„ izrael. męż.	— 1,23	„
„ „ „	„ „ kob.	— 0,71	„

Należy jednak przytem uwzględnić, że jest okres powojenny, a więc prawdopodobnie jest pewien odsetek małżeństw, niedawno zawartych, szczególnie wśród kobiet lekarek, ogólnie biorąc, młodszych, niż mężczyźni, i że w każdym razie znaczny odsetek tych małżeństw należy do niezakończonych — rodziny ich więc jeszcze wzrosną. Być może tem się tłumaczy fakt, że największy odsetek rodzin, posiadających więcej, niż troje dzieci, spotyka się na zachodzie, choć mogą tu odgrywa ć rolę i inne czynniki. Naturalnie liczby te mogłyby coś powiedzieć tylko porównawczo z innemi warstwami społecznemi w kraju, lub z tąż warstwą społeczną albo zawodem w innych krajach. O średniej wielkości rodziny w zawodach wyzwolonych w Polsce brak literatury, nie mamy dotąd danych nawet co do ogółu ludności według spisu. Kolejność dzieci ogłaszana przez niektóre z naszych urzędów statystycznych (Główny Urząd Statystyczny, Wydział Statystyczny miasta stoł. Warszawy), nie jest wystarczająca do tych porównań, bo uwzględnia porody, a nie dzieci żyjące. Otóż dane ogólne, znajdujące się obecnie w opracowaniu Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że najmniej dzieci przypada na rodzinę w Warszawie — 1,85, najwięcej w poznańskiem — 2,73 i na Pomorzu — 2,72. Z tychże danych wypływa, iż różnica między ogółem ludności chrześcijańskiej i żydowskiej jest niewielką średnio na rodzinę chrześcijańską wypada 2,45 dzieci, na rodzinę żydowską 2,53. Małe istniejące różnice zaznaczają się jednak tu w innym kierunku, niż wśród warstw inteligentnych, — bo w całem społeczeństwie ludność żydowska ma więcej dzieci, niż chrześcijańska. Inaczej jest wśród lekarzy.

W porównaniu z przeszłością, kiedy liczba dzieci w rodzinie (w różnych krajach) wynosiła średnio przeszło 4, jest to mało, w porównaniu z zachodem nie jesteśmy na najgorszem miejscu, lecz idziemy dopiero w ślad za przodującymi na tem polu niemcami, anglikami, francuzami i t. d. Z różnorodnych danych, jakie w tej sprawie istnieją, może najlepiej jest przytoczyć liczby francuskie, jako najbardziej krańcowe. Otóż jeszcze w roku 1906 według B e r t i l o n'a we Francji na zakończoną rodzinę lekarza przypada średnio 1,9 dzieci, prawnika 2,0 ,urzędnika bankowego 2,2, robotnika metalowca 2,8, tkacza 3,4. W Polsce więc jeszcze jest lepiej.

Obecnie we wszystkich niemal krajach rozlegają się te same alarmujące głosy, że warstwy uprzywilejowane nie utrzymują same siebie, lecz żyją z dopływu warstw niższych. Najbardziej zaś mnożą się te warstwy czy nawet grupy, których wzrost jest najmniej pożądany i odwrotnie.

I u nas jest podobnie. Gdyby zawód lekarski był zamkniętą kastą i mógł być przekazywany tylko dziedzicznie, nie byłoby już w najbliższej przyszłości mowy o nadprodukcji lekarzy, nawet wśród najpesymistyczniej patrzących na tę sprawę.

K R O N I K A

Poświęcenie kamienia węgielnego pod gmach Powiatowej Kasy Chorych w Koźminie.

Okres ostatnich lat w dziejach instytucyj ubezpieczeń społecznych zaznacza się wybitnym ich rozwojem.

Instytucje te z roli pośrednika między ubezpieczonym a lekarzem przeradzają się w czynnik twórczy i coraz poważniejszą odgrywają rolę.

Z pośród wielu instytucyj, o których mowa, wysuwają się na niepoślednie miejsce Kasy Chorych w Poznańskim i na Pomorzu.

W ostatnim czasie niejednokrotnie spotykamy się z uroczystem przekazywaniem miejscowemu społeczeństwu poważnych urządzeń leczniczych i profilaktycznych.

Kasy Chorych wszczęły intensywną walkę nietylko z chorobą już istniejącą, lecz również i źródłem jej, widząc w tem interes całego narodu.

Do szeregu urządzeń już użytkowanych względnie mających być oddanem w najbliższym czasie do użytku przybędzie nowy ośrodek leczniczy na terenie powiatu koźmińskiego.

W połowie października b. r. odbyło się poświęcenie kamienia węgielnego pod gmach **Powiatowej Kasy Chorych w Koźminie,** mającego mieścić w sobie: **1. zakład fizykalnego leczenia, 2. łazienki lecznicze i zwykłe oraz 3. stacje zapobiegawcze.**

Gmach, który ma stanąć, wypełni niewątpliwie istniejącą lukę i przyczyni się do podniesienia zdrowotności licznych rzesz robotniczych w powiecie, żyjących

nie zawsze we właściwych warunkach i nie mogących zawsze korzystać z pomocy leczniczych, uznanych przez najnowszą medycynę.

Wracając do samej uroczystości poświęcenia, podajemy poniżej krótki jej opis.

Aktu poświęcenia kamienia węgielnego, do którego wmurowano akt erekcyjny, dokonał miejscowy ks. prefekt Kowalski.

W uroczystości brali udział między innymi: pp. Dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Poznaniu, **Karol Barański,** Komisarz Okręgowego Związku Kas Chorych, **Stefan Wilczyński,** Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Pracy i Opieki Społecznej, reprezentant Starostwa, lekarz powiatowy **dr. Stęszewski,** Komisarze Rządowi Kas, **Przybylski, Rohloff,** repreeznтanci Zarządów Kas i Rady oraz szereg osób miejscowego społeczeństwa.

Przybyłych gości witał Komisarz Kasy p. **Stanisław Rulski.**

W przemówieniu swem podkreślił znaczenie urządzeń leczniczych Kas Chorych dla ogółu mieszkańców i wyrażał przekonanie, że rozpoczęte dzieło będzie poważnym dorobkiem ubezpieczonych.

Po odczytaniu i poświęceniu aktu erekcyjnego, podpisanego przez zebranych, przemawiał **p. Dyrektor Barański w imieniu Władz Nadzorczych.**

Mówca uwypuklił znaczenie instytucyj ubezpieczonych, podkreślając rolę Rządu wybitnie troszczącego się o zdrowie najszerszych warstw społeczeństwa.

Uroczystość zakończyła się w miłym nastroju i wywarła niezatarte wrażenie wśród obecnych.

Po poświęceniu przyjmowali gości skromnym posiłkiem Komisarz oraz Dyrektor Kasy, p. Portaszkiewicz.

Kamień węgielny, złożony w podwalinach gmachu, jest jeszcze jednym dowodem właściwej troski Rządu, w szczególności **Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej Aleksandra Prystora** o właściwy rozwój Kas Chorych, o ich należytą gospodarkę, pozbawioną względów ubocznych, a poświęconą wyłącznie dobru ubezpieczonych.

W SPRAWIE POBIERANIA TAKSY KURACYJNEJ OD OSÓB LECZONYCH NA KOSZT KAS CHORYCH

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 czerwca r. b. Nr. 3239/U. II Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że ustalanie wysokości faks w uzdrowiskach niepaństwowych w myśl art. 34 punkt 2 ustawy o uzdrowiskach (Dz. U. R. P. Nr. 31, poz. 254 z r. 1922 i Nr. 36 poz. 331 z r. 1928) należy do zakresu działania miejscowych Komisji uzdrowiskowych i niema przeszkód prawnych, by statuty poboru tych taks przewidywały odpowiednie zniżki dla osób leczonych na koszt Kas Chorych. Zależne to jest od uchwał właściwych Komisyj uzdrowiskowych.

Dla uzdrowisk państwowych taksy te ustala Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i statut poboru tych opłat w Ciechocinku przewiduje ulgi dla osób leczonych na koszt Kas Chorych. W szczególności osoby leczone na koszt Kasy w Ciechocinku opłacają, jeśli przedstawią dowód niezamożności:

1) za pobyt do dni 14-tu — 8 zł. (normalna taksa 16 zł.),

2) za pobyt przez cały sezon 15 zł. (normalna taksa 30 zł.).

Statuty poboru taks w innych uzdrowiskach państwowych, t. j. w Krynicy i Busku ulg takich nie przewidują. Gdyby jednak Kasy Chorych zamierzały na większą skalę korzystać z tych uzdrowisk i budować tam odpowiednie sanatorja, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych byłoby skłonne wziąć pod uwagę udzielanie także w tych uzdrowiskach ulg osobom leczonych na koszt Kas Chorych.

KILKA UWAG O SCHORZENIACH REUMATYCZNYCH

Sprawie reumatyzmu poświęcają coraz więcej uwagi zarówno sfery lekarskie jak i nielekarskie; wśród tych ostatnich zwłaszcza zainteresowane nią bezpośrednio klasy pracujące, pracodawcy i rozmaite instytucje ubezpieczeń społecznych. W Anglji „Komitet dla Walki z Reumatyzmem" zajął się nią z całą energją i bardzo systematycznie. Podobnie dzieje się w innych państwach. Odkąd lecznictwem zaczęły się na wielką skalę zajmować instytucje społeczne, a więc u nas Kasy Chorych powstała możność statystycznego zestawienia schorzeń reumatycznych pod względem ich częstości, kosztów wynikających ze straty dni roboczych, wypłaty zasiłków, z kosztów leczenia i, last but not least, z inwalidztwa. Sporą trudność sprawia tu jednak brak zupełnie ścisłego sprecyzowania pojęcia reumatyzmu, i brak jednolitego mianownictwa. Dla przykładu nadmieniamy, że Niemiecki Komitet zajmujący się ustaleniem mianownictwa, a wyłoniony przez Niemieckie Towarzystwo Walki z Reumatyzmem zwrócił się z zapytaniem do tamtejszych Kas Chorych z prośbą przysłania dat statystycznych, objaśniających o ilości i jakości chorób reumatycznych, załączając równocześnie uproszczony schemat, dotyczący tylko przypadków: 1) ostrego gośćca stawowego, 2) przewlekłego reumatyzmu stawowego, a) bez widocznych zmian, b)z widocznemi zmianami, 3) ostrego i przewlekłego reumatyzmu mięśniowego, 4) ostrych i przewlekłych cierpień reumatycznych nerwów i 5) prawdziwej dny. Na ten uproszczony schemat i przeznaczony specjalnie dla przeciążonych pracą lekarzy Kas Chorych nie mogło dać odpowiedzi z powodu nazbyt ogólnikowych rozpoznań wpisywanych na kartach chorych.

Skutkiem tego podjęto akcję zmierzającą do zainteresowania szerokich sfer lekarskich chorobami reumatycznemi przez urządzenie kursów dokształcających, tak przy uniwersytetach jak i w uzdrowiskach reumatycznych, a prowadzonych przez lekarzy zajmujących się specjalnie tym działem. U nas sprawa ta nie przedstawia się również korzystnie. Wynika to z danych statystycznych, ogłoszonych przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. w rocznikach Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, gdzie spotykamy się z rubryką „gościec (rheum)" bez podania bliższej charakterystyki oraz drugiem pytaniem, ile cierpień reumatycznych kryje się pod rubryką „Choroby kości z wyłączeniem gruźlicy". O dnie niema tam zupełnie wzmianki. Ograniczę się jednak tylko do wniosków, wynikających z cyfrowych danych gośćca (rheum).

Cyfry te przedstawiają się następująco: Na 1000 chorób było w r. 1925:

	reumat.	gruźl.
w woj. centralnych obowiązkowo ubezpieczonych:	36,1	16,1
w woj. wschodnich „ „	28,4	16,4
w woj. zachodnich „ „	58,9	21,0
w woj. południowych „ „	61,0	29,7
Śląsk Cieszyński „ „	53,2	55,1
Ogółem ze 150 Kas Chorych „	55,4	24.8
Wśród członków rodzin w woj. centralnych	26,1	17,0
„ „ „ „ „ wschodnich	19,8	17,4
„ „ „ „ „ zachodnich	29,1	15,3
„ „ „ „ „ południowych	39,7	26,0
„ „ „ Śląsk Cieszyński	27,1	54,3
„ „ „ Ogółem ze 159 Kas Chor.	31,3	19,6

Z cyfr tych widzimy, że z wyjątkiem Śląska Cieszyńskiego, we wszystkich województwach ilość schorzeń reumatycznych, tak wśród obowiązkowo ubezpieczonych jak i wśród członków rodzin przewyższa znacznie ilość schorzeń na gruźlicę.

Rok 1926. Na 1000 przypadków było:

w woj. centralnych obowiązkowo ubezpieczonych:	25,7	30,5
w woj. wschodnich „ „	32,1	21,6
w woj. zachodnich „ „	40,4	22,8
w woj. południowych „ „	53,4	29,0
Śląsk Cieszyński „ „	44,3	49,8
Ogółem z 203 Kas Ch. „ „	37,9	28,0
Wśród członków rodzin w woj. centralnych	17,3	21,6
„ „ „ „ „ wschodnich	20,2	17,4
„ „ „ „ „ zachodnich	21,4	15,3
„ „ „ „ „ południowych	33,9	30,9
„ „ „ Ogółem z 203 Kas Chor.	22,2	22,1

Zestawienie pokazuje, że w województwach centralnych i na terenie Śląska Cieszyńskiego ilość schorzeń na gruźlicę przewyższyła w roku sprawozdawczym ilość schorzeń reumatycznych, podczas gdy w innych województwach ilość reumatyzmów przewyższa gruźlicę.

W roku 1927 na 1000 zapadnięć było:

W woj. centr. ob. ubez. reum.	33,3	— gruźl.	32,9	cz. rodz. reumat.	19,7	— gruźl.	22,4
„ wschodnich „ „	31,7	„	18,7	„ „ „	23,5	„	15,4
„ zach. „ „	33,4	„	23,1	„ „ „	20,0	„	16,4
„ poł. „ „	50,3	„	27,1	„ „ „	34,1	„	25,9
Śl. Ciesz. „ „	47,6	„	59,9	„ „ „	22,2	„	83,1
Ogółem z 231 K. Ch. „ „	**37,3**	„	**29,1**	„ „ „	**22,4**	„	**21,9**

Widzimy znowu, że w woj. centr. w roku sprawozdawczym śród ob. ubez. ilość reumat. przewyższyła ilość gruźlicy. Jedynie na Śląsku Ciesz. i wśród czł. rodz. w woj. centr. ilość gruźlicy przewyższyła ilość reumat. Ogółem w latach 1925-27 włącznie — stosunek reumat. do gruźlicy przedstawia się wśród ob. ub. jak **130,6:81,9,** wśród czł. rodzin jak **75,9:63,6.**

O częstości reumatyzmu świadczą m. in. cyfry osób, pobierających renty inwalidzkie z instytucji ubezpieczeń społecznych. Dla przykładu podajemy zestawienie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Ilość osób, którym przyznano rentę inwalidzką

Rok	z powodu reumatyzmu	z powodu gruźlicy
1925	573	244
1926	808	272
1927	667	329

W Polsce nie posiadamy do tej chwili zestawień, objaśniających o trwaniu inwalidztwa reumatycznego i o długości okresu czasu wypłaty rent inwalidzkich. Zestawienia zagraniczne mówią, że obciążenie z tego tytułu jest znacznie większe, aniżeli przez gruźlicę, która o wiele szybciej kończy się zejściem śmiertelnem.

W leczeniu schorzeń reumatycznych uwzględnić trzeba a) zapobieganie i b) właściwe leczenie.

Ad a) Zapewne w żadnej chorobie niema tego znaczenia słynna angielska teza „prevention is better than cure", co w chorobach reumatycznych. Do zakresu akcji zapobiegawczej należy higjena ciała, jamy ustnej i zębów, nad czem powinni czuwać u dzieci lekarze szkolni, u dorosłych lekarze Kas Chorych. Sprawozdanie Angielskiego Minist. Zdrowia pokazuje, że zęby są w 70% przypadków reumatyzmu punktem wyjścia schorzenia reumatycznego. W rzędzie najważniejszych ognisk zakażeń reumatycznych zwraca uwagę jama noso-gardzielowa przedewszystkiem migdałki. Z tegoż sprawozdania Angiel. Minist. Zdrowia wynika, że w 35% reumatyzmu stwierdzono ropnicę migdałkową, sepsis tonsillogenes.

Bardzo ważna jest higjena pomieszkań. Mieszkanie powinno być słoneczne, suche i dawać każdemu lokatorowi dostateczną ilość powietrza i światła. Badania sekcji reumatycznej Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego w Londynie stwierdziły, że 62% dzieci, chorujących na reumatyzm, mieszkały w wilgotnych mieszkaniach. W konsekwencji swych badań żąda sekcja osuszania ubrań i ogrzewania dzieci w szkołach, w razie przemoknięcia w drodze.

Ważnem jest odpowiednie ubranie, higjena ciała, żywienie, tryb życia i t. d. Duży wpływ na częstość, natężenie i trwanie schorzeń reumatycznych wywierają rodzaj i warunki pracy — ogólnie znanym jest fakt, częstych schorzeń u ludzi pracujących w wilgoci np. górników. U praczek napotykamy znów reumatyzm w większem nasileniu w palcach rąk i kończynach górnych, aniżeli gdzieindziej. Dla ochrony górników wprowadza Angielskie Ministerstwo Zdrowia w kopalniach kąpiele dla górników, tudzież suszarki na ubrania.

Przed powstawaniem przewlekłych reumatyzmów stawowych chroni w znacznym stopniu stosowna piecza nad chorymi, którzy przebyli ostry gościec stawowy. W tym celu potworzono w Anglji, Szwecji, Danji i Stanach Zjednoczonych A. P. specjalne szpitale dla ozdrowieńców po ostrym gośćcu stawowym, w których współpracują: interniści, rentgenolog, otolaryngolog, fizjoterapeuta, dentysta, chemik, bakterjolog i chirurg-ortopeda. Ludzie po opuszczeniu tego szpitala podlegają jako byli pacjenci jeszcze szereg lat obserwacji lekarza-internisty. Jako wynik tej metodycznej dłuższej opieki fachowej zanotowano znaczne zmniejszenie ilości wtórnych reumatyzmów stawowych. Leczenie schorzeń reumatycznych wymaga dokładnego poznania, istoty choroby, zupełnie ścisłego określenia jej postaci, dopiero po zupełnie ścisłem rozpoznaniu zalecać można trafne leczenie, a więc leczenie fizykalne, szczepionkami, drażniące, farmakologiczne, balneologiczne. Odnośnie do 2 ostatnich wspomnę, iż w Niemczech przedłożono Towarzystwu Walki z Reumatyzmem 6.000 (sześć tysięcy) przetworów przeciwreumatycznych do wypróbowania i oceny. Berlińska Miejska Kasa Chorych zużywa po skórnych lekach — najwięcej leków przeciwreumatycznych zewnętrznych i wewnętrznych. Szczegół ten podnosi Naczelny Lekarz tejże Kasy Chorych Dr. Reckzeh. Co do leczenia balneologicznego to tu trzeba bardzo krytycznie ocenić wybujałą reklamę uzdrowisk, mianujących się uzdrowiskami reumatycznemi. Komitet wyłoniony przez Angielskie „Friendly Societes" „Stowarzyszenie Przyjacielskie", troszczące się o 9 miljonów pracowników ubezpieczonych w nich — złożony z przedstawicieli sfer lekarskich, miejskich i zdrojowiskowych stwierdził, iż około 70% reumatyków nie wymaga leczenia kąpielowego, że wystarczają inne sposoby leczenia w domu lub w szpitalu.

Rzeczą lekarza zajmującego się specjalnie reumatyzmem jest odpowiednie określenie wskazania leczniczego dla balneoterapcji. Cierpienia reumatyczne (jak wiele innych) dają tem lepsze rokowania, im wcześniej rozpoczęto leczenie. Tu mają dominujący głos Kasy Chorych tak w zapobieganiu, jak i w leczeniu schorzeń reumatycznych — w ich to ręku spoczywa

lecznictwo szerokich mas pracujących i ich rodzin. Zadaniu temu sprostać mogą przez uświadomienie sobie doniosłości szkód materjalnych, jakie ponoszą społeczeństwa skutkiem schorzeń reumatycznych.

Wyżej wspomniany Naczelny Lekarz Berlińskiej Miejskiej Kasy Chorych wysunął jako konieczny postulat usprawnienie walki z reumatyzmem — stworzenie centrów przeciwreumatycznych w ramach Kas Chorych, a to by;

„Reumatyzm jako choroba o znaczeniu społecznem była zwalczana na początku, a nie... na końcu" (motto z Acta Rheumatica Nr. 2 Maj 1929 r.).

O NOWELIZACJĘ II KSIĘGI NIEMIECKIEJ ORDYNACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Władze „Głównego Związku niemieckich Kas Chorych" (Hauptverband), uchwaliły zasady, na których winna się opierać nowelizacja II-ej księgi niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej (ubezpieczenie na wypadek choroby). Zasady te będą przedmiotem obrad dorocznego Zjazdu tego Związku.

Zasady.

Przepisy o ubezpieczeniu na wypadek choroby niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej nie odpowiadają więcej stadjum rozwoju ubezpieczeń społecznych. Nie są one zgodne ani z potrzebami społecznemi warstw pracujących, ani z potrzebami opieki zdrowotnej.

Z tych powodów należy te sprawy uporządkować, by opiekę nad chorymi uczynić bardziej skuteczną, bez zwiększenia ciężarów życia gospodarczego. W tym celu należy przeprowadzić racjonalizację ubezpieczeń społecznych, zaczynając od ubezpieczeń na wypadek choroby, jako podstawy ubezpieczeń społecznych.

Racjonalizacja ubezpieczeń na wypadek choroby winna objąć organizację i świadczenia.

A. Organizacja.

Racjonalizacja ubezpieczeń na wypadek choroby oznacza złączenie (Zusammenfassung) sił finansowych, wyrównanie ryzyk i uproszczenie administracji.

W tych sprawach wysuwa się następujące żądania:

1) Organizacja zewnętrzna ubezpieczeń na wypadek choroby.

1. W okręgu każdego urzędu ubezpieczeń może istnieć tylko jedna powszechna Kasa miejscowa (Allgemeine Ortskrankenkasse). Kasy miejscowe okręgów sąsiednich mogą się połączyć na podstawie uchwały ich zarządów (Ausschüsse). Dla połączenia Kas winny być przewidziane przepisy przejściowe, uwzględniające trudności terytorjalne i odrębne stosunki miejscowe. Należy położyć szczególny nacisk na możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. W tym celu należy przeprowadzić możliwie najdalej posuniętą decentralizację urządzeń administracyjnych w formie oddziałów. Należy położyć duży nacisk na współpracę wybranych członków władz. Zniesienie wszelkich zwolnień od obowiązku ubezpieczenia.

2. Zakładanie Kas Chorych dopuszczalne jest tylko za zgodą zainteresowanych ubezpieczonych.

3. Kasy fabryczne i cechowe należy zlikwidować na żądanie zainteresowanych pracodawców i ubezpieczonych. Pod tymi samymi warunkami mogą wystąpić z tych Kas poszczególne przedsiębiorstwa.

4. Kasy Chorych, które nie mają odpowiedniej liczby członków, należy zlikwidować. Nie wolno otwierać nowych Kas, jeżeli w chwili założenia nie będą miały odpowiedniej liczby członków. Minimum członków należy oznaczać w odsetku ogółu ubezpieczonych w danym okręgu urzędu ubezpieczeń.

5. Kasy Chorych, znajdujące się w okręgu urzędu ubezpieczeń tworzą Związek Kas, którego celem będzie opieka lekarska i troska o zdrowie. Kilka Związków może stworzyć Związek powiatowy Kas Chorych.

Kasy tego samego rodzaju w okręgu urzędu ubezpieczeń mogą zakładać związki Kas Chorych dla celów specjalnych.

6. Kasy Chorych lub ich związki są obowiązane należeć do jednego ze związków, obejmującego całe państwo. Związki państwowe są osobami prawnemi. Statuty związków państwowych zatwierdza Minister Pracy Rzeszy.

Do zakresu działania Związku państwowego należy w szczególności kontrola administracji i gospodarki jej członków, ustalanie wskazówek i zasad umów w sprawie opieki lekarskiej, organizowanie zakładów leczniczych i urządzeń z dziedziny administracji, ustalanie zasad przyjmowania, opłacania i wykształcanie pracowników Kas Chorych, jak również zasad emerytalnych i zaopatrzenia rodzin po pracownikach Kas Ch.

Celem rozstrzygania skarg przeciw zarządzeniom Związku Głównego, należy stworzyć sądy rozjemcze. Jeżeli rozstrzyganie takich sporów należy do zakresu działania władz nadzorczych, należy domagać się przedtem rozstrzygnięcia tych władz.

7. Związki główne tworzą t. zw. Wydział Centralny, który składa się z 15 członków wybranych przez zarządy związków głównych. Wydział ten ustala zasady działalności związków głównych. Ma on prawo składania władzom wniosków i opinji we wszystkich sprawach obchodzących ubezpieczenia na wypadek choroby. Współdziała on (składając opinję Ministrowi Pracy Rzeszy) przy przygotowaniu projektów ustaw i rozporządzeń państwowych, które dotyczą zakresu działania ubezpieczeń na wypadek choroby.

II. Rozmiar ubezpieczenia.

1. Zniesienie wszystkich zwolnień od obowiązku ubezpieczenia.

2. Ustalenie granicy przymusu ubezpieczenia dla zarobków do 6.000 mar. niem. rocznie.

Przejęcie opieki lekarskiej nad pobierającymi renty. (Social-und Kleinrentner), zwolnionych od ubezpieczenia lub niepodlegających przymusowi ubezpieczenia, nad bezrobotnymi nie podlegającymi ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia i tymi, którzy utracili z tego tytułu prawo do świadczeń nad osobami korzystającemi z opieki społecznej i nad sierotami po członkach rodzin ubezpieczonych, nie podlegającymi przymusowi ubezpieczenia, za zwrotem wszystkich wydatków faktycznie poniesionych i zwrotem odpowiedniej części kosztów administracyjnych albo opłacanie odpowiednich składek.

Objęcie przymusem ubezpieczenia drobnych rzemieślników i chłopów małorolnych. Nowe grupy ubezpieczonych (wspomniane powyżej) oraz urzędnicy nie mieliby prawa pobierania zasiłku chorobowego i dla położnych, wobec czego składka dla tych grup byłaby odpowiednio mniejsza.

B. Świadczenia.

Racjonalizacja świadczeń oznacza: ukształtowanie świadczeń w myśl potrzeb społecznych ubezpieczonych i zdolności do świadczeń organizacyj ubezpieczeniowych, przyczem należy uwzględnić rezultaty prac medycyny społecznej.

W tej dziedzinie wystawia się żądania następujące:

1. Reorganizacja służby lekarskiej. Przyjmowanie lekarzy „kontrolujących" (Revisionsärzte), którzyby współdziałali przy ustalaniu djagnozy, układaniu planu leczniczego i ocenie

niezdolności do pracy. Lekarze winni być przyjmowani w porozumieniu z organizacjami lekarskiemi w Kasach Chorych. Odpowiedzialność cywilna lekarzy Kas Chorych za straty Kas z powodu stosowania drogich metod leczenia (Unwirtschaftliche Behandlugsweise).

2. Ograniczenie praktyki lekarzy K. Ch. do maximalnej liczby wypadków choroby i świadczeń. Ograniczenie dochodów lekarskich przez odpowiednie ich zryczałtowanie.

3. Trzydniowy termin wyczekiwania (karencja) przy niezdolności do pracy. Gradacja zasiłku chorobowego i domowego, zależnie od stanu rodzinnego.

4. Zwolnienie Kas Chorych z ciężarów, wynikających bezrobocia, przez odpowiednie ustosunkowanie ubezpieczenia na wypadek choroby.

5. Współpraca w dziedzinie opieki zdrowotnej jest obowiązkiem ubezpieczeń chorobowych, inwalidzkich i pracowniczych z tego powodu:

Udzielanie ubezpieczonym pomocy na wypadek choroby przez 52 tygodnie.

Współudział ubezpieczeń inwalidzkich i emerytalnych w kosztach świadczeń leczniczych, udzielanych chronikom przez ubezpieczenia chorobowe.

Udzielanie pomocy lekarskiej członkom rodzin ubezpieczonych, nie podlegających przymusowi ubezpieczenia przez 13 tygodni, z zachowaniem dotychczasowego systemu lekarskiego. Winno to być świadczenie obowiązkowe.

Popularyzacja zasad higjeny.

6. Podniesienie zasiłku domowego do wysokości zasiłku chorobowego w czasie leczenia szpitalnego lub pobytu w uzdrowiskach, w domach wypoczynkowych i t. p.

7. Udzielanie pomocy szpitalnej ubezpieczonym i ich rodzinom w wypadkach chorób infekcyjnych i koniecznych operacyj, jako świadczenia obowiązkowego, jeżeli Kasa Chorych może zawrzeć ze szpitalem umowę na odpowiednich warunkach.

8. Podniesienie zasiłku dla położnych do 85% płacy zasadniczej na 6 tygodni od dnia połogu, jak długo położnica jest niezdolna do pracy. W razie wypłacania zasiłku chorobowego nie wypłaca się zasiłku dla położnych.

9. Obowiązek zwrotu przez organizacje ubezpieczenia wypadkowego wszystkich kosztów świadczeń udzielanych przez Kasy Chorych poszkodowanym z wypadków.

KURS DLA LEKARZY KAS CHORYCH W BYSTREJ

Sprawa działania lecznictwa kasowego, zwłaszcza w dziedzinie chorób płucnych wogóle, gruźlicy zaś płuc w szczególności, wymaga zestrajania się lekarzy kasowych i lekarzy jedynego na naszem terytorjum kasowego sanatorjum dla chorych piersiowych: „Domu Zdrowia" w Bystrej. Porozumienie się tym samym językiem lekarskim, trzymanie się jednolitego mianownictwa, jednolitego podziału w chorobach płuc znakomicie ułatwi pracę i lekarzom kasowym i „Domowi Zdrowia". Ponieważ lekarze kasowi nie mają dużo możności śledzenia za szybko naprzód postępującą nauką lekarską, ponieważ w Polsce posiadamy zaledwie znikomą liczbę lekarzy, oddających się badaniu gruźlicy należy wykorzystać każdą sposobność do rozszerzenia swej wiedzy lekarskiej, zwłaszcza w dziedzinie praktycznej, tak ważnej jak gruźlica. „Dom Zdrowia" w Bystrej skupia u siebie najmniej 250 chorych, przechodzących najrozmaitsze okresy gruźlicy.

Aby wykorzystać w celach praktycznych ten bogaty materjał Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie urządza dla lekarzy kasowych 2-tygodniowy kurs w Bystrej.

Warunki przyjęcia na kurs są następujące:

1) Przyjęci mogą być lekarze, pracujący w jakiejś Kasie Chorych na terenie R. P.

2) Opłata za kurs razem z utrzymaniem i mieszkaniem w Bystrej wynosi 200 zł.

3) Liczba osób, biorących udział w kursie nie może przekraczać 10-ciu.

Kurs rozpocznie się rano dn. 2 grudnia 1929 r. zakończy się dnia 15 grudnia b. r.

Lekarze, którzy chcą wziąć udział w tym kursie, powinni się zgłosić pisemnie pod adresem: Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie ul. Batorego 5.III. p. Po otrzymaniu zawiadomienia o przyjęciu należy nadesłać również pod powyższym adresem 200 zł. jako wpisowe za kurs i pełne utrzymanie.

Ponieważ „Dom Zdrowia" w Bystrej posiada niezbędne przyrządy dla fizykalnego lecznictwa, uczestnicy kursu po wyczerpaniu programu gruźliczego będą mogli pozostać po 15-ym grudnia na dalsze 4-y dni dla odbycia praktycznego i teoretycznego kursu fizykalnego lecznictwa.

Opłata dodatkowa za ten kurs wynosi zł. 50.

PROGRAM KURSU.

Dn. 2.XII.1929. Anatomja patologiczna gruźlicy płuc i innych narządów — z pokazami — dr. Henryk Biernacki.

Dn. 3.XII.1929. 1) Podział gruźlicy płuc i jej pochodzenie — dr. Stanisław Kunicki.
2) Sposoby badania w pracowni lekarskiej — z pokazami — dr. Misiaczek, dr. Rzepecki, dr. Tkaczow.

Dn. 4.XII.1929. 1) Rozpoznawanie gruźlicy płuc. Schemat badania i znakowania — dr. Ignacy Spitzer.
2) Pokazy wczesnych postaci gruźlicy płuc — dr. Ignacy Spitzer i dr. Stanisław Kunicki.

Dn. 5.XII.1929. Gruźlica innych narządów z wyjątkiem krtani i gruźlicy chirurgicznej — dr. Władysław Meidinger.

Dn. 6.XII.1929. Teorja i praktyka rentgenolog. płuc oraz czytanie typowych klisz — dr. Stanisław Imich.

Dn. 7.XII.1929. Rozpoznawanie różnicowe gruźlicy płuc.
a) Rozpoznawanie różnicowe między gruźlicą a schorzeniami płuc i opłucnej — z pokazami — dr. Ignacy Spitzer i dr. Stanisław Kunicki.

Dn. 9.XII.1929. 1) Ćwiczenia na chorych — dr. Stanisław Kunicki, dr. Ignacy Spitzer i dr. Marja Pruszyńska.
2) Leczenie klimatyczne, farmakologiczne i swoiste gruźlicy płuc — dr. Władysław Meidinger.

Dn. 10.XII.1929. 1) Ćwiczenia na chorych.
2) Leczenie fizykalne gruźlicy płuc — Dr. St. Kunicki.
3) Leczenie djetetyczne gruźlicy płuc — Dr. M. Pruszyński.

Dn. 11.XII.1929. 1) Ćwiczenia na chorych.
2) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc i opłucnej, odma piersiowa sztuczna — dr. Ignacy Spitzer.
3) Torakoplastyka i frenikoekshajteza — dr. Drobniewicz.

Dn. 12.XII.1929. Gruźlica krtani i jej leczenie — z pokazami — dr. Józef Spira.

Dn. 13.XII.1929. 1) Ćwiczenia na chorych.
2) Zakażenie i odporność gruźlicy. Ogólna profilaktyka gruźlicy — dr. Stanisław Liwszyc.
3) Ciąża a gruźlica — dr. Marja Pruszyńska.

Dn. 14.XII.1929. Walka społeczna z gruźlicą płuc.

1) Zadania i organizacja poradni przeciwgruźliczej — dr. Henryk Biernacki.

2) Rola sanatorjów w walce z gruźlicą — dr. I. Spitzer.

3) Rola Kas Chorych w walce z gruźlicą — dr. Ryszard Kunicki.

RACJONALIZACJA I NORMALIZACJA W MEDYCYNIE I FARMACJI

Czechosłowacka „Akademja im. Masaryka" powołała do życia komitet normalizacyjny („ranok"), którego zadaniem jest także (między innemi) zagadnienie normalizacji i racjonalizacji w medycynie i w farmacji. Zadania tego komitetu w tej dziedzinie są następujące:

1) Normalizacja mebli i urządzeń szpitali i zakładów sanitarnych;

2) normalizacja urządzeń pokojów ordynacyjnych i poczekalni;

3) normalizacja druków szpitalnych;

4) normalizacja druków i kartotek lekarzy prywatnych;

5) normalizacja druków zakładów ubezpieczeń na wypadek choroby i funduszów leczniczych;

6) normalizacja i racjonalizacja prac pomocniczych w szpitalach i laboratorjach medycznych;

7) racjonalizacja i znormalizowanie robót porządkowych w szpitalach;

8) normalizacja urządzeń i porządków w aptekach;

9) normalizacja i porządek w materjalniach aptecznych;

10) normalizacja spisów, kartotek i t. d. w aptekach;

11) normalizacja w laboratorjach aptecznych;

12) racjonalizacja płac aptecznych;

13) racjonalizacja pracy w wytwórniach środków aptecznych i wyrobu specyfików.

KURS DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie urządza w czasie od dn. 8 listopada do dn. 21 grudnia b. r. włącznie — I kurs dokształcający dla pracowników Kas Chorych, należących do powyższego Związku.

Kurs ten jest przeznaczony głównie dla kandydatów o wykształceniu w zakresie poniżej 8 klas gimnazjum lub równorzędnej szkoły innego typu, posiadających już pewne wyszkolenie praktyczne w Kasach Chorych, lecz nie posiadających absolutorjum z jakiegokolwiek kursu dla pracowników Kas Chorych.

Kurs zostanie zakończony egzaminami końcowemi w dn. 19 do 21 grudnia — pod przewodnictwem delegata Min. Pracy i Opieki Społ. z odbytego egzaminu zostaną wydane świadectwa.

Regulamin kursowy otrzymają uczestnicy kursu za zgłoszeniem się w dn. 8 listopada u kierownika kursu w Okręgowym Związku Kas Chorych we Lwowie (ul. Dwernickiego 3) o godz. 8 rano.

Materjały potrzebne do nauki, (za wyjątkiem kałamarzy, atramentu, piór i ołówków), otrzymają uczestnicy kursu na miejscu.

Kasy otrzymają z Okr. Urz. Ubezp. zezwolenie na pokrycie wydatków związanych z wysłaniem na kurs swych pracowników.

Opłaty za naukę i egzamin po zł. 150 (sto pięćdziesiąt złotych) od każdego uczestnika zechcą dotyczące Kasy Chorych wypłacić bezzwłocznie na dołączony blankiet P. K. O. Nr. konta 151.780.

Związek poczyni starania, celem ułatwienia uczestnikom kursu pomieszczenia w hotelach.

Uczestnicy kursu będą mogli stołować się w Związku za opłatą po zł. 4.50 gr. dziennie uiszczoną za każdy tydzień z góry do Kasy Związku.

PROGRAM WYKŁADÓW

Przedmiot	Wykłada	Ilość godz. wykł.
I. **Zarys ustroju Polski odrodzonej.**	Dr. Olgierd Górka nacz. redaktor „Dziennika Lwowskiego", Doc. Uniw. J. K. we Lwowie.	1
II. **Wiadomości z dziedziny ustawodawstwa socjalnego:**		
1) Ogólny pogląd na ubezpieczenia socjalne zagranicą i w Polsce (ich historja, rodzaje i stan dzisiejszy).	Mr. Jan Ochman dyr. O. U. U. we Lwowie.	3
2) Zarys ustawodawstwa pracy i opieki społecznej i współdziałanie insp. pracy z Kasami Chorych.	Inż. Arnulf Nawratil Okręg. Inspektor Pracy we Lwowie.	4
3) Zarys ustawy o ubezp. od wypadków, — czynności Kas Chorych, wynikające z tej ustawy.	Dr. Michał Mossoń sekr. Zakładu Ubezp. od Wypadków we Lwowie.	6
4) Zarys ustawy o ubezp. pracowników umysł., — czynności Kas Chorych przy wykonywaniu funkcyj, zleconych przez Zakł. Ubezp. Pracowników Umysł.	Dr. Michał Zając sekr. Zakł. Ubezpiecz. Pracown. Umysłowych.	4
5) Wyjaśnienie najważniejszych postanowień polskiej ustawy z r. 1920 o ubezp. na wypadek choroby — z uwzględn. późniejszych rozp. urzęd. orzeczeń sąd, — państwowy nadzór nad Kasami Chor., stosunek Kas Chor. do samorządów terytorjalnych.	Mr. Jan Ochman dyr. O. U. U. we Lwowie.	26
6) Zasady projektu ustawy o scaleniu ubezpieczeń socjalnych.	Mr. Jan Ochman dyr. O. U. U. we Lwowie.	2
III. **Elementy obowiązującego prawa pub., administr cj. cyw., kodeksu handl., prawa weksl i czekow., postępow. egzekuc. w zastosowaniu do celów Kas Chorych.**	Dr. Adolf Czudowski adwokat we Lwowie.	15
IV. **Ogólny pogląd na choroby społ. i zawod., zwalczanie gruźlicy przez Kasy Chor., organizacja lecznictwa w Kasach Chorych.**	Dr. Antoni Sabatowski zast. nacz. lekarza Kasy Chorych m. Lwowa, Doc. Un. J. K. we Lwowie.	6
V. **Gospodarcza strona działu aptecznego Kas Chorych.**	Mr. Emanuel Herman kierownik działu aptek. Okręgowego Związ. Kas Chorych we Lwowie.	3
VI. **Zasady naukowej organizacji pracy z uwzględnieniem potrzeb Kas Chorych, praktyczne zaznajomienie z przebitkową księgowością szwajcarską.**	Mieczysław Christof Prof. Państw. Szkoły ekon. handl. we Lwowie.	15
VII. **Wewnętrzna organizacja i administr. Kas Chorych** (seminarjalnie, z ćwiczeniami praktycznemi).	Karol Weyman dyr. Pow. Kasy Chorych w Dolinie.	36
VIII. **Księgowość w Kasach Chorych** (z ćwiczeniami praktycznemi).	Juljusz Bulanda ref. Okręg. Urz. Ubezp. we Lwowie.	38
	Ogółem . . .	160

Z KASY CHORYCH MIASTA WARSZAWY.

INAUGURACJA RADY LEKARSKIEJ KASY CHORYCH M. WARSZAWY

Dnia 24 b. m. odbyło się inauguracyjne posiedzenie Rady Lekarskiej Kasy Chorych m. Warszawy, powołanej niedawno do życia na mocy statutu Kasy Chorych m. Warszawy, którą stanowią pp.: przedstawiciel Służby Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy — dr. J. Maleciński, przedstawiciel W-łu Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego — Prof. dr. J. Mazurkiewicz, przedstawiciel Tow. Przeciwgruźliczego — dr. K. Dąbrowski, przedstawiciele Towarzystw Naukowych: — internistów — Prof. dr. W. Orłowski, ginekologów — Prof. dr. St. Czyżewicz, dermatologów — dr. St. Kapuściński, pedjatrów — dr. H. Trenkner, przedstawiciele Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy pp.: dr. St. Falkowski, dr. H. Le Brun, dr. W. Stefański, dr. A. Turski, dr. E. Witkowski oraz zaproszeni przez Zarząd Kasy Chorych pp.: dr. J. Bujalski, dr. J. Kołłątaj-Srzednicki, dr. P. Rudzki, Prof. dr. Wł. Szenajch i dr. Cz. Wroczyński.

Pod przewodnictwem Komisarza Kasy Chorych p. K. Rożnowskiego dokonano wyboru Prezydjum Rady Lekarskiej, do którego weszli pp.: prof. dr. Wł. Szenajch, przewodniczący dr. Cz. Wroczyński, wice-przewodniczący i dr. E. Witkowski jako sekretarz.

Z kolei wybrano: Komisję do zaopinjowania o regulaminie Komisji Konkursowo-Kwalifikacyjnej, do której powołano członków Prezydjum, Komisję do zaopinjowania o regulaminie Komisji Specjalnej, do której weszli pp.: dr. J. Bujalski, przewodniczący, dr. W. Stefański i dr. A. Turski, pozatem do opracowania lekospisu powołano Komisję w składzie następującym pp.: prof. dr. W. Orłowski przewodniczący, prof. dr. St. Czyżewicz, dr. K. Dąbrowski, dr. St. Kapuściński i dr. H. Trenkner.

Należy nadmienić, iż Rada Lekarska jest organem opinjodawczym Zarządu Kasy Chorych w sprawach organizacji i wykonania lecznictwa Kasowego, może jednak i z własnej inicjatywy poruszać sprawy w powyższym zakresie i zwracać się do Zarządu Kasy o ich opracowanie.

W szczególności do kompetencji Rady Lekarskiej należy opinjowanie i zgłaszanie projektów co do: preliminarza budżetu Działu Lekarskiego, planu rozwoju lecznictwa Kasy, wyszkolenia personelu lekarskiego. i pomocniczego, koordynacji lecznictwa Kasowego i pozakasowego, stosowanie akcji zapobiegawczej, racjonalnego stosowania metod i środków leczniczych, wreszcie norm pracy personelu lekarskiego. Powołanie do życia Rady lekarskiej, z wyżej wymienionemi kompetencjami stanowi bardzo doniosły moment dla lecznictwa Kasy Chorych m. Warszawy, zapewnia bowiem prawidłowy dalszy jego rozwój pod kierownictwem wybitnych znawców i specjalistów różnych dziedzin medycyny.

INSTRUKCJA W SPRAWIE DOKONYWANIA PRZEZ KASY CHORYCH ROZRACHUNKU ZE SKARBEM PAŃSTWA

W Nr. 4 r. 1929 naszego pisma R. T. omówił już instrukcję wspomnianą. Obecnie Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie wydał drukiem instrukcję w jej dosłownem brzmieniu, dodając wzory druków, zaleconych przez władze nadzorcze. Pożyteczna ta książeczka będzie miała duże znaczenie praktyczne dla władz Kas Chorych i pracowników.

Jako bardzo dodatnią stronę tego wydawnictwa podnieść musimy staranną szatę typograficzną.

FINANSE PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ NA WYPADEK CHOROBY W NIEMCZECH

Jak wiadomo — istnieją w Niemczech prywatne organizacje ubezpieczenia na wypadek choroby. Fakt istnienia tych instytucyj nie zwalnia od obowiązku ubezpieczenia podlegających przymusowi ubezpieczenia na wypadek choroby. Władze nadzorcze niemieckie ogłosiły sprawozdanie finansowe 33-ch prywatnych Kas Chorych za rok 1928; ze sprawozdania tego dowiadujemy się, iż w r. 1928:

składki wyniosły	11.603.133	mk. niem.
dochody z kapitałów	169.826	„ „
ogółem dochody	11.772.959	„ „
Świadczenia kosztowały	9.104.720	mk. niem.
koszty administracyjne	2.062.824	„ „
ogółem wydatki	11.167.562	„ „

Z tego wynika, że koszty administracyjne wynosiły w roku sprawozdawczym 17.5% dochodów, a 18.4% wydatków.

Cyfry te dowodzą, iż nieprawdziwem jest twierdzenie, jakoby instytucje prywatne gospodarowały taniej, aniżeli instytucje prawno-publiczne.

Związek Zawodowy Wychowawców wydaje własny organ pod nazwą **„Wychowawca"** — czasowo jako kwartalnik.

Pismo to, jako jedyne w Polsce o charakterze wyłącznie wychowawczym, dociera do czynników rządowych, instytucji i osób interesujących się kwestją opieki społecznej, oraz do wszystkich zakładów wychowawczych.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy. IIII Zjazd lekarski w Krynicy, który się odbędzie w dniach 4, 5 i 6 stycznia 1930 roku, w krótkim czasie ustali dokładny program naukowy zjazdu i roześle zawiadomienia szerokim kołom lekarskim. Dotychczas zgłosili odczyty: Profesorowie: Franko (Lwów), Groer (Lwów), Jezierski (Poznań), Radziwiłowicz (Wilno), Korczyński (Kraków), Docenci: Filiński (Warszawa), Klejn (Warszawa), Łabendziński (Poznań), Oczacki (Kraków), Wierzuchowski (Warszawa), Sabatowski (Lwów), Doktorzy: Blassberg (Kraków), Braun (Kraków), Chwalibogowski (Lwów), Franio (Warszawa), Kaletowicz junior (Lwów), Kucharski (Poznań), Rejchan (Kraków), Tochowicz (Kraków).

„Deutsche Krankenkasse". Nr. 33 ogłasza artykuł p. Dra Planka ławnika m. Norymbergi p. t. „Współdziałanie publicznej opieki społecznej i organizacyj ubezpieczeń społecznych", w którym autor omawia możliwości współdziałania organizacyj ubezpieczeń społecznych z miastami, w myśl znanego rozporządzenia Ministra Pracy Rzeszy, które omówiliśmy już w naszem piśmie. Dr. Plank ogłasza w tym artykule rezultaty praktyczne tego rodzaju akcji, rozpoczętej w Norymberdze na zasadzie dobrowolnej umowy, jeszcze przed wejściem w życie tego rozporządzenia.

Szereg organizacyj prawno-publicznych postanowiło powołać do życia wspólnotę prac dla walki z gruźlicą. Budżet tej instytucji wynosi 105.000 marek niemieckich (około 210.000 zł.). Zatrudnia ona 4-ch lekarzy, 7 pielęgniarek, personel administracyjny i obsługujący aparat Roentgena. Wydatki te muszą pokryć: Magistrat m. Norymbergi, liczącego 400.000 mieszkańców, Powszechna Kasa Chorych, mająca 130.000 ubezpieczonych, Ubezpieczalnia krajowa (ubezpieczenie inwalidzkie), mająca około 120.000 członków, mieszkających w Norymberdze, inne Kasy Chorych (cechowe i fabryczne) mające 50.000 ubezpieczonych.

Sumę 105.000 marek niemieckich muszą więc zapłacić instytucje te liczące 700.000 osób, czyli na jedną osobę wypada 15 fen. 60.000 marek płaci miasto, 19.000 marek Powszechna Kasa Chorych, 18.000 marek Ubezpieczalnia Krajowa, 7.500 marek inne kasy.

W analogiczny sposób zorganizowano współpracę miasta i organizacyj ubezpieczeń społecznych w dziedzinie opieki społecznej nad dziećmi.

Od szeregu lat istnieje w Norymberdze stowarzyszenie p. n. „Norymberska pomoc dzieciom", do którego należy miasto Norymberga, organizacje ubezpieczeń społecznych, społeczne organizacje opieki nad dziećmi, przedstawiciele nauczycielstwa, związków zawodowych i t. d.

Stowarzyszenie to wysyła rocznie około 3.500 dzieci na 4—6 tygodni do domów wypoczynkowych i uzdrowisk. Podczas gdy przedtem miasto Norymberga opłacało koszty tej akcji, obecnie opłacają Kasa Chorych i ubezpieczalnia koszty pobytu 2.000 dzieci według tego samego klucza, jak przy akcji przeciwgruźliczej.

Także w innych dziedzinach opieki społecznej jak np. leczenie chorych wenerycznie, opieka nad alkoholikami i inwalidami, ratownictwo, istnieje bardzo ścisła współpraca organizacyj ubezpieczeń społecznych z samorządem terytorjalnym.

Akcja ta siłą rzeczy musiała narzucić nadanie jej charakteru bardziej stałego, opartego na pewnych warunkach prawnych. W r. 1928 założono w Norymberdze „Związek celowy powszechnej opieki zdrowotnej". Jest to stowarzyszenie, oparte na statucie wzorowym, opracowanym przez niemiecki Związek miast. Do zakresu działania tej instytucji należeć będą wszystkie „akcje" wspomniane powyżej, w każdym razie, stwierdza Dr. Plank, żadne akcje specjalne nie będą organizowane.

INSULIN "A.B."

TRADE A B MARK Brand

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

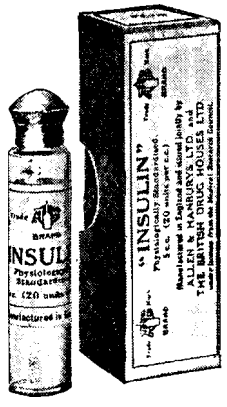
Aktywność Insuliny „A. B." jest zapewniona przez dokładne fizjologiczne mianowanie i ustalenie na podstawie przyjętej jednostki. Każda serja Insuliny przed wypuszczeniem na rynek zostaje poddana badaniom Rady Medycznych Badań.

Insulina dostarczana jest w dwuch stężeniach:

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

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

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



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

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

TREŚĆ:

Tadeusz Słoński: Art. 102, 103 i 104 ust. z 19.V 1920 w świetle orzecznictwa Sądów i Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Dr. M. Kacprzak: Lekarze w Polsce.

Kronika:

Poświęcenie kamienia węgielnego pod gmach P. K. Ch. w Koźminie;

W sprawie pobierania taksy kuracyjnej od osób leczonych na koszt Kas Chorych;

Kilka uwag o schorzeniach reumatycznych;

O nowelizację II księgi niem. ordynacji ubezpieczeniowej;

Kurs dla lekarzy Kas Chorych w Bystrej;

Racjonalizacja i normalizacja w medycynie i farmacji;

Kurs dla pracowników Kas Chorych;

Z Kasy Chorych m. Warszawy;

Instrukcja w sprawie dokonywania przez K. Ch. rozrachunku ze Skarbem Państwa;

Finanse pryw. ubezp. na wyp. choroby w Niemczech;

Deutsche Krankenkasse.

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

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

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

Redaktor: DR. STANISŁAW RUDKOWSKI. **Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.**

Drukarnia „Artystyczna", Nowy Świat 47.