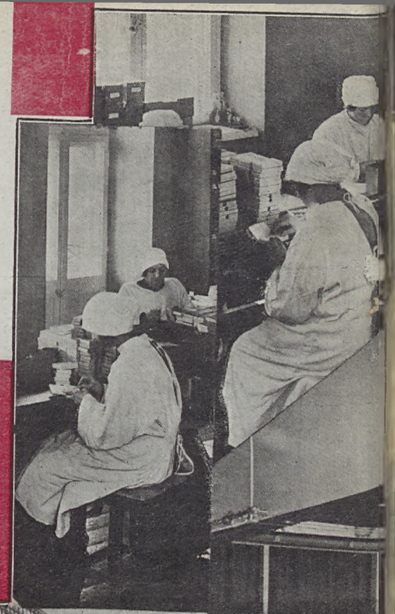
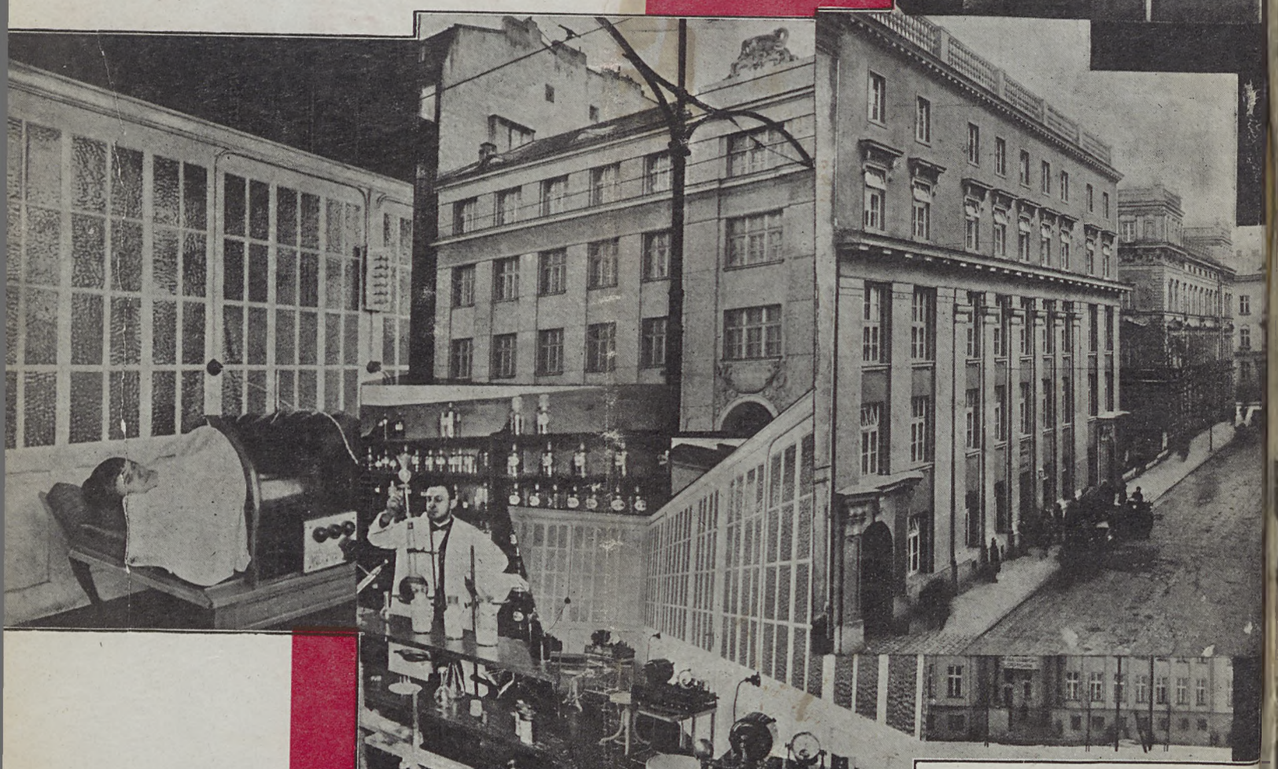
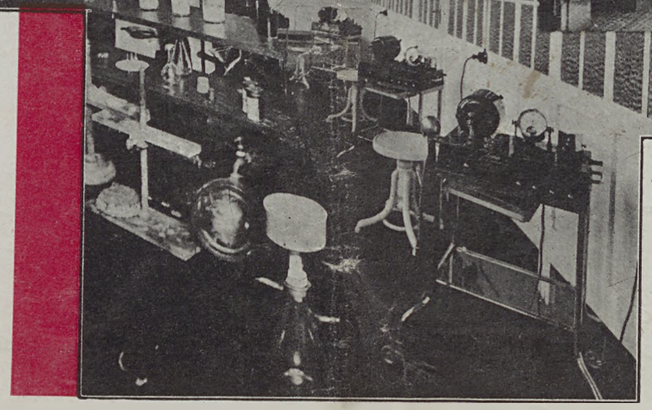
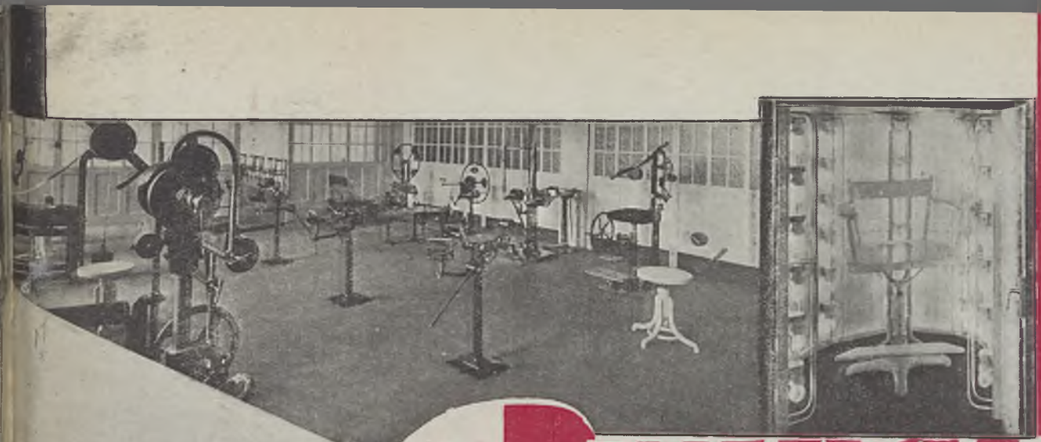
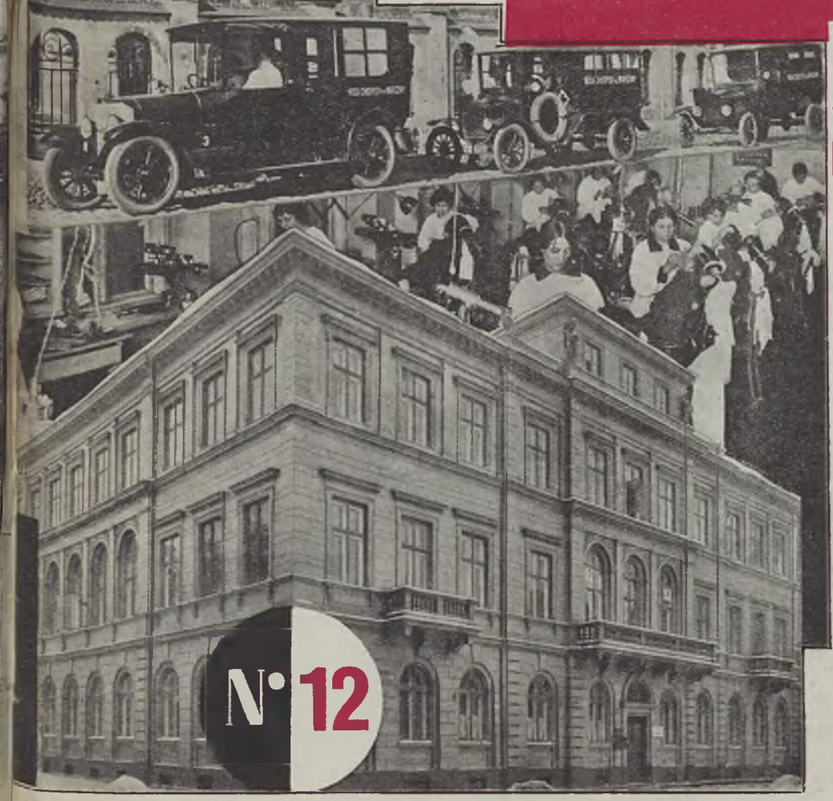








PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH



ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH W POLSCE

Nr 12

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Zw. Kas Chorych w Polsce

ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 12

WARSZAWA, 1 GRUDNIA 1929 R.

Dr. H. KŁUSZYŃSKI.

OPIEKA ZDROWOTNA NAD ROBOTNIKAMI MŁODOCIANYMI

Racjonalna opieka zdrowotna, rozpoczęta od niemowlęctwa poprzez wiek przedszkolny i szkolny, wpływa na szybkie usunięcie zaburzeń powstałych w młodym wieku, a zaniedbanie w tym kierunku sprowadza w wieku pracy zawodowej wczesną i częstą niezdolność do pracy, przez co budżet Kas chorych zostaje znacznie obciążony. A więc przedmiotem opieki zdrowotnej winny być zaburzenia w odżywianiu, upośledzenia natury konstytucyjnej, stany po przebytych ostrych chorobach, gruźlica, choroby narządów oddechowych, zaburzenia nerwowe i inne stany chorobowe. Kasy chorych przez stworzenie domów wypoczynkowych, domów dla ozdrowieńców, anemicznych i słabowitych, kolonji i półkolonji letnich i t. d. zapobiegawczo nie dopuszczą do powstawania większych szkód w organiźmie, względnie powstałe mogą być w ten sposób łatwo usunięte. Bardzo ważną dziedziną opieki zdrowotnej Kas chorych jest celowa i racjonalna opieka nad młodocianymi robotnikami. Opieka zdrowotna Kas chorych jest tembardziej wskazana i konieczna, że mamy do czynienia u młodocianych robotników z okresem biologicznym, w którym odbywa się dojrzewanie i w którym rozstrzyga się całe przyszłe życie młodocianego albowiem wrodzone i nabyte właściwości potrzebne do walki życiowej albo w tym okresie życia się wzmacniają albo ulegają osłabieniu.

Dziecko wczoraj jeszcze na ławie szkolnej, jutro już w pracy zawodowej. Przejście to odbywa się w czasie dla organizmu młodego najniekorzystniejszym, w okresie wielkiego fizycznego i umysłowego napięcia. Narządy się rozwijają, układ kostny i mięśniowy, ale za ich rozwojem nie mogą nadążyć wewnętrzne narządy jak serce, płuca i mózg. Narządy te muszą być z natury rzeczy słabsze. Również nie jest jednakowy rozwój kośćca i systemu mięśniowego, kości szybciej się rozwijają aniżeli mięśnie, przeto są słabsze. Ponieważ serce z naczyniami wolniej się rozwija, niż kościec i cała budowa młodocianego, przeto dla spełnienia swych zadań musi zwalczać wszelkie trudności, powstają nieraz wskutek tego zaburzenia w ustroju. Nauka lekarska uczy, że w okresie tym życia młodocianego płuco powiększa się, wzrasta od 1.5 — 1.8 razy, ale to jest zależne od tego, czy młodociany posiada normalną budowę klatki piersiowej i normalną muskulaturę oddechową. Od normalnego zatem rozwoju klatki piersiowej jest uzależniony normalny rozwój płuc, od normalnych mięśni oddechowych normalne oddychanie. Przytem pamiętać należy, że układ kostny kończy swój rozwój w 24 lub 25 roku życia, układ mięśniowy rozwija się jeszcze dalej, a mózg kończy swą anatomiczną budowę dopiero w 30 roku życia. Gruczoły dobrewne odgrywają też w tym okresie życia bardzo poważną rolę.

Okres ten jest również okresem kształtowania się psychiki młodocianego.

W końcu zaznaczyć należy, że 15 letni chłopak potrzebuje prawie tyle żywności, co 25 letni mężczyzna.

A więc jest to okres pod względem biologicznym najbardziej niekorzystny. Dziecko z ławy szkolnej przechodzi bezpośrednio do pracy zawodowej. Przez 8 lat miało dziecko uregulowany czas pracy szkolnej, co roku prawie 3 miesiące wakacji. Nagle wchodzi do trwałej pracy zawodowej bez istotnie wolnego czasu. Opieka i ochrona rodzicielska dotychczasowa przestaje prawie już istnieć dla niego. Nagle z domu rodzicielskiego wchodzi do

warsztatów, fabryk, biur, domów handlowych, magazynów i t. d. Wchodzi nagle do warunków życia i pracy niehigienicznych i szkodliwych dla zdrowia. Organizm młodocianego nie jest częstokroć ani przygotowany ani dostosowany do pracy fizycznej. Z tego powodu bardzo szybko ujawnia się ujemny wpływ pracy przemysłowej, złego powietrza, pyłu, trucizn chemicznych, zmian i wpływu temperatury, wpływów mechanicznych, jak dłuższe stanie lub siedzenie, jednostronna stała pozycja przy pracy lub jednostronne napięcie mięśniowe. W końcu huk nieustanny maszyn, gorączkowa praca wpływa ujemnie także na system nerwowy. Nadto czas pracy równający się czasowi pracy dorosłego jest sprzeczny ze wszystkiemi wskazaniami naukowemi i higienicznemi.

To zestawienie czynników wpływających ujemnie na ustrój młodociany nie wyczerpuje jeszcze wszystkiego. Dołączają się jeszcze czynniki niekorzystne tkwiące po za pracą zawodową, jak długa i uciążliwa droga do pracy, nieregularne spożywanie pokarmów, złe mieszkanie, niedostateczne odżywianie, niedostateczne ubranie nie zabezpieczające młodocianego przed zmianami pogody. Wszystko to razem musi wytwarzać większą skłonność do chorób, a jeśli choroba powstała, jest dłuższą i wymaga więcej dni chorobowych a w pierwszym rzędzie w tym okresie życia gruźlica znacznie się szerzy w przeciwieństwie do wieku szkolnego, który jest mniej skłonny do gruźlicy. Poza tem w następstwie pracy zawodowej wytwarzać się może cały szereg chorób, które dopiero później się ujawniają, jak płaska stopa, skrzywienie kończyn dolnych, skrzywienie kręgosłupa, zniekształcenie miednicy u dziewcząt.

Przeto polska ustawa o pracy młodocianych nakazująca badanie młodocianych przed wstąpieniem do pracy dla rozstrzygnięcia, czy „dana praca nie przekracza sił młodocianego", i badania powtórne po pewnym okresie czasu pracy zawodowej, czy ta praca „nie przekracza jego sił fizycznych i nie szkodzi jego rozwojowi" ma doniosłe społeczno - higieniczne znaczenie. Każdemu lekarzowi jest wiadomem, że właśnie ten okres dojrzewania jest okresem zwiększonej skłonności do choroby, a praca zawodowa stawia nowe, dotychczas nieznane, wymagania od organizmu, którym niejednokrotnie sprostać nie może.

Było by przeto ideałem, gdyby każdy młodociany po wyjściu ze szkoły powszechnej mógł wstąpić do takiego zawodu, który mu najlepiej fizycznie i duchowo odpowiada. Ale poradnictwo zawodowe nie jest jeszcze naukowo ugruntowane, by uzyskać bardzo ścisłe podstawy dla należytego wyboru zawodu. Dopiero gdy wyniki systematycznego badania młodocianych zostaną krytycznie opracowane, będzie można z większą pewnością i ścisłością ustalić wpływ zawodu na ustrój o takich lub innych właściwościach. Również wyniki badań stworzą podstawy dla zmian obowiązujących przepisów w sensie poprawy i rozbudowy prawa o ochronie młodocianego, albowiem państwa i społeczeństwa we własnym swoim interesie będą musiały stwierdzone fakty uznać za podstawę do ustawowego wkroczenia, by w ukształtowaniu się pracy gospodarczej właściwości wieku młodocianego zostały w całości uwzględnione. Badania młodocianych prowadzone nie tylko klinicznie, ale przy uwzględnianiu cech antropologicznych zapomocą badań antropometrycznych będą w niedalekiej przyszłości prawdziwą kopalnią dla nauki polskiej. O ile przeprowadzona będzie obok anamnezy ogólnej jeszcze anamneza społeczna, otrzymamy bardzo cenny materjał medycyny i społeczny.

Badania te wpłyną niezawodnie na zdrowotność ludności już choćby przez to, że młodzież dorastająca zainteresuje się wartością i znaczeniem pielęgnowania ciała i utrzymania go w zdrowiu, albowiem młodzieńcy w poczuciu swej młodości i tężyzny albo przechodzą do porządku dziennego nad małemi zaburzeniami albo przychodzą do lekarza kasowego dopiero wówczas, kiedy już nastąpiło poważne zaburzenie w zdrowiu, przez co leczenie niepotrzebnie się przedłuża, a często jest nawet spóźnione. Zapewne w pierwszym okresie młodzież odnosić się będzie do tych badań z pewnem niedowierzaniem i obojętnością, ale będzie troską lekarzy badających pouczać ją o ważności i konieczności tych badań i wzbudzić u niej w miejsce niedowierzania, wielkie zainteresowanie. Zależeć to będzie od umiejętności, taktu i zręczności badającego lekarza. Ze względu na ważność ćwiczeń fizycznych u młodzieży, wskazanem jest, by lekarze przy badaniu stwierdzili, czy dany młodociany jest już członkiem stowarzyszenia sportowego, a jeśli nim jeszcze nie jest, przekonać go o konieczności uprawiania ćwiczeń fizycznych, sportu ale w ramach wskazań medycyny. Albowiem sport nie może być szablonowo traktowany, musi być stosowany do indywidualnych warunków fizycznych i zdrowotnych. Hypertrofja sportu jest tak samo szkodliwa, jak unikanie wszelkich ćwiczeń fizycznych.

Sport musi być dozorowany. Albowiem sport uprawiany nieumiarkowanie ,z natężeniem zapasów sił organizmu, w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników jednostkowych t. zw. rekordów, doprowadza w niedługim czasie do poważnych zmian w stawach, mięśniach, chrząstkach, nerwowej aparaturze ruchowej i powoduje zaburzenia w układzie krwionośnym. Przeto poradnie sportowe powinny zapobiegać szkodliwym następstwom nieumiejętnie uprawianego sportu.

Kasy chorych nie zakładając własnych boisk sportowych, powinny w interesie wychowania fizycznego ubezpieczonych jako zadania zapobiegawczego subwencjonować także organizacje sportowe, które traktować będą sport według powyższych wskazań.

O ile zatem młodociany należy do towarzystwa sportowego a lekarz przy badaniu stwierdzi pewne zboczenia, które wymagają dozorowania i ostrożności przy uprawianiu sportu, winien natychmiast o wyniku badania pouczyć badanego i zawiadomić o tem dane towarzystwo, by istniejące patologiczne zmiany w ustroju nie doznały pogorszenia. Przytem samo przez się rozumie, że badania te spełniają tylko wówczas swój cel, jeśli będą przeprowadzone skrupulatnie, wyczerpująco i o ile lekarz będzie miał dość czasu, by badanemu udzielać wyjaśniających porad i na jego pytania obszernie odpowiadać. Młodociany bowiem musi wyjść z gabinetu lekarskiego z przekonaniem, że lekarz naprawdę nim się interesuje, a badania te nie służą jedynie do celów statystycznych,

które są wprawdzie bardzo ważne, ale nie mogą być jedynym celem. Jest to placówka nawskroś lekarsko - społeczna a jeśli w niej nie będzie ducha społecznego będzie to twór poroniony.

Lekarze dla skuteczności swych badań będą musieli z jednej strony wejść w porozumienie z lekarzami szkolnymi, którzy mieli sposobność dokładnie poznać duchowo i fizycznie młodocianych, z drugiej strony wczytywać się w karty chorobowe znajdujące się w kasach chorych, o ile młodociany w poprzednim okresie przed badaniem chorował i był w leczeniu kasowem. Ułatwi to znacznie lekarzowi pracę badawczą.

Z problemu badań młodocianych wyniknąć muszą naturalnie konsekwencje przedewszystkiem lepszej rozbudowy opieki lekarskiej, by zagadnienie profilaktyki zostało o wiele wcześniej szeroko ujęte, albowiem wszystkim musi zależeć na tem, by dzisiejszą młodzież, która jutro staje się ważnym czynnikiem obywatelskim, utrzymać w zdrowiu. Istnieje już opieka nad niemowlętami, istnieje jako taka opieka nad dziećmi przedszkolnymi, istnieje opieka szkolna w postaci lekarzy szkolnych, udzielania śniadań i tworzenia kolonji i półkolonji letnich, nie istnieje jednak jeszcze opieka zdrowotna nad młodocianymi robotnikami. A wszelka opieka przedszkolna a zwłaszcza szkolna, spełni tylko połowicznie swoje zadanie, jeżeli jest brak ciągłości opieki w dalszych a tak ważnych latach. Włożone na tę opiekę fundusze i energje byłyby w większej części stracone.

Już badania pierwsze prowadzone przez lekarzy rzucą światło na stan zdrowia, rozwój fizyczny młodocianych i lekarze będą mogli ustalić, którzy muszą być poddani stałej i częstszej obserwacji, a którzy wymagają specjalnej opieki.

Kasy chorych i ubezpieczalnie, tam gdzie one istnieją, samorządy i państwowa opieka społeczna będą musiały współdziałać dla ochrony zagrożonego zdrowia młodego pokolenia, znajdującego się w zawodowej pracy.

Przedewszystkiem młodzieży źle odżywionej należałoby ze wspólnych funduszów dostarczyć choćby codziennie przez 8 — 12 tygodni w roku pół litra mleka, a drugą akcją społeczno-hygieniczną powinno być wysyłanie na wieś na 4 — 6 tygodni najbardziej potrzebującej tego młodzieży.

Przykładem służyć może nam Austrja, gdzie opieka ta jest bardzo wysoko postawiona, zwłaszcza w Wiedniu. Stanowi ona wybitny wzór wspólnoty pracy publicznej opieki społecznej z ubezpieczeniem na wypadek choroby, na polu zapobiegania chorobom. Na tym polu Austrja wyprzedziła wszystkie państwa i może się poszczycić wielkiemi wynikami, nawet Anglja pozostała w tyle w tej akcji.

Najważniejszą gałęzią opieki zdrowotnej nad młodocianymi, jest umożliwienie im (chłopcom i dziewczętom) przepędzenie wakacji w odpowiednich zakładach, albowiem ten okres życiowy młodocianych jest najbardziej narażony na szkody zdrowia. Opieka ta w Austrji rozpoczęła się jeszcze w roku 1918 a więc przed zakończeniem wielkiej wojny światowej i upadkiem monarchji. Wpływy wojny światowej odbiły się najgorzej na młodzieży, badania wykazały, że waga wynosiła 9 klg. niżej normy, a śmiertelność na gruźlicę znacznie wzrosła. Akcja Wiednia jest podwójna: dostarczenie mieszkania tym młodocianym, którzy z jakiegokolwiek bądź powodu go mieć nie mogą i nie mają i akcja umieszczenia młodocianych na czas wakacji w odpowiednich zakładach. W Wiedniu stworzono *6 burs dla 538 młodocianych* męskich i żeńskich. Domy te są własnością miasta Wiednia ale administracja i prowadzenie ich spoczywa w rękach wydziału opieki nad młodzieżą przy ministerstwie dla spraw społecznych. Domy te są świetnie urządzone, mają nawet własne sale teatralne.

Druga akcja to wysyłanie do zakładów na czas urlopu od pracy. Młodzież znajduje w tych zakładach coś, co się nie daje ani odmierzyć, ani odważyć i co dla młodzieży nie mniej ważne jest, jak przybywanie na wadze t. j. trochę szczęścia młodości. Cztery tygodnie w otoczeniu przyjaciół wśród zabawy, śpiewu, w słońcu, w wodzie na powietrzu i wietrze. A przecież ci młodociani, którzy jako półdzieci tkwią w bezradosnem życiu proletarjału, którzy mało wiedzą o radości młodości i mało jej zakosztowali, muszą odczuwać jako szczęście, że tam w tych zakładach mogą być znowu młodsi. W zakładach tych dostarcza się dostateczne pożywienie, nadto są dobre urządzenia higieniczne kąpiele i t. d.

Obok fizycznego i umysłowego wypoczynku, odgrywa niemałą rolę wielki wpływ wychowawczy w czasie pobytu wakacyjnego. Ponieważ większa część młodocianych pochodzi z rodzin proletarjackich, samo przez się rozumie się, że ani ojciec ani matka nie mają czasu na wychowanie i dzieci wychodzą na świat przeważnie z wielkiemi błędami wychowawczemi. Przeto uczy się ich o ważności higieny ciała, pielęgnowania zębów i całego ciała, o szkodliwości alkoholu i nikotyny i z tego okresu czasu wynoszą wiele cennych wiadomości.

Przeszło 75.000 młodocianych obojga płci w czasie 10 - lecia korzystało z 6 zakładów wypoczynkowych a kasy chorych miljony szylingów poświęciły w tym czasie. W r. 1928 dały 500.000 szylingów t. j. 625.000 zł.

Austrja stworzyła pewne podstawy dla takiego urlopu młodocianych robotników. W r. 1920 wyszło rozporządzenie, że młodocianym przed ukończonym 16 r. życia należy się płatny dwutygodniowy urlop po roku pracy. Zwykle załatwia się w ten sposób, że młodociany otrzymuje faktycznie 4 - tygodniowy urlop na podstawie świadectwa lekarskiego, że taki urlop jest konieczny.

Wyniki pracy kas chorych w Austrji są wielkie. w r. 1928 wysłano 11.600 młodocianych. Największą korzyścią tej akcji jest to, że młodociani sami się przekonywują o korzyściach i konieczności wielostronnej kultury fizycznej. Rozumieją, że te urlopy to nietylko możliwość wydobycia się z codziennej niedoli, lecz rozumieją coraz lepiej znaczenie urlopów, które dają możliwość zahartowania swego ciała dla pracy i przyszłości.

Dla prowadzenia tej akcji stworzono przy Ministrze dla spraw społecznych kuratorjum, w którego skład wchodzą przedstawiciele rządu, miasta, kra-

jów, kas chorych, młodzieży, przemysłu i handlu, razem 47 osób. Przewodniczy minister. Kasy chorych i ich związki mają 13 przedstawicieli.

Kasy chorych w Polsce tworzą corocznie kolonje i półkolonje letnie. Przy wyznaczaniu kandydatów na te kolonje winien być przedewszystkiem ten rocznik szkolny uwzględniony, który po wyjściu ze szkoły przeznaczony jest do pracy zawodowej. W ten sposób przed rozpoczęciem pracy zawodowej nabierze młodocianv sił i odporności do przyszłego zawodu. Również okres między 15 — 18 r. życia młodocianych robotników powinien być bardzo szeroko uwzględniany przy wysyłaniu na kolonje z wyżej przytoczonych przyczyn.

Aczkolwiek z polecenia Min. Pracy odbywają się badania młodocianych przed wstąpieniem do pracy, winny kasy chorych już z własnej inicjatywy przeprowadzać co 6 miesięcy kontrolne badania, by pierwsze ślady zaburzeń w organizmie powstałe wskutek pracy zawodowej można było jak najwcześniej usunąć. Będzie to wstępem do perjodycznych badań zapobiegawczych.

Dr. med. CZESŁAW HOPPE.

O POTRZEBIE BARDZIEJ POWSZECHNEGO I RACJONALNEGO KIEROWANIA CHORYCH DO UZDROWISK I MIEJSCOWOŚCI KLIMATYCZNYCH

Głębsze badanie problemów leczenia i zapobiegania chorobom członków instytucji ubezpieczeń społecznych zwróciło baczną uwagę czynników lekarskich na zdrojowiska i stacje klimatyczne, jako na potężny oręż zmniejszający legjony niezdolnych do pracy, wiszących u klamek instytucji społecznych, inwalidów. Tak instytucje ubezpieczeniowe zagraniczne, jak i nasze Kasy Chorych i Zakłady Ubezpieczeń zorganizowały wysyłanie swych chorych do uzdrowisk, jednak z dotychczas stosowanej u nas polityki wysyłania wynika, że nie jest to akcja planowa wypływająca z należytego zrozumienia korzyści z niej płynących, lecz bezwładne bronienie się przed posądzeniem o wstecznictwo i niedotrzymywanie pola zagranicy.

Z tego wynika już konsekwentnie:

1) nieodpowiedni dobór materjału chorych do leczenia zdrojowego ewentualnie klimatycznego,

2) skierowywanie chorych do nieodpowiednich uzdrowisk,

3) brak własnych ewentualnie dzierżawionych pomieszczeń i instytucyj leczniczych, niedokładne ustalenie norm i taks leczenia swych ubezpieczonych w zdrojowiskach.

O roli leczenia zdrojowego pisze się obecnie bardzo wiele z powodu akcji Komitetu Międzynarodowego i Komitetów państwowych do walki z reumatyzmem.

Dr. Adolf Mester w Nr. 3 **„Przeglądu Zdrojowo-Kąpielowego"** 1929 r. organu Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, w artykule p. tytułem **„W sprawie walki z reumatyzmem"** pisze, że w Anglji jedno z większych stowarzyszeń ubezpieczeniowych chorobowych posiadające 9 miljonów ubezpieczonych powołało specjalny komitet, który miał opracować plan leczenia ubezpieczonych reumatyków. Komitet ten wypracował następujące wnioski:

„1) Leczenie zdrojowe zwraca w wielu przypadkach schorzeń reumatycznych, obarczonym niemi chorym zdolność do pracy.

2) Wobec tego należy w stosownych przypadkach przyznawać reumatykom co rok 3 — 4 tygodniowe urlopy na leczenie kąpielowe.

3) Leczeniem powinni kierować specjaliści.

4) Stan zdrowia reumatyków winien być stale kontrolowany.

5) Bardzo znaczny odsetek przypadków — około 70 proc. — nie potrzebuje leczenia stosowanego bądź w domu, bądź w szpitalu".

Zgadzamy się ze wszystkiemi powyższemi punktami. Wysunięte w paragrafie 5 wątpliwości rozwiniemy szerzej mówiąc o kwestji badania fachowego przed skierowaniem do leczenia zdrojowego.

Z dziedziny pokrewnej choroby — dny — mamy bardzo ważki głos przemawiający nietylko z punktu widzenia lekarskiego, lecz i ekonomicznego za kierowaniem ubezpieczonych do uzdrowisk.

Prof. Dr. Witold Orłowski na I Kursie Dokształcającym dla lekarzy w Ciechocinku w r. 1928 powiedział: „Leczenie uzdrowiskowe przewyższa w skazie dnawej pod względem swej skuteczności inne metody jej leczenia stosowane w warunkach zwykłych życia chorego.

Nieraz wystarcza już jednokrotne leczenie w zdrojowisku, by chory dnawy pozbył się na długi czas swoich dolegliwości, które nie przestawały go trapić dotkliwie pomimo nawet dużej skrupulatności w przeprowadzaniu leczenia w domu", oraz że: „Zabiegi, któremi rozporządzają zdrojowiska w leczeniu dny są tak potężne, że bledną przed niemi różne zachwalane środki farmaceutyczne, którym imię legjon..."

To co czytamy o gośćcu, o skazie dnawej, możemy łatwo wyszperać i o innych schorzeniach. Numer

z 1.3. r. b. **„La Presse Thermale et Climatique"** organu towarzystw i instytucji balneologicznych Francji poświęcony jest naprzykład leczeniu chorób kobiecych w zdrojowiskach.

Choroby dróg oddechowych, moczowych, narządu krążenia, przewodu pokarmowego (wątroby), choroby weneryczne, nerwowe, cukrzyca i wiele innych mają swoje metody leczenia zdrojowego, niejednokrotnie nadzwyczaj w swych wynikach efektowne. Dziś już prawie że niema dziedziny chorób, z którychby nie dało się wybrać materjału do leczenia zdrojowego.

W większości przypadków leczenie to stosuje się w sprawach przewlekłych, w pozostałościach pochorobowych, ewentualnie w stanach podostrych zbliżających się już do przewlekłych. I to właśnie, cecha tak cenna dla instytucji ubezpieczeniowych.

Lekarz kasowy wyczerpał już cały arsenał objętych lekospisem oficjalnym środków, mimo to chory nadal jest niezdolny do pracy.

Pozostaje jeszcze jedna możliwość wrócenia chorego do szeregów pracowników, którzy składkami swemi utrzymują Kasę — kuracja zdrojowa; w przeciwnym razie grozi przewlekłe płacenie zasiłków chorobowych i bezrobocia.

Ubezpieczeni lubią delektować się swemi cierpieniami, czytają gazety, niejednokrotnie wpadnie im w oko wzmianka lekarska, w rozmowach z bywalcami zdrojowiskowymi rozpoczynają marzenia o takiej kuracji. Rozpoczyna się szturmowanie lekarzy i komisji kasowego o skierowanie do Ciechocinka, Buska, czy innego zdroju.

Czytaliśmy w tezach angielskich „Friendly Societys" w punkcie 5, że nawet nie każdy reumatyzm nadaje się do kuracji zdrojowej, tembardziej z tego nawału, który runie zawsze na wiosnę na lekarzy kasowych i na komisje, niewielki proc. nadaje się do zdrojowisk.

Na komisję skierowują lekarze nie znający podstaw balneologji i balneografji, na komisjach również brak jest lekarzy specjalistów, znających leczenie zdrojowe i wskazania, a **co ważniejsze przeciwwskazania** poszczególnych zdrojowisk krajowych.

W ten sposób po szeregu perypetji i starań wybrana grupa jedzie do zdrojowisk.

Czy jednak wszyscy z nich powinni pojechać?

Czy z pośród odrzuconych lub wogóle niedopuszczonych przed komisję, niema bardziej do zdrojowisk nadających się?

Czy jadący jadą pod właściwym adresem?!

Przypuśćmy, że chorzy przyjechali na miejsce, do jednego z pierwszorzędnych zdrojowisk polskich.

Lekarzem kasy nie jest tam lekarz zdrojowy ordynujący w danym zdrojowisku od szeregu lat i znający dokładnie właściwości jego wód, oraz doskonale orjentujący się w metodyce ich stosowania, tylko dojeżdżający z Centrali, z siedziby powiatowej kasy, z pobliskiego miasta lekarz kasowy i ten ordynuje we wszystkich specjalnościach.

Jako lekarz kasowy, a jednocześnie lekarz zdrojowy, mam możność obserwowania od paru lat przebiegu i skutków takiego leczenia, które, jak wykazałem ma z gruntu fałszywą organizację.

Co najważniejsze, że błąd ten popełniają w prawie że równym stopniu nietylko kasy. Również urzędnicy państwowi kierowani przez t. zw. „Pomoc Lekarską dla Urzędników Państwowych" są bardzo ograniczeni w pomocy lekarskiej. Lepiej już zorganizowało leczenie swych członków w zdrojowiskach Ministerstwo Spraw Wojskowych, które po mniej lub więcej fachowych badaniach przed wysłaniem, organizuje prócz poważnie traktowanego lecznictwa, opiekę na miejscu co do taniego mieszkania i utrzymania swych chorych.

We Francji, gdzie niema przymusu ubezpieczeń chorobowych, wyszło szereg ustaw normujących drogą urzędową leczenie ludzi niezamożnych w zdrojowiskach i stacjach klimatycznych. Mianowicie ustawy z r. 1910 i 1919 omawiające sprawy zdrojowiskowe, wkładają na gminy obowiązek kwalifikowania do prawa otrzymywania bezpłatnego, lub ulgowego leczenia, oraz pobytu w szpitalach i sanatorjach zdrojowych.

Ciężary stąd wypływające ponosić mają zarządy zdrojowe, które winny corocznie na ten cel wstawiać do budżetu odpowiednie sumy.

Jest to nadzwyczaj niefortunne rozwiązanie kwestji, obciążające zbyt poważnie zdrojowiska dające pole do licznych nadużyć, a co najważniejsze, gromadzące w zdrojowiskach francuskich nie tyle chorych ile biednych.

Zdrojowiska francuskie prowadzą energiczną walkę przeciw projektowi ustawy ministra pracy, hygieny i opieki społecznej **Loucheur'a**, poprzedzonej wielkim referatem p. **Mirman'a**, członka **Section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique.**

Walka jest zrozumiała z punktu widzenia zarządów zdrojowisk i lekarzy zdrojowych, gdyż nowa ustawa nakłada na zdrojowiska obowiązek budowania, z kapitału potrąconego z dochodów z kart sezonowych w wysokości 20 proc. — 30 proc., szpitali, sanatorjów, lokowania chorych w prywatnych pensjonatach, leczenia kąpielowego i t. p.

I o dziwo, w walce tej rządy zdrojowisk, gminy będące ich właścicielami i lekarze zdrojowi, jako główny argument przeciw projektowanej ustawie, wysuwają kwestję zbliżającego się już do stadjum realizacji przymusowego powszechnego ubezpieczenia chorobowego we Francji.

Czeka się więc tam na ustawę o przymusowem ubezpieczeniu chorobowem, jako na powstanie jednocześnie instytucji, która sprawę leczenia zdrojowego niezamożnych weźmie w swe powołane ręce.

Polska od szeregu lat posiada już ustawę o ubezpieczeniu chorobowem, mówiąc popularnie posiada Kasy Chorych; powstały następnie drogą ustawową Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, **in statu nascendi** znajduje się ustawa o ubezpieczeniach emerytalnych robotników — jak widzimy gmach ubezpieczeń społecznych rozwinięty jest u nas niegorzej, a nawet lepiej niż w wielu państwach zachodnich, nie powinniśmy więc pozwolić, aby tak ważna dziedzina, dziedzina lecznictwa zdrojowego, w okresie trwania choroby i zapobiegawczego, leżała odłogiem, ewentualnie była traktowana po macoszemu.

Jak dotąd wysyłamy do zdrojowisk za mało na ogólną ilość potrzebujących, z pośród wysłanych zaś cały szereg jedzie niepotrzebnie, ewentualnie do niewłaściwego zdrojowiska.

Po negatywnem omówieniu wszystkich niedomagań powyższego zagadnienia przechodzimy do wniosków pozytywnych.

Kwestja pierwsza — małej ilości skierowywanych wiąże się ściśle z odpowiednią kwalifikacją.

Jeżeli wybrany będzie właściwy okres i rodzaj choroby, oraz odpowiednie zdrojowisko, to sprawa się zawsze opłaci i największa nawet ilość chorych wysłana do leczenia kąpielowego, finansowo będzie korzystna w swych dobroczynnych skutkach. Należy więc przedewszystkiem omówić kwestję kwalifikowania.

W przedostatnim numerze **„La Presse Thermale et Climatique" Prof. Dr. Maurice Villaret** z Paryża podaje projekt klasyfikacji chorych kierowanych do zdrojowisk. Projekt ten jest dostosowany do warunków francuskich, a właściwie specjalnie stolicy Francji, choć na skutek referatu **prof. Villaret'a,** jego idee mają być wprowadzone w czyn i w innych miastach uniwersyteckich Francji.

Nie będą one dla nas całkowitem rozwiązaniem kwestji, gdyż traktują organizację tylko najwyższych naukowo - praktycznych instytucji kwalifikacyjnych, które można stworzyć tylko w większych ośrodkach naukowych.

Prof. Villaret proponuje, a właściwie już definitywnie organizuje w paryskim szpitalu **St. Antoine,** którego jest szefem, t. zw. **„Centre de triage des malades justiciables de cures"** — instytucja, któraby z najwyższą oględnością na podstawie ścisłych badań fachowców zdrojowych i klimatycznych kierowała odpowiednich chorych do odpowiednich zdrojów.

Badanie chorych w tej instytucji zorganizowane jest na następujących zasadach:

1. Wyznaczenie odpowiednich dla leczenia ubezpieczonych zdrojowisk i ścisłe rozgraniczenie ich wskazań,

a) uznana wartość ogólna i specjalizacja zdrojowiska;

b) istnienie szpitali i sanatorjów zdrojowych, drożyzna lub taniość i inne dane dotyczące lecznictwa i warunków ekonomicznych zdrojowisk.

c) odległość od **„centre de triage".**

2. Kwalifikowanie chorych:

a) dane co do stopnia ubóstwa,

b) dane co do stanu zdrowia.

3. Uproszczenie dojazdów, opieka i badania naukowe na miejscu w zdrojowisku.

4. Kontrola wyników po powrocie.

W skład Komisji badającej wchodzą:

a) przedstawiciel administracji;

b) profesor balneologji,

c) przedstawiciel Instytutu Balneologicznego;

d) przedstawiciele katedr djagnostycznych i terapeutycznych;

e) lekarze specjaliści poszczególnych najdrobniejszych specjalności;

f) przedstawiciele zdrojowisk.

Przytoczyłem w ogólnych zarysach szmat projektu prof. **Villaret'a,** który jest tylko w niewielu punktach nierealny w naszych warunkach, daje on pojęcie jak poważnie traktuje się we Francji kwestję leczenia zdrojowego.

Oczywiście, że nic nie poradzimy na to, że Powiatowa Kasa Chorych w Wołożynie, lub nawet w Kutnie nie będzie mogła stworzyć u siebie na naukowych podstawach opartego „centrum", nie będzie ona mogła nawet zdobyć fachowców — lekarzy zdrojowych do swej zwykłej komisji, nie będzie mogła również każdego sporadycznego wypadku, ani nawet partji chorych wysyłać celem kwalifikacji do większych środowisk naukowych tego zresztą nie będą robić również mimo projektu prof. **Villaret'a** małe miasteczka Francji. Będzie ona musiała w dalszym ciągu opierać się na miejscowych siłach.

Na tym punkcie będziemy szwankować jeszcze długo.

Radę widzę w dość odległej przyszłości. Z chwilą gdy powstanie przy jednym, lub więcej uniwersytetów katedra balneologji i klimatologji ewentualnie **Polski Instytut Balneologiczny,** wówczas kończący medycynę lekarze będą się orjentowali w tej dziedzinie, co rok urządzane będą kursy dokształcające dla lekarzy praktyków — wiedza balneologiczna dotrze do najdalszych zakątków Rzeczypospolitej i każda Powiatowa Kasa Chorych będzie w stanie stworzyć fachową komisję kliniczno - zdrojowiskową.

Z projektu prof. **Villeret'a** możemy skorzystać, tworząc podobne centra przy wielkich Kasach, w miastach uniwersyteckich. W miastach tych znajdziemy odpowiednie siły naukowe i tam takie Villaret'owskie centra będą bardzo potrzebne ze względu na liczbę chorych. Odrzucimy tylko kryterja zamożności i ubóstwa gdyż wszyscy nasi ubezpieczeni są pod tym względem równouprawnieni.

Z chwilą gdy powstaną katedry balneologji i instytut balneologiczny sprawa będzie znacznie ułatwiona, dziś musimy operować siłami zastępczemi.

Przy wielkich Kasach, jak np. Kasa m. Warszawy wspólnie z Kasą powiatową, tworzy się stała Komisja Zdrojowiskowo - Klimatyczna. W skład komisji wchodzą:

1) Naczelny lekarz Kasy ewentualnie jego przedstawiciel;

2) zaproszony przedstawiciel nauki-profesor, lub docent klinicysta zajmujący się balneologją ewentualnie wybitny lekarz praktyk specjalista balneolog (w przyszłości stanowisko to będzie należało do profesora balneologji);

3) przedstawiciele wszystkich specjalności lekarskich będący jednocześnie w zakresie swych specjalności lekarzami zdrojowymi.

Komisja ta posiadałaby swą pracownię naukową, która współpracowałaby z pracowniami naukowemi działającemi w poszczególnych zdrojowiskach. Dałoby to możność naukowych badań przed, po i w czasie kuracji, a tem samem ustaliłoby tak mgliste dotychczas podstawy naukowe zdrojownictwa.

Poza motywami naukowemi na plan pierwszy z punktu widzenia kas wysuwają się motywy ekonomiczne.

Gwarancja wysyłania właściwych chorych do właściwych uzdrowisk jest jednocześnie gwarancją oszczędności dużych sum wyrzucanych przedtem marnotrawnie.

Wybranie zdrojowisk i miejscowości klimatycznych o rzeczywistych właściwościach, a nie opartych na krzyczących reklamach, skupienie w tych miejscowościach swych chorych, pobudowanie tam z biegiem czasu szpitali i sanatorjów jest kwestją doniosłą tak z punktu widzenia leczniczego jak i ekonomicznego.

Niemcy zrozumieli doskonale stronę ekonomiczną tej kwestji. Ich kasy po bardzo szczegółowem i poważnem kwalifikowaniu wysyłają chorych swych do ściśle określonych zdrojowisk i miejscowości klimatycznych, w których przeważnie mają swe wielkie szpitale i sanatorja. Nawiązując do ostatniego zdania, oraz do opisanego w początku tego artykułu obrazka leczenia naszych chorych w zdrojowiskach, podam analogiczny obrazek z leczenia zdrojowego ubezpieczonych w Niemczech.

Wpadł mi kiedyś w ręce streszczony w **„Przeglądzie Zdrojowo - Kąpielowym„** artykuł **Dr. Krebsa z Veröffentlichungen der Deutshen Ges. f. Rheumabekämpfung"** 1929 r. Autor opisuje urządzenia i działalność jednego z wielkich zakładów leczniczych własności Krajowego Zakładu Ubezpieczeń prowincji Reńskiej w Akwizgranie. Zakład obliczony jest na 360 łóżek. Pomoc lekarska — 8 lekarzy specjalistów, 2 absolwentów medycyny. Roczny ruch chorych około 3000 osób. Czas leczenia przeciętnie 6 tygodni, jednak w wypadkach cięższych bywa przedłużany na 10 i więcej tygodni. Przy zakładzie istnieje poradnia zawodowa, gdzie udziela się porad osobom, które muszą zmienić zawód z powodu stanu zdrowia.

Zakład jest wyposażony w najnowsze instalacje do zabiegów balneologicznych i ogólno - fizjoterapeutycznych.

Jako specjalność zakładu stosuje się nieznaną u nas t. zw. kąpiel spacerową w basenie szerokim na 1 m., długim na 10 m., ćwiczącą osoby osłabione długim leczeniem.

Prof. Villaret w omawianym artykule przytacza również, jako godne naśladowania, przykłady z kas niemieckich.

W Bad Elster z 247855 marek otrzymanych z opłat za karty sezonowe w r. 1927, chorzy kasowi wpłacili 93418 marek.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że karta kuracjusza kasowego wynosi 50 proc. ceny normalnej, to przekonamy się, że ilość chorych ubezpieczonych w Bad Elster jest większa, niż chorych leczących się prywatnie.

Sekretarz Berlińskiego Towarzystwa Balneologicznego — **Max Hirsch** wywodzi w **„Archives of Medical Hydrology"** 1929 r. organie Międzynarodowego Komitetu do Walki z Reumatyzmem, że kasy niemieckie na dużym statystycznym materjale stwierdziły, że dzięki szybkości leczenia w zdrojowiskach pozwala ono czynić oszczędności na sumach uprzednio wydawanych na leczenie i zasiłki. Nic też dziwnego, że Niemcy z taką energją rozbudowują ekspozytury kas na terenie zdrojowisk.

Jakie stąd płyną wskazania dla nas?

Chory kasowy musi mieć w zdrojowisku nietylko leczenie, lecz po znacznie tańszej cenie, a niejednokrotnie nawet darmo, mieszkanie i utrzymanie.

Zamiast budować w miastach wielkie pałace reprezentacyjne — ambulatorja, których luksusowe baseny i inne magnackie urządzenia nie działają od chwili ich wykończenia, skierować część tych pieniędzy na inwestycje własne w zdrojowiskach.

Takie zdrojowiska jak Ciechocinek, Busk, Krynica, a więc państwowe, gdzie łatwiej o ulgi w lecznictwie, oraz szereg zdrojowisk prywatnych o ustalonej wartości i solidności winny mieć sanatorja i szpitale kasowe.

Takie instytucje jak wojsko, policja, operujące skromnemi budżetami na potrzeby lecznictwa, stworzyły już liczne swoje szpitale sezonowe, Kasy i Zakłady Ubezpieczeń winny stworzyć coś większego, coś poważniejszego. Winny one budować, wykupywać, subsydjować istniejące szpitale i sanatorja.

Będąca w posiadaniu Kas ilość sanatorjów jest niewystarczająca i znajduje się przeważnie w stacjach klimatycznych z pokrzywdzeniem prawie zupełnem zdrojowisk.

Pomoc lekarska w zdrojowiskach, gdzie dotychczas niema zakładu leczniczego kasowego, w którymby byli stali ordynatorzy specjaliści — lekarze zdrojowi, winna być zorganizowana nie w postaci ambulatorjum, gdzie przyjmuje jeden, lub dwuch nawet lekarzy kasowych, tak zwanych „omnibusów".

Kasa, na której terytorjum znajduje się zdrojowisko, winna zakontraktować kilku wybitniejszych lekarzy zdrojowych różnych specjalności, stale ordynujących w danem zdrojowisku, aby ci przyjmowali chorych i odwiedzali ich w razie choroby obłożnej.

Może nigdzie, w żadnej dziedzinie lecznictwa czynnik psychiczny nie gra tak wielkiej roli, jak w leczeniu zdrojowem.

Oderwanie od szarzyzny życia codziennego, jego dużych i małych kłopotów, zapomnienie o biurze czy innym warsztacie pracy, stanowi potężny atut leczenia sanatoryjnego i wogóle uzdrowiskowego.

Czy ambulatorjum kasowe stworzone na obraz i podobieństwo tego, które chory widywał w Warszawie, czy Łodzi, z zatłoczoną poczekalnią, będzie czynnikiem psychicznym dodatnim?

Oczywiście że nie!

Większość chorych z miast kierowanych do uzdrowisk, niezależnie od rodzaju choroby zasadniczej stanowi kategorję ludzi o roztrzęsionych nerwach. Dokoła nich winniśmy stworzyć specjalny nastrój, atmosferę łagodności, pogody i estetyki, inaczej zmarnotrawione będą pieniądze, wydane na ich leczenie choćby w najlepszem, najsilniejszem co do swych właściwości przyrodnych zdrojowisku.

Najważniejsza kwestja w leczeniu zdrojowem, to wolny wybór lekarza. Oczywiście w całej rozciągłości nie da się ona urzeczywistnić, gdyż nie wszyscy lekarze zdrojowi zechcą być lekarzami kasowymi.

Niestety, wskutek niskiego uposażenia lekarzy kasowych, lekarze o większej praktyce prywatnej nie będą chcieli, bo nie opłaci im się w krótkim stosunkowo sezonie, w większości naszych zdrojowisk, leczyć chorych kasowych.

Artykuł ten nie pretenduje do roli konkretnego projektu regulującego kwalifikacje chorych do zdrojowisk i omawiającego ich leczenie zdrojowe, zawiera jednak szereg luźno może powiązanych, mimo to zupełnie rea nych, myśli.

Przewidując, że instytucje Ubezpieczeń Społecznych będą się coraz potężniej rozwijać, obejmując coraz to nowe warstwy społeczne, oraz wkraczając w coraz to nowe dziedziny życia ubezpieczonych, śmiem twierdzić, że wszystkie projekty wysunięte w mym artykule są w bliższej lub dalszej przyszłości realne.

Należy tylko mieć praktyczny zmysł kolejności inwestycyjnej, gdyż tylko dzięki koordynacji umysłów i środków finansowych można dojść do pięknych rezultatów.

Opanowawszy inwestycje najniezbędniejsze, podstawowe, uregulowawszy sprawność działania naszych instytucji, zyskamy sobie zaufanie naszych ubezpieczonych.

Zaufanie to będzie moralną podstawą rozwoju instytucji i idei Ubezpieczeń Społecznych.

Usprawnienie, oraz wzniesienie na wyższy poziom leczenia zdrojowego ubezpieczonych będzie jednym z poważniejszych atutów w grze o powagę i popularność tej idei.

W. IW-SKI.

W SPRAWIE WSTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ NA WYPADEK BRAKU PRACY W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Interpretacyjna koncepcja p. Dr. G. C., autora artykułu zamieszczonego w sierpniowym zeszycie „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", pod tytułem: „Wstrzymanie świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych", na mocy art. 50-go rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24/XI. 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jak wiadomo, nie jest jedyną, ale zdaje się jest tak samo bliską prawdy, jak większość pozostałych. Nie chodzi tu przecież o prawdę ze stanowiska absolutu, lecz o tę prostą prawdę, na którą zdobyć się może przeciętny umysł ludzki.

Nic w istocie nie wymaga w takim stopniu miarodanej wykładni i rozważenia przez przyszłe instancje Sądownictwa ubezpieczeniowego, jak właśnie głośna już dziś sprawa art. 50-go. Dobrze też się stało, że akurat w rocznicę przejęcia przez jeden z największych zakładów, a mianowicie Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, świadczeń na wypadek braku pracy od Funduszu Bezrobocia, redakcja „Przeglądu" otworzyła dyskusję na temat najkapitalniejszego zagadnienia w tej dziedzinie świadczeń; kwestja bowiem, czy pozostającemu bez pracy przysługuje w wypadku wstrzymania pełny 6-miesięczny okres zasiłku, czy też 3-miesięczny, względnie inny krótszy okres, jest kwestją nader palącą, a wszelka niepewność w tej tak ważnej dla losu pracownika umysłowego sprawie jest wprost szkodliwą. Oświetlenie tej sprawy w dyskusji publicznej niewątpliwie przyczyni się do wyjaśnienia wielu wątpliwości. Godzę się z Sz. Autorem co do sztucznego charakteru pewnych wątpliwości, wysuwanych przy stosowaniu art. 50-go, wszelako te wątpliwości, które wynikają ze względów społecznych, t. j. z tego samego źródła, z którego płynie Dekret Prezydenta,— nie łączyłbym z oportunizmem, jak to czyni Sz. Autor, z oportunizmem natomiast połączyłbym raczej wątpliwości, które są wysuwane ze względu na pewne egoistyczne interesy danej grupy społecznej; te właśnie wątpliwości zmierzają do wypaczenia często idei i podstawowych założeń Dekretu Prezydenta. Wymaga także korektywy twierdzenia p. Dr. G. C., jakoby przepis art. 50-go był charakteryzowany jako niesłuszny przez zwolenników rozszerzającej wykładni; sam bowiem przepis przez zwolenników nawet przeciwnych koncepcji interpretacyjnych jest uważany za najzupełniej słuszny i celowy. Natomiast wykładnia jego stosowana dotychczas przez Zakłady jest nietylko niesłuszna, ale wprost krzywdząca. Nie potrzebuje chyba uzasadnienia, że krzywdzącem jest naprzykład zupełne pozbawianie świadczeń na wypadek braku pracy pracownika, który zgodnie z umową otrzymał przy zwolnieniu 6-miesięczne odszkodowanie. Przecież skoro został zredukowany, dotknęło go niejako zdarzenie losowe, stanowiące niezawiniony wypadek ubezpieczeniowy; dla ubezpieczenia się na ten wypadek pracownik opłacał składkę — jakiemi względami słuszności może być uzasadnione pozbawienie tego pracownika świadczeń na wypadek braku pracy? Albo, czy nie jest krzywdzącem potrącenie np. z zasiłku tych sum, jakie pracownik przy zwolnieniu otrzymał z tytułu odszkodowania za zniszczone np. w pracowni chemicznej ubranie lub potrącenie równowartości 2-ch krów, które otrzymał przy zwolnieniu rządca rolny w podarunku od pracodawcy?

Czy słusznem np. jest wstrzymanie zasiłku na 3

miesiące, skoro pracownik przy zwolnieniu nie otrzymał żadnej odprawy, ale rości sobie na drodze sądowej prawo do 3 - miesięcznej odprawy. Przecież art. 50 p. 4 mówi o wstrzymaniu, jeżeli pracownik **„przy zwolnieniu"** otrzymał odprawę; cóż zatem przemawia za stosowaniem wstrzymania, jeżeli pracownik wyprocesuje odprawę np. w 2 lata **po zwolnieniu**. A przecież Zakłady w tym wypadku wstrzymanie stosują; moglibyśmy mnożyć podobne i inne może nawet bardziej jaskrawe przykłady na dziesiątki, wszakże wszystkie one potwierdzają nasze mniemanie o niesłuszności raczej wykładni, niż samego przepisu.

Chyba najbardziej autorytatywnem stwierdzeniem niesłuszności tych interpretacyj jest zaniechanie przez Zakłady niektórych podobnych praktyk, co w pierwszym rzędzie zawdzięczać należy życzliwemu ustosunkowaniu się Ministerstwa Pr. i O. S. do ubezpieczenia pracowników umysłowych, oraz próby cofnięcia się z zajętego stanowiska, które znalazły wyraz w statucie Zakładu (§ 47) i w tak zwanej interpretacji Mysłowickiej.

W swem głębokiem i zajmującem studjum Sz. Autor artykułu w sposób dosyć jasny sformułował istotę sporu, toczącego się między interpretatorami art. 50-go.

Nie będziemy zatem powtarzali, na czem polega założenie dyskusji.

Niestety jednak, co — naszem zdaniem — winno być kluczem zagadnienia, nie jest ono dostatecznie wyraźnie w artykule p. Dr. G. C. wyjaśnione.

Co mianowicie ma znaczyć pierwsze zdanie art. 50-go: „Świadczenia na wypadek braku pracy wstrzymuje się?" Zarówno p. Dr. Pasternak w swym świetnym komentarzu, jak i w ślad za nim p. Dr. G. C. i to dwukrotnie wyjaśnia, że „wstrzymanie" polega na tem, iż „uprawniona osoba, jakkolwiek posiada zasadniczo przepisane warunki, nie może realizować swego prawa, jak długo istnieje przyczyna, zawieszająca prawo do świadczeń".

Zdawałoby się zatem, że wstrzymanie łączy w sobie w sposób nierozerwalny uniemożliwienie realizacji świadczenia z zawieszeniem prawa do świadczeń i że przeto wstrzymanie świadczeń należy rozumieć jako zawieszenie prawa do świadczeń, co z natury rzeczy pociąga niemożność realizacji prawa.

Niestety, Sz. Autor tej słusznej — naszem zdaniem — zasady konsekwentnie nie przeprowadza, a gdy dochodzi do kwestji art. 57-go, to sam staje nawet w sprzeczności z sobą, twierdząc, że pod działaniem przyczyny wstrzymującej prawo do świadczeń może powstać i trwa przez cały czas wstrzymania, lecz nie może ono być jedynie zrealizowane. A więc ostatecznie pod działaniem wstrzymania prawo trwa, czy ulega zawieszeniu? Ta kwestja jest właśnie punktem zwrotnym całego zagadnienia.

Aby nie przekraczać ram artykułu, nie będę przytaczał argumentów na poparcie zasady, którą wypowiedział Dr. Pasternak i podziela p. Dr. G. C., że mianowicie wstrzymanie świadczeń ma ten skutek, iż osoba uprawniona nie może realizować swego prawa, jak długo trwa przyczyna, zawieszająca prawo do świadczeń.

Pozwolę sobie ją rozwinąć i wyciągnąć z niej wszelkie konsekwencje. Stwierdzam przedewszystkiem, że ta, jak rzekliśmy, słuszna — naszem zdaniem — zasada uważa wstrzymanie świadczeń z art. 50-go za przyczyne, zawieszającą prawo do świadczeń. Praktycznie rzecz biorąc, identyfikuje wstrzymanie świadczeń z zawieszeniem prawa do świadczeń. Postaramy się zapamiętać narazie tę zasadę, gdyż wkrótce okaże się nam potrzebną, a tymczasem przejdziemy do art. 57-go. Głosi on mianowicie: „Prawo do świadczeń z powodu braku pracy ustaje z upływem 6-ciu miesięcy od dnia jego powstania".

Rozróżniamy tu zatem takie elementy:

1) prawo do świadczeń z powodu braku pracy naprzód powstaje,

2) następnie po upływie 6-ciu miesięcy ustaje.

Co się dzieje w międzyczasie, t. j. od momentu powstania do momentu ustania, jeśli poza sporem, że w ciągu tego czasu t. j. 6-ciu miesięcy prawo trwa, biegnie, chyba z jakiegokolwiek powodu uległo zawieszeniu? Jeżeli np. pozostający bez pracy w ciągu trwającego okresu zasiłkowego zostanie zatrzymany w areszcie na przeciąg miesiąca (art. 50 p. 3), to prawo do świadczeń ustaje wprawdzie z upływem 6-ciu miesięcy, od dnia powstania, ale trwać będzie 5 miesięcy, bo na przeciąg miesiąca uległo wstrzymaniu na mocy art. 50 p. 3, czyli było na ten czas zawieszone.

Pozostawiając na boku warunki, powodujące powstanie prawa do świadczeń, jako kwestję dla toku naszego rozumowania nie mającą zasadniczego znaczenie, oświetlimy zagadnienie ze strony negatywnej, t. j. postaramy się ustalić, kiedy prawo do świadczeń na wypadek braku pracy powstać nie może.

Wśród licznych równorzędnych odpowiedzi, które nasuwają się w związku z postawionem pytaniem, wybieramy celową jedną, a mianowicie: prawo do świadczeń nie może powstać, gdyż jest ono zawieszone. W czasie zawieszenia bowiem prawo nie ma bytu, niemożliwem jest wskutek tego także i powstanie w czasie zawieszenia prawa, bo powstawanie też jest bytem, a ściśle biorąc — początkiem bytu. Ponieważ wszakże, jak to sobie przypominamy, „wstrzymanie świadczeń pociąga właśnie zawieszenie prawa", więc prawo do świadczeń nie może powstać także wtedy, gdy świadczenia są wstrzymane. Dla jasności powtórzymy główne elementy naszego rozumowania:

Założenie 1: prawo do świadczeń nie może powstać, gdy działa przyczyna zawieszająca.

Założenie 2: wstrzymanie świadczeń jest przyczyną zawieszającą.

Wniosek: prawo do świadczeń nie może powstać, gdy działa wstrzymanie.

Stwierdzamy, że otrzymany wniosek jest zgodny z zasadą art. 46, który głosi „prawo do świadczeń .... powstaje w razie ziszczenia się wszystkich warunków od których rozporządzenie niniejsze uzależnia uzyskanie tego prawa".

Przecież nie może być mowy o ziszczeniu się wszystkich warunków, skoro działa przeszkoda w postaci wstrzymania.

A więc dopiero po ustaniu tej przeszkody i ziszczeniu się pozostałych warunków prawo do świadczeń może pozostać.

Jakie są konsekwencje powyższej zasady, — najlepiej oświetli to nam przykład.

Ubezpieczony utracił zajęcie z własnej winy i zgłosił roszczenie w 1-szym miesiącu po utracie zajęcia. Na mocy artykułu 50 p. 1 świadczenie w tym wypadku winno ulec wstrzymaniu na 3 miesiące. Na mocy art. 47-go jego prawo do świadczeń winno się rozpocząć od dnia utraty zajęcia. Lecz wobec działania przyczyny wstrzymującej, powstanie prawa do świadczeń zawiesza się w myśl powyższych wywodów na przeciąg 3-ch miesięcy; powstanie ono dopiero po upływie tych 3-ch miesięcy od dnia utraty zajęcia; na mocy zaś art. 57-go prawo do świadczeń ustanie po upływie 6-ciu miesięcy od dnia powstania, a więc w tym wypadku trwać będzie 6 miesięcy. cały zatem okres wstrzymania zostaje wyeliminowany z okresu zasiłkowego, który wskutek tego żadnej redukcji nie ulegnie. I niema tu błędu, jak twierdzi p. Dr. G. C., polegającego na braku rzeczywistego wstrzymania, gdyż rzeczywiście i w sposób dosyć dotkliwy dla ubezpieczonego wstrzymuje się na przeciąg 3-ch miesięcy powstanie prawa do świadczeń; na przeciąg tego okresu prawo jest zawieszone, pozostający bez pracy z żadnych zasiłków korzystać w tym czasie nie może.

Jeżeli pozostający bez pracy zgłosi roszczenia w tych samych warunkach w 3-im miesiącu pozostawania bez pracy, to prawo jego do zasiłku powstałoby, gdyby nie było wstrzymania z pierwszym dniem 3-go miesiąca pozostawania bez pracy, lecz wobec wstrzymania, trwającego 3 miesiące, prawo jego w tym czasie nie będzie mogło powstać, powstanie natomiast po upływie okresu wstrzymania, t. j. z 1-szym dniem 6-go miesiąca pozostawania bez pracy, ustanie zaś po upływie 6-ciu miesięcy od dnia powstania, stosownie do art. 57-go. A więc i tutaj okres wstrzymania jest całkowicie wyeliminowany z art. 57-go, wobec czego żadnego wpływu na redukcję okresu zasiłkowego mieć nie może.

Wygłoszona tu zasada budzi w niektórych wypadkach poważne wątpliwości ze względu na dalsze brzmienie art. 57-go, który mianowicie głosi, że „do powyższego okresu (6 miesięcy — dop. autora) nie wlicza się wstrzymanie świadczeń w myśl art. 50 p. 8, oraz czasu ćwiczeń wojskowych".

Niektórzy interpretatorzy twierdzą, że skoro prawodawca wyeliminował z okresu, objętego art 57-ym, z pośród 9-ciu punktów art. 50-go tylko jeden punkt 8-my, to stąd przez rozumowanie a contrario należy dojść do wniosku, że pozostałe 8 punktów art. 50-go do powyższego okresu należy wliczyć. Oczywiście, że takie stanowisko jest w zupełnej sprzeczności z bronioną przez nas zasadą pełnego okresu zasiłkowego. Stanowisko to ma pozory słuszności, ale nie więcej, niż pozory.

Przedewszystkiem prawodawca nie wyłączył z 6-miesięcznego okresu zasiłkowego **tylko art. 50 p 8** Tego wyrazu „tylko" w art. 57 niema. Wyłączenia zatem, wprowadzone do art. 57-go, bynajmniej nie są wyliczone wyczerpująco.

Dlaczego jednakowoż prawodawca jedynie punkt 8 wymienił, pomijając pozostałe milczeniem? Kwestja stanie się jasna, jeżeli przypomnimy sobie zgodnie z tem, cośmy powiedzieli, że jeżeli wstrzymanie ma miejsce w środku okresu zasiłkowego, to okres ten ulega redukcji o cały ten czas wstrzymania. A czego dotyczy art. 50 p. 8? Właśnie wstrzymania w środku okresu zasiłkowego. Z tego wynikałoby, że gdyby prawodawca wyraźnie nie wyłączył punktu 8 art. 50 ze sfery art. 57-go, to przejściowe zatrudnienie wobec brzmienia pozostałych przepisów winno byłoby być włączone do okresu zasiłkowego i wpłynęłoby na redukcję okresu o cały okres przejściowego zatrudnienia; niesłuszność takiej normy byłaby wszakże zbyt rażąca, to też prawodawca uważał za rzecz wskazaną wyraźnie zaznaczyć, że punkt 8 art. 50-go też się nie wlicza do sfery art. 57. A więc nie, jak pragną niektórzy interpretatorzy, „**tylko** punkt 8 się nie wlicza do art. 57-go", lecz **także** punkt 8-my się nie wlicza do art. 57-go.

Zgadzamy się, że art. 57 nie ma podkreślonego tu wyrazu ani „tylko", ani „także". Wszelako ścisła wykładnia upewnia nas, że sporne zdanie art. 57-go może być uzupełnione przez wyraz **„także"**, natomiast nie może brzmieć „nie wlicza się tylko".

Także wykładnia gramatyczna potwierdza słuszność zasady, że wstrzymywanie w istocie swej nie może być redukcją świadczeń, gdyż wyraz „wstrzymuje się" oznacza według Słownika Języka Polsk. Jana Karłowicza i in. (Wwa. 1919 r. str. 762) „zawiesić, odroczyć, odłożyć na później", nie oznacza natomiast „zmniejsza się, redukuje się, lub pozbawia się".

Ale mało tego, także wykładnia systematyczna potwierdza prawidłowość otrzymanego przez nas rezultatu, wszak istotną normą, redukującą według przeciwników bronionej tu t. zw. zasady pełnego okresu zasiłkowego, jest przepis art. 57-go.

Tymczasem przepis ten nie jest umieszczony w dziale XI, noszącym tytuł „Wstrzymanie i zmniejszenie świadczeń", lecz w dziale XII, zatytułowanym „Ustanie praw do świadczeń i wznowienie wstrzymanych świadczeń". Jak widzimy, w dziale XII nie może się znajdować przepis, dotyczący zmniejszenia świadczeń.

Gdyby prawodawca chciał przez art. 57 wprowadzić redukcję, to powinienby był go rozszczepić i tę część przepisu, która ma rzekomo uzasadnić redukcję, wyodrębnić w osobny przepis, dla którego miejsce mogłoby być tylko w dziale XI-ym.

Bronimy tu zasady pełnego okresu z niezłomnem przekonaniem słuszności naszego stanowiska. Dla objektywizmu trzeba stwierdzić, że i przeciwna wykładnia nie jest pozbawiona słuszności.

Ale skoro nie odmawiamy pewnej słuszności także i przeciwnej interpretacji, to należy ustalić kryterjum, które pozwoli nam zadecydować, która z 2-ch, przypuśćmy jednakowo słusznych wykładni, ma znaleźć zastosowanie w praktyce; kryterjum to winno być wydedukowane z ducha i racji Dekretu, z jego podstawowych założeń i celów ubezpieczenia społecznego wogóle. Dobro ubezpieczonego, który w ciężkiej dla niego chwili życia, na wypadek której był przymusowo ubezpieczony w Zakładzie, przychodzi do Zakładu o pomoc w nadziei, że znajdzie tam nie puste i wykrętne formalizowanie, lecz sprawiedliwie wymierzony zasiłek, — powinno być, naszem

zdaniem, czynnikiem decydującym przy wyborze tej, czy innej wykładni.

Jeżeli tem kryterjum będziemy się posługiwali rozważnie i szczerze, nie obłudnie, to ośmielamy się wyrazić przekonanie, że wybór powinien paść nie na wykładnię ścieśniającą, która w praktyce wywoływała tyle słusznych skarg, żalów i była powodem tylu zawodów, lecz na wykładnię rozszerzającą, broniącą t. zw. pełnego okresu zasiłkowego, zapewniającą ubezpieczonemu nie illuzoryczne, lecz rzeczywiste świadczenia, będące małym tylko odpowiednikiem niekiedy przez długie lata płaconych składek.

PATRYCY DZIURZYŃSKI.

NOWELIZACJA NIEMIECKIEJ USTAWY *) O POŚREDNICTWIE PRACY I UBEZPIECZENIU NA WYPADEK BRAKU PRACY Z DNIA 16 LIPCA 1927 ROKU

Państwo niemieckie wprowadziło przymusowe ubezpieczenie na wypadek braku pracy od dnia 1.11.1927 r. Do wykonania tego ubezpieczenia powołano Państwowy Zakład pośrednictwa pracy i ubezpieczenia bezrobotnych. Znaczenie tej ustawy dla życia gospodarczego, a nawet całego państwa, jest bardzo duże: „Jeżeli naród niemiecki przeszedł przez te lata bez poważnych wstrząśnień, zawdzięcza to w głównej mierze ubezpieczeniu na wypadek braku pracy" pisze Dr. Lehfeldt (Reichsarbeitsblatt Nr. 30 z dnia 25.10.1929 r.).

Aczkolwiek ustawa ta była opracowana na podstawie doświadczeń, zdobytych w czasie kilkuletniego prowadzenia akcji zapomogowej dla bezrobotnych (Erwerbslosenfürsoge), to jednak egzamin praktyczny wypadł niebardzo korzystnie. W ubezpieczeniu tem nie można ustalić ryzyka; wogóle na powojennym rynku pracy stosunek ilości bezrobotnych do pracujących jest znacznie mniej korzystny, niż przed wojną, a w chwilach kryzysu ekonomicznego wprost katastrofalny. Pierwszy rok działalności zamknięto wprawdzie stosunkowo nieznacznym niedoborem, bo mk 14 miljonów, jednak następny już rok rozpoczyna się pod bardzo niepomyślnemi wróżbami. W m. listopadzie 1928 r. ilość pobierających zasiłki przekroczyła miljon osób, a na 28 lutego 1929 r. wzrosło do 2.460.760. Niedobór powiększał się w szybkiem tempie i musiał być pokrywany przez Skarb Państwa; w końcu czerwca 1929 r. zadłużenie to wynosiło mk. 265 miljonów.

Już od początku 1929 r. pojawiają się wnioski, mające na celu zrównoważenie budżetu Państwowego Zakładu i rozpoczyna się bardzo żywa dyskusja w kierunku rozwiązania tego zagadnienia. Zaznaczyły się tutaj dwa zasadnicze kierunki. Jedni chcieli równowagę budżetu uzyskać przez obniżenie świadczeń, drudzy przez podwyższenie składek. Z wielką trudnością udało się min. Stressemannowi, tuż w kilka dni przed śmiercią, doprowadzić do kompromisu w tej sprawie, grożącej nawet rozbiciem koalicji rządowej i zmiany ustawy uchwalono dn. 12 października 1929 roku.

Nowelizacja powyższa ma na celu zmniejszyć świadczenia w pewnych kierunkach, a przedewszystkiem usunąć nadużywania i niedomagania (Missbräuche und Missstände).

Równowagę finansową chciano osiągnąć przedewszystkiem przez zmniejszenie świadczeń bezrobotnych robotników sezonowych, którzy przedstawiają największe ryzyko utraty pracy zwłaszcza na czas t. zw. sezonu martwego. Grupy sezonowe, do których zalicza się robotników leśnych, rolnych, budowlanych wykwalifikowanych i pomocników, kolejowych, drogowych, w 50 proc. — zatrudnionych w przemyśle ceramicznym oraz komunikacyjnym, niewykwalifikowanych różnego rodzaju i w 10 proc. — technicznych, stanowią znaczny odsetek pobierających zasiłki. I tak na ogólną ilość 2.064.352 bezrobotnych, otrzymujących zasiłki, co do których zestawiano na dzień 15 marca 1929 r. dane, wypadało 1.056.405 robotników sezonowych, a więc 51,2 proc. Związki pracodawców żądały nawet wyłączenia tych robotników z pod obowiązku ubezpieczenia, lub pozbawienia zasiłków na czas sezonu martwego, z równoczesnem obniżeniem składki za nich do połowy; inne wnioski zmierzały do podwyższenia okresu wyczekiwania, czyli minimalnego okresu ubezpieczenia, uzasadniającego prawo do zasiłków (Anwartschaft) z 26 do 36 tygodni, podwyższenia czasu od chwili zgłoszenia roszczenia do chwili przyznania zasiłku (Wartezeit) z dni 7 do 14, a nawet 21, zmniejszenia okresu zasiłkowego z 26 do 14 tygodni, uzależnienia wysokości zasiłków od ilości uiszczonych składek, podwyższenia za nich składek i t. p. Zmiana ustawy poszła jedynie w kierunku obniżenia wysokości zasiłków: zaliczeni do grupy zarobkowej VII-ej będą otrzymywać zasiłki według VI grupy, VIII i IX według VII, X i XI według VIII grupy.

Wysokość zasiłków chciano zasadniczo uzależnić od długości okresu wyczekiwania; 26 tygodniowy okres składkowy dawałby prawo tylko do części za-

*) Powyższą ustawę omawia artykuł, umieszczony w Nr. 6 Przeglądu Ubezpieczeń w r. 1928.

siłku, pełny zaś zasiłek przysługiwałby po dłuższym okresie wyczekiwania. Według zmienionej ustawy dłuższy okres wyczekiwania, bo 52 tygodnie w ostatnich latach przed zgłoszeniem, konieczny jest tylko przy pierwszym wogóle zgłoszeniu roszczenia o zasiłek; przy następnych zgłoszeniach wystarczy, jak dotychczas, wykazać się zatrudnieniem w przedsiębiorstwach, podlegających przymusowi zabezpieczenia, przez 26 tygodni w ostatnim roku. W związku z tem terminatorzy (uczniowie) mają być ubezpieczeni rok przed ukończeniem terminu.

Przepisy, tyczące się długości czasu od chwili zgłoszenia roszczenia do chwili przyznania zasiłku, zmieniono dość znacznie, obniżając dotychczasowy okres 7 dniowy do dni trzech dla bezrobotnych mających na utrzymaniu powyżej 3 członków, podwyższając do dni 14 dla samotnych bezrobotnych poniżej lat 21, żyjących we wspólnem gospodarstwie. Warunki skrócenia tego czasu obostrzono, przewidując całkowite zniesienie tego czasu tylko w stosunku do bezrobotnych, mających na utrzymaniu powyżej 3 członków rodziny.

Dotychczas przy ustalaniu wysokości zasiłku nie brano pod uwagę otrzymywanych przez bezrobotnych rent socjalnych. Obecnie zaliczeniu nie podlega tylko część renty w wysokości mk. 30 miesięcznie, resztę renty odlicza się przy wymierzaniu zasiłku. To postanowienie nie rozciąga się na renty inwalidów wojennych oraz renty przy nieszczęśliwych wypadkach, spowodowanych chorobami zawodowemi. Zarobki okolicznościowe uwzględnia się w tej mierze, że zarobek i zasiłek nie mogą łącznie przekraczać 15 proc. pełnego zasiłku.

Dotychczas składka za bezrobotnych do Kas Chorych była stosunkowo wysoka, gdyż bezrobotny w czasie choroby otrzymywał w dalszym ciągu zasiłek w takiej samej wysokości, a więc około 45 proc. podstawy wymiaru, dlatego też składkę zmniejszono o 1/3, postanawiając, że za zarobek dzienny, służący do określania składki ubezpieczeniowej na wypadek choroby, bierze się 1/10 podstawowego zarobku tygodniowego, zamiast jak dotychczas 1/7. Gdyby to zmniejszenie okazało się bardzo niedogodne, upoważniono Państwowego Ministra Pracy do odmiennego uregulowania tej kwestji od dnia 1. 4. 1931 roku.

Powyższe zmiany uskuteczniono przedewszystkiem ze względów finansowych. Jednak głównem zadaniem nowelizacji jest chęć zwalczenia nadużywania ustawy i usunięcia niedomagań, aczkolwiek w konsekwencji prowadzi to też do zmniejszenia wydatków. Dotychczas tendencją ustawy było ułatwienie korzystania z dobrodziejstw ustawy dla jak najszerszego zakresu osób; wyłączenia z pod obowiązku ubezpieczenia uzależnione były od nadesłania odpowiedniego zawiadomienia; ułatwiono też wykazanie się bezrobotnym właściwym okresem wyczekiwania. W tym samym kierunku szła interpretacja ustawy przez organa instytucji. Konsekwencją tego stanu było, że zasiłki otrzymywały osoby, mając bardzo mało wspólnego z rynkiem pracy i tylko dlatego opłacające składki, by natychmiast po okresie wyczekiwania porzucić pracę i wykorzystać przysługujące im świadczenia. Te nadużywania przepisów ustawy były bardzo częste i oczywiście powiększały się w czasie kryzysu gospodarczego, wywołując nieraz bardzo ostre słowa krytyki na działalność Państwowego Zakładu.

By tym nadużyciom zapobiec, ustawa określa pojęcie „bezrobotnego". Za bezrobotnego w rozumieniu tej ustawy uważa się tylko tego, który zawodowo stara się być zatrudniony z reguły jako pracobiorca. Ustawa więc wyklucza obecnie od pobierania zasiłków mających utrzymanie przedewszystkiem z innych źródeł, a pracę najemną uważających za uboczny zarobek, a więc gospodarzy rolnych, samodzielnych rzemieślników, zarabiających we wspólnem przedsiębiorstwie małżonków, rodziców, dziadków, potomstwo i rodzeństwo i t. p. Zamężne kobiety mogą być tylko wtedy uważane za bezrobotne, gdy pracę najemną uważają za swój rzeczywisty zawód, wypełniający im życie i dający utrzymanie.

Dużem niedomaganiem ustawy była możność stosunkowo łatwego wykazania się okresem wyczekiwania, gdyż wystarczało już zatrudnienie przez 26 tygodni w okresie przeważnie przedłużanym do trzech lat przed zgłoszeniem. Krótkotrwałe (geringfügige) zatrudnienie przerywane nieraz dłuższemi okresami, dawały prawa do zasiłków, aczkolwiek zdolność i chęć do pracy otrzymujących zasiłki była wielce wątpliwa; tego rodzaju zajęcia, trwając 24 godziny lub mniej tygodniowo lub o zarobku tygodniowym mniej niż 8 mk. lub miesięcznie 35 mk. nie uzasadniają obowiązku ubezpieczenia. Dotychczas każda praca czy pełna, czy czasowa, choćby godzinę tygodniowo, była jednakowo liczona, nawet przerwy pracy spowodowane chorobą były doliczane do okresu wyczekiwania. Obecnie dwa dni takiego zatrudnienia, trwającego mniej niż 24 godziny tygodniowo, liczy się za jeden, a dni choroby nie wlicza się do okresu wyczekiwania. Niestale zatrudnieni (unständigbeschäftigte) będą po 1.11.30 r. podlegać przymusowi ubezpieczenia, jeżeli to Rada Zarządzająca uchwali. Chałupnicy wszelkich rodzai (Heimarbeiter, Hausgewerbetreibende) z wyjątkiem majstrów - pośredników (Zwischenmeister), czerpiących przeważną część zarobku nie ze swojej pracy, podlegają zasadniczo ubezpieczeniu, jednak Rada Zarządzająca może wyłączyć pewne kategorje tych robotników, lub obowiązek ubezpieczenia inaczej uregulować.

Zwolnienia od ubezpieczenia następowały z chwilą otrzymania zawiadomienia, podpisanego przez pracodawcę i pracownika, były więc tutaj częste nadużycia, gdyż w razie chęci porzucenia pracy po okresie wyczekiwania nie nadsyłano zawiadomień. Obecnie zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia wynikają z samej ustawy, a zawiadomienie jest tylko przepisem porządkowym i pracodawca musi do chwili wysłania tegoż opłacać przypadającą na niego połowę składki, jednak pracownik nie nabywa z tego tytułu żadnych praw.

Okres odroczenia (Sperrfrist) prawa do poboru składek, w razie nieusprawiedliwionego porzucenia pracy, zawinionej utraty pracy, oraz odmówienia przyjęcia pracy, wynoszący 4 tygodnie, obecnie może być ustalany na 2 — 8 tygodni w zależności od okoliczności. Czas ten biegnie jednak w czasie dni, za które bezrobotny mógłby otrzymywać zasiłek i dopełnił obowiązku kontroli; w razie zatrudnienia 3 dni pracy liczy się za jeden dzień odroczenia prawa do zasiłku.

Za podstawę zaliczenia do grupy zarobkowej bierze się obecnie zarobek z 6-ciu ostatnich miesięcy, zamiast z 3-ch. Gdy miejsce pracy i pobierania zasiłku nie jest to samo, zasiłek ma być zniżony do wysokości ustalonej na podstawie lokalnych warunków pracy, co dotyczy przedewszystkiem pracowników okolic rolnych, wyjeżdżających do pracy w przemysłowych miejscowaściach, a więc o wyższych zarobkach.

Formalne, lecz niewłaściwe zgłoszenie do ubezpieczenia nie uzasadnia obecnie roszczenia o zasiłek, a wpłacone składki podlegają zwrotowi.

Dla polepszenia kontroli postanowiono, że upoważnieni przez Urzędy Pracy mogą wchodzić do mieszkań bezrobotnych pobierających zasiłki, lub zgłaszających roszczenie; Państwowy Minister Pracy może wydać zarządzenie donoszenia o każdem obsadzonem miejscu pracy. Za szkody wynikłe z fałszywego, lub niezupełnego zaświadczenia odpowiada pracodawca, a nadto podlega karze.

Wreszcie zmiany niektórych przepisów tyczą się tylko usprawnienia instytucji, lub jaśniejszego ujęcia.

Pracownicy umysłowi na kierowniczych stanowiskach będą zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia, jeżeli ich zarobek przewyższa 8.400 mk. rocznie. Zwolnienia w gospodarstwie rolnem lub leśnem obejmują tylko pracowników zatrudnionych pracą ściśle związaną z rolnictwem. Służba rolna (Gesinde), nie należąca zawodowo do rolnictwa, może podlegać ubezpieczeniu na podstawie uchwały Rady Zarządzającej.

Organa Państwowego Zakładu odbywały swe posiedzenia przynajmniej raz na kwartał, przepis ten w przyszłości nie musi być przestrzegany jeżeli wszyscy członkowie się na to zgodzą.

Izby odwoławcze tworzono przy Krajowych Urzędach Pracy, składały się one z przewodniczącego i członków Wyższych Urzędów Ubezpieczeń; dla należytego unormowania tego stanu podporządkowano te Izby Wyższym Urzędom Ubezpieczeń, przyczem koszty postępowania będzie opłacać Państwowy Zakład według ryczałtów, ustalanych przez Państwowego Ministra Pracy.

Tryb postępowania organów uproszczono w pewnym stopniu np. przy rozstrzyganiu, czy nie zachodzi niesłuszna surowość w razie odmowy przyznania zasiłków w wypadkach utraty pracy, spowodowanej pośrednio przez strajk lub lokaut. Ograniczono ponadto ilość odwołań w sprawach przyznawania zasiłku.

Nowelizacja ustawy ma więc przedewszystkiem na celu zapobieżenie nadużyciom i usunięcie niedomagań Państwowego Zakładu. Przez ograniczenie świadczeń nie osiągnięto bowiem równowagi budżetowej, oszczędności na skutek zmiany ustawy mogą wynosić z powodu:

zmniejszenia zasiłków dla robotników sezonowych	mk. 21 milj
wprowadzenia dłuższego okresu wyczekiwania	mk. 16 milj
zmiany przepisów o czasie od chwili zgłoszenia roszczenia do chwili uprawnienia	mk. 2 milj
doliczania rent socjanych	mk. 8 milj
zmniejszenia wysokości składek do Kas Chorych	mk. 30 milj
innych ograniczeń	mk. 23 milj
Razem około	mk. 100 milj.

Według przewidywań ilość otrzymujących zasiłki wynosić będzie przeciętnie 1.100.000 bezrobotnych, przy ilości ubezpieczonych nieco więcej ponad 16.000.000, a więc na 100 ubezpieczonych przypadać będzie 7 otrzymujących zasiłki; wysokość zaś przypuszczalnego niedoboru miała wynosić około 280.000.000 mk., po uwzględnieniu zaś powyżej omawianych oszczędności zmniejszy się do 180.000.000 mk., które będą musiały być pokryte ze Skarbu Państwa.

Wiele przyczyn złożyło się na takie załatwienie. Przedewszystkiem przewlekanie nowelizacji ustawy, aż pod samą zimę zmniejszyło widoki na natychmiastowe zrównoważenie budżetu w razie podwyższenia składek, albowiem nadwyżki gromadzi się tylko w miesiącach letnich, a wydaje w czasie wzmożonego bezrobocia w miesiącach zimowych; w razie podwyższenia wkładek w końcu jesieni i tak Skarb Państwa musiałby pokrywać niedobory w czasie zimy. Nowelizacja zamyka za sobą usiłowania przywrócenia równowagi budżetowej przed zmniejszeniem świadczeń. Natychmiastowe podwyższenie wkładek w czasie kryzysu gospodarczego uznano za niepożądane, przyczem trzeba pamiętać, że składkę opłacają po połowie pracodawcy i ubezpieczeni, dla których dogodniej jest, gdy niedobory będą pokrywane przez Skarb Państwa, a nie przez nich samych. Podwyższenie składek odłożono do ogólnej reformy finansowej, przewidywanej w związku z ciężarami reparacyjnemi i już w m-cu grudniu r. ub. Rząd Rzeszy zapowiedział wniosek o podwyższenie składki o 0,5 proc., a więc do 3,5 proc.

Dla Państwa Polskiego przebieg dyskusji, jak też i sama nowelizacja ustawy, jest interesująca, gdyż sprawa zmiany Ustawy z dnia 18.7.1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia jest bardzo aktualna.

Dr. HENSKI.

DZIAŁALNOŚĆ ROBOTNICZEJ KASY UBEZPIECZEŃ W WIEDNIU ZA ROK 1928

Robotnicza kasa ubezpieczeń w Wiedniu powstała w r. 1927 ze zlania się 19 odrębnych Kas Chorych działających na terenie m. Wiednia, już to powiatu Największą pod względem liczby członków była wiedeńska powiatowa kasa chorych licząca wówczas 170.000 członków, drugą z kolei była ogólno - robotnicza kasa chorych w Wiedniu licząca 140.000 członków. Reszta kas to były jednostki liczące od 14.800—2.200 członków. Kasa ta połączeniowa liczyła w roku 1928 przeciętnie członków 430.890 t. j. mężczyzn 231.439, a kobiet 199.451 (48.4%). Jest to największa kasa chorych w Austrji, a druga co do wielkości w Europie. Zarząd kasy wydał za pierwszy rok swej działalności sprawozdanie bardzo obszerne. Dla wszystkich interesujących się zagadnieniem kas chorych, zarządów kas, władz nadzorczych, urzędników i lekarzy są te sprawozdania bardzo interesującym materjałem porównawczym dla działalności naszych kas chorych, stosunku lekarzy do kas i ustosunkowania się władz nadzorczych do rozmiarów świadczeń w kasach chorych.

Sprawozdanie jest nader obszerne, postaram się z niego wydobyć najważniejsze, najbardziej nas interesujące momenty.

I. ORGANIZACJA POMOCY LEKARSKIEJ

Organizacja pomocy lekarskiej w robotniczej kasię ubezpieczeń w Wiedniu jest wynikiem zawartej umowy zbiorowej między Kasą a stowarzyszeniem lekarzy kasy ubezpieczeń. Lekarze podjęli się leczyć li tylko ubezpieczonych z wyłączeniem członków rodzin, albowiem, jak lekarze twierdzili podczas rokowań, że gospodarcza organizacja lekarska nie daje pozwolenia na leczenie członków rodzin. Przeto kasa musi się ograniczać do namiastki pomocy lekarskiej dla członków rodzin przez udzielenie im tylko częściowych zwrotów pieniężnych, które nie pokrywają rzeczywistych wydatków, przez co rodziny ograniczają się bardzo w poszukiwaniu pomocy lekarskiej, wskutek czego, — mówi sprawozdanie — można stanowisko organizacji lekarskiej uważać za szkodliwe dla zdrowotności ludności.

Miasto Wiedeń, składające się z 21 obwodów, podzielone jest na 283 rejonów. W każdym rejonie pracuje jeden lekarz który udziela porady ambulatoryjne i odwiedza obłożnie chorych. Przeciętnie zatem przypada na 1 lekarza rejonowego około 818 ubezpieczonych. Rejony są złączone w grupy, i 18 — 19 rejonów tworzą taką grupę, na której czele stoi kierownik lekarski. On wprowadza nowych lekarzy w służbę, kontroluje stan chorobowy członków i jest mężem zaufania kasy Oprócz tego posiada kasa 102 lekarzy specjalistów. Na czele całej służby lekarskiej stoi szefostwo sanitarne, składające się z 8 lekarzy.

Każdy lekarz zaangażowany do Kasy Chorych spełnia w myśl przyjętej pragmatyki służbowej przez dwa lata służbę lekarską prowizorycznie. Po tym czasie można lekarza zwolnić tylko na drodze dochodzenia dyscyplinarnego. Wobec tej stałości służby lekarskiej kierownictwo Kasy przy doborze nowych lekarzy musi bardzo skrupulatnie baczyć na ich kwalifikacje. Wynagrodzenie jest stosowane według trzech grup płacy: a) dla lekarzy rejonowych, b) specjalistów, c) lekarzy grup. Wynagrodzenie jest ryczałtowe miesięczne za wszystkie czynności. Tylko wizyty nocne i zabiegi położnicze, konsylja, operacje specjalistów zostają wynagradzane według umówionej taryfy. Wszyscy lekarze są zgłoszeni do zakładu ubezpieczeń dla pracowników umysłowych dla ubezpieczenia od starości (po 30 latach służby pełna stawka ubezp., lub po ukończeniu 60 roku życia, względnie przy wcześniejszem inwalidztwie). W razie choroby otrzymują lekarze pełne pobory przez jeden rok.

II. AMBULATORJA

W roku sprawozdawczym miała Kasa 21 ambulatorjów, jedno centralne, dwa główne i 18 obwodowych.

Co do celowości ambulatorjów panuje — powiada sprawozdanie — jednomyślny pogląd, albowiem Kasy tylko w tej formie mogą rozwiązać problem pomocy lekarskiej najracjonalniej i najskuteczniej.

Poczekalnie i pokoje ordynacyjne lekarzy kasowych — w wielu wypadkach z powodu obecnych stosunków mieszkaniowych — znajdują się niejednokrotnie w takim stanie, że nie odpowiadają warunkom, których także i robotnik ma prawo się domagać. Oprócz tego i inwentarz lekarski nie odpowiada dzisiejszym wymaganiom nauki lekarskiej. Dlatego temu stanowi trzeba zaradzić i tworzyć nowe ambulatorja. W r. 1929 i 1930 będą oddane do dyspozycji 5 dalszych ambulatorjów, nadto powstanie centralny zakład wodoleczniczy.

Organizacja gospodarcza lekarzy wiedeńskich stawiała wielkie przeszkody w tworzeniu ambulatorjów ale lekarze kasowi nie dali posłuchu.

W ciągu 7 miesięcy działalności ambulatorjów było wypadków leczenia 575.911. Do cyfry tej nie wliczono ilości porad, nie wliczono również badań dla wyjazdów na wieś, miejsc zdrojowych i sanatorjów.

III. KONTROLA CHORYCH

Z pogarszaniem się stosunków gospodarczych i zmniejszeniem się różnicy między zasiłkiem chorobowym a zarobkiem, mają chorzy zainteresowanie w zgłaszaniu niezdolności do pracy. Szczególnie mło-

dociani i kobiety, u których zarobek jest niski, zgłaszają się licznie z żądaniem uznania ich niezdolnymi do pracy. Zapewne — konkluduje sprawozdanie — przyczyniają się również szkodliwe działania uboczne racjonalizacji pracy. Kasa wskutek tego utrzymuje aparat kontrolny, składający się z 88 kontrolerów chorych i 14 nadkontrolerów (kontrolerów grupowych). Trzy lub cztery rejony lekarskie tworzy rejon kontrolny; 18 — 19 rejonów lekarskich albo 5 — 6 rejonów kontrolnych tworzą grupę kontrolną, na której czele stoi nadkontroler (kontroler grupowy). Działalność kontrolerów chorych nie ogranicza się do odwiedzania chorych, działalność ich obejmują w wielkim zakresie liczne dochodzenia i interwencje, dokonywane już to w interesie Kasy już to w interesie samych ubezpieczonych. Nadkontrolerzy zajmują się służbą administracyjną u lekarzy grupowych, dozorują i kierują kontrolę nad chorymi, a w poszczególnym wypadku sami spełniają czynności kontrolne. W r. 1928 przeprowadzono 545.765 kontroli u chorych i 17.564 dochodzeń, przeciętnie przypada na jednego kontrolera 6401 odwiedzin w roku.

Odnośnie do lekarzy grupowych, są to przeważnie dawniejsi lekarze rejonowi, którzy muszą posiadać nie tylko szczególnie dobre wyszkolenie lekarskie, ale posiadać doświadczenie techniczno - kasowe, muszą być dokładnie zorjentowani stale o stanie chorobowości ubezpieczonych, leczących się u lekarzy rejonowych, należących do danej grupy przeprowadzają kontrolne badania chorych przekazanych już to przez lekarzy rejonowych lub kontrolerów chorych. Oprócz tego przeprowadzają takie badania w mieszkaniu chorych.

W r. 1928 przeprowadzono kontrolnych badań na zdolność do pracy u 65.304 chorych, z tego uznano za zdolnych 35.788 t. j. 54.8%. Nadto zbadano petentów na pobyt na wieś w domach wypoczynkowych 9.809, przyznano pobyt 6.778 t. j. 69.1%, do zdrojowisk zbadano 19.547, przyznano 15.696 t. j. 80.3%, innych badań dokonano w 3.367 przypadkach. Ogółem lekarze grupowi przeprowadzili w r. 1928 badań 98.627.

IV. WYDATKI

W przeciwieństwie do naszego systemu obliczania wydatków według stosunku procentowego do przypisu składek, Kasa ubezpieczeń oblicza stosunek procentowy każdego działu do ogółu wydatków. Zasiłki w ten sposób obliczone wynosiły w r. 1928 — 37.2%, pomoc lekarska i kontrola chorych 16.1%; lekarstwa 3.6%, terapeutyczne środki pomocnicze 1.1% czyli razem 4.7%; szpitale i sanat. 9.3%; akcja opieki nad młodocianymi—0.9%; administracja 10.0%; obce sanatorja i zakłady 2.8%; zakłady zdrojowe i wypoczynkowe 3.1%; leczenie dentystyczne 2.6%. Z przytoczonych wydatków na uwagę zasługują wydatki na lekarstwa, które wynoszą minimalnie, gdyż zaledwie 3.6% ogółu wydatków. Sprawozdanie nie wyjaśnia, skąd się wzięła tak niska cyfra. Przypuszczam, że stoi w związku z dostarczaniem do aptek leków, wytwarzanych przez centralny zakład środków leczniczych, zorganizowany jako towarzystwo akcyjne, którego głównym akcjonarjuszem jest państwo i Kasy Chorych. Wszystkie apteki na podstawie rozporządzenia rządowego obowiązane są mieć na składzie preparaty z zakładu, a lekarze Kas Chorych mogą tylko te środki stosować.

Druga pozycja to wydatki na lecznictwo zakładowe, szpitalne i sanatoryjne. Ogólna suma wynosi 16.1% prawie tyle co cała pomoc lekarska. Jest duży rozmach w tej kategorji lecznictwa, o czem jeszcze szczegółowiej będzie mowa.

V. STAN CHOROBOWY

W roku sprawozdawczym wynosiła liczba chorych 180.368, w tem mężczyzn 97.226, kobiet 83 101 Mniejsza liczba chorych kobiet w przeciwieństwie do innych Kas wyjaśnia sprawozdanie tą okolicznością że prawie 1/3 kobiet należąca do Kasy to służba domowa, przeto szanse zachorowania są u niej mniejsze aniżeli w przemyśle.

Ilość zachorowań wynosiła 233.187 (m. 55.8%, k. 44.2%). Większą liczbę zachorowań mężczyzn tłomaczyć należy tem, że jest dużo wypadków przy pracy, na które narażeni są przeważnie męscy członkowie Kasy.

Jednakowoż nie ilość zachorowań decyduje, tylko ilość dni chorobowych:

I tak u mężczyzn było dni: 3.166.341, przeciętnie na 1 chorobę przypada 24.3, na chorego 32.6, na członka Kasy 13.7 dni,

u kobiet było dni: 3.037.550, na chorobę dni 29.5, na chorą 36.5, na członkinię 15.2 dni:

razem było dni: 6.203 891, na chorobę dni 26.6, na chorego 34.4, na członka 14.4 dni.

Widzimy, że mimo mniejszej liczby zachorowań kobiet czas trwania choroby jest dłuższy. Zjawisko spostrzegalne we wszystkich prawie Kasach Chorych.

VI. POMOC LEKARSKA I FARMACEUTYCZNA

Od chwili wprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby — nie ustały dotychczas żale i skargi członków, że są badani przez lekarzy kasowych „przez palto" i zapisuje się im lekarstwa w formie zabarwionej wody. Żale te są stale podsycane przez pewne grupy, które mają w tym interes.

Sprawozdanie stara się ująć przyczynę tego zjawiska i stwierdza w pierwszym rzędzie, że stosunek liczbowy wiedeńskich lekarzy przed i po wojnie uległ znacznemu przesunięciu. Liczba mieszkańców spadła, a liczba lekarzy prawie się podwoiła. W następstwie wytworzył się niestosunek między podażą a popytem, zaś stopa życiowa lekarzy niezawodnie się obniża. Tej prostej prawdy nie chcą rozumieć lekarze wiedeńscy. Szuka się winowajcy, więc Kasy chorych mają być tym kozłem ofiarnym, w którego należy walić, gdyż Kasy są odpowiedzialne za niedolę lekarzy.

Przeciwko samej zasadzie ubezpieczenia nie wypada występować, prowadzi się walkę przeciwko formom udzielania pomocy lekarskiej i przedstawia się ubezpieczonych jako ofiary fiskalizmu kasowego i wywiesza się sztandar z czarodziejską formułą: wolny wybór lekarza. Motywuje się, że trzeba mieć zaufa-

nie dla lekarza leczącego, a to zaufanie istnieje tylko do tego lekarza, którego chory sam sobie wybierze. Nie ulega wątpliwości, że suggestywnego działania zaufania nie można niedoceniać, ale w 20 wieku należy się uwolnić od poglądu, że należy wyżej cenić zaufanie, aniżeli wiedzę fachową, której zakres przecież chory stwierdzić nie może i nie leży to w sferze jego możliwości. Na czem właściwie polega w regule to zaufanie, które tworzy bardzo ważny czynnik leczniczy — zapytuje autor sprawozdania.

W regule na niczem innem — odpowiada — jak na formach obcowania lekarza z chorym. Bardzo sławny lekarz, w obcowaniu załatwiający się szybko z chorym, u wielkiej części chorych trudniej uzyska zaufanie, aniżeli ten, który się będzie dopytywał o stanie zdrowia teściowej i t. d., gdyż tą drogą chce przeskoczyć minusy swej wiedzy. Do leczenia szpitalnego idą przeważnie ciężkie przypadki, przy których zaufanie jako czynnik leczniczy o wiele większą musi odgrywać rolę, niż u chorych leczących się ambulatoryjnie lub w domu. A przecież nikomu nie przyjdzie na myśl wysunąć żądania wolnego wyboru lekarza szpitalnego. Dla przeprowadzenia ciężkiej operacji w szpitalu wystarczyć musi wiedza fachowa, dla leczenia anginy u chorego kasowego musi istnieć przedewszystkiem zaufanie do leczącego lekarza. Logika, która na całej linji kuleje.

Przy wolnym wyborze lekarza niema dla Kasy pewności, czy względy na własne interesy lekarzy nie przeważą nad interesami Kasy. Okazało się bowiem, że przy wolnym wyborze nie brak było prób, by mniejszą liczbę chorych wynagrodzić większą liczbą wizyt i zabiegów i obciążyć w ten sposób nadmiernie budżet Kasy Chorych.

Przy wolnym wyborze rodzą się lwy kasowe, które zagarniając wielkie kapitały zostawią innym lekarzom drobnostki, co jest niemożliwem przy ryczałtowej opłacie. Przez wolny wybór stają się lekarze uzależnieni od życzliwości ubezpieczonych, która ma być milszą niż zależność od Zarządu kasowego.

Nie mniej błędną jest opinja, że Kasa nie jest zainteresowana w angażowaniu fachowo tęgich lekarzy. Należy tylko przeglądać listę specjalistów, którzy cieszą się sławą nie tylko w Austrji, ale i po za granicą państwa. To samo odnosi się i do innych lekarzy. W końcu jakiż interes ma kasa w angażowaniu złych, „nic nie wartych" lekarzy, kiedy musi jednakowo płacić i dobrym i złym.

Drugą bolączką Zarządu Kasy Chorych była agitacja prowadzona przeciw lekarstwom zapisywanym przez lekarzy Kasy ubezpieczeniowej. Piosenka śpiewana wszędzie. A przecież laicy ocenić nie mogą terapeutycznej wartości lekarstwa, a ciągle powtarzana jest legenda „o zafarbowanej wodzie". Aptekarze wiedeńscy rozszerzają błędną opinję, że Kasy Chorych zabraniają zapisywania drogich i skutecznych lekarstw. Ta robota „uświadamiająca" znajduje podatny grunt, tembardziej, że istnieje szeroko zakorzeniona wiara prawie zabobonna w cudowną moc lekarstw a członkowie widzą w nich uniwersalny środek przeciw każdej chorobie, a fachową zdolność lekarza oceniają według ilości zapisywanych lekarstw. Kasa mogłaby setki tysięcy szylingów corocznie zaoszczędzić i zużytkować je bardziej celowo, gdyby się udało wykorzenić te fałszywe złudzenia co do istotnej wartości leków.

Przytoczyłem trochę obszerniej te żale i skargi ubezpieczonych, gdyż prawie w niczem się nie różnią one od poglądów bardzo wielu naszych ubezpieczonych.

Leczenie dentystyczne odbywa się w 9 ambulatorjach, u 8 rejonowych lekarzy dentystów i 460 kontraktowych lekarzy. Kasa wydała bezpłatnie w roku sprawozdawczym 17.224 protez zębowych. Warunkiem otrzymania bezpłatnie protezy zębowej jest stałe członkostwo w ostatnich 4 latach conajmniej przez 3 lata. Ogólny wydatek na leczenie dentystyczne wynosił 1.069.529 szylingów (1.336.911 zł.). Należy zaznaczyć, że w myśl ustawy i statutu leczenie dentystyczne nie jest obowiązkiem, ale Zarząd uznając ważność tego leczenia nie trzyma się biurokratycznie litery ustawy i statutu.

VII. SZPITALE, SANATORJA, ZAKŁADY WYPOCZYNKOWE

Kasa chorych wypłaciła w r. 1928 na zasiłki szylingów 15.004.208, a na koszty szpitalne 3.796.187 t. j. 253 proc. sumy zasiłkowej. Koszty szpitalne zwiększają się z roku na rok. W r. 1921 wynosiły 95 proc., w r. 1923 — 19.7 proc. w 1925 — 23.9 proc. w r. 1927— 29.6 proc. sumy zasiłkowej.

W myśl par. 8 ustawy o ubezpieczeniu chorobowem, Kasy Chorych mogą w miejsce pomocy lekarskiej i lekarstw przekazać chorego do leczenia szpitalnego najwyżej do 4 tygodni. Kasa zatem za chorego leczonego w szpitalu opłaca wyznaczoną taryfę najwyżej do 4 tygodni. Potem przechodzi chory na koszt gminy lub kraju. W r. 1928 przekazano do szpitali 33.908 osób, które razem przebyły w szpitalu 521.854 dni, t. j. przeciętnie 15.3 dni przebywał jeden chory na koszt Kasy.

Kasa chorych ma łącznie ze Związkiem dolno - austrjackich Kas 11 domów wypoczynkowych o 903 łóżkach, 7 zakładów leczniczych (Hall, Gastein, Karlsbad, Meran i t. d.), o 383 łóżkach i 2 zakłady położnicze o 134 łóżkach. W roku 1928 wysłała Kasa do domów wypoczynkowych 5.566 osób, które przebyły razem 163.349 dni, t. j. przeciętnie 29.3 dni.

Do miejsc kuracyjnych wysłano 2.171 osób, które przebyły 60.512 dni, t. j. przeciętnie 27.9 dni. W zakładach położniczych było 3.425 kobiet a dni 35.398, t. j. 10.3 przeciętnie.

Oprócz tego wysłała Kasa do obcych zakładów a przedewszystkiem dla leczenia gruzlicy 1188 osób, ilość dni pobytu 83.168, t. j. przeciętnie 70 dni. W innych zakładach leczniczych: 1302 osób, dni 34.340, t. j. 26.4 dni przeciętnie, a w obcych domach wypoczynkowych osób 835 i dni 25.367, t. j. 34,4 przeciętnie, tak, że ogółem wysłała Kasa 14.487 ubezpieczonych, którzy się leczyli przez 402.134 dni. Ogólny koszt tego leczenia wynosił 2.781.172 szylingów (3.376.465 zł.).

W związku z tymi wydatkami na leczenie klimatyczno-zdrojowe powiada sprawozdanie, że „ze względu na wielkie wymagania stawiane przez ubezpieczonych, odnośnie do leczenia Zakładowego i ze względu,

że obecnie środki nie pozwalają na zupełne zaspokojenie wymagań, nie może Kasa chorych na dłuższy okres czasu wciągnąć do tego leczenia członków rodzin".

VIII. OPIEKA NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ

Kasa chorych wypłaca zasiłek dla ciężarnych i położnic przez 12 tygodni, t j. 6 tygodni przed porodem i 6 tygodni po porodzie. Premje dla karmiących wynoszą połowę zasiłku chorobowego i wypłacane są przez 26 tygodni. W przybliżeniu wydatek Kasy dla położnicy znajdującej się w najniższej klasie zarobkowej, przedstawia się następująco:

Zasiłek dla ciężarnych 6 tyg.	176.40 szyl.
Koszt porodu w zakładzie Kasy	119.00 szyl.
Zasiłek dla położnicy 6 tyg.	176.40 szyl.
Premja za karmienie 26 tyg.	382.20 szyl.
Razem	854.00 szyl.

czyli 1067 zł. 50 gr

Suma ta świadczy najwymowniej o wielkiem znaczeniu tego zasiłku w ramach ustawy na wypadek choroby. Zasiłek ten ważny pod względem znaczenia społeczno - hygienicznego jest o wiele wyższy od zasiłku przyznawanego przez ustawę polską z dnia 19 maja 1920 r. W polskiej ustawie wynosi zasiłek tylko 8 tygodni, a więc o 4 tygodnie mniej niż w Austrji.

Nawet projekt nowej ustawy ubezpieczeniowej nie przewidywał zwiększenia ilości tygodni wypłacanych zasiłków wbrew ogólnej opinji wszystkich hygjenistów społecznych. Niemiecka ustawa przyznaje 10 tygodni. Również zasiłek dla karmiących jest wypłacany w Austrji przez 26 tygodni i równa się połowie zasiłku połogowego, w Polsce zasiłek trwa tylko 12 tygodni i wypłacany jest w sumie wartości zaledwie jednego litra mleka. Wynika więc jasno, w jakim kierunku musi pójść naprawa naszej ustawy.

Dla celów ochrony matki i dziecka zorganizowana została działalność pielęgniarek w Kasie. Działalność pielęgniarek obejmuje służbę wewnętrzną w ambulatorjach dla dzieci i służbę zewnętrzną obejmującą odwiedzanie matek znajdujących się w ewidencji opieki. W kasie pracuje obecnie 28 pielęgniarek.

Pielęgniarki mają wielkie pole działania, uświadamiają ciężarne i młode matki we wszystkich kwestjach odnoszących się do opieki, odżywiania niemowląt, badają, gdzie należy łagodzić społeczne braki i niedolę, dostarczają ochrony prawnej dla matek nieślubnych, zmuszają ojców do spełnienia swych obowiązków. Pielęgniarki dokonały w roku sprawozdawczym 34.983 odwiedzin u położnic. Miasto Wiedeń obdarza każdą kobietę ciężarną przed urodzeniem dziecka bielizną dla niemowląt (pakiet dla noworodków). Kasa chorych w r. 1929 obdarza takim samym pakietem kobiety rodzące w zakładach położniczych Kasy a nie będące obywatelkami m. Wiednia i nie mające przeto prawa do otrzymania takiego pakietu.

IX. WYSYŁANIE CHORYCH NA WIEŚ I OPIEKA NAD MŁODOCIANYMI ROBOTNIKAMI

Niedawno jeden z posłów jako zastępca przemysłu podniósł w austrjackiej Radzie Naukowej w związku z mową o obciążeniu przemysłu ciężarami społecznemi, że w Kasach chorych przeważają świadczenia gotówkowe nad rzeczowemi. Autor sprawozdania słusznie zaznacza, że gdyby nawet był odwrotny stosunek świadczeń nie nastąpiłaby przez to zmiana w obciążeniu. Zresztą wszystkie czynniki, t. j. ubezpieczeni, pracodawcy i Kasy są zainteresowani, by było jak najmniej dni chorobowych. Ubezpieczony—gdyż zasiłek przy dłużej trwającej chorobie nigdy nie będzie ekwiwalentem jego zarobku, pracodawca—z powodu obciążenia, które wynika z par. 1154 b. ogólnego kodeksu cywilnego, orzekającego, że w razie zachorowania pracodawca jest obowiązany do płacenia przez szereg dni odszkodowania[1]). w końcu, Kasa chorych, która oszczędności uzyskane pracownika mogłaby zużytkować na inne urządzenia zdrowotne.

Akcja zapobiegawcza, aczkolwiek nie jest przewidziana przez ustawę, oraz zrozumienie jej konieczności i jej znaczenia społeczno-hygienicznego stają się z dnia na dzień coraz większe. Niestety stosunki finansowe Kasy określają granice nieprzekraczalne i dużo wody jeszcze upłynie, nim na tym polu zharmonizuje się wola z możnością.

Kasa chorych w zrozumieniu ważności wysyłania chorych na wieś jako akcji zapobiegawczej wysłała w roku sprawozdawczym 5388 ubezpieczonych, wśród których było 67 proc. kobiet. Przeciętny czas pobytu wynosił 22 dni. Świadczenia te są dobrowolne, ale muszą być naturalnie ograniczone, gdyż ambicja, by na tem polu coś nadzwyczajnego stworzyć, może narazić Kasę na niebezpieczeństwo, że nie sprosta ustawowym świadczeniom, na co żaden zarząd w poczuciu swej odpowiedzialności nie da się porwać.

Drugą działalnością w zakresie akcji zapobiegawczej była opieka nad młodocianymi robotnikami. Zadaniem tej akcji jest wysyłanie młodocianych obydwóch płci w czasie ich urlopów od pracy do domów wypoczynkowych. Uwzględniano młodocianych od 14 — 18 r. lekko chorych, których cierpienie może się poprawić przez taki pobyt. Orzeczenie lekarza kasowego rozstrzyga, czy kandydat nadaje się do wysłania do domu wypoczynkowego. Obecnie Kasa rozporzą-

[1]) Artykuł 1154-b brzmi (kodeks cywilny w opracowaniu D-ra Włodzimierza Dbałowskiego i Jana Przeworskiego str. 1152: „Pracownik ma prawo do wynagrodzenia, jeżeli po czternastodniowem conajmniej świadczeniu usług dozna wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku przeszkody w pełnieniu usług przez czas stosunkowo krótki, nie przekraczający jednego tygodnia, a nie zawinił tego rozmyślnie ani rażącem niedbalstwem.

Kwoty pobierane przez pracownika na czas trwania przeszkody na podstawie ubezpieczenia według prawa publicznego może pracodawca potrącić w takiej części, jaka odpowiada stosunkowi jego wkładki faktycznej do całej wkładki ubezpieczeniowej."

Ustawa ta obowiązuje dotychczas w Małopolsce i Śląsku Cieszyńskim. Nie wiadomem mi jest, czy ubezpieczeni korzystają z przepisu tego artykułu.

dza sześcioma domami wypoczynkowemi o 2.100 łóżkach: 1150 dla chłopców a 950 dla dziewcząt Kasa chorych nie prowadzi własnej akcji, ale ma zastrzeżony wpływ w kuratorjum zajmującem się całokształtem zagadnienia opieki nad młodocianymi.

W r. 1928 wysłano tam 5727 chłopców i 4491 dziewcząt z liczby tej przypada na Kasę 3638 chłopców i 2795 dziewcząt i dni pobytu razem 169.970, przeciętnie 19 dni. Ponieważ ogólna cyfra młodocianych wynosiła w Wiedniu 54.955, Kasa chorych wysłała w ten sposób 11.7 proc. Kasa zapłaciła 375.062 szylingów (468.827 złotych). Kiedy stworzono tę akcję to większą część kosztów pokrywało państwo, Kasy tylko subwencjonowały. Obecnie nastąpiło przesunięcie, gdyż Kasy ponoszą ⅔ kosztów, przeto one właściwie obecnie prowadzą tę akcję. Aczkolwiek ta działalność zapobiegawcza ma ogromne znaczenie dla zdrowotności młodocianych, jednakowoż na długi okres czasu nie będą mogły Kasy zwiększyć funduszów na ten cel.

X. OPIEKA NAD DZIECKIEM

Kasa zrozumiała, że do jej zadań należy nie tylko ochrona matki, ale przedewszystkiem ochrona dziecka, gdyż w ten sposób tworzy się najlepszy fundament dla zdrowia ludności. Zarząd kasy skarży się, że przeprowadzenie tych zadań rozbija się o nieustępliwie stanowisko organizacji lekarskiej w Wiedniu. Kasa posiada 12 ambulatorjów dla dzieci. Ponieważ Kasa nie posiada środków do uruchomienia większej liczby ambulatorjów, nadto jest sprzeciw organizacji lekarskiej, przeto Kasa wypłaca pewne odszkodowanie za korzystanie z miejskich ambulatorjów. Kasa musiała również ograniczyć leczenie dzieci tylko do 6 roku życia, gdyż organizacja lekarska nie dopuściła, by lekarze kasowi leczyli dzieci wyżej 6 lat. W ambulatorjach kasowych leczyło się 128.855 dzieci do 6 r. życia. W innych ambulatorjach 43.579 razem 172.434 dzieci.

Obok leczenia prowadzi Kasa opiekę nad dzieckiem przez 28 pielęgniarek, jak to już wyżej przytoczono.

Kasa chorych dążyła w pierwszym rzędzie, by ratować dzieci zagrożone gruźlicą, a dzieci potrzebujące wypoczynku wysyłać na wieś. Naturalnie, że finanse Kasy jak zawsze musiały ograniczać szerokość zamierzeń. W roku sprawozdawczym wysłała Kasa do zakładów wypoczynkowych 1683 dzieci, dni 48.647 t. j. przeciętnie 28.9 dni, do zakładów leczniczych 863 dzieci, dni pobytu 52.828 t. j. 61.2 przeciętnie, do zakładu państwowego ochrony niemowląt 22,2 razem wysłała kasa 2768 dzieci, które przebyły dni 108.065. Koszt kasy wynosił od dziecka 2 — 4.15 szylingów (szyling = 1 zł. 25 gr.).

XI. UBEZPIECZENIE RODZINNE

Kasa chorych chciała wprowadzić ubezpieczenie rodzinne, ale gospodarcza organizacja lekarska w Wiedniu zakazała lekarzom leczenia rodzin ubezpieczonych, albowiem „w ten sposób postępujące ukaso-wienie coraz większej części ludności niszczy zupełnie prywatną praktykę lekarzy i sprowadza zubożenie stanu lekarskiego".

Sprawozdanie ubolewa nad tym stanowiskiem lekarzy, które dla interesów zdrowotnych ludności jest bardzo szkodliwe. Mylny jest pogląd, że członkowie rodzin wypełnią gabinety prywatnych lekarzy, zgłoszą się tylko wówczas, kiedy to będzie już bezwzględnie konieczne, gdyż rodzina robotnicza nie ma pieniędzy na leczenie się. Zapobiegawcze leczenie, które tak wielką rolę odgrywa w zdrowotności ludności zostaje przez stanowisko lekarzy zniweczone. Na prowincji lekarze się zgodzili na leczenie rodzin robotniczych za wynagrodzeniem ryczałtowem. W skutek tego Kasa chorych częściowo zwracała rodzinom poniesione koszty w wysokości 1.50 szylinga za ordynację, za wizyty w dzień 2.50 szyl., w nocy 3 szyl. Naturalnie, że ten zwrot tylko w minimalnej części pokrywał rzeczywiste wydatki, przeto tylko rzadko korzystano z prywatnej pomocy lekarskiej. Największe wydatki dla członków rodzin wynoszą wydatki położnicze. Dla kobiet członków Kasy wynoszą wydatki na akuszerki 1.830 szyl. dla członków rodzin 69.785 szyl., za to premje dla karmiących wynoszą tylko 50 groszy austr. (63 groszy pol.). Ogółem wydatki dla członków rodzin (bez dzieci) wynosiły 865.394 szyl.

XII. FUNDUSZ ZAPOMOGOWY

Kasa chorych wprowadziła już istniejący w wielu kasach poprzednio przed połączeniem fundusz zapomogowy, mający na celu—w przypadkach uwzględnienia godnych — chorym, zwłaszcza którzy stracili z powodu długotrwałej choroby prawa do świadczeń, udzielać zapomogi, wykraczającej po za ramy regularnych świadczeń. Kasa wypłacała w regule przez dwa lata, 50 szylingów miesięcznie potrzebującym nie mającym rodziny do wyżywienia, a 75 szyl. mającym rodziny do utrzymania. Otrzymujący zapomogę musi być członkiem kasy najmniej 5 lat. Z końcem roku sprawozdawczego otrzymywało takie zapomogi 967 osób pozbawionych już praw do świadczeń. Ogólna suma na ten cel wydana wynosiła szylingów 649.811 (695.263 zł.). Zarząd Kasy uchwalił na jednem ze swych posiedzeń, że począwszy od 1 stycznia 1929 przeznacza się na ten cel 1 proc. wpływów ze składek. Uchwała nader rozumna, celowa, świadcząca o wielkiem poczuciu społecznem członków Zarządu.

Sprawozdanie obejmuje jeszcze 3 rozprawy: Prof. D-ra Schiffa, kierującego naczelnego lekarza Kasy p. t. „Jednolita Kasa a zdrowie ludności". Dr. Lambergera, starszego radcy sanitarnego, szefa lekarskiego Kasy: „Kwestja ambulatoryjna w ramach ubezpieczenia na wypadek choroby". Docenta Dra Lenka: „O korzyściach leczenia rentgenowskiego dla gospodarki kasowej". O wszystkich trzech rozprawach napiszemy osobno.

Całość zatem sprawozdania przedstawia się imponująco, z każdej stronicy sprawozdania widać wielkie zrozumienie celów i zadań leczniczych i zapobiegawczych Kasy Chorych i dostosowanie całej gospodarki do tych celów. Zarząd tej połączeniowej Kasy może być zadowolony ze swej działalności.

WYROKI SĄDU NAJWYŻSZEGO

W SPRAWIE PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

Sąd Najwyższy, jako Sąd rewizyjny pod przewodnictwem S. S. N. D-ra Dbałowskiego, a w obecności S. S. N. Bregiewicza i Lorenza jako sędziów w sporze Stanisławy Bielcówny, urzędniczki prywatnej w Przemyślu, powódki zastąpionej przez adwokata D-ra Jana Drzewieckiego, przeciw Powiatowej Kasie Chorych w Przemyślu, pozwanej zastąpionej przez adwokata D-ra Ludwika Grossfelda, o ustalenie stosunku służbowego i zapłatę poborów służbowych po 220 zł. 25 gr. miesięcznie lub 1.321 zł. 50 gr. wskutek rewizji pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego we Lwowie jako Sądu odwoławczego z dnia 27.10.1927 r. L. cz. Bc. III. 561/27/3, którym ten sąd na odwołanie pozwanej zatwierdził wyrok Sądu Okręgowego w Przemyślu z dnia 22 kwietnia 1927 r. L. cz. Bg. I 27/27/6 — na posiedzeniu niejawnem postanowił:

I. Uwzględnić rewizję, zmienić zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego i oddalić powódkę z żądaniem:

a) o ustalenie, że powódka jest stałym urzędnikiem — książkową pozwanej Kasy z prawem poborów służbowych z dodatkami i z prawem do awansu wedle zasad obowiązujących dla urzędników państwowych, oraz o uznanie wypowiedzenia stosunku służbowego z dniem 31 grudnia 1926 roku za nieważne i prawnie bezskuteczne;

b) o przysądzenie powódce począwszy od 1 stycznia roku 1927 poborów służbowych po 220 zł. 25 gr. miesięcznie z możliwą podwyżką.

II. Przysądzić pozwanej Kasie Chorych koszta procesowe trzech instancji w ilości 465 zł. 50 gr. które jej powódka winna zapłacić w ciągu dni 14-tu pod zagrożeniem przymusowego ściągnięcia.

Uzasadnienie:

Z podniesionych w rewizji przyczyn rewizyjnych z § 503, 1, 2, 3 i 4 p. c. nie można ostatniej odmówić słuszności.

Z ustawy z dnia 19 maja 1920 roku poz. 272 D. U. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby wynika, że Kasa Chorych jest osobą prawną (art. 2) do której należenie dla oznaczonych w ustawie osób jest obowiązkowe (art. 5 i 10), że jest oparta na świadczeniach członków (art. 47), które to świadczenia ściąga na wzór podatków gminnych (art. 58) i że Kasa ma Zarząd, pochodzący z wyboru (art. 61 nast.) i pozostaje pod nadzorem państwowym (art. 99 i 100). Kasa Chorych jest zarazem instytucją publiczno - prawną, ale nie jest władzą państwową, lecz osobą prawną odrębną od Państwa.

Art. 73 III ustawy powyższej stanowi, że „urzędnicy Kas Chorych pozostają pod ochroną prawa w tej mierze jak urzędnicy państwowi. Szczegółowe postanowienia, regulujące prawa i obowiązki urzędników, zawiera „statut i regulamin służbowy". Ochrona prawna, udzielona urzędnikom Kasy ogranicza się do § 81, 312 i 314 kod. karn. i art. V ustawy z dnia 17.XII.1862 L: 8/63 D. P. P. Przepis ten nie mówi wcale, że urzędnicy Kasy są urzędnikami Państwa, albo, że mają zresztą takie same stanowisko i nie mówi, że przepisy o państwowej służbie cywilnej (obecnie ustawa z dnia 17.II.1922 poz. 164 D. U.), mają być stosowane do urzędników Kasy, owszem przeciwnie ten sam przepis powiada wyraźnie, że do urzędników Kasy ma zastosowanie statut Kasy i regulamin służbowy.

Statut Kasy Chorych w Przemyślu, mówiąc w § 107 o urzędnikach Kasy, powtarza słowa ustawy, o ich ochronie prawnej, a nadto dodaje tylko tyle, że urzędników mianuje i zwalnia Zarząd na podstawie regulaminu służbowego. Ze słowa „mianuje" nie można wysnuć daleko idącego wniosku o publiczno - prawnym charakterze urzędnika, takie samo wyrażenie znajduje się w statutach i ustawach gminnych, a przecież stosunek urzędnika do gminy, (która niewątpliwie jest związkiem prawa publicznego) jest uważany stale za prywatno - prawny.

Ponieważ regulamin służbowy dotychczas nie istnieje przeto, w braku postanowień szczególnych dla Kas Chorych należy się obejrzeć za ustawą ogólniejszą. Znajdujemy ją w ustawie z 16 stycznia 1910 L: 20 D. P. P. o pomocnikach handlowych, która w § 2 L. 2 postanawia wyraźnie, że urzędnicy Kas Chorych podlegają tej ustawie.

Niema zatem potrzeby sięgania do podobieństwa prawnego innych przepisów, a w szczególności do przepisów, odnoszących się do urzędników państwowych. Zaznaczyć należy, że w czasie wydania ustawy o pomocnikach handlowych istniały w Austrji Kasy Chorych, których stosunki prawne były ustawą z dnia 30 marca 1888 uregulowane podobnie jak przez ustawę polską. —

Powódka przyjęta dnia 1 września 1926 roku do Kasy na próbę, została od dnia 7.X.1926 r. przyjęta na stałe. Przez to nie uzyskała przyjęcia do pracy aż do końca życia, ale tylko uchylenie możności natychmiastowego wydalenia (§ 19/2 z r. 1919), jednak z możnością rozwiązania stosunku pracy w myśl § 20/1 ustawy z r. 1919. Ponieważ wypowiedzenie Kasy, mimo krótkotrwałości stosunku służbowego, odpowiada temu przepisowi, przeto rozwiązanie stosunku nastąpiło prawidłowo i bezpodstawne okazuje się roszczenie powódki o ustalenie istnienia nadal stosunku służbowego i o dalszą płacę. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 30.XII.1924 roku poz. 1072 D. U. o dostosowaniu uposażeń pracowników związków prawno - publicznych do uposażeń funkcjonarjuszów Państwa, nie przesądza wcale o prawnych stosunkach tych pracowników (poz. § 10 rozp.) ale mówi wyłącznie tylko o wysokości ich płac.

Orzeczenie o kosztach sporu polega na §§ 41 i 50 pc.

W SPRAWIE UBEZPIECZENIA PRACOWNIKÓW MAGISTRATU.

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej, Sąd Najwyższy w składzie: Przewodniczący Sędzia S. Nowodworski, Sędziowie: W. Święcicki, K. Rakowiecki, przy udziale jako Sekretarza: asesora sądowego W. Szemiotha i w obecności prokuratora E. Krotowskiego, na posiedzeniu sądowem Izby Pierwszej dnia 7 czerwca 1929 r. w sprawie Gminy m. Białegostoku przeciwko Powiatowej Kasie Chorych w Białymstoku o zwolnienie od uiszczenia składek ubezpieczeniowych, rozpoznawał skargę kasacyjną adwokata Leonarda Cellarjusza, pełnomocnika Gminy m. Białegostoku na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 kwietnia — 4 maja 1928 r. Po wysłuchaniu sprawozdania Sędziego - referenta oraz wniosków Prokuratora, z w a ż y w s z y: że Gmina m. Białegostoku w powództwie, wytoczonem przeciwko Powiatowej Kasie Chorych w Białymstoku, żądała uchylenia orzeczenia Zarządu tejże Kasy o pociągnięciu pracowników gminy do obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w pozwanej Kasie Chorych, uważając pomienione pociągnięcie za przedwczesne ze względu na istnienie w gminie własnej organizacji pomocy lekarskiej dla tychże pracowników; Sąd Okręgowy powództwo powyższe oddalił, a Sąd Apelacyjny wyrok Sądu Okręgowego zatwierdził uznawszy, że wspomniana organizacja pomocy lekarskiej jako przeznaczona nie dla ogółu ludności miasta, lecz jedynie dla pracowników miejskich, nie mogła być zaliczona do tych Kas Chorych, jakie przewidywał przepis, zawarty w ust. II art. 103 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272); w skardze kasacyjnej pełnomocnik gminy zarzuca wyrokowi Sądu Apelacyjnego obrazę art. 1 i 103 tejże ustawy; że stosownie do wyraźnego brzmienia ust. II art. 103 powołanej ustawy (którego moc obowiązująca, oznaczona początkowo na okres trzyletni przedłużona została następnie ustawą z dn. 6 lipca 1923 r. Dz. U. Nr. 75 poz. 589, do dn. 9 czerwca 1926 r.) prawo dostosowania swych statutów do przepisów tejże ustawy, skutkujące zawieszenie do wspomnianej daty dnia 9 czerwca 1926 r. o obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasach Chorych, zorganizowanych na podstawie przepisów omawianej ustawy, 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 przeto stanie rzeczy wbrew wywodom skargi kasacyjnej, zaskarżone rozstrzygnięcie znajdowało całkowite oparcie w przepisach art. 1, 3, 5 i 103 ustawy z dnia 19 maja 1920 r., z tych zasad Sąd Najwyższy skargę kasacyjną oddala.

W SPRAWIE S. DABULEWICZA.

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie: Przewodniczący Prezes dr. Moraczewski i Sędziowie: Dr. Rappe, Dr. Rybarzewski, Waśkowski, Żeleński, przy udziale członka Sekretarjatu prawniczego, Ruzamskiego, jako protokólanta, w sprawie ze skargi Sławomira Dabulewicza i innych członków Rady Kasy Chorych w Warszawie na orzeczenie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 22 mies. niewiad. 1927 roku L. 3650/G. U. U. w przedmiocie ustąpienia członków Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy, po przeprowadzonej dnia 13 listopada 1929 roku rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego-referenta, jako też wywodów zastępcy, skarżących adwokata M. Prędborskiego i zastępcy władzy pozwanej, Radcy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, T. Lawendla oddala skargę, jako nieuzasadnioną.

Orzeczeniem z dnia 22 czerwca 1927 roku, za Nr. 3550 Główny Urząd Ubezpieczeń nie uwzględnił odwołania członków Rady Kasy Chorych m. st. Warszawy, Sławomira Dabulewicza Tadeusza Kaszubskiego, Franciszka Zarębskiego i Tadeusza Konopackiego od decyzji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie z dnia 28 kwietnia 1927 roku, L. 3849/27, oddalającej żądanie wymienionych osób usunięcia dotychczasowego Zarządu Kasy w pełnym składzie i przeprowadzenia nowych wyborów.

Orzeczenie to zaskarżyły wymienione wyżej osoby do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który rozważył, co następuje:

Art. 66 ustawy z dnia 19 maja 1920 roku, o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. poz. 272) wylicza sprawy, należące do zakresu działania Rady Kasy.

Podmiotem zatem tych uprawnień jest sama Rada, jako taka, nie zaś poszczególni jej członkowie. Nie ustalając wobec tego, czy nawet Radzie służy zaskarżalne prawo żądania usunięcia Zarządu Kasy przez władzę nadzorczą z powodu wyrażonego Zarządowi przez Radę Kasy votum nieufności, Najwyższy Trybunał Administracyjny uznał, że poszczególnym członkom Rady prawo takie w żadnym razie nie służy.

Wobec tego Najwyższy Trybunał Administracyjny, już z tego powodu, nie mógł się dopatrzyć w skarżonem orzeczeniu naruszenia praw podmiotowych osób skarżących i, kierując się temi rozważaniami, jako nieuzasadnioną, oddalił.

KRONIKA

ROZWÓJ MIĘDZYNARODOWEGO USTAWODAWSTWA PRACY

W ciągu ostatnich tygodni zwiększyła się ponownie liczba ratyfikacji międzynarodowych konwencji pracy.

Bułgarja ratyfikowała m. in. konwencję w sprawie uproszczenia inspekcji wychodźców na pokładach statków, a ponadto konwencję, gwarantującą marynarzom repartjację w razie wygaśnięcia umowy służbowej oraz konwencję o umowie pracy marynarzy. Wszystkie te konwencje przyjęte zostały przez Międzynarodową Konferencję Pracy w r. 1926.

Łotwa ratyfikowała konwencję o odszkodowaniu należnem w razie nieszczęśliwych wypadków przy pracy w rolnictwie, uchwaloną w 1921 r., konwencję o odszkodowaniu należnem w razie choroby zawodowej, uchwaloną w 1925 r. oraz konwencję o ubezpieczeniu chorobowem pracowników handlowych, przemysłowych i służby domowej, uchwalonej w 1927 r.

ANKIETA O WARUNKACH PRACY W PRZEMYŚLE WŁÓKIENNICZYM

9 grudnia zebrała się w Genewie Komisja do badania warunków pracy w przemyśle włókienniczym, składająca się z 12 członków Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy. Komisja ta powołaną została do zbadania propozycji wysuniętych przez Biuro w związku z odbyć się mającą ankietą o warunkach pracy (płace, czas pracy, hygjena pracy, praca kobiet i dzieci i t. p.) w przemyśle włókienniczym poszczególnych krajów, której przeprowadzenie postanowione zostało przez Międzynarodową Konferencję Pracy. W zebraniu wzięli udział przedstawiciele rządów, Anglji, Italji, Indji i Japonji, przedstawiciele pracodawców Anglji, Italji, Czechosłowacji i Japonji, przedstawiciele robotników Anglji, Niemiec, Francji i Hiszpanji oraz pewna ilość ekspertów.

Podczas pierwszej swej sesji, która miała miejsce w czerwcu r. ub., zaproponowała Komisja, aby ankietę przeprowadzić w Niemczech, Austrji, Belgji, Hiszpanji, Francji, Anglji, Holandji, Węgrzech, Italji, Polsce, Rumunji, Jugosławji, Szwajcarji, Czechosłowacji, Brazylji, Chinach, Stanach Zjednoczonych, Indjach, Japonji, Meksyku, Kanadzie i Estonji. Komisja ustaliła wówczas ponadto zasady, na których będzie się opierała ankieta oraz rozpoczęła badanie nad projektem kwestjonarjusza opracowanego przez Międzynarodowe Biuro Pracy.

Obecnie po rozpatrzeniu wszystkich propozycji i wniosków Biura w tej dziedzinie, Komisja do badania warunków pracy w przemyśle włókienniczym ustaliła następujące wytyczne ankiety:

1. Ankieta Międzynarodowego Biura Pracy będzie dotyczyła w pierwszym rzędzie przemysłów bawełnianego i wełnianego, a potem przemysłu sztucznego jedwabiu. Tylko przedsiębiorstwa posługujące się siłą napędową będą stanowiły przedmiot ankiety.

2. Dla uzyskania niezbędnych danych porównawczych Międzynarodowe Biuro Pracy roześle kwestjonarjusze rządom poszczególnych państw.

3. Kwestjonarjusz będzie się składał z dwóch części, z których pierwsza będzie dotyczyła płac i czasu pracy (główne zagadnienie), druga zaś: (dodatkowe zagadnienie) metod unormowania czasu pracy, sposobów dokonywania wypłaty zarobków, dodatków rodzinnych, wkładek ubezpieczeniowych, ilości robotników i stanu i znaczenia przedsiębiorstwa.

W celu uzyskania danych o płacach i czasie pracy głównych kategorji robotników, zatrudnionych w przemysłach bawełnianym i wełnianym, będą ustalone specjalne formularze, dotyczące pracowników zatrudnionych przy robotach przygotowawczych, tkactwie, bieleniu, farbowaniu, wykańczaniu i t. p.

Rządy będą proszone o dostarczenie danych osobno dla robotników i osobno dla robotnic ze względu na znaczną ilość kobiet zatrudnionych w tym przemyśle i na znaczenie, które w swej uchwale z czerwca 1928 r. Międzynarodowa Konferencja Pracy przypisuje warunkom pracy robotnic. W ankiecie będzie również uwzględniony wiek robotników oraz różnice zachodzące w opłacaniu pracy akordowej i wykonywanej na godziny.

Powyższe wytyczne będą przedstawione do zatwierdzenia Radzie Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy, która się zbierze 3 lutego 1930 roku.

DRUGA SESJA KOMISJI DORADCZEJ DLA SPRAW PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Dnia 6 grudnia obradowała w Genewie druga sesja Komisji Doradczej dla Spraw Pracowników Umysłowych. Na porządku dziennym tego zebrania znajdowały się następujące zagadnienia:

1. sprawa rozwiązania umowy pracy przez dziennikarza z powodu różnicy zachodzącej pomiędzy jego przekonaniami, a kierunkiem dziennika, w którym pracuje.

2. Sprawa tak zwanej „klauzuli konkurencyjnej" w umowach pracy.

3. Sprawa pośrednictwa pracy dla artystów scenicznych.

4. Ochrona wynalazków pracowników.

5. Sprawa bezrobocia wśród pracowników umysłowych oraz sprawa bezrobocia wśród pracowników umysłowych w Azji.

6. Warunki pracy muzyków, w szczególności zaś wpływ rozwoju muzyki mechanicznej na położenie tej kategorji pracowników.

7. Warunki pracy aktorów i techników kinematograficznych.

8. Określenie pojęcia „tajemnica fabryczna".

Wszystkie powyższe sprawy zostały szczegółowo omówione podczas zebrania Komisji. W odniesieniu do punktu pierwszego wyraziła Komisja po długiej dyskusji życzenie, aby Międzynarodowe Biuro Pracy w dalszym ciągu prowadziło badania nad całokształtem tego zagadnienia, zasięgając opinji redaktorów i wydawców, i zaznaczyła, iż klauzula o przekonaniach dziennikarzy winna stanowić jeden z główniejszych punktów umów o pracę.

Ze sprawozdania o bezrobociu wśród pracowników umysłowych, przygotowanego przez Międzynarodowe Biuro Pracy i przedłożonego Komisji, wynika, że klęską tą są powszechnie dotknięci tylko muzycy, a to z powodu rozwoju muzyki mechanicznej. Wśród aktorów oraz nauczycieli zaznacza się bezrobocie tylko w niektórych krajach, natomiast nie istnieje wśród dentystów oraz pomocniczego personelu lekarskiego.

Komisja zainteresowała się w dalszym ciągu w szczególności warunkami pracy personelu wykonawczego (aktorów i muzyków) zatrudnionych w radjowych stacjach nadawczych i przy nagrywaniu płyt gramofonowych i zwróciła się do Międzynarodowego Biura Pracy z prośbą o przeprowadzenie szcze-

gółowej ankiety wśród tej kategorji pracowników w porozumieniu z Międzynarodową Komisją Współpracy Umysłowej i Międzynarodowym Instytutem dla Unifikacji Prawa Prywatnego.

Sprawa pośrednictwa pracy w zawodzie aktorskim nie została rozstrzygnięta z powodu braku jednomyślności między pracodawcami i pracownikami. Badania w tym kierunku będą kontynuowane, podobnie jak badania nad warunkami pracy pracowników kinematograficznych, w szczególności w zakresie czasu, hygjeny i bezpieczeństwa pracy.

W sprawie ochrony wynalazków pracowników, Komisja postanowiła, iż byłoby rzeczą wskazaną, aby w większości państw opierała się ona na następujących zasadach:

1. W każdym patencie winno być wymienione nazwisko wynalazcy, lub nazwiska wynalazców, o ile te ostatnie mogą być ustalone.

2. Po uzyskaniu przez przedsiębiorcę prawa do patentu za wynalazek pracownika zatrudnionego w przedsiębiorstwie bądź prywatnem, bądź też państwowem, będzie on zobowiązany wypłacić wynalazcy dodatkowe wynagrodzenie, którego wysokość uzależniona będzie od wartości wynalazku, o ile płaca pracownika, lub inne korzyści, które może ciągnąć z przedsiębiorstwa nie stanowią odpowiedniego wynagrodzenia dla jego wynalazku.

Zasady te nie dotyczą narazie wynalazków pracowników specjalnie zaangażowanych w celu dokonywania badań i odkryć.

Komisja zwróciła się do Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy z prośbą o zwrócenie uwagi poszczególnych państw na celowość załatwienia sprawy wynalazków pracowników według powyższych zasad.

ORZECZENIA I WYJAŚNIENIA GŁÓWNEGO URZĘDU UBEZPIECZEŃ

I.

Główny Urząd Ubezpieczeń podaje do wiadomości, że w sprawie zasiłku dla karmiących w wypadku urodzenia się bliźniąt — Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej z dn. 16.XI 1929 r. L. 3717/U. III wyjaśniło jak następuje:

„Brzmienie art. 30 p. c) ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272), który mówi ogólnie o „karmiących", nie daje podstawy do przyjęcia, że w wypadku urodzenia się bliźniąt ubezpieczonej należy się zasiłek inny — wyższy względnie podwójny — niż przewidziany w przytoczonym artykule".

II.

W sprawie świadczeń dla t. zw. żon rytualnych Główny Urząd Ubezpieczeń zawiadamia, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej reskryptem z dnia 12 września r. b. L. 3176/U. III wyjaśniło co następuje:

Ponieważ Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 3 czerwca 1922 r. Nr. 523/21 uznał, że małżeństwo, zawarte przed rabinem w myśl przepisów obowiązujących, jest małżeństwem w pojęciu ustawodawstwa b. Królestwa Polskiego choćby akt stanu cywilnego sporządzony nie był, uznać należy, że zgodnie z wyjaśnieniem Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 16 lutego 1923 roku Nr. V. 289/23 i stanowiskiem zajętem obecnie przez władze administracji ogólnej Kasy Chorych mogą udzielać świadczeń z art. 33 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) t. zw. „żonom rytualnym", o ile fakt zawarcia małżeństwa religijnego nie nasuwa wątpliwości.

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

W odpowiedzi na pismo Ministerstwa P. i O. S. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że ustalanie wysokości taks 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 leczonym na koszt Kas Chorych.

SPIS PRAC NAUKOWYCH LEKARZY KASOWYCH

W myśl okólnika Og. P. Zw., rozesłanego przez Związki Kas do Kas Ch., rozpoczynamy drukować spis prac nauk. lekarzy kasowych.

Dr. Maksymiljan Tadeusz Seidler, były I asystent Kliniki położ.-ginek. we Lwowie, lekarz Oddz. poł.-gin. lecznicy Okr. Zw. K. Ch. we Lwowie.

I. Prym. Dr. Seidler: Sprawozdanie z rocznej działalności Oddziału. (Odbitka z Ginekologji Polskiej 1927, T. VI.

II. Dr. Lenartowski i Dr. Seidler: Znaczenie djagnostyczne uterosalpingografji. (Ginek. Polska z 27, T. VI).

III. Dr. Seidler, Dr. Lenartowski i Dr. Grabowski: O wartości przedoperacyjnego naświetlania raka szyjki macicy. (Gin. Pol. R. 27. T. VI).

IV. Dr. Seidler i Dr. Weinsaft (asystent): Przypadek niepowściągliwych wymiotów u ciężarnej wyleczony insuliną. (Pol. Gaz. Lek. R. 27, Nr. 26).

V. Dr. Seidler: Kilka uwag w sprawie leczenia raka szyjki macicy (Pol. Gaz. Lek. R. 1927, Nr. 37).

VI. Dr. Seidler: Gruźlica płuc jako wskazanie do przerwania ciąży i sterylizacji na podstawie własnych przypadków. (Pol. Gaz. Lek. R. 1927, Nr. 41).

VII. Dr. Seidler: Przedmuchiwanie i prześwietlanie jajowodów. (Wykład na II zjeździe lekarzy w Krynicy w d. 30.IX 1927).

VIII. Dr. Seidler i Dr. Winsfat: Przypadek krwawienia z ciałka żółtego. (Wiadomości Lekarskie, R. 1928, zesz. I),

IX. Dr. Seidler: Przedmuchiwanie i prześwietlanie jajowodów jako środki pomocnicze w rozpoznawaniu przyczyn niepłodności. (Pol. Gaz. Lek. R. 1928, Nr. 3).

X. Dr. Seidler: Przypadek raka kikuta części pochwowej macicy. (Ginek. Polska. Tom VII. Zesz. I—III R. 1928).

XI. Dr. Lenartowski i Dr. Seidler: O uterosalpingografji (dalsze doświadczenia obejmujące 300 zdjęć. Wiadomości lek R. 1928, Nr. 6).

XII. Dr. Seidler i Dr. Lenartowski: O znaczeniu badania rentgenologicznego w rozpoznawaniu torbieli skórzastych. (Gin. Pol. T. VII. 1928). (Odbitki dotychczas nie otrzymano).

XIII. Prym. Dr. Seidler: Rak macicy a ciąża. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 22/1929).

XIV. Dr. Winsaft (asystent): Przypadek bartholinitis gonorrhoica leczony autohaemoterapją.

XV. Dr. Kowarzyk (asystent): O zastosowaniu dźwigni Sellheima przy cięciu cesarskiem. (Wiadomości lekarskie 1928).

XVI. Dr. Garbier (asystent): Zastosowanie izacenu w ginekologji i położnictwie. (Wiadomości Lekars. 1929).

XVII. Dr. Fleker (asystent): Krwiak w powłokach brzusznych. (Wiadomości lekarskie 1928).

XVIII. Dr. Janusz i Dr. Fleker: Apoplexia ovarii. (Medycyna praktyczna 1929.

XIX. Dr. Fleker: Próby z tymofizyną. (Pol. Gaz. lek. R. 1929).

Dr. Mierzecki, lekarz ambulatorjum dermatologicznego Okr. Zw. K. Ch. we Lwowie.

1) Aurokeratosis cutis. (Polska Gazeta Lekarska 1927/27).

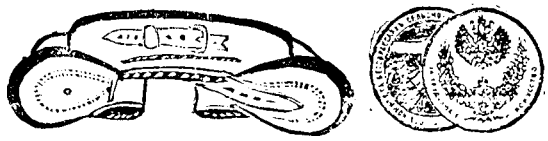
2) Doustne leczenie kiły a Kasy Chorych. (Wiadomości Lekarskie 1928/6).

3) Powikłania stawowe łuszczycy. (Wiadomości Lekarskie 1928/6).

4) Świąd kiłowy (Pruritus luеticus). (Wiadomości Lekarskie 1929/10).

5) Symmetrische gummöse Erkrankung der Parotis und Submaxillardrüsen. Orchitis luetica sinistra. (Dermatologische Wochenschrift 1927/51).

6) Ein Fall von Poikilodermia atrophicans vasculans (Jacobi) mit tödtlichen Ausgang. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis, t. 152, z. 3).



Srebrny medal.

Fabryka Wyrobów Ortopedycznych

B-ci Ch. i. B. Zaner

Egz. od. roku 1898

Warszawa, Franciszkańska 31

Tel. 156-93 POLECA: P. K. P. 13.898

Pasy rupturowe, brzuszne, lecznicze, higieniczne, nerkowe, suspensorja, opaski oczne, do twarzy i t. p.

Wszelkie reklamacje z powodu nieregularnego dostarczania

„Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych"

kierować należy pod adresem administracji

Warszawa, ul. Lwowska 13.

TREŚĆ:

Dr. H. Kluszyński. — Opieka zdrowotna nad robotnikami młodocianymi.

Dr. med. Czesław Hoppe.—O potrzebie bardziej powszechnego i racjonalnego kierowania chorych do zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

W. Iw-ski. — W sprawie wstrzymania świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Patrycy Dziurzyński. — Nowelizacja niemieckiej ustawy o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu na wypadek braku pracy z dn. 16 lipca 1927 r.

Dr. Henski. — Działalność robotniczej Kasy Ubezpieczeń w Wiedniu za r. 1928.

Wyroki Sądu Najwyższego.

Kronika.

Nr 22.

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.

Prosimy o wpłacanie prenumeraty

za

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych"

na rok

1930

P. K. O. Konto czekowe 51150.

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno-farmaceutycznych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKI

Warszawa, ul. Kujawska 1, telefon 4890

12 złotych i srebrnych medali

Poleca:

PLASTRY SMAROWANE zwyczajne i kauczukowe, nie ustępujące wyrobom zagranicznym. **PLASTRY KAUCZUKOWE W KOPERTACH** (do odręcznej sprzedaży). **PLASTER KAUCZUKOWY** na szpulkach. **„CAPSICOL"** (empl. Capsici elast. perforat). **PLASTEREK ANGIELSKI,** przewyższający wyroby zagraniczne, w różnem opakowaniu. **PLASTER „THAPSIA". PLASTER TATRZAŃSKI** na odciski. **PLASTER PRZEPUKLINOWY** dziecięcy. **KATAPLAZMY** antyseptyczne. **GORCZYCZNIKI** (synapizma). **PAPIER „VLINSI" i „FAYARD ET BLEYN". MOUCHES DE MILAN, GAZY I WATY** aseptyczne i antyseptyczne. **OPATRUNKI** wyjałowione (sterylizowane). Opatrunki dla wojska. **BANDAŻE, PODUSZECZKI HIGJENICZNE** dla pań. **PUDER** dla dzieci antyseptyczny.

NOWOŚĆ. **BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZEGAMI, BANDAŻE DO TAMPONOWANIA** dla ginekologji i laryngologji aseptyczne i antyseptyczne z zakończonemi brzegami. **GAZIKI** do operacji z zakończonemi brzegami.

Dostawy dla wojska, Kas Chorych, szpitali i instytucyj sanitarnych, państwowych i komunalnych.

Ceratka

„BIEŁOUSOWA"

DO KOMPRESÓW

Batyst

„BILROTA"

I. Biełousow

WARSZAWA, Kapucyńska 13.

GŁÓWNA BIBLIOTEKA PRACY
I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
GBPiZS
P-25/II
1929