1

PRZ[illegible]ĄD UBE[illegible]EŃ SPOŁECZNYCH

Z Nastemal

1930 r

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1930 r

GŁÓWNA BIBLIOTEKA
Pracy i Zabezpieczenia Społecznego
00-496 Warszawa

ORGAN OGÓLNO PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W POLSCE

inw. 2810
27.5.76

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

organ ogólnopaństwowego związku kas chorych w polsce

MIESIĘCZNIK

ROK V WARSZAWA, 1 STYCZNIA 1930 R. ZESZYT 1

P-467/III P-25/II

LECZENIE INWALIDOW WOJENNYCH

Ogólno - Państwowy Zw. K. Ch. w Polsce przejął z dniem 1 grudnia r. z. leczenie inwalidów wojennych. Jaki był dotychczasowy stan prawny i jego wyniki faktyczne?

W myśl art. 4 ustawy z 18 marca 1921 „o zaopatrzeniu inwalidów wojennych... i t. d." (Dz. U. R. P. Nr. 32) inwalida wojenny (w zrozumieniu tej ustawy) ma prawo między innemi do: a) leczenia i doleczania, b) zaopatrywania go w aparaty ortopedyczne i c) szkolenia. Art. 33 (zmieniony ustawą 4 sierpnia 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 67) głosi, iż „inwalida wojenny ma prawo do korzystania na koszt Państwa z pomocy lekarskiej, środków i zakładów leczniczych, o ile stwierdzonem zostanie, że choroba jego znajduje się w związku przyczynowym z odbytą służbą wojskową". Widzimy więc, iż ustawodawca ograniczył prawo inwalidy do leczenia. Nie ma on prawa do leczenia we wszystkich wypadkach choroby, lecz w ograniczonym zakresie, jeżeli choroba ta stoi w związku przyczynowym z jego służbą wojskową.

Rozporządzenie wykonawcze Ministra Spraw Wojskowych, Ministra Skarbu, Ministra Pr. i Op. Sp. z dn. 10 stycznia 1923 (Dz. U. R. P. Nr. 20) określa ściślej (par. 38) prawa inwalidy wojennego w dziedzinie lecznictwa. Ma on prawo do korzystania na koszt Państwa z pomocy lekarskiej środków i zakładów leczniczych wyznaczonych przez M. S. Wojsk. Zaś § 39 tego Rozporządzenia głosi, iż „leczenie... ma być tylko wtedy stosowane, jeżeli przez nie można usunąć chorobę lub zmniejszyć uszkodzenie zdrowia, zapobiec pogorszeniu się stanu zdrowia, lub zwiększyć zdolność zarobkową inwalidy", oczywiście o ile choroba ta znajduje się w związku przyczynowym z odbytą służbą wojskową. Widzimy więc, że wspomniane powyżej Rozporządzenie wykonawcze zacieśniło prawa inwalidy do leczenia się na koszt Państwa. W jaki sposób życie praktyczne zareagowało na przepis § 39 Rozp. wykonawczego — nie wiemy, w tym samym zakresie normuje Rozporządzenie wykonawcze prawo inwalidy (v. art. 2 ust. z 18.III 1921) do żądania protez i aparatów ortopedycznych na koszt Państwa. § 53 tego rozporządzenia głosi, iż: „za potrzebne — uważa się protezy i aparaty ortopedyczne, za pomocą których można podnieść sprawność fizyczną inwalidy, usunąć lub zmniejszyć bóle, przeszkodzić pogorszeniu się kalectwa lub wreszcie pokryć kalectwo inwalidy, o ile ono rzuca się w oczy. Rozporządzenie Ministra Spraw Wojskowych, Ministra Skarbu i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 22 kwietnia 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 72) nie zmieniło stanu prawnego w dziedzinie nas obchodzącej.

Natomiast Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Spraw Wojskowych i Ministra Skarbu z dn. 15 kwietnia 1929 (Dz. U R. P. Nr. 52) zmieniło zupełnie podział zakresu działania wynikły z ustawy z 18 III.1921 oddając Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (§ 3/3 Rozp. wyk.) „sprawy administracyjne związane z leczeniem i doleczaniem kalectw i chorób będących następstwem odbytej służby wojskowej oraz protezowanie inwalidów wojennych — z wyłączeniem nadzoru nad lecznictwem". Sprawy te należały aż do tego czasu do zakresu działania Ministra Spraw Wojskowych

Pan Minister Pracy i Opieki Społecznej w piśmie z dn. 6 listopada 1929 wystosowanem do Og.-Państw. Zw. K Ch., stwierdzając fakt powyższy oświadcza: „Ponieważ nie dysponuję narazie aparatem administracyjno - lekarskim, potrzebnym do załatwiania spraw powyżej wymienionych, zwracam się do Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych o zorganizowanie tego aparatu w ciągu listopada r. b, uruchomienie jego organów z dniem 1 grudnia b. r. i dalsze pro-

inw. 2810
27.5.76

wadzenie na koszt Skarbu Państwa". Powstał nowy dział pracy Związku Państw., który mógł się z tych obowiązków wywiązać tylko przy najczynniejszej pomocy Kas ch., jako podstawowej komórki organizacyjnej naszego ubezpieczenia na wypadek choroby, dysponującej odpowiednio zorganizowanym aparatem lekarskim i administracyjnym.

Jak się przedstawia liczbowo ten zakres działania?

Według obliczeń władz państwowych w dn 1.VII.1929 mieliśmy w R. P. 139511 inwalidów wojennych, a mianowicie:

Tab. 1

Liczba inwalidów wojennych w dniu 1.VII. 1929 r.

Urzędy wojewódzkie	Ilość inwalidów
Komisarjat Rządu	4819
Urz. Woj. Warszawa	3997
„ „ Łódź	4783
„ „ Kielce	3173
„ „ Lublin	4385
„ „ Białystok	1974
„ „ Nowogródek	965
„ „ Poleski (Brześć n/B)	1110
„ „ Wołyński (Łuck)	2493
„ „ Wilno	881
„ „ Kraków	16895
„ „ Lwów	16777
„ „ Stanisławów	6924
„ „ Tarnopol	5374
„ „ Poznań	28480
„ „ Pomorze	14280
„ „ Śląsk	22201
Razem	139511

Podział zaś inwalidów wojennych według rodzajów chorób jest następujący (patrz tabl. 2).

Widzimy więc, że K. Ch. mają obowiązek opieki nad 140.000 osób Zaznaczyć przytem należy, iż obowiązek ten rozciąga się tylko na inwalidów, wyłączając ich rodziny, albowiem w myśl umowy inwalidzkiej rodziny inwalidów nie mają również prawa do pomocy inwalidzkiej. Nie mamy szczegółowych danych liczbowych w sprawie leczenia inwalidów wojennych w okresie poprzednim, wobec tego ograniczyć się musimy do danych ogólnych. W r. 1929 leczono w szpitalach okręgowych (wojskowych) 1408 inwalidów, którzy przebywali tam przez 31.677 dni.

Tab. 2

Podział inwalidów wojennych w/g poszczególnych rodzajów chorób wzgl. uszkodzeń.

D. O. K.	Uszkodzenia	Ociemniali	Choroby umysłowe	Gruźlica	Inne choroby zakaźne i ich następstwa	Wszystkie inne choroby i ich następstwa
Warszawa	5.806	85	38	1.261	182	1.982
Lublin	3.454	41	7	451	90	1.058
Grodno	1.850	24	17	155	29	363
Łódź	2.842	35	17	379	69	555
Kraków	26.661	248	319	1.407	220	7.300
Lwów	13.572	368	127	552	128	1.238
Poznań	14.712	78	160	819	80	5.384
Toruń	19.467	45	131	1.401	670	9.023
Brześć n/B	2.000	36	7	147	54	473
Przemyśl	10.834	89	78	248	523	3.148
	101.198	1.049	901	6.818	2.045	30.524

Zagadnieniem wagi zasadniczej dla Kas Chorych była sprawa formy prawnej, w jakiej Kasy Chorych przejąć mają leczenie inwalidów. Kasy Chorych jako instytucje prawno-publiczne, oparte na tytule ustawowym, mają określony (w ustawie) zakres działania, którego im przekroczyć nie wolno. Mogło się to stać tylko na podstawie umowy zawartej z właściwą władzą t. j. z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, która z drugiej strony, jako władza nadzorcza, nad instytucjami ubezpieczeń na wypadek choroby musiała zatwierdzić tę umowę. Sprawa ta została faktycznie w ten sposób załatwiona: M. P. i O. S. zawarło umowę z Og. Państw. Zw. K. Ch., który działał imieniem wszystkich K. Ch., na podstawie specjalnie udzielonego mu pełnomocnictwa. Umowa ta dzieli się na dwie części, obejmując sprawę lecznictwa i wyrobu protez celem zaopatrywania w nie inwalidów wojennych. W myśl tej umowy K. Ch. obowiązane są udzielać świadczeń leczniczych w zakresie i w wypadkach przewidzianych w ustawach i rozporządzeniach wykonawczych, wydanych przez zainteresowanych ministrów, o których wspomnieliśmy powyżej. Czas udzielania tych świadczeń (art. 23 i nast. ust. z 19.V. 1920) przewidziany dla ubezpieczonych i ich rodzin odnośnie do inwalidów nie będzie miał zastosowania.

Związek Państwowy przejmuje ponadto wytwórnie protez dla inwalidów wojennych w Poznaniu, w Krakowie, w Warszawie i we Lwowie, zobowiązując się jednocześnie zaopatrywać inwalidów wojennych na podstawie orzeczeń komisji protezowych w następujących ilościach (rocznie):

1. nóg sztucznych 1600 sztuk
2. rąk sztucznych 200 „
3. aparatów ortoped. 640 „
4. obuwia ortoped. 2400 „
5. napraw 3200 „
6. protez dla inwalidów woj. za 20.000 zł.

Z chwilą podpisania umowy M. S. Wojsk. przekazało Związkowi Państwowemu wspomniane już Zakłady protezowe oraz znajdujące się tam urządzenia W myśl umowy Związek Państwowy będzie miał prawo wyrobu protez (w tych zakładach) dla uprawnionych do świadczeń w K. Ch. oraz dla osób prywatnych. Nasze organizacje ubezpieczeń na wypadek choroby uzyskują zakłady, które ułatwią im także zadania z dziedziny ich ustawowego zakresu działania.

Związek Państwowy otrzymuje od M. P. i O. S. jako zwrot kosztów leczenia i protezowania (za okres od 1 grudnia 1929 do 31 marca 1931) kwotę globalną 4.881.348 zł., płatnych w ratach przewidzianych w umowie.

Integralną częścią umowy omówionej powyżej jest t. zw. „Instrukcja w sprawie kierowania inwalidów wojennych przez powiatowe władze administracji ogólnej do leczenia w Kasach Chorych, w sprawie wzajemnego postępowania tych władz i Kas Chorych oraz wyrównania nieporozumień mogących wyniknąć przy uznawaniu inwalidów wojennych za uprawnionych do leczenia". „Instrukcja" jest rozwinięciem i uzupełnieniem umowy, w jej zastosowaniu praktycznem. Tytułem formalnym inwalidy do uzyskania świadczeń w K. Ch. jest przekaz wystawiony przez referaty inwalidzkie istniejące przy władzach powiatowych administracji ogólnej. W razie jednak nagłego zachorowania lub jeżeli inwalida nie mieszka w miejscu urzędowania referatu, może on zwrócić się bezpośrednio do Kasy, a właściwy referat inwalidzki wystawi na podstawie orzeczenia lekarza K. Ch., w ciągu 7 dni przekaz na leczenie do K. Ch. Jeżeliby się okazało, po udzieleniu pierwszej porady, iż choroba ta nie stoi w związku przyczynowym ze służbą wojskową, wówczas K. Ch. wstrzymuje udzielanie dalszej pomocy lekarskiej, ma jednak prawo policzenia sobie kosztów porady.

K Ch. są obowiązane także do leczenia inwalidów nie pobierających renty (wskutek utraty zdolności zarobkowej poniżej 15 proc., z powodu skapitalizowania renty lub jej zrzeczenia się) jednak porady te będą miały charakter odpłatny, które opłacać będą zainteresowani za pośrednictwem referatów inwalidzkich, przy władzach powiatowych administracji ogólnej..

Jeżeli lekarz K. Ch., leczący inwalidę wojennego, dojdzie do przekonania, iż obecna choroba inwalidy nie może być uważana za dalszy ciąg, względnie następstwo choroby, uznanej przez komisję wojskowo-lekarską rewizyjną, za pozostającą w związku przyczynowym ze służbą wojskową, Kasa Chorych zarządzi zbadanie inwalidy przez Komisję złożoną z 3-ch lekarzy Kasy. Orzeczenie to, o ile wypadnie niepomyślnie dla inwalidy, przesyła Kasa do oddziału spraw inwalidów wojennych wojewódzkiej władzy administracji ogólnej z wnioskiem o cofnięcie przekazu. Decyzja oddziału, która zapaść musi w ciągu 14 dni jest ostateczna Fakt wniesienia sprzeciwu przez Kasę, nie uprawnia jednak do wstrzymania leczenia.

Okólnik Og. Państw. Zw. K. Ch. z d. 27 listopada 1929 Nr. 5216 wydany do Kas Chorych wyjaśnia ponadto pewne szczegóły umowy zawartej przez Związek Państw. i Minist. Pracy i Op. Społ. Przez leczenie rozumieć należy pomoc lekarską, środki lecznicze i korzystanie z zakładów leczniczych. Kasy Chorych udzielają wszystkich tych świadczeń w takim samym zakresie w jakim udzielają swym członkom.

Jak już wspomnieliśmy Związek nasz otrzyma od M P. i O. S., jako zwrot kosztów za leczenie inwalidów kwotę 4.881.348 zł. za czas od 1 grudnia 1929 do 31 marca 1931, albowiem umowa została zawarta na ten okres. Na przeciąg 12 miesięcy otrzyma Związek nasz kwotę 3.589.589 zł., która wydana zostanie w sposób następujący:

Leczenie umysłowo chorych	380 000 zł.
Leczenie w szpitalach	840 000 „
Protezowanie	900.000 „
Sanatorja	360.000 „
Leczenie ambulatoryjne i gabinetowe	1.000.000 „
Koszty administracyjne (3 proc.)	109.589 „
	3.589.589 zł
Wydatki nieprzewidziane	63.385 „
	3.642.974 zł.

Jak widzimy na leczenie w Kasach Chorych przeznaczono kwotę 1.000.000 złotych, Kasy będą więc mogły otrzymać, na podstawie dokonanych obliczeń, zwrot wydatków poniesionych na ten cel.

Związek Państwowy zawarł jednocześnie umowę w sprawie leczenia inwalidów woj. w szpitalach wojskowych. W myśl tej umowy szpitale wojskowe przyjmować będą chorych inwalidów na podstawie przekazów wystawionych przez Okr. Zw. K. Ch. W nagłych wypadkach szpitale wojskowe przyjmować będą mogły chorych tych na podstawie przekazów wystawionych przez Kasy Chorych. Szpitale wojskowe obowiązane będą leczyć inwalidów i w tym celu zarezerwowano dla nich 240 łóżek we wszystkich szpitalach. Tylko przyjęcie do Szpitala Okręgowego Nr. 1, ze względu na jego charakter specjalny, będzie wymagało zgody komendanta tego szpitala. Oczywiście Związki okręgowe będą wysyłały do szpitali wojsk. najbliższych miejsca zamieszkania inwalidy.

Taksę szpitalną ustalono w umowie na 10 zł. dziennie jako zwrot kosztów utrzymania i leczenia inwalidy. Stawka ta będzie mogła być podwyższona jeżeli wskaźnik żywnościowy i kosztów utrzymania podniesie się w W-ie o 3 zł. dziennie.

Tak mniejwięcej przedstawia się sprawa przejęcia leczenia inwalidów przez organizacje ubezpieczenia na wypadek choroby pod względem formalno - prawnym. Otwiera się przed kasami i związkami wielkie pole pracy, którą w imię zrozumiałego interesu państwowego będą musiały spełnić, by ulżyć doli 140 tysięcy inwalidów wojennych w R. P.

* * *

UCHWAŁY KONFERENCJI LEKARSKIEJ W OGÓLNO-PAŃSTWOWYM ZWIĄZKU KAS CHORYCH

dnia 19 stycznia 1930 r. w sprawie lecznictwa zapobiegawczego w Kasach Chorych

Dnia 19 stycznia b. r. odbyła się w Og. Państw. Zw. K. Ch. pod przewodn. p. Min. Chodźki konferencja, której zadaniem było konkretyzowanie programu lecznictwa zapobiegawczego na terenie Kas Chorych. Po referacie Dra Kłuszyńskiego i bardzo ożywionej dyskusji uchwalono następującą rezolucję:

I. ZASADY OGÓLNE.

Konferencja Naczelnych Lekarzy Związków i Kas Chorych zwołana przez Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych dnia 19-go stycznia 1930 roku poświęcona zagadnieniom organizacji lecznictwa zapobiegawczego w Kasach Chorych w Polsce stwierdza:

1) że obecnem zadaniem Kas Chorych jest, bez zaniedbania obowiązków w zakresie lecznictwa ustawą z dnia 19 maja 1920 r. zakreślonych, organizacja lecznictwa zapobiegawczego.

2) W tym celu winny Kasy Chorych corocznie wstawić do budżetu stałą określoną stopę procentową z przypisu składek, która jednak nie może być za nikła, by akcja zapobiegawcza nie stała się fikcją, z drugiej strony nie może być za wysoka, by nie wpłynęła ujemnie na ustawowe świadczenia dla chorych i niezdolnych do pracy. Konferencja wyraża zdanie, że minimalny procent przypisu składek, przeznaczonych dla celów zapobiegawczych, powinien wynosić 4%.

3) Konferencja wyraża zdanie, że już obecnie winno nastąpić porozumienie pomiędzy Ogólno-Państwowym Związkiem Kas Chorych, Związkiem Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Ubezpieczalnią w Poznaniu dla stworzenia form współpracy w akcji zapobiegawczej dla ubezpieczonych w Kasach i tych Zakładach.

4) W organizacji akcji zapobiegawczej winien być przeprowadzony podział pracy między Kasami a Związkami Kas. Kasy Chorych prowadzą zasadniczo ten zakres akcji zapobiegawczej, która musi być przeprowadzona tylko na terenie działalności Kasy (opieka nad dzieckiem i matką, szczepienie ochronne, półkolonje i t. d.). Związki Kas Chorych prowadzą akcję wymagającą działalności i organizacji poza terenem Kas (kolonje, zakłady, leczenie i t. d.).

5) Dla umożliwienia takiego podziału pracy w zakresie prowadzenia akcji zapobiegawczej konferencja uważa za wskazane, aby z preliminowanej sumy 4% połowa przypadła na cele miejscowe, druga połowa została przelana do centralnego funduszu przy Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych. Dotychczasowa danina ½% przeznaczona dla Ogólno-Państwowego Związku odpada.

6) Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych wspólnie z reprezentantami Okręgowych Związków Kas Chorych opracuje plan potrzebnych Zakładów i instytucji dla tych celów i powierzy Związkom ich organizowanie i prowadzenie

7) Konferencja Naczelnych Lekarzy stoi na stanowisku, że akcja zapobiegawcza Kas Chorych winna się rozpocząć od najmłodszego pokolenia t. j. od okresu niemowlęctwa, winna być prowadzona przez okres przedszkolny, potem szkolny, a po ukończeniu szkół zaopiekować się młodocianym robotnikiem, który w międzyczasie nabył już wszystkie prawa członkowskie Kasy. Dalszym etapem tej akcji jest okres dojrzałości i starszego wieku, aby utrzymać typ zdrowego człowieka, przesunąć granicę starości i w ten sposób przedłużyć życie.

8) Do chwili nastania możliwości przeprowadzenia wielkiego programu akcji zapobiegawczej Kasy Chorych ograniczą się na razie na małym programie stanowiącym: a) zapobieganie chorobowości i śmiertelności niemowląt, b) opieka nad matką, c) zapobieganie ostrym chorobom zakaźnym.

II. ZAPOBIEGANIE CHOROBOM I ŚMIERTELNOŚCI NIEMOWLĄT.

A. Przepisy ogólne.

1) Najlepszym instrumentem dla opieki nad niemowlętami jest poradnia.

2) Każda Kasa Chorych winna na swoim terenie zorganizować już to samodzielnie już w połączeniu ze samorządem poradnię.

3) Ilość poradni jest zależna od ilości niemowląt znajdujących się na terenie działalności Kasy.

4) Dla celów skutecznej opieki nad niemowlętami winny Kasy Chorych prowadzić ścisłą ewidencję wszystkich niemowląt. W tym celu każda akuszerka kasowa obowiązana jest najdalej w przeciągu 48 godzin od urodzenia dziecka zawiadomić o tem Kasę Chorych lub poradnię.

5) Po otrzymaniu zawiadomienia o urodzeniu się dziecka odwiedza natychmiast położnicę pielęgniarka hygjenistka, udzielając jej pierwszych wskazań hygjenicznych i składa sprawozdanie o warunkach społeczno-hygjenicznych położnicy i stanie zdrowia noworodka.

6) Niemowlę zostaje jaknajczęściej przedstawione do poradni i odtąd ma matka lub opiekunka conajmniej raz na 4 tygodnie zgłaszać się z dzieckiem do poradni przez pierwsze dwa lata.

7) Administracja i druki są jednolite dla wszystkich poradni Kas Chorych.

B. Skład i personel poradni.

8) Poradnia winna w regule składać się z 3-ch pokoi: a) dużej i jasnej poczekalni z kilkoma boksami, b) pokoju kancelaryjnego i dla przygotowanych prac pielęgniarki, c) gabinetu lekarskiego.

O ile warunki mieszkaniowe są w siedzibie Kasy trudne, można ograniczyć się narazie do dwóch pokoi.

Urządzenie odpowiada urządzeniu każdej przychodni dla dzieci. Waga dziecięca jest nieodzowna. Przy każdej poradni winna być prowadzona kuchnia mleczna.

9) Poradnią kieruje lekarz — pedjatra klinicznie i społecznie wykształcony w zagadnieniach opieki nad niemowlętami.

10) Personel pomocniczy cały, a w pierwszym rzędzie pielęgniarka - hygjenistka, musi być również społecznie i medycznie wykształcony.

11) Zaangażowanie personelu lekarskiego i pomocniczego dla poradni przez Kasę może nastąpić dopiero po wysłuchaniu opinji Okręgowego Związku Kas Chorych.

C. Zadania poradni.

12) Ponieważ najskuteczniejszą ochroną zdrowia niemowląt jest karmienie piersią matki, przeto poradnia winna w tym kierunku prowadzić energiczną propagandę.

13) Każda matka otrzymująca zasiłek pokarmowy i połogowy winna dla kontroli stawić się do poradni, a Kasa Chorych winna cały swój wpływ moralny wywierać na ubezpieczonych dla utrwalenia zasady karmienia piersią.

14) Wypłacany przez Kasy Chorych zasiłek dla karmiących w wysokości jednego litra mleka winien być wypłacony — o ile to tylko możliwe w postaci jednego litra mleka.

15) Przed urodzeniem się dziecka winna poradnia przekonać się przez pielęgniarkę - hygjenistkę, czy w mieszkaniu ciężarnej kobiety mającej wkrótce urodzić dziecko niema zakaźnej gruźlicy lub krztuśca. W razie stwierdzenia przez hygjenistkę jednej z tych chorób, winna Kasa Chorych dążyć, by o ile tylko warunki miejscowe zezwalają, w porozumieniu z samorządem miejskim lub towarzystwem przeciwgruźliczem do izolowania noworodka względnie przeprowadzenia szczepienia ochronnego metodą Calmette'a.

16) O ile lekarz lub akuszerka asystując, przy porodzie nabierają podejrzenia, że płód pochodzi z kiłowej matki, należy krew pobrać z pępowiny i przesłać ją do zbadania.

17) W razie stwierdzenia u noworodka kiły wrodzonej, należy natychmiast rozpocząć leczenie.

18) W razie podejrzenia kiły wrodzonej u noworodka nie należy ograniczać się do pobrania krwi z pępowiny, ale należy skrawki podejrzanej pępowiny i łożyska posłać do zakładu anatomo - patologicznego do zbadania.

19) Badania szkieletu na zmiany kiłowe należy przeprowadzać dopiero u dziecka kilkumiesięcznego.

20) Dziecko syfilityczne najlepiej oddać do specjalistycznego zakładu celem leczenia, o ile naturalnie taki zakład jest do dyspozycji.

21) Ponieważ wielka śmiertelność niemowląt ma swoje źródło w trzech głównie przyczynach: a) słabości życiowej, b) chorobach przewodu pokarmowego, c) zapaleniu płuc (chorobach przewodu oddechowego) lekarz poradni, pielęgniarka i akuszerka zwrócą szczególną uwagę na propagandę metod zapobiegawczych dla tych chorób.

22) Poradnia prowadzić będzie jak najenergiczniejszą akcję zapobiegawczą przeciwko krzywicy i przeprowadzi ewidencję dzieci chorych na krzywicę.

23) Poradnia winna zwracać uwagę na wpływy społeczne i środowisko ułatwiające chorobowość i umieralność niemowląt i starać się będzie w miarę możności je łagodzić.

24) Poradnia winna rozwijać ożywioną propagandę w zakresie hygjeny niemowląt, pouczać o ważności pielęgnowania ciała, jaki rodzaj ubrania jest najdogodniejszy dla dziecka, pouczać o znaczeniu kąpieli, wskazywać na niekorzystny wpływ opakowania dziecka na rozwój mięśni i kości, pouczać o znaczeniu świeżego powietrza, światła, słońca i t. d. na rozwój dziecka. W końcu organizować pogadanki dla matek dla uświadamiania hygjenicznego i pouczenia jak mogą zapobiegać chorobom u niemowląt.

III. OPIEKA NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ.

Do zadań Kasy Chorych należy również opieka nad kobietą ciężarną, albowiem opieka nad niemowlęciem nie byłaby kompletna, gdyby równocześnie nie objęła płodu znajdującego się jeszcze w łonie matki. Opiekując się kobietą ciężarną rozciągamy zarazem opiekę nad noworodkiem, który się ma dopiero urodzić, i zapewniamy mu w ten sposób lepszy rozwój.

A. Przepisy ogólne.

1) K. Ch. utworzą poradnię dla ciężarnych kobiet celem opieki nad niemi i uzupełnienia racjonalnej i systematycznej opieki nad niemowlętami.

2) Każdy gabinet ginekologiczny może służyć równocześnie w specjalnie na ten cel wyznaczonych godzinach za poradnię dla ciężarnych i każdy wykwalifikowany położnik obeznany z zagadnieniem społeczno-medycznej opieki nad ciężarną może prowadzić taką poradnię. Wskazane jest, o ile to możliwe, by poradnię dla ciężarnych prowadziła położnik-kobieta.

3) Dla skutecznej opieki nad ciężarną winna Kasa Chorych przeprowadzić ewidencję wszystkich ciężarnych i zawiadomić w odpowiedniej formie uprawnionych do świadczeń o otwarciu poradni.

4) Każdy lekarz kasowy, o ile do niego się zgłosi ciężarna kobieta po poradę lekarską, winien zachęcić ją do zgłoszenia się do poradni.

5) Każda ciężarna po pierwszem zgłoszeniu się do poradni winna być zarejestrowana, zbadana i pouczona, że ma się ona raz na miesiąc zgłaszać do poradni

6) Ciężarna winna zasięgnąć porady lekarskiej w poradni już począwszy od trzeciego miesiąca ciąży.

B. Zadania poradni dla ciężarnych.

7) Zadaniem poradni dla ciężarnych jest zbadanie co do prawidłowości ciąży, położenia płodu, stanu dróg porodowych, czy spodziewany jest poród prawidłowy czy patologiczny, stwierdzenie czy niema choroby płciowej, nieżytu macicy, zapalenia nerek, wady serca, gruźlicy lub innych chorób niekorzystnych dla przebiegu ciąży. Po stwierdzeniu choroby, należy ciężarną skierować do właściwego lekarza.

8) Szczególnie zwrócić uwagę, czy ciężarna nie jest podejrzana na kiłę, która wywołuje przedwczesne porody, powoduje martwe płody wczesne, śmierć większej części żywo urodzonych dzieci, ciężkie choroby pozostałych przy życiu.

9) W tym celu należy u każdej ciężarnej przeprowadzić serologiczne badanie, gdyż nawet przy utajonej kile przed ciążą i negatywnej reakcji w ciąży występuje zawsze reakcja pozytywna. Najmniej należy przeprowadzić dwie reakcje serologiczne.

10) Po stwierdzeniu kiły u ciężarnej kobiety należy natychmiast rozpocząć energiczne leczenie przeciwkiłowe.

11) Każda ciężarna, która przed ciążą przechodziła kiłę i była nawet prawidłowo leczona bez względu na wynik seroreakcji, winna być podczas ciąży skrupulatnie leczona.

12) Poradnia winna pouczyć kobietę ciężarną, że o ile poród byłby przedwczesny, a płód niedonoszony, baczyć winna, by dziecko przedwcześnie urodzone nie zostało wychłodzone, co może spowodować przedwczesną jego śmierć O ile warunki na to zezwalają, wskazanem jest oddanie przedwcześnie urodzonego dziecka do specjalnego zakładu (kliniki lub szpitala).

13) Poradnia zwraca uwagę na potrzebę pielęgnowania piersi, stwierdza, czy u ciężarnej istnieją cechy obwisłego brzucha, a w razie stwierdzenia, przepisuje opaskę brzuszną.

14) Poradnia zwraca nadto uwagę na przepukliny brzuszne, pępkowe, pachwinowe, które podczas ciąży stwarzają poważne dolegliwości i stosuje odpowiednie środki zaradcze.

15) Poradnia winna nadto zwracać uwagę na leczenie zębów, albowiem istnieje jeszcze wielki zabobon u ciężarnych, że podczas ciąży nie należy leczyć zębów.

16) Lekarz poradni winien stwierdzić, czy stan zdrowotny ciężarnej pozwala na dalsze zajścia w ciążę, a jeśli nie pozwala, dawać odpowiednie pouczenie.

17) Poradnia zajmuje się pouczeniem hygjenicznem i djetetycznem. Sprawę odżywiania i trawienia należy szczegółowo z ciężarną omawiać. O ile istnieje poradnia dla niemowląt, należy ją pouczyć, by dziecko zaraz po urodzeniu zostało tam przedstawione do zbadania.

18) Przy poradach należy zwracać uwagę ciężarnej na znaczenie ogólnej kultury ciała, t. j. na znaczenie mycia się, kąpieli wodnej, powietrznej i słonecznej, dawać wskazania co do możliwości stosowania ćwiczeń fizycznych i uprawiania sportu, zwracać uwagę na nieodpowiednie ubrania, zwłaszcza na okrągłe podwiązki, wysokie obcasy, które wpływają na utworzenie się płaskiej stopy i żylaków.

19) Porady dla przyszłych matek winny zatem uświadamiać pod względem zdrowotnym i hygjenicznym, działać wychowawczo, pedagogicznie i etycznie. Porady takie winny być uzupełnione przez specjalne pogadanki zbiorowe urządzane dla przyszłych matek

C. Wskazania do odbycia porodu w zakładzie.

20) Ze względów lekarskich i społeczno - hygjenicznych należy dążyć, by kobieta rodziła w zakładzie położniczym lub w szpitalu, zwłaszcza, gdy spodziewany jest poród patologiczny. Do odbycia porodu w zakładzie mogą być wskazania bezwzględne, względne i społeczne.

21) Wskazania bezwzględne:

a) nieprawidłowe położenie płodu,
b) podejrzenie na przodujące łożysko,
c) niebezpieczeństwo eclampsji,
d) ciasna miednica,
e) niestosunek między płodem a miednicą.

22) Wskazania względne:

a) pierwiastka w starszym wieku,
b) ciężarna, która wskutek istniejących chorób nie doszła do trudów porodowych i która potrzebuje stałej kontroli lekarskiej podczas porodu np. przy chronicznie osłabionem mięśniu sercowem, ciężkich wadach serca i t. d.

23) Wskazania społeczne:

a) niezdrowe i niehygjeniczne mieszkanie,
b) brak własnego łóżka,
c) brak możliwości dostatecznego odżywiania się,
d) brak dostatecznej opieki i spokoju.

D. Przepisy administracyjne.

24) Poradnia dla ciężarnych winna być prowadzona administracyjnie według jednolitych form i wzorów.

25) Kasy Chorych winny przesyłać sprawozdania z działalności poradni co 3 miesiące według ustalonych wzorów do Okręgowych Związków, które po opracowaniu całego materjału u siebie prześlą sprawozdanie do Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce

IV. ZAPOBIEGANIE OSTRYM CHOROBOM ZAKAŹNYM.

Rozchodzi się głównie o **płonicę, błonicę, odrę i dur brzuszny.**

W Polsce zachorowało w roku 1927 na płonicę 36.250 osób, a umarło 3.280 tj. przeszło 9%.

W roku 1928 zachorowało 28.898, umarło 2.159 t j. 6,5%.

W roku 1929 r zachorowało do 10.VIII 5.419 osób, umarło 393.

W Kasie Chorych zachorowało w 1926 r. 8.574 t. j. 30%, w r. 1927 zachorowało w Kasie Chorych 9.487 osób t. j. 26% ogółu zachorowań na płonicę.

Na błonicę w roku 1927 zarejestrowano 8 626 zachorowań, zgonów 1821, t. j. przeszło 21% — w roku 1928 zarejestrowano 10.460 zachorowań, 863 zgonów t. j. 8% w roku 1929 do 10.VIII zarejestrowano 5.414 zachorowań, 393 zgonów t. j. 8%.

W Małopolsce wschodniej jest umieralność na błonicę bardzo wysoka, gdyż wynosi 22,5%, w województwie lwowskiem 21%, na kresach wschodnich około 10%

W dziesięciu największych miastach Polski śmiertelność z tej choroby wynosi 13,34%, w miastach od 25 — 100.000 mieszkańców 10,34%, na pozostałym terenie kraju 7,32%.

Na odrę zachorowało w r. 1926 osób 65.614, a zgonów było 1522 t. j. 2,3% — w r. 1927 przypada 11.764 zachorowań i 245 zgonów w miastach powyżej 25.000 ludzi. W miastach od 100 000 mieszkańców było 8.577 zachorowań i 235 zgonów. W miastach od 25.000 do 100.000 mieszkańców było 3.187 zachorowań, zgonów 10. W województwach Małopolski wschodniej śmiertelność z odry wynosi około 5% W regule umiera 6—7%. W Anglji wskutek odry umiera rocznie 10.000 dzieci. Niemcy notują 10.000 zgonów. Choroba zatem nie może być lekceważona.

Na dur brzuszny zachorowało w roku 1927 — 19.024 a zgonów było 1510 tj. blisko 8 proc.

W Warszawie w roku 1926 było 16,5 przypadków zgonów na dur brzuszny na 100.000 mieszkańców, w Budapeszcie było 13.7, w Paryżu 6,3, w Nowym Jorku 3,2, w Rotterdamie 2,0, Hamburgu 1.4, Kopenhadze 0,9, Chicago 0,8, Wiedniu 0,3, Berlinie 0,7, Sztockholmie 0,7, Londynie 0,7.

Najbardziej zakażone durem są Województwa centralne: Warszawskie, Kieleckie i Łódzkie.

Nauka lekarska na podstawie bardzo bogatego materjału statystycznego i doświadczalnego stwierdziła, że przez stosowanie seroprofilaktyki można uchronić prawie w 95 proc. od zachorowania na te ostre choroby zakaźne

Kasom chorych stosowanie seroprofilaktyki daje poważne oszczędności, zdrowotność ludności nie zostaje narażona na szwank, epidemje w znacznym stopniu się zmniejszają, zmniejszają się również troski materjalne i moralne ubezpieczonych i ich rodzin, nie dopuszczamy do cierpień, któreby te choroby wywoływały, a gospodarcze położenie ludności, które nie jest już i tak świetne, nie jest narażane na wstrząsy.

W Polsce stosuje Państwowy Urząd Zdrowia szczepionkę błoniczno - płoniczą i zaszczepiono w ten sposób w r. 1928 na terenie Rzeczypospolitej 211.309 osób. Szczepienie ochronne przeciw błonicy stosuje się szeroko we Francji a szczególnie w Ameryce.

Lekarz amerykański Hudson wyraził się, że jeżeli państwowa władza nie przeprowadza jeszcze szczepienia ochronnego przeciwko błonicy, to dowód, że żyje jeszcze w ciemności średniowiecznej.

Określenie to jest wprawdzie przesadne, gdyż należy przedtem społeczeństwo drogą uświadamiania przygotować i przekonać o konieczności szczepienia ochronnego przeciw ostrym chorobom zakaźnym zwłaszcza płonicy i błonicy.

W każdym razie mamy wielką odpowiedzialność wobec młodego pokolenia, które przy dzisiejszym stanie nauki uchronić możemy od choroby i śmierci. Odpowiedzialność ta spoczywa niemniej na Kasach Chorych.

Przeto Kasy Chorych winny stosować szczepienie ochronne przeciwko ostrym chorobom zakaźnym i w tym celu przyjąć następujące zasady:

1) Przed stosowaniem szczepienia należy przeprowadzić badanie na odczyn Dicka.

2) W tym celu do skóry na przedramionach, oczyszczonej po stronie zginaczy spirytusem lub eterem, wstrzykuje się po jednej stronie toksynę płoniczą zjadliwą, po drugiej toksynę ogrzaną (kontrola w ilości 0,1 cm.).

3) Do wstrzykiwań należy stale używać 2 strzykawek Recorda z podziałką na 0,1 cm.

4) O ile jest do dyspozycji tylko jedna strzykawka należy wstrzykiwać wpierw toksynę ogrzaną później przepłukać dokładnie strzykawkę i wstrzyknąć nieogrzaną.

5) Odczyn występuje po 18 — 24 godzinach.

6) Jeżeli jest silne zaczerwienie skóry w formie plamy o 1 i pół cm. średnicy z wyraźnym lub mniej wyraźnym naciekiem, a po stronie kontrolnej niema żadnego zaczerwienienia, mamy wówczas odczyn dodatni: osobnik taki jest wrażliwy na zakażenie się błonicą.

7) Jeżeli skóra w miejscu zastrzyku pozostaje normalną, mamy wówczas odczyn ujemny Dicka, a osobnik taki w regule nie jest wrażliwy na płonicę.

8) Osobniki z odczynem dodatnim należy szczepić trzykrotnie w odstępach 5 dniowych w skórę uda w dawkach po 1 cm. 3 i coraz wyższe dawki.

9) Szczepić należy tylko dzieci zupełnie zdrowe o ciepłocie normalnej — u dzieci wątłych winno być dawkowanie b. ostrożne.

10) W chorobach nerek lub miedniczek nerkowych, należy szczepić wówczas, gdy mocz jest normalny.

11) Przy każdem szczepieniu należy mocz kontrolować a wyższa dawka jest wówczas dozwolona, gdy mocz jest prawidłowy.

12) Przy gruźlicy nieczynnej może szczepienie, jak stosowanie każdego innego białka, wywołać zaognienie procesu chorobowego. Wówczas dalsze szczepienie musi być przerwane.

13) Reakcje takie są tylko po szczepieniach ochronnych a nigdy po stosowaniu Dicka dla celów rozpoznawczych.

14) Dla szczepienia ochronnego najlepiej stosować anatoksynę płoniczą.

15) W każdym przypadku zachorowania na płonicę należy już od pierwszego dnia choroby stosować surowicę przeciwpłoniczną, gdyż wówczas są najlepsze wyniki.

16) Między 4 a 6 tygodniem choroby należy przeprowadzić badania wydzieliny śluzowej jamy ustnej i nosa na obecność streptokkoków hemolitycznych. Jeżeli trzykrotne badania w przerwach conajmniej 48 godzinnych nie wykazały obecności bakterji należy chorego uznać za zdrowego i zupełnie bezpiecznego dla otoczenia bez względu na istniejące jeszcze łuszczenie.

17) Łuszczenie się skóry nie jest dowodem zaraźliwości osobnika.

A. Szczepienie ochronne przeciw błonicy.

1) Przez stosowanie szczepienia ochronnego można uchronić jednostkę od zakażenia się błonicą.

2) Najwrażliwszy wiek na błonicę jest od 1—8 roku życia i dzieci w tym wieku należy przedewszystkiem szczepić.

3) Najlepiej szczepić z początkiem lata, gdyż odporność po szczepieniu wytwarza się dopiero w 6—8 tygodni a czasem dopiero po 6 miesiącach po szczepieniu.

4) Odporność po szczepieniu jest stała.

5) Przed szczepieniem należy zbadać dzieci na odczyn Schicka

6) Dzieci po 6 roku życia można ewentualnie szczepić bez poprzedniej próby na odczyn Dicka.

7) Uodpornić można biernie lub czynnie.

8) Bierne uodpornienie stosujemy, gdy w rodzinie jest przypadek błonicy, a chcemy innych członków uchronić od choroby. Wstrzykujemy wówczas u dzieci 500, a u dorosłych 1000 jednostek surowicy przeciwdyfterycznej.

9) Uodpornienie bierne trwa tylko 3 tygodnie.

10) Po trzech tygodniach można powtórzyć zastrzyk, ale uodpornienie trwa wówczas nieco krócej.

11) W regule stosujemy uodpornienie czynne.

12) Dla stwierdzenia odczynu Schicka wstrzykuje się do skóry po stronie zginacza przedramienia przy zachowaniu najściślejszej aseptyki 0,1 cm. jadu błoniczego, na drugiem przedramieniu dla kontroli ogrzaną toxynę

13) Kontrola reakcji znika po 24 godzinach, a reakcja dyfteryczna (zaczerwienienie i obrzęk) trwa do 8 dni.

14) Używamy strzykawki o 1 cm objętości, igły winny mieć Nr. 20—22, strzykawki i igły muszą być zupełnie suche, by drobna ilość wody nie rozcieńczyła jadu.

15) U osobników z dodatnim odczynem Schicka wstrzykujemy szczepionkę przeciwbłoniczą (anatoksynę) po 1 cm. podskórnie w odstępach tygodniowych.

B. Szczepienie ochronne przeciw odrze.

1) Przez działanie profilaktyczne można przesunąć wybuch odry z wieku dziecięcego do wieku szkolnego.

2) Wszystkie dzieci wyżej lat 4-ch, znajdujące się w otoczeniu chorych na odrę, winny być bezwzględnie chronione przed odrą.

3) Wyżej lat 4-ch należy chronić wszystkie dzieci słabowite, źle odżywione, rachityczne i gruźlicze.

4) Ochronić przed odrą można przez wstrzyknięcie surowicy krwi ozdrowieńców po odrze, lub krwi 20 — 40 cm. osób dorosłych zwłaszcza kobiet, które przebyły odrę. Dzieciom niżej 4 lat w 4 dniu incubacji wstrzykuje się 3 — 5 cm surowicy, wyżej 4 lat podwójną ilość. W 5 i 6 dniu incubacji również podwójną ilość.

5) Po 6 dniu incubacji wstrzykiwanie nie chroni przed wybuchem choroby, ale jej przebieg jest łagodny.

6) Po wstrzyknięciu należy dzieci te pozostawić w otoczeniu chorych na odrę, by nabyły w ten sposób czynnego uodpornienia.

7) Surowicę wytwarza Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie i dostarczać ją może Kasom Chorych.

8) Wskazane jest o ile to możliwe dostarczenie Zakładowi po 50 cm. krwi ozdrowieńców dla umożliwienia wytworzenia większej ilości surowicy przeciwodrowej.

C. Szczepienie ochronne przeciw durowi brzusznemu.

1) Od duru brzusznego można się uchronić przez doustne szczepienie metodą Besredki.

2) Pigułki Besredki składają się z ciał bakterji zabitych i wysuszonych z dodatkiem żółci.

3) Dotychczas wyniki szczepienia doustnego okazały się bardzo korzystne i dają lepsze wyniki od zastrzykiwań podskórnych

4) Dla stosowania tej metody niema żadnego przeciwwskazania.

5) W chorobach serca, nerek, gruźlicy, ciąży i t. d. można bez obawy pogorszenia stanu zdrowia stosować to szczepienie ochronne.

6) Uodpornienie nabyte trwa około jednego roku.

7) Wszelkie stosowanie djety podczas stosowania tego szczepienia jest zbyteczne

8) Dla skuteczności szczepienia ochronnego należy spożyć 4 pigułki Besredki, co 3 — 4 dni po jednej pigułce najlepiej naczczo.

9) Chory powinien zażyć pigułki najlepiej w obecności lekarza lub pielęgniarki.

V. WSPÓŁPRACA KAS CHORYCH I ZWIĄZKÓW Z PUBLICZNĄ I PRYWATNĄ OPIEKĄ ZDROWOTNĄ W AKCJI ZAPOBIEGAWCZEJ.

1) Konferencja Lekarzy stoi na stanowisku, że dla skutecznego prowadzenia akcji zapobiegawczej i zdrowotnej wskazane jest utworzenie wspólnoty pracy, do której wchodzić mają wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych, publiczna i prywatna opieka zdrowotna, a w pierwszym rzędzie samorządy i towarzystwa zajmujące się akcją zdrowotną w kraju (Towarzystwa Przeciwgruźlicze i inne)

2) Wspólnota pracy winna objąć wszystkie działy medycyny zapobiegawczej.

3) Wspólnota pracy ma za zadanie wprowadzenie racjonalizacji w gospodarce zdrowotności, opracowanie planu na dłuższy okres czasu, ocena ważności spraw, w jakiej kolejności czasu mają być w życie wprowadzone, podział przedmiotów na pojedyńcze działy medycyny zapobiegawczej, by skromnemi środkami osiągnąć największe korzyści.

4) Wspólnota pracy winna być: powiatowa, wojewódzka i centralna. Narazie kilka województw łączy się w jedną wspólnotę, według organizacji Okręgowych Związków Kas Chorych.

5) Do zakresu pracy powiatowej wspólnoty należeć będzie:

a) organizacja poradni dla dzieci i matek,

b) organizacja poradni przeciwgruźliczych i t. d., wogóle organizowanie ośrodków zdrowia,

c) szczepienie ochronne przeciw ostrym chorobom zakaźnym,

d) zapobieganie próchnicy zębów u dzieci szkolnych,

e) organizowanie półkolonji letnich, dziennych i nocnych domów wypoczynkowych,

f) sprawa wychowania fizycznego.

6) Do zakresu wojewódzkiej wspólnoty należą:

a) organizacja kolonji letnich,

b) tworzenie domów i zakładów wypoczynkowych dla młodocianych i uzdrowieńców,

c) propaganda higjeny na terenie województwa

7) Do zakresu centralnej wspólnoty:

a) opracowanie programu pracy,

b) tworzenie jednolitych zasad pracy na wszystkich placówkach,

c) kontrola działalności wspólnoty powiatowej i wojewódzkiej,

d) centralne biuro propagandy higjenicznej,

e) statystyka działalności wszystkich wspólnot,

f) szkolenie lekarzy i sił pomocniczych,

g) organizowanie własnych zakładów leczniczo-zapobiegawczych.

8) Najlepszą formą organizacyjną wspólnoty pracy jest forma stowarzyszeniowa.

9) Prawa każdego członka stowarzyszenia są uzależnione od wysokości wnoszonej kwoty. Szczegóły określa statut.

10) Przed uchwaleniem budżetu musi nastąpić zgoda zarządów tych instytucji, które są we wspólnocie pracy reprezentowane

11) Lekarz wspólnoty pracy jest zarazem lekarzem Kasy Chorych, celem możności spełniania formalności ustawowych, związanych z czynnością lekarza kasowego.

12) W organizacjach wspólnoty pracy udziela się zgłaszającym członkom Kasy obok porady także w razie potrzeby pomocy lekarskiej.

VI. WYMOGI KWALIFIKACYJNE DLA LEKARZY KASOWYCH.

1) Przy wyborze kandydatów na stanowiska lekarzy kasowych winny Kasy kierować się wytycznemi, opracowanemi na konferencji w Warszawskim Urzędzie Wojewódzkim przy udziale przedstawicieli Dep. Służby Zdrowia, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego, Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Wydziału Zdrowia Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę, Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie i Okręgowego Urzędu w Warszawie.

2) Wymogi te są sprecyzowane w okólniku Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych z dn. 24.X.1929 r. L. 4412

3) Odnośnie do Naczelnego Lekarza Kasy Chorych winny być wymagania z zakresu administracji kasowej i dłuższej praktyki kasowej uzupełnione wymaganiami z zakresu medycyny społecznej.

4) W razie przyjęcia Naczelnego Lekarza, który nie miał jeszcze sposobności nabycia wiedzy z zakresu medycyny i higjeny społecznej, winna Kasa Chorych wyznaczyć termin, do którego Naczelny Lekarz obowiązany będzie uzupełnić brakujące wiadomości.

5) Bez względu na sposób angażowania lekarzy kasowych, czy to przez Związek zawodowy lekarzy P. P., czy to drogą konkursu, ubiegający się o stanowisko lekarskie w Kasie, winni składać do Zarządu podania ze wszystkiemi dowodami dotychczasowej pracy zawodowej i wymaganej kwalifikacji.

6) Naczelny Lekarz Kasy bada podania i wydaje opinję co do kwalifikacji każdego kandydata.

7) Wszystkie podania wraz z opinją Naczelnego Lekarza Kasy zostają przesłane do przynależnego Okręgowego Związku Kas Chorych.

8) W każdym Okręgowym Związku Kas Chorych tworzy się Komisję Kwalifikacyjną, która orzeka o kwalifikacji kandydatów ubiegających się o stanowisko lekarza kasowego.

9) W posiedzeniu Komisji Kwalifikacyjnej przy Okręgowych Związkach Kas Chorych bierze udział z głosem stanowczym Naczelny Lekarz Kasy, której kandydatury są przedmiotem oceny Komisji Kwalifikacyjnej.

10) Dla dokształcania lekarzy kasowych, Okręgowe Związki Kas Chorych, mające swą siedzibę w miastach Uniwersyteckich, organizować będą pojedyńcze kursy dokształcające już to z medycyny praktycznej, już to społecznej.

E. M.

PROJEKT NOWELI ORDYNACJI UBEZPIECZENIOWEJ RZESZY NIEMIECKIEJ Z 19. VII. 1911 R.

Niezależnie od prac nad zmianą pierwotnego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, mającej zasadniczo zmienić i ujednostajnić zarówno ustrój jak i materjalne przepisy o ubezpieczeniu społecznem, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej opracowuje również projekt ustawy nowelizującej niektóre postanowienia Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dnia 19 lipca 1911 w zakresie ubezpieczenia długoterminowego.

Powodem, który skłonił Ministerstwo do podjęcia prac nad nowelizacją Ordynacji mimo równoległego opracowywania ogólnej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, jest rażąco niski wymiar rent w ubezpieczeniu inwalidowem na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz szereg b. surowych przepisów Ordynacji, powodujących nazbyt łatwą możność utraty przez ubezpieczonego na podstawie poprzednio opłaconych składek, nabytych ekspektatyw t. zn. uprawnień na ewentualną przyszłą rentę dla siebie lub rodziny, z ubezpieczenia inwalidzkiego. Stan sprawy w tym zakresie mimo wspólnej w zasadzie podstawy prawnej (Ordynacja Ubezpieczeniowa

z 1911 r.) nie pokrywa się ze stanem obowiązującym na Górnym Śląsku, gdyż ustawodawstwo ubezpieczeniowe zagwarantowane na Śląsku miejscowym władzom autonomicznym przez Statut Organiczny z 1920 roku jest tam bardziej elastyczne, niż w innych połaciach kraju i łatwiej mogło być dostosowane do powojennych warunków politycznych i gospodarczych; z drugiej zaś strony na Śląsku z racji późniejszego przyłączenia do Polski obowiązują niektóre przepisy niemieckie, nieobowiązujące w poznańskiem i pomorskiem.

Z tych przyczyn między Górnym Śląskiem a pozostałemi województwami z pod byłego zaboru pruskiego wytworzyły się w zakresie ubezpieczenia społecznego dosyć znaczne różnice nie mające słusznego uzasadnienia ze względów zarówno politycznych jak i gospodarczych. Stan sprawy utrudnia przytem fluktuację obywateli między Śląskiem a poznańskiem i pomorskiem, a z punktu widzenia ubezpieczeniowego stwarza trudności przy normowaniu spraw rentowych w wypadkach przenoszenia się robotników z jednej do drugiej dzielnicy.

Typowym przykładem nienormalnego stanu rzeczy służyć może Kasa Emerytalna dla robotników kolei państwowych w byłym zaborze pruskim, obejmująca swem działaniem Śląsk (wydział obwodowy III) województwa poznańskie i pomorskie oraz robotników P. K. P. w Gdańsku (wydziały obwodowe I i II). Poza Ordynacją Ubezpieczeniową podstawą działania Kasy jest statut, wspólny dla wszystkich obwodów. Otóż różnice w ustawodawstwie ubezpieczeniowem na Śląsku i pozostałych dzielnicach poniemieckich wytworzyły sytuację, że członkowie jednej i tej samej instytucji podzieleni zostali na dwie kategorje, wbrew postanowieniom statutu kasy. Wydział bowiem Obwodowy Śląski ze zrozumiałych względów stosuje normy ustawodawstwa śląskiego, korzystniejsze dla ubezpieczonych, podczas gdy pozostali członkowie kasy (woj. poznańskie i pomorskie oraz Gdańsk) korzystają ze znacznie mniejszych uprawnień zgodnie z obowiązującemi na tym terenie normami.

Że zaś wspomniane różnice są bardzo znaczne i, objektywnie sądząc, Ordynacja Ubezpieczeniowa w swem brzmieniu pierwotnem posiada szereg zbyt surowych dla ubezpieczonych przepisów — przeto nowelizacja Ordynacji jest sprawą pilną i ze względów ogólno - państwowych politycznie pożądaną.

W myśl czwartej księgi Ordynacji podstawą do uzyskania uprawnień rentowych są dla ubezpieczonego opłacone składki tygodniowe, przyczem wymagana jest pewna ciągłość ubezpieczenia. Wymóg ciągłości ujęty w § 1280, polega na tem, że dla otrzymania uprawnień ubezpieczony musi opłacić conajmniej 20 składek tygodniowych w obowiązującej wysokości w ciągu dwóch lat od daty wydania książeczki wkładkowej; sprowadza się zatem ten przepis do tego, że, jeśli ubezpieczony nie wlepi w którymkolwiek dwuletnim okresie conajmniej 20 składek tygodniowych, traci on wszelkie uprawnienia, nabyte na podstawie opłaconych przed danym okresem składek. W § 1281 narówni ze wspomnianemi w § 1280 tygodniami składkowemi potraktowane są jedynie czas służby wojskowej i choroby oraz czas pobierania rent inwalidzkich w instytucjach zastępczych lub pobierania renty wypadkowej conajmniej dwudziestoprocentowej, jeżeli w tym czasie ubezpieczony pozostawał bez pracy, uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia. Zachodzi tu zatem niesłychanie łatwa możliwość przekreślenia wszelkich nadziei robotnika na zaopatrzenie na starość lub w razie zajścia innego wypadku losowego, objętego przepisami o ubezpieczeniu inwalidowem, zwłaszcza w okresie silnego przesilenia gospodarczego lub katastrofy walutowej.

Ordynacja Niemiecka pochodzi z lat przedwojennych, a nie z czasów możliwie normalnej ciągłości pracy i normalnych stosunków walutowych, nie przewidziała klęski gospodarczej, jaka nastąpiła w wyniku wojny światowej i stąd przepisy wspomniane naraziły tysiące ubezpieczonych na utratę praw do świadczeń. Wprawdzie bezrobotny winien dla utrzymania uprawnień w ciągu dwóch lat opłacić stosunkowo niewielką kwotę (20 znaczków w najniższej klasie), ale bezrobotnemu w czasie dłuższego pozostawania bez pracy trudno niewątpliwie zdobyć się na ten nawet wysiłek. Dlatego też Niemcy złagodziły po wojnie te postanowienia, wprowadzając szereg przepisów ulgowych. Również i Górny Śląsk, świadomy krzywdy, jaką wyrządziły omawiane przepisy masom ubezpieczonych, uzupełnił postanowienie § 1281 uznaniem okresu przesilenia gospodarczego za okresy zastępcze (ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. dz. u. śląskich Nr. 26, poz. 49); zmiana ta łącznie z obowiązującym również na Śląsku przepisem niemieckiej jeszcze ustawy z dnia 23 lipca 1921 r., że ekspektatywy nie mogą wygasnąć, jeżeli między pierwszem wstąpieniem do ubezpieczenia a zajściem wypadku ubezpieczeniowego opłacono conajmniej trzy czwarte prawidłowo opłaconych składek, — stawia robotników śląskich w znacznie lepszem położeniu od tego, w jakiem się znajdują robotnicy pozostałych obszarów poniemieckich.

Zamierzona obecnie nowela Ordynacji Ubezpieczeniowej idzie właśnie w tym samym kierunku i w pierwszym rzędzie wprowadza do § 1280 nowy ustęp stanowiący, że uprawnienia rentowe nie gasną, jeżeli w okresie pomiędzy wstąpieniem po raz pierwszy do ubezpieczenia a nastąpieniem wypadku ubezpieczeniowego, uiszczono conajmniej trzy czwarte ważnych składek tygodniowych lub opłacono ogółem tysiąc ważnych składek. Gdyby zatem w tym dosyć znacznym okresie znalazła się luka w postaci dwuletniego okresu, w którym nie wlepiono 20 składek dla podtrzymania uprawnień (dotychczasowy wymóg § 1280) to w razie powstania tych warunków (trzy czwarte opłaconych tygodni składkowych lub tysiąc składek), luka ta nie będzie miała skutków ujemnych.

Ponadto wprowadza nowela również uzupełnienie do § 1281, uznając za okresy zastępcze czas pozostawania bez pracy z powodu niemożności jej uzyskania, co winien stwierdzić Państwowy Urząd Pośrednictwa Pracy. Chodzi tu o okresy przesilenia gospodarczego, a jako początek uznano datę 1 stycznia 1924 r. Również celem uniknięcia utraty uprawnień z powodu wlepienia w czasie dewaluacji naszego pieniądza obiegowego (lata 1920 — 1924) mareczek składkowych o niższej od obowiązującej wartości, co

było następstwem konieczności częstej zmiany wartości marek dla dostosowania do zmiennej wartości środków obiegowych. nowela stanowi, że tygodnie składkowe w czasie dewaluacyjnym od 30. VIII 1920 roku do 31. VII 1924 roku będą traktowane na równi ze składkami tygodniowemi w rozumieniu § 1280 t. j. będą uznane jako tygodnie ulgowe dla utrzymania uprawnień.

Ograniczanie się tylko do zmiany tekstu §§ 1280 i 1281 nie rozwiązałoby jednak całokształtu omawianej kwestji, gdyż dotyczyłoby tylko tych ubezpieczonych, którzy jeszcze nie mają warunków do uzyskania świadczeń z racji nieosiągnięcia dotychczas przepisanego wieku lub nieistniejącej jeszcze niezdolności do zarobkowania. Pozostaje natomiast na uboczu duża ilość wypadków, gdy instytucje ubezpieczeniowe wzgl. organa orzecznicze odmówiły ubezpieczonemu prawa do świadczeń z powodu utraty uprawnień w myśl § 1280 i 1281 w brzmieniu dotychczasowem. Tym osobom nowela przywróci prawa do świadczeń, jeśli w myśl nowego brzmienia tych paragrafów uprawnienia ich byłyby utrzymane, rewizja jednak wydanych już w tej mierze orzeczeń zależeć będzie od wystąpienia przez zainteresowanego z odpowiednim wnioskiem, przyczem termin zgłoszenia wniosku dla tych wypadków zakreśla się na lat 2 od dnia wejścia w życie noweli.

Drugim decydującym momentem do zajęcia się ubezpieczeniem inwalidzkim na b. obszarze pruskim jak gdyby w przeddzień uchwalenia ogólnej ustawy o ubezpieczeniu społecznem — to bardzo niski wymiar rent. Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu z lutego 1928 r. wykazują, że przeciętna wysokość renty inwalidzkiej wynosi 15,44 zł. miesięcznie, renty starczej — 13,25 zł., renty wdowiej 6,77 zł., oraz renty sierocej 3,22 zł. na miesiąc. Cyfry te dobitnie świadczą, w jakim rozmiarze renty w dzisiejszej wysokości mogą być podstawą bytu rencistów, i wskazują zarazem na konieczność niezwłocznej potrzeby przyjścia z pomocą tej rzeszy nędzarzy. Badzo niski poziom rent ubezpieczenia inwalidzkiego znany był wprawdzie oddawna, do zaradzenia jednak temu dotąd nie doszło, gdyż zawsze liczono się z możliwością szybkiego zrealizowania ustawy o ubezpieczeniu społecznem, która miała ten stan naprawić. Kwestja ta jednak tak dalece już nabrzmiała, że zdecydowano podjąć w tej mierze decydujące kroki niezależnie od losów ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Terminu bowiem wejścia w życie tej ostatniej ustawy przy najlepszej nawet konjunkturze nie należy się spodziewać szybciej niż około jednego roku od chwili wniesienia jej do Sejmu; na termin wpłynie tu zarówno bieg prac w parlamencie jak i vacatis legis, przewidziana w projekcie ustawy na siedem miesięcy. W tym stanie doraźne podwyższenie rent inwalidzkich nie traci nic na aktualności. Projektowana przez nowelę podwyżka rent nie będzie wprawdzie duża, w porównaniu jednak do dzisiejszego wymiaru będzie miała duże znaczenie dla osób zainteresowanych.

Przy zwiększaniu wymiaru rent wysuwa się przedewszystkiem sposób zrealizowania podwyżki. Jak wiadomo renta inwalidzka wzgl. renta na korzyść pozostałej rodziny składa się z dodatku Skarbu Państwa i z udziału zakładu ubezpieczeniowego. Dodatek państwowy wynosi pewną zgóry ustaloną kwotę (§ 1285), a na udział zakładu składa się t. zw. kwota podstawowa i kwota wzrostu (przy rentach dla rodziny po ubezpieczonym — odpowiada część kwoty podstawowej i kwoty wzrostu). Kwotę podstawową oblicza się na podstawie 500 tygodni składkowych, przyczem na każdy tydzień składkowy przypada pewna ilość groszy zależnie od klasy zarobkowej (§ 1288). Również i kwotę wzrostu oblicza się według ilości tygodni składkowych za cały czas ubezpieczenia minus 500 tygodni wziętych w rachubę przy ustalaniu kwoty podstawowej, ale ilość groszy, przypadających na każdy tydzień, jest tutaj inna (mniejsza). Obowiązujące obecnie normy, wprowadzone rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 czerwca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 55, poz. 549) wynoszą dla kwoty zasadniczej w klasach I — V od 15 do 24 groszy, a dla kwoty zmiennej od 4 do 14 groszy; w myśl tegoż rozporządzenia Państwo dopłaca do rent inwalidzkich, starczych i wdowich po 50 zł. i do rent sierocych po 25 zł. rocznie.

Nasuwa się tu zatem pięć możliwości rozwiązania zagadnienia podwyżki rent, a mianowicie: 1) podwyższenie samych tylko dopłat Skarbu Państwa, 2) podwyższenie dopłat państwowych i jednoczesne podwyższenie tygodniowych stawek kwoty stałej i kwoty wzrostu, 3) podwyższenie wyłącznie stawek tygodniowych kwoty podstawowej i kwoty zmiennej, 4) ustalenie z funduszów zakładu odpowiednio wysokich ryczałtowych dodatków do rent wreszcie 5) podwyższenie dopłat Państwa, połączone ze stałemi dodatkami ze strony zakładu. Koncepcja pierwsza jest w warunkach obecnych niemożliwa, gdyż dla osiągnięcia zamierzonego celu wymagałaby kilkakrotnego podwyższenia dzisiejszych obciążeń Skarbu z tego tytułu, możliwości zaś trzecia i czwarta również odpadają, gdyż wydatki zakładu łączą się z ich pokryciem, a zatem wydatniejsze powiększenie rent z tych wyłącznie źródeł spadłoby oczywiście zbyt wielkim ciężarem na opłacających składki pracowników i robotników.

Realnie więc mogą być rozważone tylko możliwości druga i piąta, jako dwa wyjścia kumulujące dla osiągnięcia zamierzeń równocześnie wysiłek Skarbu Państwa i zainteresowanych sfer społeczeństwa. Pierwsze z dwóch ostatnich rozwiązań (dopłaty państwa i podwyższenie stawek tygodniowych kwoty stałej i zmiennej) posiada ten minus, że wymagałoby gromnego wysiłku administracyjnego przy żmudnem przerachowaniu według nowych stawek wszystkich rent, co zwłaszcza wobec spodziewanego w stosunkowo krótkim czasie wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem, byłoby niepożądanem, gdyż renty będą musiały być wtedy przerachowane. Daleko wygodniejszem jest wyjście, by zamiast zwiększać stawki tygodniowe do obliczania kwoty podstawowej i kwoty wzrostu, wprowadzić ryczałtowe dodatki do rent, wymagające jedynie zsumowania dzisiejszej renty z kwotą dodatku; administracyjnie osiągnie się wtedy kolosalną oszczędność pracy. Z tych też względów nowela przyjmuje ostatni system, wprowadzając ryczałtowe dodatki do rent, które wynosić mają dla rent inwalidowych i starczych 120 zł. rocznie (10 miesięcznie), dla rent wdowich — 84 zł. (7 zł.

na miesiąc) oraz dla rent sierocych 48 zł. na rok (4 zł. miesięcznie). Jeżeli chodzi o rozdział ciężarów z tego tytułu płynących na Państwo i na zakłady, to zakład ponosić będzie dodatki w wysokości 70 zł. rocznie do renty inwalidowej i starczej, 34 zł. do renty wdowiej i 23 zł. do renty sierocej; dotychczasowe dopłaty zaś Skarbu Państwa mają być podwyższone w sumie o 100% w stosunku do stanu dzisiejszego i wynosić będą dla renty inwalidowej, starczej i wdowiej po 100 zł. i dla renty sierocej 50 zł. na rok.

Taka właśnie, a nie inna, wysokość podwyżki ustalona została przez zestawienie dwóch czynników: z jednej strony podwyżka winna osiągnąć możliwie duży efekt w stosunku do dzisiejszej wysokości rent, a z drugiej zaś strony wysokość podwyżki uwarunkowana jest możliwościami dodatkowego obciążenia Skarbu oraz pracodawców i robotników, obowiązanych do płacenia po połowie należnej za pracownika składki. W tych warunkach dodatek obecny jest tem maksimum, do którego w obecnej sytuacji gospodarczej można się jeszcze posunąć, stanowiąc zarazem dla ubezpieczonych wzgl. ich rodzin znaczny plus.

Podwyższenie wydatków zakładu na renty musi oczywiście znaleźć swoje odbicie na źródłach pokrycia wydatków t. zn. na wysokość składek. Nowela osiąga to przez zmianę klas zarobkowych (§ 1245) oraz przez podwyższenie składek w poszczególnych klasach zarobkowych (§ 1392). Pregrupowanie klas zarobkowych dyktowane jest tutaj w pierwszym rzędzie znaczną zmianą stosunków zarobkowych, jaka daje się zauważyć od roku 1924 wzgl. 1925, t.j. od czasu ich ustalenia po raz ostatni przez wspomniane wyżej rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 cerwca 1924 r. wzgl. ustawę z 13. V. 1925. (Dz. U. Ur. 65). Dzisiejszy przytem podział na grupy zarobkowe na obszarze poznańskiego i pomorskiego znacznie odbiega od podziału na Górnym Śląsku, gdy bowiem skala zarobków rozpoczyna się od grupy, obejmującej zarobek roczny do sumy 500 zł., a kończy grupą obejmującą zarobek roczny 1200 zł. i wyżej, to na Śląsku klasa I obejmuje zarobki do 660 złotych, a klasa V (ostatnia) zarobki od 1620 zł. rocznie wzwyż.

Nowela podwyższa stawki dzisiejszego podziału na grupy zarobkowe ale, licząc się z odmiennym charakterem poznańskiego, wprowadza klasy nieco niższe od śląskich. Nowela projektuje mianowicie następujący podział: klasa I obejmuje zarobki do 600 zł. rocznie, klasa II — zarobki ponad 600 aż do 900 zł., klasa III — od 900 do 1200, klasa IV — od 1200 do 1500 i wreszcie klasa V — zarobek ponad 1500 zł.

Ogólna suma wydatków na podwyższenie rent w granicach projektowanych, biorąc pod uwagę liczbę rent, wypłacanych przez Ubezpieczalnię Krajową w Poznaniu w dniu 31. XII. 1928 r. wzrośnie o mniejwięcej siedem i pół miljona złotych na rok. Jak już zaznaczono, część tej sumy pokryć ma Skarb Państwa, pozostała zaś kwota będzie zebrana przez podniesienie składki. Składki, wynoszące dzisiaj kwoty od 30 groszy w pierwszej klasie do 90 gr. w klasie piątej, będą podwyższone jak nast.: w klasie zarobkowej I składka tygodniowa wyniesie 0.35 zł., w klasie II — 0,65 zł., w III kl. 0,95 gr., w IV — 1.25 zł., w klasie V — 1,55 zł. Składka ta jest niższa od składki górnośląskiej, gdzie wynosi ona od 0,40 do 2.10 zł. za tydzień, jednak osiągnięcie tego poziomu dla poznańskiego i pomorskiego byłoby zbyt uciążliwe, gdyż i tak są te dzielnice w daleko większym stopniu obciążone świadczeniami socjalnemi, niż obszary Małopolski i b. Kongresówki. Należy przytem nadmienić, że nowe składki znacznie sprawiedliwiej są rozłożone na poszczególne klasy zarobkowe, niż to było dotychczas, obciążając w większym stopniu większe zarobki; gdy bowiem obowiązujące dzisiaj składki w skali od 0,30 do 0,90 zł. wynoszą procentowo dla klas od I do III — 3.75 średniego zarobku, w klasie IV — 3,75, a w klasie V — 3.33% tegoż zarobku, obniżając procentowy wymiar składki w miarę większych zarobków, to zaprojektowane obecnie składki od 0,35 do 1,55 wzrastają mniejwięcej progresywnie i wynoszą w klasie I — 3,9, w klasie II — 4,3%, w III — 4.5%, w IV — 4.6%, oraz w klasie V — 4.7% średniego zarobku w danej grupie zarobkowej.

W ubezpieczeniu inwalidowem (IV księga Ordynacji) wprowadza nowela jeszcze jedną ważną zmianę. Przyznaje mianowicie wdowom rentę z chwilą ukończenia przez nią 60-go roku życia, niezależnie od jej ewentualnej zdolności do zarobkowania. W myśl § 1258 Ordynacji przysługiwało wdowom dotychczas prawo do renty tylko wtedy, gdy stały się inwalidami, t. j. wtedy, gdy wdowa nie jest w stanie zarobić własną pracą 1/3 części tego, co w danej miejscowości zarabia zdrowa fizycznie i umysłowo kobieta o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu. Podobne uzupełnienie do § 1258 wprowadzone już było na Górnym Śląsku mocą ustawy z dnia 7 grudnia 1927 r., a jest etapem przejściowym do analogicznych przepisów projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, gdzie rentę po ubezpieczonym na wypadek inwalidztwa przyznaje się wdowie bez względu na ewentualną niezdolność do zarobkowania z chwilą ukończenia 50 lat.

Zmianie uledz mają również §§ 1313 i 615. Obydwa (jeden w ubezpieczeniu iwalidzkiem, drugi w ubezpieczeniu wypadkowem) regulują kwestję uprawnień obywateli do świadczeń ze strony krajowych zakładów ubezpieczeniowych oraz obywateli własnych w razie ich wyjazdu poza granice Państwa. W myśl nowych poprawek renta nie będzie uprawnionemu wstrzymana, jeśli o swym wyjeździe poza granice zawiadomi właściwy zakład ubezpieczeniowy w ciągu 6 miesięcy od chwili opuszczenia granic Państwa, w przeciwnym razie uprawniony traci prawo do renty (die Rente ruht) na ten okres, dopóki o wyjeździe nie zawiadomi zakładu, o ile oczywiście nie stanęły temu na przeszkodzie jakieś okoliczności zewnętrzne, od uprawnionego niezależne. Przepis ten ma istotne znaczenie dla naszej emigracji, zwłaszcza w ubezpieczeniu wypadkowem, gdyż na mocy dotychczasowego brzmienia § 615 obowiązują niemieckie przepisy wykonawcze z 2. XI. 1912, ograniczające okres zgłaszania wyjazdu do 3 miesięcy i wprowadzające szereg praktycznie utrudniających sprawę wymagań; ten okres trzymiesięczny jest stanowczo za krótki w stosunku do naszej emigracji, gdyż wyszukanie pracy, zorjentowanie się w nowych warunkach i t. p.

okoliczności wielekroć razy uniemożliwiają emigrantom dotrzymanie terminu, powodując utratę przez rencistę słusznie należnej mu także za ten czas renty.

Inne zmiany do §§ 615 i 1313 względnie do dalszych paragrafów traktujących o tej samej sprawie dostosowują tekst Ordynacji do zaciągniętych przez Polskę zobowiązań międzynarodowych względnie do wydanych ustaw o traktowaniu obywateli obcych w zakresie ubezpieczeń społecznych (konwencja z dnia 13. I. 1928 r. o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki Dz. U. Nr. 63, poz. 576 oraz ustawa z dnia 6 lipca 1923 r. Dz. U. R. P. Nr. 75, poz. 587).

Poza zmianami w ubezpieczeniu inwalidowem nowela Ordynacji przewiduje również pewne zmiany w księdze trzeciej obejmującej ubezpieczenia od wypadków. Ważniejsze zmiany dotyczą zakresu osób obowiązkowo ubezpieczonych, zakresu wypadków podlegających odszkodowaniu oraz wymiaru rent.

W chwili obecnej jedynie Ordynacja Ubezpieczeniowa w brzmieniu, obowiązującem na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego, utrzymywała zasadę, że odszkodowaniu podlegają jedynie wypadki, które zdarzają się na terenie przedsiębiorstwa w związku z ruchem tego zakładu. Zarówno austrjacka ustawa z 28. XII. 1887 o ubezpieczeniu robotników od wypadków, obowiązująca obecnie na obszarach Małopolski i b Kongresówki, jak i ostatnia Ordynacja Ubezpieczeniowa w brzmieniu, obowiązującem na G. Śląsku (Ustawa śląska z 1. X. 1928 Dz. U. Śl. Nr. 24, poz. 44) rozszerzyły zakres wypadków, podlegających odszkodowaniu, na wypadki, jakie zdarzyć się mogą w drodze do pracy i z pracy. Jeśli zważyć, że droga do pracy i z pracy stoją w nierozerwalnym związku z samem jej wykonaniem, to dojdziemy do wniosku, że zmiana odnośnego przepisu Ordynacji jest bardzo słuszna, gdyż ubezpieczenie od wypadków logicznie pomyślane winno obejmować wszystkie wypadki, jakie mogą się zdarzyć w związku z wykonywaniem pracy. Nowela zatem zgodnie z duchem nowoczesnego ustawodawstwa ubezpieczeniowego zniesie powstały na tem polu anachronizm, czyniąc zadość poczuciu słuszności i wyrównywując krzywdy, jakie dzisiejsza norma może wyrządzić poszkodowanym. Tutaj wysunęłaby się kwestja, czy przy rozszerzaniu rozmiaru odszkodowania na wypadki w drodze do pracy i z pracy, nie przyjąć ograniczeń w formie zastrzeżenia, że wypadki takie podlegają odszkodowaniu o tyle tylko, o ile droga do pracy nie uległa przerwie dla załatwienia spraw osobistych, z pracą nie mających nic wspólnego. Zastrzeżenie jednak takie, użyte zresztą w ustawie z 28. XII. 1887 r., wydaje się niepożądane w samym tekście ustawy, gdyż w praktyce prowadzić może do zbyt rygorystycznej interpretacji danego przepisu, co zresztą dało się zaobserwować na obszarze działania wspomnianej ustawy. Rozstrzygnięcie w konkretnym wypadku, czy droga do pracy lub z pracy doznała przerwy, pozostawić należy raczej orzecznictwu ubezpieczeniowych organów sądowych, które łatwiej i słuszniej mogą rozstrzygnąć, czy i o ile w danej sprawie można przyjąć przerwę w drodze, względnie z pracy w rozumieniu ustawy. Chodzi tu o nierozstrzyganie sumarycznie przez ustawę, czy, powiedzmy, wstąpienie pracownika do sklepu w drodze do warsztatu pracy po kupno pożywienia, stanowić ma przerwę, powodującą utratę prawa do odszkodowania w razie ewentualnego zdarzenia się w tym czasie wypadku.

Wielce niesprawiedliwe są dotychczasowe przepisy Ordynacji, regulujące wymiar rent wypadkowych. § 563 w odniesieniu do robotników przemysłowych oraz analogiczne paragrafy w odniesieniu do ubezpieczenia w rolnictwie oraz ubezpieczenia marynarzy stanowiły, że za podstawę do wymiaru renty przyjmuje się w pełni zarobek roczny tylko do wysokości 1800 zł. rocznie, pozostałą zaś kwotę zarobku ponad tę sumę bierze się w rachubę tylko w 1/3 części. W wypadku zatem, gdy np. zarobek roczny pracownika wynosił 2.700 zł. rocznie, to podstawą do wymierzenia mu renty nie była pełna suma zarobku, lecz tylko (1800 + 900/3) 2100 zł. Pracownik zatem im posiadał większy zarobek, tem renta jego w stosunku do zarobku była mniejsza. Ograniczenie to jest obce ustawodawstwu austrjackiemu i robotnik nasz zatrudniony na obszarze b. zaboru austrjackiego lub rosyjskiego pobiera w razie wypadku rentę, obliczoną od swego pełnego zarobku rocznego. Na Górnym Śląsku system Ordynacji do niedawna jeszcze istniał, granica ta była jednak wyższa dzięki miejscowemu ustawodawstwu; ostatnio zaś system ten został zniesiony mocą wspomnianej już ustawy z dn. 1. X. 1928 r., a wprowadzono pełną policzalność zarobku do wymiaru rent z tem, że bierze się w rachubę zarobek tylko do wysokości 8.400 zł. Nowela idzie tutaj śladem Śląska, wprowadzając pełną policzalność zarobku i stanowiąc zarazem granicę policzalności na 8.400 zł. zarobku rocznego. Omawiany system trójkowy stosowany był również przy ustalaniu opłat za ubezpieczenie wypadkowe; znosząc odnośne przepisy, dotyczące wymiaru rent, nowela dostosowuje również nowe postanowienia do ustalania wymiaru opłat ubezpieczeniowych.

Zakres osób, podlegających w myśl Ordynacji Ubezpieczeniowej obowiązkowemu ubezpieczeniu od wypadków w znacznym stopniu nie pokrywa się z zakresem osób, objętych austrjacką ustawą z 1887 r. Między innemi Ordynacja dla pewnej kategorji pracowników (np. urzędnicy w przemyśle i rolnictwie) stawia, jako warunek obowiązku ubezpieczenia, nieprzekroczenie pewnej granicy zarobkowej, dozwalając zarazem rozszerzenie ubezpieczenia na pracowników o wyższem wynagrodzeniu jedynie w drodze zmiany statutu instytucji ubezpieczeniowej. Kwota ta w pierwotnem brzmieniu ustawy wynosiła 5.000 mk., a na terenie Polski została po raz ostatni ustalona na 5.000 zł. rozporządzeniami z dnia 30. VI. 1924 r. i z dnia 22. IX. 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 590 oraz Nr. 84, poz. 810). Omawiane przepisy wyrządziły duże krzywdy specjalnie w okresie dewaluacyjnym, gdy zmiana granicy zarobkowej nie mogła nadążyć za tempem stosunków zarobkowych. Kwoty podobnej, jako górnej granicy zarobkowej, warunkującej obowiązek ubezpieczenia wypadkowego, ustawodawstwo z obszaru b. zaboru rosyjskiego i austrjackiego nie zna, a ostatnio i Śląsk zniósł ją mocą ustawy z 1. X. 1928 r. o wprowadzeniu zmian w ubezpieczeniu wypadkowem. Projekt noweli znosi niesłusznie ograniczenie zakresu osób, podlegających

ubezpieczeniu od wypadków (w § 544, 923 i in.), zdążając tem samem do ujednostajnienia w tym zakresie ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Na specjalne omówienie zasługują przepisy finansowe Ordynacji dla ubezpieczenia inwalidzkiego, a to zarówno ze względu na zasadnicze znaczenie, jakie mają w całkowitej budowie tego ubezpieczenia, jak i ze względu na stan prawny, jaki się wytworzył na polskim obszarze działania Ordynacji.

Ciężary wynikłe z przepisów Ordynacji Ubezpieczeniowej z 1911 r. winny w myśl Ordynacji znaleść pokrycie przez gromadzenie funduszów na podstawie systemu kapitałowego pokrycia uprawnień już nabytych, oraz świadczeń przyszłych (ekspektatyw). System ten daje pełne gwarancje pewności zobowiązań, a składka w związku z tem ustalona wystarczała w pełni na pokrycie świadczeń przyszłych. Do tego systemu Niemcy jednak nie odrazu przyszli, a wprowadzając go, mieli już pewne doświadczenia na podstawie poprzednio wprowadzonych ustaw z 13. VII. 1899 r. (Invalidenversicherungsgesetz), względnie jeszcze wcześniejszej z 22. VI. 1889 r. Pierwsza ustawa niemiecka z 1889 r. wymagała dla ubezpieczenia iwalidzkiego i starczego gromadzenia funduszów jedynie na kapitałowe pokrycie rent płatnych (Kapitaldeckungsverfahren); gdy jednak przy opracowaniu późniejszej ustawy z 1899 r. okazało się, że składki poprzednio ustalone wystarczą nietylko na pokrycie kapitałowej wartości rent już wypłaconych, lecz i na pokrycie ekspektatyw wszystkich ubezpieczonych, kalkulację finansową ubezpieczenia oparto na szerszej podstawie t. zw. Anwartschaftsdeckungsverfahren. Ten też system przejęła od ustawy z 1899 r. Ordynacja Ubezpieczeniowa z roku 1911 dla ubezpieczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania, starości i śmierci ubezpieczonych oraz na korzyść pozostałych po nich rodzin. Badania techniczno-asekuracyjne niemieckiego Urzędu Rachunkowego (Rechnungstelle beim Reichsversicherungsamt) wykazywały całkowitą pewność zobowiązań rentowych, a równowagę systemu podważyła, a następnie zniszczyła dopiero będąca wynikiem wojny dewaluacja pieniądza. Olbrzymie kapitały instytucyj ubezpieczeniowych stopniały, a napływające składki ubezpieczeniowe stały się omal bezwartościowe i nie mogły wypełnić luk spowodowanych dewaluacją. Nowa sytuacja zmusiła Niemcy do rewizji podstaw ubezpieczenia tem więcej, że sprawę komplikował bardzo znaczny wzrost uprawnionych do rent. Odbudowanie systemu kapitałowego pokrycia rent płynnych i zobowiązań przyszłych było niemożliwem bez kolosalnego podwyższenia składek, a zatem z konieczności należało przejść do systemu, któryby pozwolił bez zbytniego obciążenia życia gospodarczego pokrywać spodziewane zobowiązania jednoroczne, ustalone na podstawie praktyki i obserwacji, oraz na przypuszczalnym ukształtowaniu się ruchu przyrostu i ubytku ludności w pewnym okresie czasu. Doraźnie zatem uzyskano ten plus, że dochody instytucji ubezpieczeniowych muszą pokrywać jedynie roczne zobowiązania oraz dostarczać pewnej zresztą niewielkiej rezerwy; składki zatem przy tym systemie nie potrzebują być zbyt wysokie. Natomiast pierwotny system niemiecki (Kapitaldeckungsverfahren) wymagałoby gromadzenia w każdym okresie tylu rezerw, by pokryły wartości kapitałowe wszystkich ustalonych w tymże okresie świadczeń, a system Ordynacji Ubezpieczeniowej z roku 1911 zwiększa te rezerwy jeszcze o pełne pokrycie świadczeń, z których ubezpieczeni korzystać będą w przyszłości. Nie ulega zatem wątpliwości, że najpewniejsze i najtrwalsze podstawy daje ubezpieczeniu inwalidzkiemu ten ostatni system, a najmniej gwarancji stałości daje roczne pokrycie zobowiązań związane zawsze z niepewnością w okresie przesileń gospodarczych oraz obciążające w dużym stopniu przyszłość.

Podobne koleje przechodziła kalkulacja finansowa ubezpieczeń w/g Ordynacji i na terenie Polski, gdzie siłą faktów wytworzył się w tym zakresie stan ex lex. Formalnie bowiem obowiązują u nas przepisy Ordynacji w brzmieniu jeszcze przedwojennem, a zatem instytucje ubezpieczeniowe winny być obecnie w posiadaniu dużych zasobów majątkowych, mających zabezpieczać zobowiązania ubezpieczalni z tytułu rent płynnych i przyszłych. Faktycznie jednak stan jest wręcz przeciwny, gdyż warunki w jakich Polska przejęła ubezpieczenia, a następnie dewaluacja, przekreśliły całkowicie majątek zakładów, wytwarzając sytuację niedającą się ująć w ramy przepisanych Ordynacją norm. Siłą faktów Zakłady zmuszone są pokrywać swoje zobowiązania z bieżących wpływów, a składka nieskalkulowana nietylko na odbudowę zrujnowanych rezerw, ale nawet na kapitałowe pokrycie narastających zobowiązań, zaledwie pozwala na zebranie niewielkich rezerw.

Z systemu ogólnego pokrycia zobowiązań rentowych instytucyj ubezpieczeniowych związany jest w/g Ordynacji sposób administrowania majątkiem i pokrywania świadczeń płynnych. Majątek zakładów dzieli się na majątek wspólny (Gemeinvermögen) i majątek odrębny (Sondervermögen). Do majątku wspólnego zakłady obowiązane były odprowadzać część dochodów ze składek (60%) oraz odsetki od stanu swego majątku, a z majątku wspólnego pokrywano ściśle rozgraniczone świadczenia względnie ich części. Wspólnemu pokryciu podlegały przedewszystkiem kwoty podstawowe rent inwalidzkich, udział zakładów w rentach starczych, wdowich i sierocych i dodatki na dzieci do rent inwalidzkich. Pozostałe obciążenia świadczeniowe, a więc w pierwszym rzędzie kwoty wzrostu rent inwalidzkich, obciążały majątek odrębny danego zakładu. Rozrachunki między zakładami z tytułu poniesionych wydatków z majątku odrębnego przez obliczenie kapitałowych wartości części obciążających poszczególne zakłady, jak również rozkład ciężarów na Skarb Państwa i wspólny majątek zakładu przeprowadzał Urząd Rachunkowy (Rechnungsstelle). Z chwilą gwałtownej dewaluacji pieniądza, system powyższy jak i system ogólnego pokrycia zobowiązań przestał odpowiadać swemu celowi, to też i w zakresie rozdziału ciężarów ubezpieczeniowych wprowadziły Niemcy nowe przepisy (ustawa z dnia 23. VII. 1921), na mocy których każdy zakład ponosi 1/10 część ogólnej sumy ustalonych przez siebie rent, a pozostała część poza udziałem Skarbu Państwa podlega rozdziałowi na wszystkie zakłady proporcjonalnie do ich dochodów z ostatnich trzech lat rachunkowych. Ten system obowią-

zuje na Górnym Śląsku, podczas gdy na terenie poznańskim również teoretycznie obowiązuje system uprzednio wspomniany, polegający na rozgraniczeniu obowiązku ponoszenia ciężarów na majątek wspólny i odrębny. Podkreślono tu, że odnośne przepisy obowiązują teoretycznie, gdyż w praktyce rozrachunku na tych podstawach zakłady nasze nie przeprowadzają z przyczyn już wyżej wspomnianych przy omawianiu ogólnych zasad finansowych ubezpieczenia inwalidzkiego w myśl Ordynacji Ubezpieczeniowej. Nowela do Ordynacji, wprawdzie nie w pełnym zakresie, bo tylko w odniesieniu do poznańskiego i pomorskiego, legalizuje obecny stan faktycznego pokrywania zobowiązań poszczególnych zakładów z ich tylko majątku (plus dopłaty Państwa) przez zniesienie fikcyjnego podziału majątku na wspólny i odrębny, a kwestję rozrachunków między zakładami powstałych na gruncie wypłaty świadczeń, do których nabyto uprawnienia przez opłacanie składki do różnych zakładów, odkłada do specjalnego uregulowania przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, uważając za niewskazane ustawowe regulowanie tych kwestji w przededniu niejako ogólnej ustawy ubezpieczeniowej.

W pewnym stopniu nowela porusza również przepisy o postępowaniu, normowane w księdze szóstej Ordynacji. Konkretnie załatwione być mają dwie sprawy, a mianowicie, zgłoszenie wniosku o rentę z ubezpieczenia wypadkowego (§§ 1546 i 1548) oraz zgłoszenie wniosku o rentę z ubezpieczenia inwalidzkiego (§ 1613). W odniesieniu do rent wypadkowych nowela wprowadza uzupełnienie, że narówni ze zgłoszeniem wniosku o rentę uważać należy wszelkie doniesienia do zakładu ubezpieczeniowego z czyjejkolwiek strony, że miał miejsce wypadek w rozumieniu ustawy. Chodzi tu mianowicie o uniknięcie wypadków przedawnienia, które ma zawsze miejsce jeżeli ubezpieczony, względnie osoby uprawnione nie zgłoszą do zakładu w ciągu dwóch lat oficjalnego wniosku o rentę, w razie gdy renty nie wymierzono z urzędu. Zdarzają się bowiem dosyć częste wypadki, że uprawniony nie stawia specjalnego wniosku o rentę, uważając normalne doniesienie o wypadku przez pracodawcę, w myśl §§ 1552 i 1553 za dopełnienie wszelkich wymogów w tym zakresie; w tych razach niezałatwienie z urzędu sprawy przez zakład w terminie dwuletnim powodować może utratę uprawnień przez osoby uprawnione.

§ 1613 natomiast uzupełnia się przepisem, że zgłoszenie wniosku o rentę inwalidzką do jakiejkolwiek instytucji ubezpieczeniowej lub polskiej władzy państwowej uważane będzie narówni ze zgłoszeniem wniosku do Urzędu Ubezpieczeń. Poza chęcią uniknięcia nieporozumień i odwlekania spraw rentowych dodatek ten będzie miał dla uprawnionych także pewne skutki materjalne; z dniem zgłoszenia bowiem wniosku w pewnych wypadkach wiąże się termin powstania prawa do renty.

Pozatem nowela przewiduje uprawnienia dla Rady Ministrów do przeprowadzenia Ordynacji ewentualnych dalszych zmian w przepisach o postępowaniu. Dzisiejszy obowiązek skierowania każdej sprawy rentowej z ubezpieczenia inwalidzkiego do powiatowego Urzędu Ubezpieczeń stwarza kolosalne opóźnienia w przyznawaniu świadczeń; sześciomiesięczny termin załatwiania wniosku o rentę należy do wyjątków, regułą natomiast jest czas jeszcze dłuższy, a zdarzają się wypadki, że sprawy ciągną się całemi latami. Tutaj konieczną się wydaje korektywa, by zakłady mogły wnioski załatwiać bez pośrednictwa Urzędów Ubezpieczeń zwłaszcza w tych razach, gdy sprawa nie budzi żadnych wątpliwości i bez szkody dla zainteresowanej osoby może być bez Urzędu Ubezpieczeń załatwiona. Udział Urzędów winien być ograniczony tylko do tych wypadków, gdy sprawa wymaga zbadania na miejscu, lub gdy tego zażąda zainteresowany. Sejm Śląski zmianę w tym kierunku wprowadził już w ustawie z dnia 7. XII. 1927 r., a rezultaty na korzyść ubezpieczonych okazały się bardzo dodatnie. Nowela sprawy tej sama nie załatwia, gdyż podjęte kroki administracyjne mogą poprawić dzisiejszy stan; na wypadek jednak gdyby podjęta akcja w kierunku usprawnienia działalności Urzędów Ubezpieczeń zawiodła, nowela daje odpowiednie uprawnienia władzy wykonawczej.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY W DANJI

Danja jest jedynym krajem, w którym zrealizowano, prawie całkowicie, ubezpieczenie dobrowolne na wypadek choroby Ze sprawozdania władz nadzorczych duńskich dowiadujemy się, iż w r. 1927 istniało tam 1650 K. Ch. aprobowanych (uznanych przez państwo). Szereg małych K. Ch. zlikwidowano w ciągu roku sprawozdawczego, jednocześnie powstały jednak nowe. Istnieje tendencja by w każdej gminie miejskiej (z wyjątkiem gmin bardzo małych) istniała jedna Kasa chorych. Stan dotychczasowy oznacza niesłychane rozdrobnienie Kas, czego dowodem fakt iż wyspa Färöer (licząca 22800 mieszk.) ma 35 kas. W Kopenhadze istniało 35 Kas, w miastach prowincjonalnych 136 K. Ch., 584 na wyspach duńskich i 832 w gminach wiejskich wysp juntlandzkich. Liczba ubiezpieczonych wynosiła z końcem 1927 r. 1535 tysięcy, z czego 729 tys. mężczyzn. i 806 tys. kobiet. Ustawa duńska nie przewiduje pomocy dla żony ubezpieczonego, wskutek czego musi ona zapisać się do Kasy, podobnie jak jej mąż, by otrzymać świadczenia. Około 2/5 ubezpieczonych mieszkało w miastach, reszta na wsi z ogółu ludności starszej t. j. powyżej 15 roku życia, 64.8 proc. należy do K. Ch uznanych przez państwo. Wobec tego jednakże iż członkami K. Ch. mogą być tylko ludzie mniej zamożni (granica zamożności jest inna w miastach prowincjonalnych a inna w Kopenhadze lub gminach miejskich), wobec tego wynika, iż K. Ch. w Danji obejmują znacznie większy odsetek ludności aniżeli wynosi liczba mniej zamożnych w Danji. Jest rzeczą charakterystyczną dla stosunków duńskich, iż

odsetek ludności dorosłej ubezpieczonej jest największy w okręgu wiejskim Jutlandji (69,4 proc.), najmniejszy zaś w Kopenhadze (56.9 proc.). Kasy Chorych w Danji są w istocie rzeczy częścią ruchu spółdzielczego duńskiego, którego podstawą jest chłop duński, w szczególności chłop małorolny. Bliski stosunek jego do tego ruchu tłómaczy dopiero nadzwyczajne powodzenie organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby w Danji.

Kasy Chorych w Danji posiadają dwie kategorje członków, a mianowicie niezamożnych, mających prawo do świadczeń i zamożnych którzy przekroczyli granicę zamożności w zrozumieniu formalno - prawnem, opłacają składkę wyższą (do składki tej kategorji członków państwo nie dopłaca nic) Ich liczba wynosi 17.000 osób. Ponadto istnieje grupa zamożnych, której prawa członkowskie są zawieszone, mimo opłacania składek, by mogli otrzymać świadczenia w czasie złej sytuacji gospodarczej bez względu na ich wiek i stan zdrowia (liczba takich członków wynosi 2100 osób) a wreszcie 18.000 niezamożnych ubezpieczonych, których prawo do świadczeń jest zawieszone np. z powodu służby wojskowej. Z temi grupami liczba ubezpieczonych wynosiła w Danji w r. 1927 — 1.574.000 osób.

Kasy Chorych udzielają świadczeń w naturze i zasiłków pieniężnych (chorobowych i połogowych). Na zasiłki chorobowe i domowe wydano w 1927 r. 8 milj. koron duńskich (1 korona duńska ok 2.40 zł.) czyli 18,3 proc. ogółu wydatków, na zasiłki połogowe 871.000 kor. d., czyli 2 proc. wydatków. Zasiłek chorobowy wynosi od 40 oerów (100 oerów = 1 kor.) do 6 koron dziennie, osoby przyjęte do Kasy, jako chore chroniczne, otrzymują najwyżej 3 kor. dziennie, inwalidzi otrzymujący renty najwyżej 1 kor. dziennie. Zasiłek chorobowy wypłaca się najwyżej przez 26 tygodni, począwszy od 4 dnia choroby. Jest rzeczą charakterystyczną, iż Kasy Kopenhagi wypłaciły połowę kwoty, którą wydają na ten cel wszystkie K. Ch. w Danji, mimo iż Kasy kopenhaskie mają tylko nieco więcej ponad 1/5 ogółu ubezpieczonych w Danji; przeciętna wysokość zasiłku wynosiła na 1-go ubezpieczonego 14.61 kor., zaś w Kasach wiejskich w Jutlandji 1.51 kor. zaś przeciętna w całem państwie 5.27 koron. Robotnik wielkiego miasta stara się zabezpieczyć sobie odpowiednio wysoki zasiłek chorobowy by miał środki utrzymania w czasie choroby, gdy nie otrzymuje zarobku. Natomiast chłop małorolny, którego warsztat pracy jest czynny także i w czasie choroby, dąży do otrzymania pomocy lekarskiej i lekarstwa nie przywiązując tak wielkiej wagi do zasiłku pieniężnego.

Kasy duńskie nie wypłacają zasiłków pogrzebowych. Zajmują się tem Kasy odrębne, również będące pod nadzorem państwa. Jakkolwiek są one niejednokrotnie połączone z Kasami chorych, finansowo są jednak samodzielne. W Danji istnieje 1366 kas pogrzebowych mających 660 000 członków.

Pomoc lekarska duńskich Kas Chorych kosztowała w 1927 r. 15.8 milj. kor. duńskich, czyli 36 proc. ogółu wydatków, z czego wydano na ogólną pomoc lekarską 14,25 milj. kor.. na specjalistyczną 1.56 milj. koron. Pomoc specjalistyczna jest w Danji świadczeniem nadzwyczajnem, której jednak udzielają prawie wszystkie Kasy. Na pomoc szpitalną łącznie z organizacją domów zdrowia i uzdrowisk i t. d. wydały duńskie Kasy Chorych w r. 1927 — 7.35 milj. koron duńskich t. j. 16.8 proc. ogółu wydatków. Pomoc szpitalna w szpitalach powiatowych jest świadczeniem obowiązkowem, umieszczenie w innym zakładzie świadczeniem nadzwyczajnem. Koszty utrzymania chorego w szpitalu są — rzecz dziwna — najniższe w Kopenhadze: wynoszą 4.83 kor. duńsk. na ubezpieczonego, najwyższe w miastach prowincjonalnych, gdzie wynoszą 6.34 kor.

Na lekarstwa wydano w 1927 r 10.5 proc. ogółu wydatków, koszty administracyjne wynoszą 9.5 proc. Byłyby one w większej liczbie Kas znacznie wyższe, gdyby w niektórych Kasach mniejszych nie spełniano pewnych obowiązków honorowo lub ubocznie.

Największą pozycją duńskich K. Ch. są składki członków, które wynosiły w r. 1927 — 27.2 milj. koron duńskich t. j. 60.8 proc. ogółu dochodów. Dopłata skarbu państwa wynosiła 14,4 milj. kor. duńsk. t. j. 32.1 proc. ogółu dochodów.

WYROKI SĄDÓW NAJWYŻSZYCH

I.

Kasa Chorych nie jest obowiązana do zwrotu za lekarstwa zakupione w aptekach publ.

Sąd Najwyższy na posiedzeniu sądowem Izby Pierwszej dnia 25 listopada 1927 r. w sprawie N. N. przeciwko Powiatowej Kasie Chorych w P. o 10 zł. 50 gr. rozpoznawał skargę kasacyjną adwokata K. M., pełnomocnika Powiatowej Kasy Chorych w P. na wyrok Sądu Okręgowego w P. z dnia 12 marca 1926 r. N. N. wytoczył przed Sądem Pokoju w P. powództwo przeciwko Powiatowej Kasie Chorych w P. o 10 zł. 50 gr., tytułem zwrotu takiejże kwoty, wyłożonej przezeń na nabycie środków leczniczych, które zapisał mu, jako ubezpieczonemu, w Powiatowej Kasie Chorych, lekarz tejże Kasy, lecz którego wydania na rachunek Kasy odmówiła mu apteka na skutek zarządzenia Dyrektora Kasy. Sąd Pokoju powództwo powyższe zasądził, a Sąd Okręgowy w P. wyrokiem z dnia 12 marca 1926 r. wyrok Sądu Pokoju zatwierdził. W skardze kasacyjnej pełnomocnik Kasy Chorych zarzuca wyrokowi Sądu Okręgowego obrazę art. 1, 81, 129 i 169 U. P. C., oraz art. 22. 23, 43. 61, 69, 73, 76. 83 ust. II 85 i 97 ustawy z dn. 19 maja 1920 o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272). Po wysłuchaniu sprawozdania sędziego - referenta oraz wniosków Podprokuratora, zważywszy, że podniesiony przez Powiato-

wą Kasę Chorych, a nie uwzględniony przez Sąd Okręgowy zarzut niewłaściwości w przypadku drogi sądowej jest w obliczu przepisów powołanej ustawy z dnia 19 maja 1920 r. uzasadniony; że ze względu na swoiste cechy uprawnień osób, ubezpieczonych na wypadek choroby, w stosunku do Kasy Chorych, związane z oparciem uczestnictwa w Kasie na zasadzie przymusu art. 3 ustawy prawo ubezpieczonego do świadczeń nie mogłoby być bez wyraźnego przepisu ustawy zaliczone do kategorji tych praw cywilnych, którym Ustawa Postępowania Cywilnego zapewnia w art. 1 obronę w drodze sądowej; że z mocy art. 83 ust. II ustawy z dnia 19 maja 1920 r. władzą powołaną do rozstrzygania, między innemi, w sprawie świadczeń pomiędzy ubezpieczonymi, a Zarządem Kasy Chorych jest Komisja Rozjemcza w składzie wskazanym przez art. 83 ust. I; że zresztą i dla innych sporów, mogących wyniknąć ze stosunków prawnych, wypływających z ustawy z dnia 19 maja 1920 r. ustanawia taż Ustawa w art. 83, 84 i 85 właściwość specjalnych władz i specjalny porządek instancji, a jedynie do czasu utworzenia przewidzianych w art. 85 organów sądowych Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń kieruje w art. 106 niektóre spory z wyłączeniem jednak sporów o świadczenia na drogę sądową, że zatem oczywistą wolą prawodawcy było całkowite wyjęcie sporów o świadczenia z właściwości drogi sądowej i poddanie ich wyłącznie orzecznictwu Komisji Rozjemczej, że zatem, jak słusznie wskazuje skarga kasacyjna, spór niniejszy, jako spór o świadczenia, żądane przez powoda od Kasy Chorych z tytułu jego uprawnień opartych na art. 23 i 43 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. poddany z mocy art. 83 ustęp. II tejże ustawy rozstrzygnięciu Komisji Rozjemczej, nie ulegał rozpoznaniu w drodze sądowej; że w tym stanie rzeczy wyroki zapadłe w obu instancjach w sprawie niniejszej, ulegają uchyleniu, a całe postępowanie umorzeniu, z tych zasad Sąd Najwyższy na zasadzie art. 83 ust. II ustawy z 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) wyroki Sądu Pokoju i Sądu Okręgowego uchyla i całe postępowanie w sprawie niniejszej umarza.

II.

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

Najwyższy Trybunał Administracyjny, w sprawie skargi Powiatowej Kasy Chorych we Włocławku, na orzeczenie Wojewody Warszawskiego z dnia 23 lipca 1926 L. S. M. 1572/1 w przedmiocie podatku od lokali, po przeprowadzonej dnia 21 stycznia 1929 roku rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego referenta, o d d a l a s k a r g ę j a k o n i e u z a s a d n i o n ą.

POWODY:

Nakazem płatniczym Nr. 149 wymierzył Magistrat m. N. Powiatowej Kasie Chorych w N. tytułem państwowego podatku od lokali za rok 1926 kwotę 380 zł. zaś tytułem miejskiego podatku od lokali kwotę 260 zł. razem 640 zł.

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

Orzeczeniem z dnia 23 lipca 1926 L. S. N. 1572/1 nie uwzględnił Wojewoda X. tego odwołania z uwagi na to, że Powiatowa Kasa Chorych, działając na mocy ustawy z dnia 19 maja 1920 Dz. Ust. poz. 272 jest instytucją ubezpieczeniową, udzielającą pomocy tylko swoim członkom względnie ich rodzinom i opierającą swój byt na świadczeniach wzajemnych zainteresowanych instytucji, oraz, że jako taka niema charakteru instytucji dobroczynnej udzielającej pomocy zasadniczo bez świadczeń wzajemnych.

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

Najwyższy Trybunał Administracyjny rozpatrując niniejszą skargę rozważył co następuje:

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

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

Ale już i sama działalność Kasy Chorych t. j. udzielanie członkom pomocy w razie choroby, pozbawiona jest charakteru dobroczynności dlatego, że opiera się na zasadzie wzajemnego ubezpieczenia t.j. że do opłacania składek obowiązani są bezwzględnie wszyscy członkowie Kasy (względnie w 3/5 ich pra-

codawcy) przez cały czas członkostwa, a ze świadczeń Kasy korzystają tylko ci, co do których zachodzą ustawą określone warunki choroby.

Zasada ubezpieczenia polegająca na rozdzielaniu ryzyka na wszystkich ubezpieczonych i na pewnej równowadze między wysokością wkładek a wysokością świadczeń, wyklucza właśnie potrzebę stosowania działalności charytatywnej i nie można żadną miarą twierdzić, by członek Kasy Chorych, korzystający ze świadczeń Kasy, pobierał wsparcie z funduszów dobroczynnych, choćby nawet świadczenia te w konkretnym wypadku przewyższały wartość wpłaconych przez niego względnie przez jego pracodawcę składek. (L. rej. 4107/26).

KRONIKA

Statystyka naszych Kas Chorych działających na podstawie Ustawy z 19.V 1920 r.

	Kasy	Osoby uprawnione do korzystania	Ogółem			Dobrowolnie ubezpieczeni:			Członkowie rodzin obowiązkowo ubezpieczonych
			Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	
Polska:*) 1.X.27 . .	243	4.986.473	1.664.842	737.153	**2.401.995**	797	1.165	1.962	2.582.516
1.I 29 .	243	4.808.934	1.567.750	709.141	**2.276.891**	847	1.172	2.019	2.530.024
1.IV.29 . .	243	4.710.847	1.518.263	707.810	**2.226.073**	779	1.248	2.027	2.482.747
1.VII.29 . .	243	5.145.966	1.706.004	766.187	**2.472.191**	806	1.287	2.093	2.671.682
1,X 29 . .	243	5.202.626	1.745.237	757.322	**2.502.559**	827	1.352	2.179	2.697.888
Województwa:									
Centralne	85	2.209.381	739.693	334.561	1.074.254	102	117	219	1.134.908
Wschodnie	32	272.605	107.810	38.485	146.295	2	3	5	126.305
Poznańskie i Pomorskie .	55	1.412.748	432.095	223.619	655.714	573	991	1.564	755.470
Śląsk Cieszyński . . .	2	116.628	34.562	16.200	50.762	25	67	92	65.774
Południowe	69	1.191.264	431.077	144.457	575.534	125	174	299	615.431

*) Bez Górnego Śląska.

ZMIANY W PROJEKCIE RZĄDOWEJ USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM

„Praca i Opieka Społeczna" oficjalny organ M. P. i O. S. donosi:

Dnia 4 grudnia 1929 r. zapadła uchwała Rady Ministrów, mająca zasadnicze znaczenie dla dalszych losów projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Projekt ten, wniesiony do Sejmu dnia 23.II 1929 r. (Druk Sejmowy Nr. 487), następnie zaś stamtąd wycofany, ulec ma zasadniczym zmianom, ujętym w uchwale Rady Ministrów w formie tez. Zmiany dotyczą zarówno przepisów materjalno - ubezpieczeniowych jak i organizacyjnych.

W zakresie świadczeń przedewszystkiem uwzględniony zostanie zasadniczy postulat świata robotniczego, a mianowicie zapewnienie bytu robotników na starość w postaci renty starczej, już od ukończenia 60 lat, niezależnie od ewentualnie faktycznie istniejącej nadal zdolności do zarobkowania. Na obniżenie tego wieku z 65 na 60 lat wpłynęły zarówno względy czysto ludzkie, objawiające się w chęci zabezpieczenia starości możliwie wcześnie, zwłaszcza obecnie w dobie stale zwiększającego się tętna życia, jak i względy natury ekonomicznej t. zw. zastąpienie na rynku pracy pracowników starszych przez siły młodsze o większej zdolności dostosowania się do świeżych zracjonalizowanych metod pracy. Oczywiście uwagi te dotyczą w pierwszym rzędzie warunków pracy w przemyśle, a zagadnienie to dotyczy przedewszystkiem robotników przemysłowych, a w dalszej dopiero linji robotników zatrudnionych w gospodarstwach rolnych. Znajduje to wyraz również w omawianej uchwale Rady Ministrów wprowadzającej 60 lat jako wiek, upoważniający do świadczeń, narazie tylko w stosunku do robotników przemysłowych z tem, że przepis ten będzie rozszerzony również na robotników rolnych w drodze Rozporządzenia Rady Ministrów wtedy, gdy obliczenia techniczno - asekuracyjne pozwolą mniemać, że tak znaczne rozszerzenie świadczeń ubezpieczeniowych nie zachwieje podstawą finansową ubezpieczeń. Obniżenie bowiem wieku starczego o lat pięć stworzy nowe obcią-

żenie, co powoduje z jednej strony konieczność wielkiej ostrożności przy wprowadzaniu w życie przepisu, a z drugiej strony konieczność pewnych oszczędności na innych świadczeniach. Oszczędności te w zakresie świadczeń — w porównaniu z dotychczasowym brzmieniem projektu — dotyczą rent wypadkowych oraz rent wdowich w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego. Zmniejszono mianowicie wymiar rent wypadkowych przy pełnej niezdolności do pracy z 80 (według dotych. proj.) na 75 proc. podstawowego zarobku a renty przy częściowej niezdolności do pracy ulegną proporcjonalnej redukcji. Norma zatem obecna przyjęta w projekcie utrzyma renty wypadkowe na dzisiejszym poziomie, obowiązującym na obszarze działania Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie (b. zabór rosyjski i austrjacki), wliczając do ogólnego wymiaru renty zarówno wymiar ustawowy (2/3 zarobku), jak i dobrowolne dodatki Zakładu, uzupełniające renty do wysokości 0,75 zarobku. Ograniczenie świadczeń dla wdów z ubezpieczenia inwalidzkiego ujęto w tej formie, że prawo do renty wdowiej przysługuje wdowie w zasadzie tylko w razie niezdolności do zarobkowania, a bez względu na zdolność do pracy dopiero po ukończeniu 50 lat. Jest to zatem zwężenie sfery uprawnionych do świadczeń wdów tylko w stosunku do dotychczasowego projektu ustawy; objęty zaś dzisiejszem ustawodawstwem zakres tych osób nie ulega zacieśnieniu, gdyż zmiany staną w tym względzie na poziomie ustawodawstwa na Górnym Śląsku i tak najbardziej naprzód posuniętego w porównaniu z innemi dzielnicami Państwa. Równolegle do ograniczenia uprawnień do rent wdowich idzie pewna zwyżka świadczeń dla sierot. Renta sieroca (w ubezp. inwal.) wynosi w zasadzie 1/5 renty ojca; w tym jednak wypadku, gdy matka nie otrzymuje renty wdowiej rentę sierocą dla dziecka najmłodszego, względnie jedynego podnosi się do 1/3 renty ojca.

W związku ze zmianami w dziedzinie świadczeń ulega rewizji kalkulacja finansowa ubezpieczeń; rewizja pójdzie w tym kierunku, by niedobór, przewidziany na podstawie pierwotnego projektu, mógł być sprowadzony do minimum. Chodzi tu bowiem o uniknięcie potrzeby podwyższenia składki w niedługim czasie po wprowadzeniu w życie ustawy.

Bardzo istotne zmiany wprowadzone są w przepisach organizacyjnych projektu ustawy. Rozszerza się przedewszystkiem zakres działania kas ubezpieczeń społecznych. Wszelkie czynności spełniane w/g projektu ustawy przez kasy na rzecz zakładów ubezpieczeń robotników będą kasy wykonywać również w stosunku do zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych. Należeć tu zatem będą funkcje rejestracyjne w stosunku do ubezpieczonych i korzystających ze świadczeń, egzekucja składek ubezpieczeniowych i t. p. Uzyskuje się przez to silniejsze zespolenie kas z zakładami ubezpieczeń pracowników umysłowych, tworząc z kas postawę organizacyjną dla wszystkich kategoryj ubezpieczeń społecznych.

Zasadniczej przebudowie ulegnie struktura instytucyj ubezpieczeniowych. Zarówno w kasach ubezpieczeń społecznych jak i w zakładach ubezpieczeń robotników w miejsce podwójnych kolegjalnych organów samorządu ubezpieczeniowego (rady i zarządu) na czele instytucyj stanąć ma t. zw. rada zarządzająca, która będzie organem uchwałodawczym i kontrolującym organy wykonawcze kasy względnie zakładu; rada skupi w swem ręku pełne uprawnienia, płynące z zasady samorządu, a więc uprawnienia dotychczasowych rad oraz te funkcje dzisiejszych zarządów, które nie są ściśle wykonawcze. Dla usprawnienia administracji, czynności wykonawcze powierza się w kasach fachowej dyrekcji, podległej radzie kasy. Kompetencje dyrekcji będą ustawowo możliwie ściśle zakreślone, co niewątpliwie wzmocni jej stanowisko na terenie kasy. W skład dyrekcji wchodzi dyrektor i lekarz naczelny względnie ich zastępcy. Dyrektor kieruje pod względem administracyjnym i organizacyjnym działalnością kasy i jest naczelnym zwierzchnikiem całego personelu. Lekarz naczelny jest zwierzchnikiem zakładów leczniczych kasy ubezpieczeń społecznych oraz zwierzchnikiem personelu tych zakładów oraz personelu fachowego zatrudnionego w lecznictwie; ponosi on oczywiście pełną odpowiedzialność za leczniczą działalność kasy. Ustanowienie w ustawie wymogów, jakim muszą odpowiadać dyrektorzy i naczelni lekarze daje gwarancje, że na czele instytucyj będą stać osoby o pełnych kwalifikacjach fachowych. Czynności wykonawcze na terenie zakładów powierzone będą dyrektorowi względnie w pewnym zakresie również lekarzowi naczelnemu zakładu.

Znacznej korektywie ulega również skład rady kasy ubezpieczeń społecznych. Praktyka dotychczasowa wykazała, że wpływ pracowników umysłowych na działalność Kasy Chorych pomimo teoretycznego równouprawnienia, w rzeczywistości był niewystarczający; jako słabsi liczebnie ulegali przewadze robotników, nie mając albo żadnego, albo też mając znikome przedstawicielstwo we władzach kas. Ponieważ ustawa o ubezpieczeniu społecznem postanawia wspólne ubezpieczenie chorobowe dla robotników i pracowników umysłowych przeto, dla uniknięcia dotychczasowych przejawów ujemnych, będą mieli pracownicy umysłowi zagwarantowany udział w radzie zarządzającej kasy, proporcjonalnie do ilości ubezpieczonych pracowników umysłowych, przyczem jako minimum przewiduje się dla nich jeden mandat w radzie. Myśl zapewnienia pracownikom umysłowym odpowiedniego wpływu na działalność leczniczą instytucyj ubezpieczeniowych znajduje swój wyraz również w zakresie tych funkcyj leczniczych, które powierzone będą zakładom ubezpieczeń robotników; te ostatnie bowiem obok spraw, wynikających z właściwego im zakresu działania (ubezpieczenie długoterminowe robotników) mają spełniać rolę dzisiejszych okręgowych związków kas chorych. To też w kompletach rad zarządzających zakładów robotniczych, które obradować będą nad temi sprawami, dającemi się ująć raczej jako sprawy z zakresu zleconego, zasiadać będą w miejsce dwóch przedstawicieli robotników — dwaj przedstawiciele odpowiedniego zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych.

Dla uniezależnienia zakładów ubezpieczeń robotników od kas, w stosunku do których zakłady mają być instytucjami w pewnym stopniu nadrzędnemi, ulega zmianie system powoływania rad zakładu, a właściwie delegatów na zgromadzenia wyborcze, mając z kolei wybierać członków rady i komisji rewizyjnej zakładu. Wybory tych delegatów odbywać się będą bezpośrednio przez ubezpieczonych robotników równocześnie z wyborami do władz kas ubezpieczeń społecznych.

Celem większego zespolenia dwuch gałęzi ubezpieczenia t. j. ubezpieczenia robotników i pracowników umysłowych, utworzony będzie wspólny Związek Zakładów Ubezpieczeń Społecznych, który obejmuje swą działalnością tę część administracji ubezpieczeniowej, która bez względu na rodzaj instytucji wymaga jednolitego i scentralizowanego kierownictwa. Należeć tu będą przedewszystkiem takie sprawy, jak koordynowanie i uzupełnienie działalności zakładów ubezpieczeniowych w sprawach lecznictwa i profilaktyki, organizacja planowej lokaty kapitałów, usprawnienie administracji kas i t. p. Z uwagi jednak na to, że niektóre zagadnienia, wychodzące poza ramy działalności zakładów ubezpieczeniowych, wymagają rozwiązania pod kątem widzenia odrębności ubezpieczenia długoterminowego robotników i pracowników umysłowych, w łonie związku zakładów utworzone będą dwie odrębne sekcje ubezpieczenia robotniczego i pracowników umysłowych, których zadaniem będzie załatwianie właśnie tego rodzaju spraw.

Rozgraniczenie kompetencji zarządu ogólnego związku od kompetencji zarządów poszczególnych sekcyj będzie przeprowadzone w ustawie; do zakresu działania sekcyj należeć będą takie sprawy jak przeprowadzanie rozrachunków między właściwemi zakładami z tytułu świadczeń pieniężnych i normowanie wzajemnych stosunków między niemi, lustracje podległych im zakładów i t. p.

W związku z powyższemi zmianami ulegnie także zmianie budowa nadzoru państwowego nad instytucjami ubezpieczeniowemi. W siedzibie każdego zakładu ubezpieczeń robotników i pracowników umysłowych (siedziby te mają być wspólne) będzie utworzony urząd ubezpieczeń, którego zadaniem będzie sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad obydwoma zakładami oraz nad kasami, leżącemi w okręgu danego urzędu. Nadzór zaś bezpośredni nad związkiem zakładów oraz zwierzchni nad zakładami i kasami ubezpieczeń społecznych będzie sprawować Minister Pracy i Opieki Społecznej. W zakresie lecznictwa i profilaktyki nadzór nad instytucjami ubezpieczeniowemi będzie sprawowany w ścisłem porozumieniu z Państwową Służbą Zdrowia.

Ogłaszamy narazie tezy ze źródła najbardziej autentycznego. Projekt omówić będziemy mogli dopiero po ogłoszeniu go przez M. P. i O. S. (Red.).

POLITYKA SPOŁECZNA W STANACH ZJEDNOCZONYCH A. P.

Zast. dyrektora Międzynarod. Biura Pracy p. Buttler odbył dłuższą podróż po Stanach Zjednoczonych i złożył z niej sprawozdanie publiczne.

P. Buttler stwierdza, iż przyczyn słabego rozwoju polityki społecznej w St. Zjedn. i braku programu państwowego w tej dziedzinie szukać należy w konstytucji St. Zjedn. i w tradycyjnym indywidualiźmie amerykańskim. Konstytucja ta jest nieprzebytą przeszkodą rozwoju polityki społecznej. Oddaje ona bowiem tę dziedzinę ustawodawstwa poszczególnym stanom, a jest ich 48. Każde przekroczenie ustawodawstwa kongresu związkowego zostaje natychmiast unieważnione przez Sąd Najwyższy. P. Buttler przytacza jako dowód, jak wielką przeszkodą jest ten przepis i jakich środków używa się by przepis ten ominąć, następujące curiosum. Amerykańska Federacja Pracy wyłoniła komisję, celem zbadania możliwości realizowania ubezpieczenia na wypadek starości. Komisja ta doszła do przekonania w r. 1922, że ustawa o ubezpieczeniu na starość, gdyby ją kongres uchwalił, uznana zostanie przez Sąd Najwyższy za sprzeczną z konstytucją. Zważywszy jednak, iż kongres ma prawo wystawiania armji i jej utrzymywania, wobec tego można także utworzyć rodzaj „straży staruszków" obojga płci powyżej 65 roku życia. Przynależność do „straży" uprawniałaby do pobierania renty starczej od ministerstwa spraw wojskowych. W tym duchu złożono nawet wniosek jeszcze w r. 1909. Wobec tego w St. Zjedn. nie istnieje ustawodawstwo rob. związkowe, lecz 48 ustawodawstw odrębnych w każdym stanie. Ustawodawstwo to wykazuje bardzo poważne różnice, mimo usiłowań unifikacyjnych, o które stara się Stowarzyszenie amerykańskie ochrony pracy. Różnice te zależne są od stosunków gospodarczych, politycznych i społecznych w danym stanie. Jest ono bardziej postępowe np. w stanach Wisconsin, Massachusetts, Kalifornja i Nowy York, natomiast w stanach południowych zupełnie zacofane.

Drugą przeszkodą w rozwoju polityki społecznej, wynikającą z konstytucji jest Sąd Najwyższy, który czuwa by ustawodawstwo stanów poszczególnych nie naruszało wolności obywatelskiej, zastrzeżonej w konstytucji. Istnieje w tej dziedzinie szereg wyroków Sądu Najw.

Oprócz konstytucji, rozwojowi ustawodawstwa społecznego przeciwdziała także i niechęć opinji publicznej przed wpływem państwa na sprawy gospodarcze. Nawet Ameryk. Federacja Pracy nie godzi się na wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek choroby, inwalidztwa i bezrobocia, domagając się tylko wprowadzenia ubezpieczenia na starość.

Gompers, przewodniczący tej Federacji przez lat 40, występował przeciw tym projektom, twierdząc, że po wprowadzeniu tych działów ubezpieczeń członkowie Związku odsuną się od związku. (Gompers umarł przed kilku laty, obecnie kieruje Federacją Green i Federacja zajmuje już inne stanowisko— Red.). Przyczyną takiego stosunku robotników do tych zagadnień jest rozwój przemysłu, który daje robotnikom liczne dowody zawrotnej karjery od bardzo małych początków aż do szczytów. To narzuca wielu myśl, iż i ich dzieci będą mogły osiągnąć to samo. Robotnik amerykański nie ma naogół świadomości klasowej ani zrozumienia wspólności interesów z innymi kolegami.

Te przejawy wycisnęły piętno na amerykańskiej polityce społecznej. W dziedzinie ubezpieczeń społecznych istnieje tylko w niektórych stanach ubezpieczenie od wypadku. Wobec tego, iż Sąd Najwyższy uznał przymus ustawy odszkodowania za wypadki przy pracy za zgodny z konstytucją, uchwalono w 43 stanach odpowiednie ustawy, wykazujące jednak znaczne różnice. Zazwyczaj nie podlegają ustawie robotnicy rolni, służba domowa, zatrudnieni w małych warsztatach, pracownicy w służbie publicznej i pracownicy „przedsiębiorstw niezagrożonych". W r. 1917 40% pracowników pracujących na zasadzie stosunku służbowego nie posiadało jeszcze ubezpieczenia od wypadków w 40 stanach, w których ono istniało. Odszkodowanie za wypadki wypłaca się albo z funduszów państwowych, albo też za pośrednictwem prywatnych towarzystw ubezpieczeń lub organizacyj ubezpieczeń wzajemnych. W niektórych stanach ubezpieczenie to jest tak dobre jak w Europie, jeżeli nie lepsze, w innych stanach ubezpieczenia te niedaleko odbiegają od wzorów europejskich. Można przyjąć za rzecz pewną, iż opinja publiczna w Ameryce wyzbyła się nieprzyjaznego stosunku do zasady wpływu na zagadnienia społeczno-polityczne, a zasada odszkodowania za wypadki przy pracy jest już od lat 25 zasadą powszechnie uznaną. Do rozwoju ubezpieczenia przyczyniły się w dużej mierze związki zawodowe, zgadzają się także na nie pracodawcy.

Natomiast nie istnieje zupełnie ubezpieczenie na wypadek choroby. Najlepszym dowodem konieczności jego zorganizowania jest wysoki odsetek zachorowań wśród robotników — 7 dni chorobowych na robotnika rocznie. Zaś przyczyną tego wielkiego odsetka, zapewne bardzo daleko odbiegającego od rzeczywistej chorobowości, jest brak ubezpieczenia na wypadek choroby. Próba zorganizowania w r. 1919 tego działu ubezpieczeń w stanie nowojorskim zawiodła z powodu oporu zainteresowanych, zaś stosunek sądów do tej sprawy był również bardzo wątpliwy. Pominąwszy ubezpieczenia na wypadek choroby, zorganizowane przez zw. zaw. dające jednak małe świadczenia, mniej więcej 1/3 robotników ubezpieczyła się dobrowolnie na wypadek choroby w prywatnych towarzystwach ubezpieczeń. Robotnicy niefachowi i gorzej płatni nie mają zapewne w czasie choroby żadnej pomocy.

Brak jest również ubezpieczeń na wypadek bezrobocia. W Stanach Zjednoczonych jednak z powodu częstej zmiany zawodu nie odczuwa się braku tego działu ubezpieczeń. W Europie specjalizacja pracy jest daleko posunięta, granice poszcze-

gólnych zawodów są ściśle określone, podczas gdy w Ameryce robotnik nietylko niema uprzedzeń do zmiany zawodu, przeciwnie, dąży on do zmiany zawodu, by nabyć nowe doświadczenie. Z tego powodu rynek pracy jest bardziej płynny, a bezrobotni łatwiej znajdują zajęcie.

P. Buttler odniósł wrażenie, iż istnieje silna tendencja do zorganizowania ubezpieczenia na wypadek starości i niezdolności do pracy. Wytłomaczyć to sobie można chęcią odsunięcia robotnika od pracy w wieku nieco wcześniejszym. Od r. 1915 wprowadzono w 10 stanach ubezpieczenie na starość bez opłacania składek. Gubernatorowie dwóch stanów założyli veto przeciw tym ustawom, dwie ustawy uznały sądy za niezgodne z konstytucją, w jednym stanie fundusz emerytalny jest faktycznie niewypłacalny, tak iż fundusz emerytalny istnieje faktycznie tylko w 5 stanach, nie licząc ubezpieczenia na starość 300.000 pracowników związkowych, którym zabezpieczono prawo do emerytury.

W ostatnich czasach zaobserwować można tendencję przedsiębiorców amerykańskich liczbowo poważną i stale wzrastającą, między innemi także i wśród niektórych wielkich trustów, mającą na celu zorganizowanie funduszów emerytalnych. Celem tej akcji jest odsunięcie robotników od związków zawodowych i polepszenia stosunków pracodawców z robotnikami. Akcja ta dała także i inne wydatki. Oto powstała wielka specjalna „personal management", coś jakgdyby piecza naukowa nad siłą roboczą w zakładach pracy. Jej jedynym celem jest zwiększenie i ochrona produkcji, przy pomocy gruntownego badania czynnika pracy. Inicjatorzy wychodzą z założenia, iż częste zmiany osobowe w zakładach pracy, wskutek wypadków, choroby lub też dobrowolne opuszczenie pracy przez pracownika, przynosi szkodę przedsiębiorstwu. Wszelki niepokój w zakładzie pracy wynikły z niepewności gospodarczej lub niezadowolenia z powodu niezałatwienia skarg pracownika wywiera niekorzystny wpływ na wydajność pracy. Inicjatorzy spodziewają się dodatnich skutków wynikających z wzajemnego zaufania i świadomości wspólnych interesów. Konsekwencją tego toku myśli było przekonanie, iż brak ubezpieczeń społecznych pociąga za sobą zmniejszenie wydajności pracy. Z tych powodów przedsiębiorcy amerykańscy przyjęli na siebie poważne ciężary. Najbardziej rozpowszechnioną formą ubezpieczenia w zakładach pracy jest ubezpieczenie na wypadek śmierci. Powołuje je do życia albo pracodawca albo też częściej towarzystwo ubezpieczeń prywatnych. Premję ubezpieczeniową opłaca albo pracodawca z funduszów własnych, albo też częściej wspólnie z pracownikami. W r. 1927 było prawdopodobnie 3 miljony robotników ubezpieczonych na tej zasadzie. Suma ubezpieczona w towarzystwach ubezpieczeń wynosiła (bez ubezpieczeń pracodawców) 5—6 miljonów dolarów. Związki zawodowe chcąc przeciwdziałać tej akcji założyły w r. 1927 własne towarzystwo ubezpieczeń, które w pierwszych dziewięciu miesiącach swego istnienia wydało polis ubezpieczeniowych na sumę 34 miljonów dolarów.

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia poczyniło najmniejsze postępy. Ciekawym eksperymentem w tej dziedzinie są urządzenia związków zawodowych w przemyśle odzieżowym, powołane do życia wspólnie z pracodawcami. W przemyśle konfekcji męskiej w Chicago wypłaca się robotnikom 40% płacy za 2 i pół tygodnia bezrobocia. Jest to pomoc bez większego znaczenia albowiem w przemyśle tym bezrobocie 10-cio tygodniowe jest zjawiskiem stałem. W przemyśle konfekcji damskiej w Cleveland zapewniają pracodawcy swym robotnikom 41 tygodni zatrudnienia, a nadto każdy robotnik, który nie ma pracy dłużej aniżeli 11 tygodni w ciągu roku otrzymuje ze wspólnej kasy za każdy tydzień bezrobocia zasiłek w wysokości połowy płacy tygodniowej. Wskutek tego pracodawcy starają się rozdzielić pracę równomiernie, albowiem wpłacają określone sumy do kasy wspólnej tylko wówczas, jeżeli nie mają zatrudnienia dla robotników przez okres dłuższy aniżeli 41 tygodni. Podobna organizacja w przemyśle konfekcyjnym w Nowym Jorku upadła bardzo szybko, albowiem nie można było od małych pracodawców ściągnąć składek. Naogół akcja ta dała dość małe rezultaty, albowiem jej podstawa była zbyt wąska.

P. Buttler stwierdza w końcu, iż wszystkie urządzenia nie przeszły jeszcze dotychczas próby ogniowej, jakim jest kryzys przemysłowy, który St. Zjedn. w tej chwili przeżywają.

Liczba ubezpieczonych w Czechosłowacji w r. 1928:

	Mężczyzn	Kobiet	Ogółem
Ubezpieczalnie powiatowe	1.316.793	681.829	1.998.622
Ubezpieczalnie rolne .	110.434	118.020	228.454
Ubezpieczalnie fabryczne	28.974	3.298	32.272
Ubezpieczalnie cechowe	53.105	29.670	82.775
Ubezpieczalnie stowarzyszeniowe . . .	46.745	20 957	67.702
Ubezpieczalnie pomocnicze	52.931	25.496	78.427
Ogółem . .	1.608.982	879.270	2.488.252

Czechosłowacja miała w roku 1927 — 14.400.000 mieszkańców, czyli ok. 17,2% ludności było ubezpieczonych.

ROZSZERZENIE DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BEZROBOCIA

Sprawa zapobiegania bezrobociu i usuwania jego skutków jest jednym z najważniejszych zagadnień międzynarodowych. W Anglji zarówno rząd konserwatywny, jak i obecnie rząd partji pracy nie może rozwiązać sprawy bezrobocia, trapiącego państwo chronicznie od wielu lat. W Niemczech bezrobocie wzmaga się sezonowo w miesiącach zimowych, a w ciągu ubiegłej zimy przybrało objawy katastrofalne, co w skutkach pociągnęło nowelizację dotychczasowej ustawy w kierunku częściowego zmniejszenia świadczeń i usunięcia niedomagań. W Polsce obecnie, tak jak i w roku 1924, sprawa bezrobocia wysuwa się na plan pierwszy.

Jeszcze w lecie 1929 r. liczba bezrobotnych nie była zbyt wielka. Nagromadzenie rezerw w r. 1927 i 1928 w wysokości zł. 42.000.000 było powodem, że Minister Pracy i Opieki Społecznej wykorzystał uprawnienia przewidziane w art. 9

(ustęp końcowy) Ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. i na wniosek Zarządu Głównego Funduszu Bezrobocia obniżył od 1.VII.1929 wysokość składek o 10%, a więc do 1,8% rzeczywistego zarobku, przez co składki te łącznie z dopłatą Skarbu (2,7%) są niższe niż zagranicą (np. w Niemczech 3%). Jednocześnie wysokość zasiłków podwyższono o 10%, a więc do wysokości 33—55% ostatniego zarobku, w zależności od stanu rodzinnego.

Obecnie Ustawa z dnia 25 marca 1929, ogłoszona w Dzienniku Ustaw R. P. Nr. 3 z dnia 23 stycznia 1930, rozszerza znacznie zakres osób ubezpieczonych. Dotychczas obowiązkowi zabezpieczenia na wypadek bezrobocia podlegali robotnicy, zatrudnieni w przedsiębiorstwach, wyszczególnionych w art. 1 Ustawy z dnia 18 lipca 1924, o ile przedsiębiorstwa te zatrudniały ponad 5 robotników, a od 26 lutego 1926 — 5 robotników i pracowników umysłowych łącznie. Ustawę z dnia 18 lipca 1924 uchwalono w czasie wzmagającego się bezrobocia i chciano przedewszystkiem zapobiec skutkom bezrobocia w większych ośrodkach przemysłowych. Celem łatwiejszego zorganizowania Funduszu Bezrobocia, a więc i szybkiego rozpoczęcia wypłat zasiłków wyłączono z pod działania ustawy drobne przedsiębiorstwa. Jednak pozbawienie dobrodziejstw ustawy robotników zatrudnionych w drobnych przedsiębiorstwach gospodarczo nie było niczem uzasadnione, gdyż nakładało większe świadczenia społeczne tylko na pewną kategorję pracodawców i wywoływało dążność do zatrudniania poniżej 6 pracowników, względnie wykazywania takiego stanu zatrudnienia. Ponadto przepis ten wywoływał u robotników zatrudnionych w drobnych przedsiębiorstwach uczucie nieuzasadnionej krzywdy, zwłaszcza, że tensam zakład pracy mógł zatrudniać tak powyżej 5 pracowników, jak i mniej, a więc chwilami ubezpieczać robotników w Funduszu Bezrobocia, a następnie znów nie podlegać działaniu ustawy, przyczem dalsze dobrowolne ubezpieczenie jest niedopuszczalne. Stan ten zwiększał pracę Funduszu Bezrobocia, gdyż zachodziła konieczność wzmocnienia kontroli pracodawców, a nadto trudno było ustalić niejednokrotnie 20-tygodniowy okres pracy w przedsiębiorstwach podlegających działaniu ustawy, co jest warunkiem przyznania bezrobotnym prawa do zasiłków. Nie biorąc nawet pod uwagę dążności pracodawców do uchylania się od obowiązków określonych ustawą, takie uregulowanie nasuwało przy interpretacji liczne trudności, pomijając już brak dotychczas definicji, podanej w autorytatywny sposób, co należy uważać za zakład pracy, choćby na zysk nie obliczony, a prowadzony w sposób przemysłowy, powstawały stale kwestje sporne, jakie osoby należy zaliczać do liczby uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia (np. terminatorów, chałupników, krewnych i t. p.), czy należy łączyć centrale z filjami położonemi w tej samej lub innej miejscowości, kilka przedsiębiorstw jednego właściciela wzajemnie uzupełniających się, czy wogóle nie pozostających do siebie w żadnej łączności. Oczywiście Fundusz Bezrobocia interpretował to rozszerzająco, pracodawcy ścieśniająco, a w braku właściwego postępowania sądowego (sądowych instancyj ubezpieczeniowych) załatwianie rozmaitych odwołań odbywa się niejednolicie i przeciąga się przez długi czas.

Obecnie ograniczenie powyższe zostało skreślone, a od 23 stycznia 1930 działaniu ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. poddano przedsiębiorstwa, zatrudniające 5 robotników i pracowników umysłowych łącznie; dalsze rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na mniejsze przedsiębiorstwa, zatrudniające od 1—4 pracowników, winno nastąpić w ciągu roku.

Ustawa z dnia 18 lipca 1924 wyłączała z pod obowiązku ubezpieczenia robotników poniżej lat 18, uważano ich bowiem za element najbardziej narażony na ryzyko bezrobocia i chciano przez to wyłączenie zapewnić Funduszowi Bezrobocia równowagę finansową. I w tym kierunku Polska nie dorównała ustawodawstwu zagranicznemu, bowiem w Anglji i Niemczech, ubezpieczenie obejmuje pracowników od lat 16, we Włoszech nawet 15, w Austrji bez określenia wieku. Dopiero obecna nowelizacja rozszerza ubezpieczenie na robotników od lat 16.

Wreszcie od dnia 23 stycznia 1930 podwyższono najwyższą normę zarobku, stanowiącą podstawę do obliczania składek i zasiłków ze zł. 7,50 do 10 dziennie.

Zarówno podwyższenie wysokości zasiłków, z równoczesnem obniżeniem wysokości składek, jak i rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, zwłaszcza na robotników małoletnich, wpłynęły znacznie na zwiększenie się wypłat zasiłków i zmniejszenie się wysokości składek, skutkiem czego wobec znacznego wzrostu liczby korzystających z zasiłków (około 130.000 w końcu stycznia 1930), rezerwy Funduszu Bezrobocia ulokowane w Ministerstwie Skarbu mogą się jeszcze w miesiącach zimowych wyczerpać. Koniecznem jest więc zebranie w ciągu miesięcy letnich rezerw, któreby można było zużyć na wypłatę zasiłków w miesiącach zimowych. Wymaga to podwyższenia składek w najbliższym czasie, co może być uskutecznione w ten sposób, jak obniżenie składek od 1.VII.1929, a więc przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej na wniosek Zarządu Głównego Funduszu Bezrobocia. Tak samo pożądanem jest, by dalsze rozszerzenie działalności Funduszu Bezrobocia odbyło się w miesiącach wiosennych, gdyż pozwoli to na zgromadzenie większej rezerwy.

Rozszerzono znacznie działalność ubezpieczenia przez objęcie wszystkich przedsiębiorstw bez względu na ilość robotników zatrudnionych, jednak przepisy ustawy, a zwłaszcza tyczące się poboru składek, pozostały bez zmiany. Jeżeli jednak Fundusz Bezrobocia rozszerzy swą działalność bez zmiany systemu poboru składek, wywoła to w konsekwencji znaczne zwiększenie się procentowe kosztów administracyjnych, ewentualne więc podwyższenie składek trzeba będzie użyć w znacznym stopniu na opłatę poborów pracowników.

Obecnie Fundusz Bezrobocia posługuje się przy poborze składek systemem kontowym: pracodawca sam oblicza składki, o wysokości składek przypadającej Funduszowi Bezrobocia przesyła zawiadomienie, a następnie przekazuje składki przez P. K. O. Fundusz Bezrobocia prowadzi konta poszczególnych zakładów pracy, a w razie stwierdzenia zaległości egzekwuje je zasadniczo za pośrednictwem gmin miejskich i wiejskich, nadto ma aparat kontroli celem sprawdzania obliczeń pracodawców i wykrywania uchylających się od opłacania składek. Kartoteki ubezpieczonych nie prowadzi się, aczkolwiek byłoby to pożądane przy wymiarze zasiłku i dla danych statystycznych, jednak zbyt kosztowne. Obecnie w ewidencji znajduje się około 25.000 pracodawców i 1.000.000 ubezpieczonych. Na skutek nowelizacji ustawy ilość pracodawców, od czego zależy ilość pracy, wzrośnie do 200.000 — 250.000, a więc conajmniej ośmiokrotnie, gdy ilość ubezpieczonych, od czego zależy przypis składek, do 1.800.000, a więc niespełna dwukrotnie, co musi pociągnąć zwiększenie się kosztów administracyjnych.

Nowelizacja ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia wysunęła na porządek dzienny nowe zagadnienia, które winny być ze zrozumiałych powodów w najbliższym czasie rozwiązane.

Patrycy Dziurzyński.

Zamknięcie Rachunkowe
OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W POLSCE
ZA ROK 1928.

BILANS

STAN CZYNNY.

1.	**Gotówka:**		
	a) w Kasie	12 190.94	
	b) w Pocztowej Kasie Oszczędności .	215 856.25	
	c) w B-ku Gospodarstwa Krajowego	160 007.—	388 054 19
2.	**Weksle**		230.032.28
3.	**Ruchomości**		20.360.24
4.	**Dłużnicy:**		
	a) Związku ze składek i inne należności	99 784.74	
	b) Związku z fund. inwest.	634.027 62	733 812.36
	Aptecznej Centrali Handl. . . .	458.089.93	
	d) Przegl. Ubezp. Społecznych . .	1.997.50	1.193.899 79
5.	Papiery wart. i gwarancyjne A. C. H.		31.500.—
6.	Pożyczki personelu		8 415.75
7.	Sumy przechodnie		4.991.11
8.	Zapasy towarów A. C. H. . . .		79.343.35
9.	Zapasy papieru P. U. S		4.158 35
			1.960.755 06

STAN BIERNY.

1.	**Wierzyciele:**		100.486.54
2.	**Pożyczki dla Aptecznej Centrali Handl.**		550 000.—
3.	**Depozyty kaucyjne i gwarancje A. C. H**		31.500 —
4.	**Kaucje Aptecznej Centrali Handlowej.**		7.262 75
5.	**Sumy przechodnie**		1.033 46
6.	**Komitet Powszechnej Wystawy Krajowej**		300.757 26
7.	**Fundusze:**		
	a) Zapasowy Związku 10% przypisu od składek . .	65.454.91	
	b) Zapasowy A. C. H.	100.000.—	
	c) Amortyzacyjny .	9.283.72	174.738.63
8.	**Fundusz inwest. na budowę sanatorjów i lecznic uzdrowiskowych**		654.129.51
9.	**Czysta nadwyżka:**		
	Związku	33.486.59	
	Aptecznej Centrali Handlowej . .	107.360.32	140.846.91
			1.960.755.06

RACHUNEK DZIAŁALNOŚCI

DOCHODY.

I.	**Składki**	231.040.92
II.	**Wydawnictwo**	66.—
III.	**Odsetki P. K. O.** i dyskonto weksli	3.808.32
IV.	**Dochody** z obrotów Aptecznej Centrali Handlowej	107.360 32
		342.275.56

WYDATKI.

I.	**Koszty administr. Związku** . .		108.633 52
II.	**Koszty Ogólne**		32.304 11
III.	**Referat Porady i Obrony Prawnej**		4.000 —
IV.	**Referat leczniczy**		8.848.—
V.	**Referat prasowy**		2.742 70
VI.	**Przegląd Ubezpieczeń Społecznych**		10.130.11
VII.	**Inspekcja Farmaceut. Związków i Kas Chorych**		2.502.75
VIII.	**Lustracja Okręgowych Zw. K. Chorych** Koszty podróży . .		402.—
IX.	**Koszty inkasa weksli**		3 242.62
X.	**10% od składek na fundusz zapasowy**		23.104.09
XI.	**Amortyzacja ruchomości** . . .		5 518.75
XII.	**Czysta nadwyżka:**		
	a) Związku . . .	33.486.59	
	b) Aptecznej Centr. Handlowej . .	107.360.32	140.846.91
			342 275.56

SPIS PRAC NAUKOWYCH LEKARZY KAS CH.
(ciąg dalszy).

Dr. Stanisław Mahrburg (K. Ch. m. Wilna):

1. Badania anatom.-patol. nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt (rozprawa doktorska). Prace Twa Przyjaciół Nauk w Wilnie. Tom IV, r. 1928.

2. O nadnerczakach. Pamiętnik Wileńsk. Tow. Lekarsk. Zeszyt 2 ,rok IV.

3. Przypadek ostrej martwicy trzustki. Pamiętn. Wil. T-wa Lek. Zeszyt I, r. 1928.

4. Przypadek olbrzymiego tętniaka, oraz zmian spowodowanych przez niego w naczyniach kończyn górnych. Pam. Wil. T-wa Lek. Rok V, 2. 4.

5. To samo po niemiecku, Vischows Archiv, B. 274.

6. „Haematoma peritonale". Pam. Wil. T-wa Lek. R. V, zesz. 5.

Dr. Polewski (P. K. Ch. w Lesznie): „Ueber Gliedmaassengangraene bei Gasbrandinfektion" (praca doktorska).

Dr. Niessing Karol (P. K. Ch. w Lesznie):

1) „Die Beteiligung von Centralkörper und Sphäre am Aufbau des Samenfadens bei Säugetieren. Archiw. f. mikroskop. Anatomie Bd. 48, 1926".

2) „Kurze Mitteilung über Spermatogenese, Anatomischer Anzeiger Bd. 18, 1900".

3) „Kurze Mittelungen und Bemerkungen über Spermatogenese, Anatomischer Anzeiger Bd. 22, 1902".

Dr. Kazimierz Koronkiewicz (P. K. Ch. w Poznaniu):

1. Nadzór szkolno-sanitarny w warunkach wiejskich. Rosja, Buj, 1918, w jęz. ros.

2. Tabela djetetyczna dla szpitali powiatowych. Rosja, Buj, 1919, w jęz. ros.

3. Organizacja rejonów sanitarnych w Rosji. Rosja, Kostroma, 1920, w jęz. ros.

4. Plan organizacji walki z gruźlicą w Witebszczyźnie. Rosja, Witebsk, 1920, w jęz. ros.

5. Rola samorządów w organizacji lecznictwa, Rosja, Witebsk, 1920, w jęz. ros.

6. Przyczynek do techniki resekcji żebra i pleurotomji, Rosja, Witebsk, 1920, w jęz. ros.

7. Uwagi do projektu nowelizacji ustawy o Kasach Chorych, Poznań, 1925. Przesł. do Komisji Sejm. i uzupełn. do Min. Pr. i O. S.

8. Zagadnienia sanitarne na kolejach żelaznych, Lekarz Polski, 1926, zesz. 7—11.

9. Kilka uwag o zakresie działania Izb Lekarskich. Lekarz Polski, 1926.

10. Litwa i Polska ze stanowiska Międzynarodowej Obrony Zdrowia. Lekarz Polski, 1927.

11. Ogólno-państwowy program walki z gruźlicą w Polsce. Lekarz Polski, 1927.

12. Hel a morskie kąpieliska zatoki Ryskiej. Lekarz Polski, 1929.

13. Sanitarna organizacja na kolejach żelaznych w Łotwie. Lekarz Kolej., 1929.

14. Uwagi do projektu umowy zbiorowej lekarzy Kasowych. Ochrona Społecz., 1928.

15. Problemy lecznictwa ubezpieczeniowego. Wiadom. Lekarskie, 1930.

16. Symulacje chorób w świetle badań urzędowo lekarskich. Warsz. Czasop. Lekar., 1930.

Dr. Aleksander Kapłan (K. Ch. m. Wilna):

1) „Przyczynki do oceny metody badania żołądka za pomocą próbnego śniadania alkoholowego". „Polska Gazeta Lekarska", 1924, Nr. 30.

2) „O rozpoznawaniu schorzeń pęcherzyka żółciowego oraz diagnostyce czynnościowej wątroby". „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego", 1926, Rok II, Zeszyt III.

3) „Insulina a schorzenia wątroby". „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego", 1928, Rok IV, Zeszyt 3.

4) „O leczeniu biegunek peptonem". „Gastrologja Polska", 1929. Tom I, Nr. 4.

Dr. K. Pawłowski (K. Ch. m. Wilna):

1) Sprawozdanie z wyników stosowania insuliny w II klinice U. S. B. w przypadkach cukrzycy. Polska Gazeta Lek. Nr. 49 — 1929.

2) Zasadnicze i pomocnicze metody leczenia moczówki cukrowej z badaniami nad działaniem wyskoku. Polska Gaz. Lek. Nr. 42 — 1925.

3) (z dr. Cypryńskim) Przypadek żółtaczki, spowodowanej systematycznem zatruwaniem się kwasem pikrynowym. Lekarz Wojskowy 1926.

4) O leczeniu cukrzycy. Dodatek do Polsk. Gaz. Lek. 1927.

TREŚĆ:

* * * Leczenie inwalidów wojennych.

Uchwały Konferencji lekarskiej w Ogólno-Państw. Związku K. Ch.

E. M. Projekt noweli ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej.

Ubezpieczenie na wypadek choroby w Danji.

Wyroki Sądów Najwyższych.

Kronika.

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

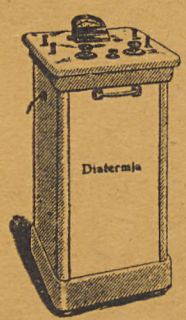
WARSZAWA, Kapucyńska 13.

DOSTARCZAMY CAŁKOWITE URZĄDZENIA GABINETÓW ELEKTRO-FIZYKALNYCH.

URZĄDZILIŚMY KILKANAŚCIE STACJI SANITARNYCH
W POSZCZEGÓLNYCH KASACH CHORYCH.

APARATY ELEKTROMEDYCZNE

Lampy kwarcowe i Sollux, oryg. Hanau, Diatermje, Multo-Pantostaty, Kąpiele świetlne, Aparaty rentgenowskie.



MEBLE OPERACYJNE

Mikroskopy Reicherta, wagi analityczne, szkła dla celów laboratoryjnych oraz wszelkie aparaty badawcze

WSZELKIE

NARZĘDZIA LEKARSKIE

ORAZ

MATERJAŁ OPATRUNKOWY

JAROSZKA i S-KA

Tel. 25-54. POZNAN — Św. Marcin 33. Tel. 25-54

Największe przedsiębiorstwo tego rodzaju. — Ceny bardzo umiarkowane.

ŻĄDAJCIE KOSZTORYSY!