Referat Prawny

5

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN
OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH
W POLSCE

DOSTARCZAMY CAŁKOWITE URZĄDZENIA GABINETÓW ELEKTRO-FIZYKALNYCH

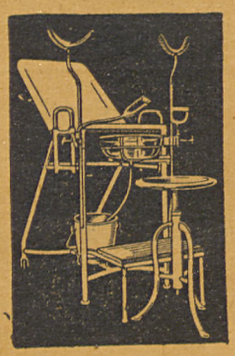
URZĄDZILIŚMY KILKANASCIE STACJI SANITARNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KASACH CHORYCH

APARATY ELEKTROMEDYCZNE

Lampy kwarcowe i Solux, 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!

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.

Srebrny medal.

Fabryka Wyrobów Ortopedycznych

B-ci Ch. i B. Zaner

Egz. od. roku 1898

Warszawa, Franciszkańska 31

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

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

PROSIMY
O WPŁACANIE
PRENUMERATY
ZA III KW. 1930 R.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

organ ogólnopaństwowego związku kas chorych w polsce

MIESIĘCZNIK

ROK V WARSZAWA, 1 MAJA 1930 R. ZESZYT 5

WITOLD CHODŹKO.

DZIESIĘCIOLECIE USTAWY O OBOWIĄZKOWEM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY

Dziesięć lat mija od chwili, kiedy Sejm Ustawodawczy uchwalił ustawę „o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby". Jest ona drugim aktem ustawodawczym Niepodległej Polski w tej dziedzinie, poprzedził ją dekret Naczelnika Państwa z 11.I.1919 r., który w niewielu szczegółach został zmieniony przez Sejm Ustawodawczy.

Możemy wobec tego stwierdzić, iż władze ustawodawcze Rzeczypospolitej wykazały w tej dziedzinie bardzo ożywioną działalność. Fakt ten wymaga szczególnego podkreślenia, albowiem w zaraniu naszej Niepodległości Państwowej mieliśmy bardzo wiele spraw nagłych i pilnych, wymagających natychmiastowego załatwienia i ustawowego uregulowania.

Szybkie wydanie dekretu, a później ustawy z 19.V.20 r. byłoby jednak niemożliwe, gdyby nie prace rozpoczęte czasu okupacji. Prace te rozpoczęto jeszcze w Departamencie Pracy Tymczasowej Rady Stanu. Projekt Departamentu Pracy był raczej ogólną wytyczną, a nie projektem ustawy. Dopiero w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy w r. 1918 opracowano projekt ustawy w formie technicznie skończonej. Jako Minister Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy — złożyłem w dniu 23 sierpnia 1918 r. za Nr. 788/P. na Radzie Ministrów pierwszy projekt polski „ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby i wywołanej przez nią niezdolności do pracy". Nie mogę nie wspomnieć na tem miejscu ówczesnego naczelnika wydziału ubezpieczeń społecznych p. Feliksa Turowicza i ówczesnego nacz. wydz. p. Franciszka Sokala, którzy około tej pracy położyli wielkie zasługi. W motywach ogólnych do tego projektu podaliśmy wówczas kilka cyfr, które dawały obraz rozpaczliwego stanu zdrowotnego ludności zaboru rosyjskiego. W Warszawie epidemja duru plamistego do r. 1914 zabierała 0.14 na 10.000 ludności, zaś w r. 1917 aż 17.21 na 10.000, epidemja czerwonki przewyższała w 1917 r. 30 — 40-krotnie wszystkie dawniejsze epidemje tej choroby. Liczba skonów w Warszawie wzmogła się w r. 1917 do 41.3 na 10.000 ludności. Ludności naszego kraju groziło poprostu wymarcie, gdyby wojna trwała czas dłuższy. Cyfry śmiertelności w kilku ośrodkach przemysłu włókienniczego świadczą o słuszności tego twierdzenia.

Miasta	1913			1916		
	% ur.	% skon.	przyrost	% ur.	% skon.	ubytek
Zgierz	6.6	4.3	+ 2.3%	2.6	4.9	— 2.3%
Tomaszów	3.2	2.5	+ 0.7%	1.9	3.5	— 1.6%
Pabjanice	4.2	2.1	+ 2.3%	3.2	5.2	— 2%

Praca nasza w dziedzinie ubezpieczeń na wypadek choroby, wykonywana w najgorętszych warunkach politycznych, była obowiązkiem narodowym, by dzięki ubezpieczeniom choćby częściowo złagodzić klęski wojny, głodu, moru masowego i bezrobocia.

Pracę tę rozpoczęto w czasie okupacji a ukończyły ją już władze Niepodległej Rzeczypospolitej, wydając Dekret z 11.I.1919 r., a później ustawę z 19.V.1919 r. Jakkolwiek warunki polityczne ułatwiały tę pracę w Niepodległej Polsce w tej dziedzinie, pozbyliśmy się bowiem władzy okupantów, staliśmy się państwem suwerennem, mimo to trudności jej były jeszcze bardzo wielkie. Organizowaliśmy wówczas nasze życie państwowe w czasie wielkiego niepokoju społecznego, w okresie wojny i niebywałego

wprost bezrobocia. Według obliczeń (zapewne nie ścisłych) mieliśmy w r. 1919 miljon bezrobotnych. Liczba robotników przemysłowych nie przekraczała 1.300 tysięcy osób. Możemy wobec tego śmiało stwierdzić, iż nasze życie przemysłowe, z wyjątkiem bardzo nielicznych warsztatów przemysłowych, zamarło zupełnie.

Jakie jest znaczenie społeczne i higjeniczne Ustawy z 19.V.1920 r.? Już w „motywach do projektu rządowego" z r. 1918 powiedziano, iż „obowiązek ubezpieczenia się winien być rozciągnięty na wszystkich utrzymujących się z zarobku". Zrealizowaliśmy tę zasadę w projekcie z r. 1918, przejęła ją także ustawa z 19.V.1920 r. W chwili obecnej powszechny przymus ubezpieczenia osób, żyjących z najmu pracy, jest omal że truizmem. Jednak przed laty 12, żadna z ustaw obowiązujących nie znała tak daleko posuniętej powszechności i dlatego ten przepis ustawy z 19.V.1920 r. jest momentem przełomowym w rozwoju ubezpieczeń, w dziejach ubezpieczeń na wypadek choroby całego świata. Ustawa nasza nakłada na Kasy Chorych obowiązek udzielania świadczeń (w naturze) dla członków rodzin. Pojęcie członka rodziny jest w ustawie naszej znacznie szersze aniżeli w ustawodawstwie zagranicznem. Obowiązkowe świadczenia dla rodzin przewidziano jak głosiły jeszcze „motywy" projektu z r. 1918 w tym celu, aby „rodziny nie stawały się ciężarem dobroczynności publicznej". Dzisiaj może inaczej wyrażonoby te myśli a mianowicie, że dzięki tak szerokiemu pojęciu członka rodziny ubezpieczenia na wypadek choroby odciążają opiekę społeczną naszego samorządu terytorjalnego. Zmniejszając zakres osobowy członków rodzin uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kas Chorych musielibyśmy przerzucić obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej ludziom żyjącym z pracy najemnej na nasze miasta. W tym więc wypadku Kasy Chorych w myśl naszej ustawy ułatwiają pracę samorządom.

Jako lekarz nie mogę pominąć znaczenia terytorjalnej organizacji naszych Kas Chorych dla rozwoju lecznictwa. Ustawa tworząc Kasy wielkie i ich nadbudowę o charakterze przymusowym — Związki Kas Chorych — ułatwiła organizację lecznictwa specjalistycznego. Istnieją za granicą (także i u nas na Górnym Śląsku) Kasy Chorych, mające zaledwie 100 członków. Kasa tak mała nie może zatrudnić lekarzy specjalistów i zorganizować lecznictwa zakładowego, brak jej na to funduszów i możliwości organizacyjno - technicznych. I w tej dziedzinie ustawa nasza stanowi olbrzymi postęp w rozwoju ubezpieczeń społecznych, albowiem w chwili jej uchwalenia żadna ustawa zagraniczna nie zrealizowała tak konsekwentnie zasady terytorjalności.

Ustawa z 19.V.1920 r. została uchwalona, zakończył się okres pierwszy naszej pracy w tej dziedzinie i rozpoczął się okres drugi, znacznie trudniejszy — organizacyjny.

W r. 1928 czynne były już Kasy Chorych na terenie całej R. P. Nasze władze państwowe nie spieszyły się zbytnio — zupełnie słusznie — z organizacją Kas Chorych, zdając sobie sprawę z trudności na jakie ona napotka. Aktualnie pracuje w naszych Kasach około 5 — 6.000 lekarzy, a więc 2/3 z ogólnej liczby 9.000. Zatrudnienie tak wielkiej liczby lekarzy i ułożenie wzajemnego stosunku do instytucji na terenie b. dzielnicy rosyjskiej nieznanej, zaś w innych dzielnicach R. P. istniejącej w skali znacznie mniejszej aniżeli dzisiaj, musiało wywołać wiele tarć i nieporozumień wzajemnych. Opanowanie tego bardzo trudnego zagadnienia nie należało bynajmniej do rzeczy łatwych. Trudności w dziedzinie organizacyjnej zwiększał jeszcze brak lokali, ukwalifikowanego personelu administracyjnego i sanitarnego, a potrzeby i w tej dziedzinie były i pilne i nagłe.

Okres organizacyjny jest w ramach ustawy z 19.V.20 r. ukończony. Stworzono 243 Kas Chorych, opiekujących się 2.5 miljonami ubezpieczonych i takąż liczbą ich członków rodzin. Co szósty obywatel R. P. korzysta ze świadczeń Kasy Chorych. Wybudowano szereg zakładów leczniczych, zorganizowano administrację. Czy praca na terenie ubezpieczeń na wypadek choroby jest ukończona? Odpowiemy na to pytanie negatywnie, albowiem oczekuje nas w tej dziedzinie jeszcze praca bodajże większa. Walka z chorobami społecznemi (gruźlica, reumatyzm, choroby weneryczne) została zaledwie rozpoczęta. Musimy stworzyć szereg zakładów leczniczych do walki z temi klęskami. W innych dziedzinach na froncie walki z chorobami, musimy stworzyć taki system organizacji lecznictwa w Kasach Chorych, któryby nietylko umożliwiał choremu leczenie się u lekarzy specjalistów, lecz także i ułatwiał leczenie i zbliżył lekarza do chorego. W trosce o zdrowie obywateli R. P. nie możemy ograniczyć się do opieki nad człowiekiem chorym. Musimy wobec tego duży wysiłek skoncentrować w kierunku zapobiegania chorobom, stworzyć szereg instytucyj profilaktycznych, celem walki z chorobą. Musimy wreszcie powiązać działalność Kas i ich Związków tam w sposób bardziej organiczny, aniżeli się to działo dotychczas i jednocześnie uczynić to samo w stosunku do innych zakładów ubezpieczeniowych i samorządu terytorjalnego.

Oto rezultat działalności Kas Chorych w ciągu pierwszego dziesięciolecia i zadania na przyszłość najbliższą.

ALFRED KRIEGER.

PRACE NAD UBEZPIECZENIEM NA WYPADEK CHOROBY W OKRESIE OKUPACJI *)

Dnia 11 stycznia 1919 r. ukazał się w numerze Dziennika Ustaw Dekret Naczelnika Państwa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, będący pierwszym aktem ustawodawczym Niepodległej Polski w tej dziedzinie.

Dekret ten ukazał się dwa miesiące po powstaniu Niepodległej Polski. Dzisiaj po 11 przeszło latach nie odczuwamy już i nie możemy nawet zrozumieć wielkiej wagi faktu, iż w tak krótkim okresie dokonano tak wielkiej pracy ustawodawczej. Ukończenie jej nie byłoby jednak możliwe, gdyby nie praca w okresie poprzednim, za czasów wojny światowej i okupacji. Oczywiście, że teoretycznie jest zupełnie możliwe, iż „procul negotiis", zdala od wojny, można było spokojnie przygotowywać projekty ustawodawcze. A jednak nie było to ani tak łatwe ani tak zrozumiałe, jak nam się to dzisiaj może wydawać. Może nawet nie nam, ludziom którzy wojnę tę przeżyli, lecz pokoleniu, które nie znało wojny z własnej obserwacji. Nie na tem polegała trudność, iż ludność ziem okupowanych przymierała głodem, że nie miała ubrania i nie mogła zaspokoić najprymitywniejszych potrzeb. Te trudności mogła mała grupa osób opracowujących projekty ostatecznie przezwyciężyć. Były jednak trudności inne, z dziedziny „imponderabiljów". „Proklamacja dwuch cesarzy" z 5.XI.1916 r. umożliwiła utworzenie na terenie okupowanym pewnej części b. dzielnicy rosyjskiej t. zw. „Tymczasowej Rady Stanu" pewnego rodzaju rządu, którego organami były t. zw. departamenty. Między innemi powstał także i Departament Pracy. Twórcy i pracownicy tego departamentu zdawali sobie aż nadto dobrze sprawę z beznadziejności ich pracy w ówczesnych warunkach politycznych. Praca ich (jak wogóle całej T. R. S.) miała być w mniemaniu okupantów tylko obsłonką i usankcjonowaniem działalności władz okupacyjnych, wzmocnieniem ich politycznego stanowiska w Polsce. Trzeba było wiary i entuzjazmu pracowników Departamentu Pracy (ze względu na temat naszych rozważań, mówimy tylko o tym Departamencie) by rozpocząć pracę przygotowawczą, która miała wydać owoce dopiero w Niepodległej Polsce. A przecież wzmocnienie stanowiska politycznego okupantów na terenie b. dzielnicy rosyjskiej, odsuwało na najdalszy plan niepodległe państwo polskie, a tem samem i możliwość stworzenia organizacji ubezpieczeń na wypadek choroby, niezależnie od woli okupantów. Na tem właśnie polegają owe „imponderabilia" pracy tego Departamentu. Praca zdawałaby się beznadziejna, albowiem w ówczesnych warunkach politycznych realizacja była niemożliwa, została mimo wszystko wykonana. Z tych powodów warto dzisiaj po latach 13-tu, ex re dziesięciolecia ustawy z 19.V.1920 r. przejrzeć i ocenić początki pracy nad ubezpieczeniem na wypadek choroby, albowiem ułatwi nam to ocenę ustawy obowiązującej. Rekonstrukcja całkowita zamierzeń i wysiłków ówczesnych jest już dzisiaj niemożliwa. Burzliwy okres ten, jak i późniejszy (r. 1918/19), brak sił ukwalifikowanych i doświadczenia w tej pracy, uniemożliwił staranne przechowania aktów wszelakiego rodzaju, protokułów posiedzeń i t. d. Także i ich twórcy i uczestnicy nie zdawali sobie zapewne sprawy, że praca ich ma dużą wartość historyczną. Zaginęło z tego powodu wiele dokumentów, któreby mogły nam oświetlić wiele projektów ustawodawczych, zamierzenia i genezę tej pracy. Pewna część jednak istnieje i dzięki niej można zrekonstruować prace nad ubezpieczeniem na wypadek choroby w okresie okupacji.

Dnia 23.I.1927 r. utworzono na skutek uchwały wydziału wykonawczego Tymczasowej Rady Stanu (T. R. S.) Departament Pracy. „Dyrektorem jego mianowano Włodzimierza Kunowskiego, przywódcę Polskiej Partji Socjalistycznej, a wicedyrektorem, 7 lutego, Feliksa Turowicza".*)

Już po rozwiązaniu T. R. S. ukazało się sprawozdanie**) z jej działalności z którego dowiadujemy się także o działalności Departamentu Pracy. Działalność ta pomyślana była jako praca zbiorowa. Na XXI posiedzeniu T. R. S. w dn. 31.III.1917 r. zatwierdzono skład Rady Departamentu „Do Rady jako ciała opinjodawczego w sprawach z pracą związanych, powołano przedstawicieli instytucji w sferze działalności, w których te sprawy się znajdują i przedstawicieli grup bezpośrednio zainteresowanych, a więc pracodawców i pracowników oraz rzeczoznawców. Ogółem liczba członków wynosiła 35. (Tutaj wymieniono nazwiska członków Rady — Aut.) W planach Departamentu leżało wyłanianie przez Radę Komisji do spraw poszczególnych".

„Pierwsze posiedzenie Rady odbyło się dnia 1 kwietnia. Miało ono charakter informacyjny o działalności i zamierzeniach Departamentu. Zwołanie posiedzeń dalszych uległo początkowo zwłoce, wskutek nieobecności w Warszawie, następnie ciężkiej choroby dyrektora Departamentu, potem zaś sytuacja ogólna, stosunek niektórych stowarzyszeń pracowniczych, wreszcie zdekompletowanie Rady przez usunięcie się szeregu członków, uniemożliwiło dalszą jej działalność" (str. 30).

---

*) Wyjątek z większej pracy o historji ubezp. na wyp. choroby w Polsce Niepodległej.

*) Biuletyn Sekcji Ochrony Pracy, Min. Zdrowia Publ., Opieki Społ. i Ochrony Pracy Nr. 1 z 21.X.1918 r.

**) Prace Departamentów i Biur Tymczasowych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego, wykonane lub przygotowane przez czas jej istnienia tj. od dnia 15.I do 1.X.1917 r. Warszawa 1918.

Niejasne zwroty o „sytuacji ogólnej" i o „stosunku niektórych stowarzyszeń pracowniczych" świadczą, iż ówczesna sytuacja polityczna nie sprzyjała tej pracy. Redaktorzy sprawozdania o pracy T. R. S., wydając je z myślą o cenzurze niemieckich władz okupacyjnych, nie mogli opisać istotnego stanu rzeczy. O faktycznym stanie rzeczy dowiadujemy się z powołanego już wyżej Biuletynu (Nr. 1 str. 8). „W czerwcu obaj kierownicy złożyli dymisję z politycznych względów". Łagodniejsza już (w październiku 1918) cenzura okupantów pozwoliła ówczesnemu „Ministrowi Zdrowa Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy" (Rady Regencyjnej) odsłonić warunki pracy Departamentu Pracy T. R. S. Nie powiedziano jednak wszystkiego. Włodzimierz Kunowski umiera miesiąc po dymisji, zaś Feliks Turowicz zostaje wysłany do obozu jeńców. Praca Departamentu Pracy zostaje w czerwcu 1917 przerwana. Dopiero 10 sierpnia 1917 mianuje T. R. S. dyrektorem Departamentu Pracy Andrzeja Kaczorowskiego, który po kilku miesiącach umiera (27.II.1918). Okres prac Departamentu Pracy — aż do uwięzienia Feliksa Turowicza, ma dla historji ubezpieczeń na wypadek choroby bardzo wielkie znaczenie, zdziałano bowiem wówczas w najtrudniejszych warunkach politycznych bardzo wiele. Z powołanego już sprawozdania drukowanego T. R. S. dowiedzieliśmy się, iż próba pracy zbiorowej na szerszą skalę, w formie „Rady Departamentu" zawiodła w zupełności ze względu na trudności polityczne. Udała się ona jednak w mniejszym zakresie. Projektowana Rada pomyślana była jako ciało nadrzędne. Myślano także jak wynika ze sprawozdania, o tworzeniu „Komisji do spraw poszczególnych" („Komisja czasowa" — jak ją później nazwano) i taką komisję do spraw ubezpieczenia wypadek choroby faktycznie utworzono. W sprawozdaniu czytamy dalej (str. 31 i nast.): „Komisja do spraw Kas Chorych została utworzona w składzie: 1) W. Kunowski, 2) F. Turowicz, 3) M. Baumgart, 4) Z. Czubalski (3 i 4-ty urzędnicy Departamentu Pracy — Autor), 5) J. Adamski, 6) E. Bobrowski, 7) M. Lewy, 8) M. Luxenburg, 9) P. Minkowski".

Komisja ta odbyła dziewięć posiedzeń. Rozpatrywała ona i uchwaliła projekt o ubezpieczeniu obowiązkowem na wypadek choroby.

„Pierwotny tekst projektu, ułożony według paragrafów został opracowany w biurze Departamentu Pracy, gdzie również nagromadzono i przygotowano do użytku dane o Kasach Chorych w krajach ościennych. Najważniejszą czynnością Komisji było zdecydowanie szeregu kwestji spornych nastręczających się przy opracowaniu ustawy (jak przedstawicielstwo pracodawców we władzach Kas, wysokość składek, zakres świadczeń i t. p.) oparcie przyszłego ustawodawstwa na doświadczeniu dotychczasowych urządzeń w danym zakresie (Kasy Chorych za rządów rosyjskich), szpitale fabryczne, ogólny stan zdrowotności w kraju i t. p.

Powyższy projekt Komisji został wydrukowany (w 500 egz.), zarówno jako materjały prawno-porównawcze i liczbowe o Kasach Chorych w Niemczech, Austrji i Rosji (1.000 egz.).

W druku jest III zeszyt „Materjałów do ustawodawstwa społecznego" obejmujący kwestje sporne i przepisy do projektu ustawy". („Prace" str. 31 i 32).

Takie są dzieje pierwszego projektu ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. Widzimy, iż praca ta odbywała się w niezmiernie trudnych warunkach politycznych, bez jakiegokolwiek zainteresowania szerokiego ogółu. Także i na posiedzeniach plenarnych T. R. S. o ubezpieczeniach społecznych, jak wogóle zagadnień z dziedziny polityki pracy nie omawiano.. Na IV posiedzeniu (30.I.1917) dyrektor Departamentu Pracy zreferował sprawę ochrony robotników pracujących „poza krajem". I ta sprawa miała charakter polityczny, albowiem chodziło o opiekę nad robotnikami wywiezionymi przez okupantów w czasie wojny lub też o uwięzionych w Niemczech w chwili wybuchu wojny. Fakt małego zainteresowania wówczas temi zagadnieniami jest zupełnie zrozumiały. Sprawą dominującą były zagadnienia natury prawno-państwowej i wojskowej, polityka pracy musiała zejść siłą rzeczy na dalszy plan.

Kredyty przeznaczone na Departament Pracy T. R. S. świadczą jak trudnej pracy podjęli się Włodzimierz Kunowski i Feliks Turowicz. Ze sprawozdania T. R. S., o którem już wspomnieliśmy dowiadujemy się, iż na Departament Pracy preliminowano (za 8 miesięcy) na

wydatki zwyczajne	33.932.10 mk.
„ jednorazowe	10.100 „
Ogółem:	44.032.10 mk.
wydano:	34.308.52 mk.
pozostałość:	9.723.58 mk.

Na cały Departament wydawano zaledwie 4.000 mk. miesięcznie. Kwota pokrywała zaledwie szczupłe płace pracownicze i koszty lokalu. Sumy te na inne cele już nie wystarczyły.

* * *

Wspomnieliśmy już, powołując się na ogłoszone drukiem sprawozdanie T. R. S., iż pierwszy projekt ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby opracowało biuro Departamentu Pracy i że projekt został wydrukowany*). Na wstępie znajdujemy również informacje o owej Komisji do spraw Kas Chorych, o której wspomina sprawozdanie T. R. S. (str. 5): „Komisja utworzona w końcu lutego obradowała przez miesiące marzec i kwiecień, w maju i czerwcu zaś były tylko poszczególne wymiany zdań pomiędzy członkami Komisji w związku z ostatecznym opracowywaniem projektu". I dalej: „Referentem projektu z ramienia Departamentu Pracy był p. Mieczysław Baumgart, niektóre kwestje referował w Komisji p. Feliks Turowicz wicedyrektor Departamentu". W archiwum Departamentu Ubezpieczeń Społecznycmh naszego M. P. i O. S. zachowały się protokóły 8 posiedzeń tej Komisji (Sprawozdanie T. R. S. stwierdza, iż było 9 posiedzeń). Zapewne pro-

*) Materjały do ustawodawstwa społecznego zeszyt II. Obowiązkowe ubezpieczenie chorych w Polsce Niepodległej (Projekt ustawy). Warszawa 1917.

tokułu 9 posiedzenia nie sporządzono, albowiem faktyczny kierownik tych prac, Feliks Turowicz, został w maju 1917 r. zesłany przez niemieckie władze okupacyjne do obozu jeńców. Mimo, iż protokuły są niekompletne, umożliwiają one zrekonstruowanie obrad komisji oraz poglądy jej członków.

We wspomnianem już wydaniu projektu o obowiązkowem „ubezpieczeniu chorych" na wstępie ogłoszono zasady projektu, które są jednocześnie niejako uzasadnieniem projektu, wobec czego ogłaszamy je w całości:

1. Ubezpieczenie obowiązkowe ogarnąć winno jaknajszersze koła pracowników, wszystkich, utrzymujących się z pracy zarobkowej. Ze względu jednak na to, że wśród pracujących na zasadzie najmu istnieją bardzo poważne różnice stanowiska społecznego i że obowiązkowe współżycie grup ze sobą sharmonizowanych mogłoby nastręczyć poważne trudności, przyjęliśmy normę płacy rocznej (3600 marek), powyżej której obowiązek ubezpieczenia ustaje wraz z istotną potrzebą korzystania z kas chorych, których świadczenia nie mogą z natury rzeczy sięgać poza ograniczone rozmiary.

W granicach tego zarobku rocznego pociągnąć chcemy do obowiązku ubezpieczenia wszystkich pracowników, nie wyłączając grup najbardziej zaniedbanych, jak robotnicy rolni, służba domowa, oficjaliści biurowi, chałupnicy i t. p., dla których należyta organizacja zabezpieczenia w chorobie jest rzeczą najbardziej palącą. Pod tym względem, zwłaszcza gdy chodzi o robotników rolnych, wyprzedzamy ustawodawstwo niemieckie i austrjackie.

2. W zakresie świadczeń staraliśmy się ustanowić, jako minimum ustawowe to, co ustaliło się już w praktyce kas niemieckich i austrjackich. Nietylko więc świadczenia, przewidziane przez prawo, lecz wszystkie te, które wysunęło życie wielkich ośrodków przemysłowych i które zyskały już prawo obywatelstwa, jako świadczenia nieobowiązkowe.

Niezależnie tedy od 26-tygodniowego trwania pomocy lekarskiej i zasiłków pieniężnych, najdłuższego ze spotykanych w istniejącem ustawodawstwie, i 60% zasiłku dla wszystkich, utrzymujących rodzinę, wprowadzamy w projekcie naszym przedłużenie pomocy położnicom ponad 8 tygodni, gdy stan ich zdrowia tego wymaga, zasiłek dla matek, karmiących niemowlęta, wreszcie bezpłatną pomoc lekarską dla rodzin członków bez żadnych składek dodatkowych na ten cel.

3. Zgodnie z szeroko zakreślonemi świadczeniami kas przewidujemy składki w wysokości 5 do 6%.

Biorąc pod uwagę ustawodawstwo rosyjskie, które częściowo już było u nas stosowane w latach przedwojennych i uważając, że powiększanie ciężaru, przypadającego na ubezpieczonych z tego tytułu, jest rzeczą niedopuszczalną, projektujemy, by ubezpieczeni sami wnosili 3/5, a pracodawcy 2/5 składek z tym, że pomoc w chorobach, wynikających z nieszczęśliwych wypadków, podobnie jak to było przez dłuższy czas zastosowania przepisów rosyjskich, spadać będzie w całości na koszt pracodawców.

4. W sprawie organizacji uważaliśmy, że kasy chorych powinny oprzeć się na zasadzie samorządności, aby ubezpieczenie na wypadek choroby stało się istotnie rzeczą samych ubezpieczonych i we wszystkich szczegółach odpowiadało ich potrzebom i wymaganiom. Ponieważ udział pracodawców w kierownictwie kas należy do zasad ogólnie przyjętych na Zachodzie, ponieważ rzeczą wysoce pożądaną jest usunięcie w miarę możności przewidywanych tarć i przyśpieszenie wprowadzenia w życie tej instytucji, projekt Departamentu przewidywał, że pracodawcy mieć będą udział w kierownictwie w ilości 1/3 ogółu członków wszelkich władz kasy, podobnie jak jest to przyjęte w Niemczech i Austrji. Natomiast większość komisji wypowiedziała się za przeprowadzeniem zasady samorządności w najdalej idącym i najkonsekwentniejszem jej ujęciu: ponieważ pomoc w chorobie dotyczy bezpośrednio i najistotniej samych ubezpieczonych, — w ich rękach znajdować się winno całkowite kierownictwo kas. Pracodawcy zaś mieliby wtedy prawo nadzoru ze względu na interes materjalny w tej sprawie: zabezpieczenie należytej gospodarki kas, najwłaściwszego użytkowania funduszów, które oni w znacznej części złożyli.

5. Zasadą najbardziej różniącą projekt nasz od ustawodawstwa niemieckiego i austrjackiego — jest przyjęty przez nas system kas terytorjalnych, usuwający wszelkie inne typy kas chorych (fabryczne, cechowe, zawodowe itp.), których istnienie gmatwa w niesłychany sposób praktyczne zastosowanie ubezpieczenia na wypadek choroby. Stajemy pod tym względem na poziomie dążeń kas niemieckich i austrjackich, które w imię potrzeb ogółu ubezpieczonych od szeregu lat niezmiennie pragną wprowadzenia jednolitości ubezpieczenia na wypadek choroby w postaci kasy miejskiej lub powiatowej, obejmującej wszystkich ubezpieczonych, zamieszkałych na określonym terytorjum.

Projekt jest rozbity na rozdziały i paragrafy, których jest ogółem 48. Omówimy je szczegółowo na tle obrad „komisji czasowej" o której mówiliśmy poprzednio.

Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się dnia 28 lutego 1917 w obecności wszystkich członków pod przewodnictwem Włodzimierza Kunowskiego. Przed obradami merytorycznemi przeprowadzono bardzo ciekawą dyskusję nad „aktualnością Kas Chorych w chwili obecnej". Jeden z członków Komisji twierdził, iż sprawa, „nie jest paląca", że opracowanie jest rzeczą możliwą, lecz realizacja „bodajże niemożliwa". Natomiast większość domagała się omówienia na Komisji zasad projektu, albowiem instytucja Kas Chorych nie wymaga „specjalnych środków finansowych ze strony państwa polskiego", wobec czego może być w krótkim czasie zrealizowana przynajmniej w większych ośrodkach. Argumenty te przekonały komisję poczem przystąpiono do obrad nad „metodą pracy przy opracowaniu projektu Kas Chorych". Dyskusja na ten temat ma dla rozwoju naszych ubezpieczeń w Polsce Niepodległej pewne znaczenie. Powstało bowiem zagadnienie czy rozpocząć prace komisyjne od opracowania całkowitego planu pol-

skiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego, czy też ograniczyć się do ubezpieczenia na wypadek choroby a uwzględnić tylko w ich budowie organizacyjnej możność rozszerzenia i na inne działy ubezpieczeń. Głównym argumentem programu węższego była obawa, iż program zakrojony na zbyt szeroką skalę, byłby w ówczesnych warunkach politycznych nierealny i mógłby sparaliżować wogóle zrealizowanie ubezpieczenia na wypadek choroby. Zwyciężyła koncepcja programu węższego, jednocześnie przyjęto jako zasadę „uwzględnienie potrzeby skoordynowania wszelkich ubezpieczeń społecznych w przyszłości" mówiąc terminologją dzisiejszą przyjęto w organizacji naszych ubezpieczeń społecznych zasadę scalenia organizacyjnego ryzyk. Uchwała ta jest chlubną kartą w dziejach naszych ubezpieczeń społecznych, mającą wagę tem większą, iż przyjęto ją w pierwszym dosłownie okresie naszych prac w tej dziedzinie. Należy podkreślić ten fakt z całym naciskiem, albowiem stanowi on także ważny etap w dziejach ubezpieczeń społecznych wogóle. Można znaleźć w literaturze ubezpieczeniowej dowody, iż postawiono już wcześniej zasadę scalenia ubezpieczeń, jednak koncepcja nie przekroczyła granic studjów teoretycznych. Jako zagadnienie praktyczne zostało ono postawione u nas już w r. 1917. Od tej chwili nie schodzi ona więcej z porządku dziennego i w licznych projektach ustawodawczych powtarzać się będzie aż po dzień dzisiejszy.

W myśl § 1 projektu „dla obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby i wywołanej przez nią niezdolności do pracy tworzą się Kasy Chorych po jednej na każdy powiat. Dla miast, mających ponad 50.000 ludności, tworzą się oddzielne Kasy miejskie".

Z brzmienia tego przepisu widzimy, iż projekt był w tej dziedzinie awangardą postępu. Nie było w r. 1917 ani jednego kraju w którym wówczas zrealizowanoby zasadę terytorjalności organizacji. Istniały tylko usiłowania (zrealizowane) mające na celu zmniejszenie liczby Kas Chorych i rozmaitości ich typów (R. V. O. i r. 1912) jednak zasady terytorjalności tak konsekwentnie przeprowadzonej nie postawiono nigdzie. Rzecz charakterystyczna, że „Komisja czasowa" nie zgodziła się (w swej większości) na ten przepis projektu. Jakkolwiek wszyscy członkowie Komisji uznawali tę zasadę, mimo to mieli bardzo wiele zastrzeżeń, które faktycznie, gdyby zostały pomieszczone w projekcie, unicestwiłyby zasadę terytorjalności. Jeden z członków Komisji był zdania, iż w Warszawie powinno być tyle Kas Chorych „ile okręgów milicyjnych, a lepiej jeszcze po 2 — 3 na okręg". Także i na prowincji winno być więcej Kas, albowiem „jedna Kasa na powiat nie wystarczy, powinna być Kasa w każdej gminie". Być może, że wnioskodawca mówiąc o Kasach miał na myśli oddziały, albo też protokuł niezbyt jasno oddał myśl jego. Oczywiście, że byłaby to organizacja terytorjalna tylko de nomine, nie dająca tych korzyści jakich się po niej można spodziewać, t. zn. utworzenia Kas odpowiednio wielkich. Propozycja jednego z członków Komisji, by określić maximum liczby ubezpieczonych nie znalazła większości, zupełnie słusznie zresztą, gdyż koncepcja wydałaby w praktyce fatalne następstwa.

Z obrad Komisji wynika, iż niejednokrotnie nie zdawano sobie sprawy z rozmiarów zadań, jakie kasa chorych ma wypełnić. Jeden z członków Komisji proponował by istniała Kasa któraby się opłacała. „W razie większych obszarów mogą być tworzone oddziały lub wyznaczeni agenci". Z propozycji tych widocznem jest, że wnioskodawca myślał kategorjami prywatno - ubezpieczeniowemi. Mimo to, iż przypuszczano, że 30 proc. ludności będzie podlegało obowiązkowi ubezpieczenia, sądzono, jak świadczy omówiona propozycja, że nie będzie trzeba otwierać oddziałów Kasy, a wystarczy tylko jedna centrala. Po długiej dyskusji większość komisji zmieniła projekt Departamentu w sposób następujący: „tworzą się terytorjalne Kasy Chorych, obejmujące zwarte terytorjum, na którym ilość ubezpieczonych wynosi conajmniej 5.000". Projekt Departamentu był słuszniejszy, albowiem precyzował jasno zakres terytorjalny Kas Chorych, natomiast poprawka umożliwia tworzenie kilku Kas w jednym powiecie. Sprawa zakresu osobowego nie wywołała poważniejszej różnicy zdań. Ubezpieczeni podlegać mieli (§ 2) „utrzymujący się z płacy zarobkowej na zasadzie najmu o ile pobierają nie więcej niż 3600 mk. rocznie. Wartość marki roku 1917 nie odbiegała zbytnio od jej parytetu w złocie tak, że granica 3.600 mk. nie była zbyt niska. W myśl R. V. O. w brzmieniu ówczesnem podlegali ubezpieczeniu zarabiający 2.500 marek rocznie. Oczywiście, że Departament Pracy myśląc faktycznie o realizacji projektu musiał liczyć się, ze względu na stosunki polityczne ówczesne, ze stanem ustawodawstwa niemieckiego.

Słabszą natomiast stroną tego §-u jest uwaga, bezpośrednio po nim następująca, która głosi, iż „w liczbie obowiązkowo ubezpieczonych znajdują się między innemi". I tutaj wymieniono zupełnie dowolnie szereg grup zawodowych (robotnicy rolni i leśni, służba domowa, nauczyciele i wychowawcy, chałupnicy, osoby zatrudnione czasowo itd.), a zapomniano o robotnikach przemysłowych. Już sam fakt umieszczenia „uwag" w ustawie świadczy o braku wyrobionej techniki ustawodawczej. § 2 jest to ius cogens, wobec czego ta uwaga mogłaby być uważana tylko za pewnego rodzaju interpretację autentyczną. Stało się to na skutek propozycji jednego z członków Komisji, który zaproponował, by „wymienić wątpliwe grupy ubezpieczonych". Dość ożywioną dyskusję wywołała sprawa przymusu ubezpieczenia pracowników samorządowych i państwowych. Rezultatem tej dyskusji była jednogłośna uchwała, którą znajdujemy w projekcie w formie uwagi 2 do § 2, która głosi: „Urzędnicy i pracownicy państwowi oraz osoby zatrudnione w przedsiębiorstwach państwowych mogą być zwolnione od obowiązku należenia do Kas Chorych, o ile otrzymują świadczenia nie niższe od zapewnionych im przez niniejszą ustawę".

Sprawa udzielania świadczeń przymusowych członkom rodziny ubezpieczonego („które są na utrzymaniu członków") przewidziane w § 5 projektu nie wywołała na posiedzeniach Komisji poważniejszej różnicy zdań. I w tem miejscu musimy podkreślić śmiałość projektu. Nie było wówczas ani jednej ustawy, w której przewidzianoby świadczenia człon-

kom rodzin jako świadczenia obowiązkowe. Na komisji ścierały się poglądy w kwestji ponoszenia kosztów leczenia ubezpieczonych i ich rodzin w Kasach Chorych. Niektórzy członkowie stali na stanowisku, iż koszt leczenia powinien obciążać pracodawcę, powołując się w tej mierze na przepisy ustawy ros. 1912. Jeden z członków Komisji twierdził nawet, iż „istnieje u robotników świadomość, iż koszta pomocy lekarskiej ponosi pracodawca, z tą rzeczą trzeba się bezwzględnie liczyć". Uchwalono większością głosów po bardzo długiej dyskusji, że „leczenie będzie się odbywało na koszt pracodawcy w granicach pewnego maximum". W projekcie ogłoszonym drukiem opinji tej jednak nie ogłoszono. W aktach Dep. Pracy T. R. S. nie udało się nam odnaleźć żadnych dokumentów, któreby tłómaczyły pominięcie opinji większości komisji w projekcie ogłoszonym drukiem.

Dyskusja nad tą sprawą jest odgłosem przebrzmiałych już wówczas walk o ustawę o ubezp. na wypadek choroby w dumie carskiej. W drugiej części tego rozdziału, zdając sprawozdanie z poglądów opinji publicznej w tej dziedzinie omówimy ją dokładniej.

Bez zmian przyjęła Komisja projekty Dep. Pracy w sprawie grup zarobkowych, które uchwalono w sposób następujący:

Do I należą wszyscy zarabiający w ciągu 4 ostatnich tygodni obrachunkowych do 30 Mk. włącznie, ich płaca ustawowa za okres 4-tygodn. wynosi 30 Mk.

od	II	do	31— 40	 40	„
„	III	„	41— 50	 50	„
„	IV	„	51— 60	 60	„
„	V	„	61—80	 80	„
„	VI	„	81—100	 100	„
„	VII	„	101—125	 125	„
„	VIII	„	126—150	 150	„
„	IX	„	151—175	 175	„
„	X	„	176—200	 200	„
„	XI	„	201—250	 250	„
„	XII	„	251—300	 300	„

Większość Komisji oświadczyła się za zasiłkiem 60 proc. dla utrzymujących rodzinę i 40 proc. dla samotnych. Stylizacja tego przepisu w projekcie (§ 7) jest niewłaściwa z powodu zbytniej ogólnikowości. Wyższy zasiłek (60 proc.) przyznaje się wówczas „o ile chory utrzymywał ze swego zarobku lub w przeważającej części krewnych lub inne osoby". Ta stylizacja, szczególnie wprowadzenie pojęcia „inne osoby", mogłaby być w praktyce przyczyną setek nieporozumień i ułatwiłaby nadużycia. Ten sam błąd, może jeszcze w większej mierze, powtarza się ex re świadczeń leczniczych członkom rodzin, albowiem w myśl § 17 projektu „Kasa udziela ..... bezpłatnej pomocy lekarskiej ..... osobom mieszkającym wspólnie z ubezpieczonym i utrzymywanym wyłącznie lub przeważnie z jego zarobku".

Długość świadczeń 26 tygodni (ubezpieczonym) i 13 tygodni (rodzinom) nie wywołał również różnicy zdań. Natomiast okres wypłacania zasiłku połogowego był przedmiotem bardzo ożywionych debatów. Były propozycje bardzo daleko idące, maksymalna 4 tygodnie przed i 8 tygodni po porodzie. W rezultacie postanowiono zwrócić się w tej sprawie o opinję do Komisji lekarskiej, oznaczając jako minimum świadczeń 2 tygodnie przed porodem i 6 tygodni po porodzie. Nie udało nam się odnaleźć protokułów posiedzeń tej Komisji tak, że nie wiemy, jaki był przebieg obrad. Z opinją tej komisji zapoznajemy się tylko ze sprawozdania komisji czasowej złożonego na posiedzeniu w dn. 27.IV.19 r., które brzmi: „Komisja lekarska uważa, że pomoc winna obejmować 8 tygodni, z których dwa mogą przypadać na czas przed porodem. Okres pomocy przed porodem może być przedłużony na zasadzie specjalnego zaświadczenia lekarskiego.

Matkom karmiącym niemowlęta, należy przyznać zasiłek dodatkowy w naturze na czas 12 tygodni po porodzie (np. w mleku, kaszy itp.).

Gdyby pomoc była wymagana przez czas dłuższy od powyżej określonego, jest ona udzielana na ogólnych zasadach pomocy chorym".

W projekcie (§ 14) przyjęto wnioski Komisji lekarskiej. Inne przepisy projektu z dziedziny świadczeń, jak zasiłek na koszty pogrzebu członka (§ 16), wynoszący 3-tygodniową płacę ustawową i członka rodziny (§ 17) wynoszący połowę zasiłku pogrzebowego członka Kasy, jak również zasiłek szpitalny (30 proc.), przewidziany w § 10 nie wywołały sprzeciwu członków Komisji i przyjęte zostały bez dyskusji.

Charakterystyczny jest jeden przepis, pomieszczony w rozdziale „świadczenia" w § 12, który głosi: „Zasiłek pieniężny dla członka, otrzymującego w czasie choroby zasiłki z innej jeszcze instytucji ubezpieczeniowej ulega w Kasie Chorych zmniejszeniu w ten sposób, aby całość otrzymywanych zasiłków nie przewyższała rzeczywistej płacy chorego"*). Nad tym przepisem nie przeprowadzono dyskusji, nie znamy więc poglądów członków komisji na to zagadnienie. Przepis ten jest jednak charakterystycznym przyczynkiem dla ducha i poglądów twórców projektu. Entuzjazm i wiara w swe dzieło była tak wielka, iż wyobrażali sobie oni, iż ustawa, gdy zostanie wprowadzona w życie, nie natrafi na żaden sprzeciw. Że żaden czynnik społeczny (pracodawcy przedewszystkiem) nie odważy się oponować przeciw bądź co bądź bardzo wielkiej reformie społecznej, jaką stałyby się w ówczesnych stosunkach politycznych ubezpieczenia na wypadek choroby. Twórcy ustawy sądzili zapewne, że utrzymają się wszelakiego rodzaju Kasy pomocy istniejące w b. dzielnicy ros. w fabrykach większych. Nie przypuszczali oni, iż projekt ustawy nawet w czasie okupacji i kilka lat później w Niepodległej Polsce, spotka się z wielkim sprzeciwem. „Mamy wielką rzeszę robotników rolnych — mówił jeden z członków Komisji na posiedzeniu w dniu 28.II.1917 — których pracodawcy są również przychylnie usposobieni dla projektu Kas Chorych". Twórcy ustawy nie wiedzieli, że właśnie ta grupa najostrzej wystąpi przeciw realizacji ubezpieczenia

*) Rzecz charakterystyczna, iż w najnowszym projekcie rządowym nowelizującym II ks. R. V. O., złożonym Parlamencie Rzeszy Niem. znajdujemy przepis analogiczny. „Reichstag" nie zdążył uchwalić noweli z powodu rozwiązania.

na wypadek choroby w Polsce, i uzyska zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia robotników rolnych w b. dz. ros. a częściowo także w b. dzieln. austr.

Także i merytorycznie biorąc przepis ten jest niesłuszny. Świadczenia instytucyj ubezpieczeń społecznych są tytułem prawno - publicznym a zmniejszenie ich rozmiaru lub czasu trwania może nastąpić tylko w wypadkach w ustawie przewidzianych i nie może być uzależnione od czynnika trzeciego, na który instytucja ubezpieczeniowa, udzielająca świadczeń, nie ma żadnego wpływu. Na usprawiedliwienie tego przepisu trzeba jednak podnieść, iż w ówczesnej literaturze teoretycznej zagadnienie „zabezpieczenia" i „ubezpieczenia" nie były jeszcze tak dokładnie opracowane i omówione, jak dzisiaj.

Projekt tkwi w wielu wypadkach jeszcze w pojęciach prawodawstwa rosyjskiego w szczególności, opiera się także na zasadach ustawy ros. z 1912 r. o odpowiedzialności pracodawcy za wypadki i ustawy ros. z r. 1866 nakazującej pracodawcom udzielania pomocy lekarskiej robotnikom u nich zatrudnionym. Szczególnie charakterystyczny jest § 24 projektu, który głosi: „Jeżeli ubezpieczony obowiązkowo zachoruje zagranicą, otrzymuje on należny mu z Kasy zasiłek w półtorakrotnej wysokości od pracodawcy, który winien w ciągu tygodnia zawiadomić Kasę o nastąpieniu choroby. Kasa zwraca w tym wypadku koszta poniesione przez pracodawcę".

Przepis ten byłby oczywiście w praktyce nierealny zwłaszcza, iż w myśl § 22 ubezpieczony, który „przestaje należeć do Kasy z powodu braku zatrudnienia ..... zachowuje w ciągu miesiąca swe prawo do świadczeń na czas nie dłuższy od 4 tygodni".

Twórcy projektu nie mogli „oderwać" się od ustawy rosyjskiej zr. 1912, której właściwie nie można nazwać ustawą o ubezpieczeniu na wypadek choroby, lecz Kasą zapomogową na wypadek choroby, w myśl której pracodawcy mają obowiązek opłacania pomocy lekarskiej. Źródeł tego rodzaju koncepcji szukać należy w braku zrozumienia istoty i zadań ubezpieczeń na wypadek choroby, jakoby wypłata zasiłków była ich funkcją najważniejszą.

Najżywszą bodajże dyskusję wywołały na komisji „esentionale negotii", każdej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, sprawa kierownictwa instytucją. Zagadnienie to nazwano w protokule obrad komisji (dyskutowano nad tą sprawą na posiedzeniu w dniu 20-go kwietnia 1927 r.) „typem organizacji i stosunkiem głosów". Dyskusję zagaił Feliks Turowicz — który stwierdził, iż „Kasy Chorych powinny mieć ustrój samorządny, sami ubezpieczeni powinni decydować o sprawach Kasy". Feliks Turowicz postawił wówczas zasadę, która dopiero 7 lat później została zrealizowana w ustawodawstwie czeskiem, a mianowicie „pracodawcy kontrolują gospodarkę, dbają o to, aby pieniądze nie szły na inny użytek". Inny członek Komisji skonkretyzował te zasady w sposób następujący: „zarząd mógłby być w rękach ubezpieczonych, oddzielny zaś komitet pracodawców miałby prawo wglądania w gospodarkę Kasy, obecności na zebraniach ogólnych i posiedzeniach Zarządu z głosem doradczym". Ten pogląd nie znalazł uznania wszystkich członków komisji, gdyż jeden z nich twierdził, iż „uchybiałoby to robotnikom, którzy winni mieć również prawo kontroli i vice versa, pracodawcy winni mieć udział w kierownictwie". Argument ten nie jest odpowiedzią na tezę omówioną wyżej, albowiem jest ona zrealizowaniem zasady jednego z wnioskodawców, iż „sprawą pomocy lekarskiej są zainteresowani tylko ubezpieczeni, pracodawcy dbać muszą o zabezpieczenie swych interesów materjalnych". Inny członek komisji obawiał się „czy odseparowanie całkowite pracodawców od pracowników nie wytworzy warunków niepożądanych dla rozwoju Kas i jeszcze wyraźniejszego przeciwstawienia się stron". W dyskusji rzucono nową koncepcję zupełnie nierealną, że „pracodawca w gronie swoich przedstawicieli powinien wyznaczyć pewną ilość członków Kasy (1/10 np. z jego połowy powinnaby być dana robotnikom według jego wyboru)". Protokuł zapewne niezbyt jasno oddał myśl wnioskodawcy. Projektodawca pragnął zapewne stworzyć nową kategorję delegatów t. j. robotników delegowanych przez pracodawców. Oczywiście, że teoretycznie można obmyśleć taką koncepcję, w praktyce byłaby to faktycznie grupa zastępująca interesy pracodawców. Rezultatem tej bardzo charakterystycznej dyskusji było złożenie dwóch wniosków konkretnych: 1) Komisja rewizyjna składająca się tylko z pracodawców (w dyskusji nazwano ją komitetem nadzorczym pracodawców dla zabezpieczenia ich interesów), 2) wspólne organa wybierane w stosunku 1/3 pracodawcy i 2/3 ubezpieczeni. Pierwsza propozycja uzyskała większość. Projekt większości brzmi (§ 34): „Władze Kasy powstają z wyboru samych ubezpieczonych. Dla zabezpieczenia interesów materjalnych pracodawców tworzy się Komitet pracodawców. Komitet ten czuwa nad zgodnością postępowania władz z ustawą i statutem, nad zgodnością wydatkowania z budżetem, dba o usunięcie marnotrawstwa w gospodarce Kasy. Przy nadużyciach w powyższych wypadkach Komitetowi przysługuje skarga do władzy nadzorczej. Członkowie Komitetu pracodawców mają prawo obecności na zebraniach ogólnych i posiedzeniach Zarządu z głosem doradczym".

Wnioskodawcy stanęli na stanowisku bardzo radykalnem, a jednocześnie dali Komitetowi pracodawców bardzo wielkie uprawnienia, przysługujące zazwyczaj władzy nadzorczej. Komitet miałby czuwać „nad zgodnością postępowania władz z ustawą i statutem" czyli posiadałby uprawnienia władzy nadzorczej, jednak bez jakiejkolwiek egzekutywy. Zwrot o „usunięcie marnotrawstwa" jest bardzo nieszczęśliwy, albowiem pojęcie „marnotrawstwa w gospodarce" jest bardzo względne. Zapewne wielu członków „Komitetu pracodawców" uważałoby, szczególnie w pierwszym okresie istnienia Kas Chorych, przekroczenia granic „medicinae pauperum" za marnotrawstwo. Z tego powodu powstałyby spory i tarcia ,które mogłyby wpłynąć ujemnie na prace władz Kas Chorych.

W projekcie Departamentu Pracy „zebranie ogólne" składa się z delegatów wybranych w 2/3 przez ubezpieczonych, a w 1/3 przez pracodawców, zatrudniających ubezpieczonych.

Twórcy ustawy nie zdawali sobie sprawy z liczby osób, która będzie podlegała przymusowi ubezpieczenia, albowiem przewidzieli organizację aktu wyborczego w sposób nierealny. W myśl § 33 projektu istnieć miały w K. Ch. organa następujące: zebranie ogólne, Zarząd, Komisja rewizyjna i sąd polubowny. W myśl § 34 „wybory delegatów (na zebranie ogólne) dokonywane są na specjalnych zgromadzeniach. .....Dopuszczalny jest podział na grupy terytorjalne. Na zebraniach członków Kasy i pracodawców, zwoływanych dla wyboru delegatów, głos mają zainteresowani bez różnicy płci, o ile ukończyli 20 rok życia". Zwołanie takich „zgromadzeń specjalnych" w Kasach wielkich byłoby technicznie niezmiernie trudne, mimo podziału na grupy terytorjalne.

Wyborów w Kasach wielkich, dokonywanych w ten sposób (Warszawa, Łódź itd.) nie możnaby przeprowadzić a organizacja owych „zgromadzeń specjalnych", a więc zebranie kilku tysięcy osób, celem wyboru delegatów byłoby niesłychanie trudne. W myśl projektu obowiązkowi ubezpieczenia podlegać mieli także i robotnicy rolni, wobec tego i na wsi trudności techniczne takich „specjalnych zgromadzeń" byłyby bardzo wielkie.

Propozycję Departamentu, by udział pracodawców w składkach oznaczyć na 3/5, ubezpieczonych na 2/5 przyjęto bez dyskusji. Ten stosunek przejęto z ustawy rosyjskiej, utrzymano go także w projekcie (§ 26).

Wysokość składki ustalono na 5 — 6% a mianowicie (§ 27) „przy założeniu Kasy nie powinny one przewyższać 5% płacy ustawowej. Później mogą być podniesione do 6%, o ile jest to wymagane dla udzielania świadczeń obowiązkowych". Uchwała Komisji zawiera jeszcze jeden szczegół nie uwzględniony jednak w projekcie a mianowicie: podwyższenie składek ponad 6% na żądanie władzy nadzorczej. W projekcie podwyższenie to możliwe jest na skutek uchwały ubezpieczonych i pracodawców. Na tem posiedzeniu (27.IV.1913 r.) mówiono także, jak stwierdza protokuł, o „egzekutywie Kas", t. j. o sposobie ściągania składek. Zaproponowano ściąganie ich przez milicję „na zasadzie rozporządzenia Zarządu Kasy..... Spory idą do odpowiednich władz". Propozycję tę przyjęto z tem, że „terminy płacenia składek winny być (ustalane) w odstępach dwutygodniowych". Uchwała ta nie została umieszczona w projekcie tak, że o sposobie egzekwowania składek nie ma w projekcie wzmianki i kwestja wogóle nie została uregulowana.

Ponadto uchwaliła Komisja wniosek, który był ze względów formalnych, pomijając względy natury rzeczowej, zupełnie nierealny, a mianowicie: „przy wprowadzeniu prawa (tj. ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby) niezbędny jest odrazu fundusz umożliwiający funkcjonowanie Kas. W tym celu zaprojektowano awans pracodawców w wysokości przybliżonej składki 2-tygodniowej". Pomijając już nikłość tej kwoty, jest rzeczą niemożliwą, by ustawa mogła nałożyć na pracodawców obowiązek wpłacenia pożyczki przymusowej, nie dając jednocześnie żadnych sankcyj celem przymusowego ściągania tych kwot.

Ostatniem zagadnieniem omawianem przez Komisję była sprawa Związków Kas Chorych. Departament zaproponował jeden „Związek obowiązkowy o rozległych funkcjach lustracyjnych". W czasie dyskusji wyjaśniono, iż Związek ten miałby następujący zakres działania: reasekurację (rozumiano przez nią udzielanie pożyczek w czasie epidemji), zakładanie wspólnych instytucyj leczniczych, lustracje, udzielanie wskazówek praktycznych i prowadzenie statystyki. Propozycje Departamentu nie zyskały aprobaty Komisji, która domagała się stworzenia kilku Związków dobrowolnych. W myśl tych propozycyj byłyby to Związki celowe, zakładane dla celów specjalnych („każden z nich ma pewien określony cel specjalny"). Gdyby istniał jeden Związek wówczas „ująłby on ster Kas w swoje ręce i gospodarka wszystkich Kas zależałaby od kierownictwa Związku, nie dającego się łatwo usunąć, nawet w razie niezdolności". Nie godzono się również na lustrację przez Związki przymusowe, albowiem „przymusowa kontrola Związku naruszałaby samorządność Kas, ta zaś jest kamieniem węgielnym zaufania do nich". Rzecz charakterystyczna, że w tej dziedzinie nie godzono się na jakikolwiek postęp ustawodawczy, w stosunku do ustawodawstwa austrjackiego i niemieckiego mimo, iż naogół rzucano hasła bardzo radykalne. Nawet tak skromny i celowy zakres działania, jak wydawanie instrukcyj, nie znalazł aprobaty komisji albowiem „Kasy Chorych są obowiązkowe, wszystkie powstaną jednocześnie, to też dawanie wzorów, szerzenie idei organizacyjnej, korzystanie z doświadczenia innych Kas nie znajduje w nich takiego zastosowania, jak w spółkach (spółdzielniach) spożywczych lub kredytowych". Po tej dyskusji przyjęto „zasadę dobrowolności Związków bez ograniczenia kompetencji". Uznano za pożądane wyszczególnienie w prawie (w ustawie), jako przykładów, zadań, uznanych w Niemczech i Austrji". Departament Pracy przyjął te zasady w projekcie. W § 42 przewiduje projekt tworzenie związków Kas, które, „mogą tworzyć Związki Okręgowe i ogólnokrajowy oraz zawierać układy dla celów wspólnych". Do zakresu działania miała należeć także i „kontrola działalności poszczególnych Kas, w szczególności należyta kontrola chorych". Rzecz charakterystyczna, że w tym §-ie zezwolono związkom na „zakładanie i utrzymywanie aptek", nie przyznano natomiast tego prawa Kasom Chorych. Sądzimy, iż jest to rzecz przypadkowa, wynikła z niewyrobionej techniki ustawodawczej.

Statuty Związków byłyby zatwierdzane przez władze nadzorcze. Byłyby to zatem instytucje prawno-publiczne, członkostwo miałoby jednak charakter dobrowolny.

Posiedzenie na którem omawiano te zagadnienia (27.IV.) odroczono na dzień 4 maja z porządkiem obrad: „władza nadzorcza i rozstrzyganie sporów". Nie wiemy, czy ono się wogóle odbyło, albowiem nie udało nam się odnaleźć protokułów obrad. We wstępie do omówionego projektu ogłoszonego drukiem zaznaczono, iż „komisja utworzona w końcu lutego, obradowała przez marzec i kwiecień, w maju i czerwcu zaś były tylko poszczególne wymiany zdań pomiędzy członkami komisji w związku z ostatecznym opraco-

waniem projektu". Również i opinji na piśmie członków komisji, nie udało nam się odszukać. Musimy się więc z konieczności ograniczyć tylko do zreformowania tego rozdziału na podstawie projektu ogłoszonego.

W myśl § 43 nadzór państwowy wykonywać miało „Ministerjum Pracy" za pośrednictwem „Okręgowych Urzędów Pracy", jako pierwszej instancji. Obowiązkiem władzy nadzorczej jest (§ 44) czuwanie „nad przestrzeganiem ustawy i statutu przez Kasy Chorych". Przepisy dalsze tego §-u przejęto z §-u 30 niem. R. V. O., i zezwalają także władzom nadzorczym na nakładanie kar pieniężnych „na osoby uchylające się od spełnienia obowiązków". Przepis ten jest bardziej rygorystyczny aniżeli ustawa niemiecka. Przez „osoby" można rozumieć także i ubezpieczonych, natomiast ustawa niemiecka zezwala tylko na karanie członków władz Kas Chorych (§ 31 niem. R. V. O.).*)

W rozdziale o przepisach karnych (ostatni rozdział projektu) pomieszczono przepis o możliwości karania przez Kasę za przekroczenie „przepisów obowiązujących dla chorych" oraz za „niewpłacanie składek" (§ 45). Natomiast pracodawców „za nieuwiadomienie Kasy . . . . . o przyjęciu osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia lub za potrącenie z zarobku pracowników sum większych od przepisanych przez ustawę" — karać mogła władza nadzorcza na wniosek Zarządu (§ 46).

W projekcie pomieszczono wreszcie przepis, którego dotychczas nie spotykamy w żadnej ustawie, treści następującej: „Za zatrzymanie na swój użytek potrąconych z zarobku pracowników części składek pracodawca odpowiada przed właściwym sądem karnym, który może orzec karę więzienia do roku, grzywnę do 3.000 mk. oraz pozbawienie praw obywatelskich". Jest to kwalifikacja przestępstwa polegająca na naruszeniu „dobra poruczonego". Sądy Najwyższe zagraniczne kwalifikowały wprawdzie w ten sposób w swych wyrokach tego rodzaju czyny, jednak ustawodawstwa ubezpieczeniowe zagraniczne tego rodzaju przepisu nie znają. Z przepisów karnych widoczna jest tendencja: brak zaufania do pracodawców, szczególnie w b. zaborze rosyjskim, którzy pociągnięci do płacenia nieznanej im daniny prawnopublicznej (składki) będą starali się wszelkiemi sposobami unikać jej płacenia.

Taka jest treść pierwszego projektu o ubezpieczeniu na wypadek choroby za czasów okupacji. Znaczenie jego jest w dziejach naszych ubezpieczeń na wypadek choroby bardzo wielkie. Nietylko moralnego rzędu, lecz także i faktyczne. Projekt ten, mimo braki, które omówiliśmy, jest olbrzymim postępem, którego znaczenie sięga poza granice naszego kraju mimo, iż jego technika ustawodawcza jest jeszcze bardzo słaba, wiele przepisów niejasnych. Terytorjalność organizacji i obowiązkowość świadczeń członkom rodzin — oto dwie zasady, które nadają projektowi znaczenie historyczne.

*) W ustępie 2-im § 31, R. V. O. wymienia osoby na które władze nadzorcze mogą nakładać kary pieniężne, a mianowicie: na członków władz kasy, ich mężów zaufania, urzędników i pracowników.

Dr. RAFAŁ BUBER.

DEKRET Z II. I. 1919 A USTAWA Z 19. V. 1920

Obchodząc 10-lecie ustawy z 19 maja 1920, nie powinniśmy zapomnieć o tem, że jubilatka nie była pierwszą ustawą w Niepodległej Polsce, która ubezpieczenie chorobowe normowała; poprzedził ją dekret z 11 stycznia 1919 Nr. 9 Dz. Praw P. P. poz. 122.

Dekret ten mało komu w Polsce znany, żył krótko i tylko „na papierze", bo nigdy nie został wykonany; rocznik Dziennika Praw Państwa Polskiego, w którym był ogłoszony, był mu kolebką a zarazem i trumną, ale jako jedna z pierwszych poważnych prób podjętych przez młode Państwo w dziedzinie ustawodawstwa społecznego*), zasłużył sobie na to, by go dzisiaj, chociażby na chwilę, wydobyto z lamusa zapomnienia i skonfrontowano z ustawą z 19 maja 1920 r., która na nim się wzorowała.

Dekret wydany został w miodowych miesiącach Niepodległej Polski, w atmosferze gorącego zapału, jaki odrodzeniu Jej towarzyszył i który też w wysokim stopniu udzielił się autorowi dekretu.

To też jak gdyby z niemieckim poetą Schillerem (w Odzie do radości) chciał objąć miliony, autor w art. 4 postanawia że obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegają „wszyscy utrzymujący się z pracy najemnej" a w art. 5 między rozlicznemi kategorjami robotników i urzędników wymienia urzędników i pracowników państwowych oraz robotników i urzędników dróg żelaznych. Według tych dwóch artykułów dekretu podlegały więc obowiązkowemu ubezpieczeniu w Kasach Chorych wszystkie bez wyjątku osoby utrzymujące się z pracy najemnej od wodonosa począwszy aż do naczelnego dyrektora największego trustu spółek akcyjnych, od kandydata na prowizycznego woźnego aż do Prezesa Rady Ministrów.

Gdyby ten radykalizm dekretu (ze względu na powszechność ubezpieczenia) był się utrzymał, Polska przodowałaby wszystkim krajom całego świata, gdyż niema dotychczas żadnego ustawodawstwa, któreby powszechność ubezpieczenia ujęło w sposób tak prosty i żadnych niedopuszczający wyjątków.

Ale niestety, autor — jak gdyby w duszy jego powstały wątpliwości, czy w nowo-odrodzonej Polsce, w szczególności w b. zaborze rosyjskim, dla którego w pierwszym rzędzie dekret był przeznaczony,

*) W związku z tem wspomnieć należy o dekrecie z 23.11.1918 Nr. 17 poz. 42 Dz. Pr. P. P. o 8-godzinnym dniu pracy i o dekrecie z 3.I.1919 o urządzeniu i działalności inspekcji pracy Nr. 5 poz. 90.

znajdą się dostateczne siły potrzebne do zorganizowania tak wszech-powszechnych Kas, obejmujących cały świat pracy, już w następnych artykułach niweczy to co z takim zapałem głosi artykuł czwarty.

I tak stanowi dekret w art. 10 i 1, że urzędnicy i pracownicy państwowi i gminni, robotnicy i urzędnicy dróg żelaznych i kolejek podjazdowych, załoga statków i personel żeglugi oraz osoby zatrudnione w przedsiębiorstwach państwowych i gminnych a także w prywatnych przedsiębiorstwach górniczych, rolnych i leśnych, mogą być zwolnione od obowiązku należenia do kas chorych, o ile otrzymują od swych pracodawców świadczenia nie niższe od zapewnionych im przez kasy właściwego okręgu.

Zwolnienie tych kategoryj następuje na wniosek pracodawcy, do którego należy dołączyć dowód świadczący, że wniosek odpowiada życzeniu absolutnej większości osób zatrudnionych w danem przedsiębiorstwie.

Ustawa z 19 maja 1920 trzeźwiejsza od dekretu, pod względem powszechności nie idzie tak daleko jak dekret w art. 4, gdyż z góry wyklucza od ubezpieczenia urzędników państwowych powołanych przez nominację, pracowników kolei państwowych odsyła do oddzielnych kas a pozwala zwolnić się od ubezpieczenia osobom zastępującym bezpośrednio właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, o ile zarobek ich przekracza 7.500 zł. rocznie, ale pozatem nie uznaje żadnych wyjątków ani wyłomów z pod ubezpieczenia i dlatego w efekcie jest radykalniejszą niż dekret.

Natomiast pod innym względem — o ile idzie o zakres osobowy — dekret stoi znacznie wyżej od ustawy z 19 maja 1920 gdyż prawo do świadczeń przyznaje w art. 67 nietylko wszystkim członkom rodziny, o których wspomina ustawa w art. 33 ale także i *t. zw. towarzyszkom życiowym* t. j. żonom nieślubnym, które późniejsza ustawa prawa tego pozbawiła.

Ta zmiana na gorsze dała Albertowi Thomasowi, dyrektorowi Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie, asumpt do wypowiedzenia gorzkich i bolesnych słów pod adresem Polski.

„A przecież stosunki zmieniły się na lepsze. W średnich wiekach matki - panny palono na stosie, dziś pozwala im się ginąć z braku opieki na wypadek choroby".

W Austrji, gdzie od lat rządzi większość chrześcijańsko - społeczna, przekonaniowo i programowo nieuznająca wolnych związków, ustawy społeczno-ubezpieczeniowe zrównały towarzyszki życiowe z żonami ślubnemi, nazywając je dla uspokojenia sumienia „gospodyniami".

Miejmy nadzieję że i w Polsce ta wielka krzywda, o której mówimy, zostanie naprawioną przy sposobności uchwalenia reformy ubezpieczenia społecznego.

Składka według dekretu wynosiła 5%, ulegała jednak obowiązkowemu podwyższeniu, skoro nie wystarczała na pokrycie świadczeń ustawowych i innych wydatków statutowych.

Pomoc jaką dekret zapewnia obowiązkowo ubezpieczonym na wypadek choroby, obraca się mniej więcej w granicach zakreślonych później przez ustawę, zachodzą jednak pewne różnice na niekorzyść ubezpieczonych.

I tak bezpłatna pomoc lekarska trwać może najdłużej 26 tygodni, wprawdzie w wypadku kiedy ubezpieczony nie pobiera zasiłku, może być tak jak według ustawy przedłużoną do 39 tygodni, natomiast brak przepisu, że takie przedłużenie pomocy lekarskiej do 39 tygodni jest obowiązkowem dla Kas istniejących 3 lata.

Świadczenia nadzwyczajne a zatem i przedłużenie czasokresu pomocy lekarskiej dla wszystkich ubezpieczonych dopuszczalne są ale nieobowiązkowe wówczas, skoro fundusze Kasy na to pozwalają a muszą być wprowadzone dopiero wówczas, skoro fundusz zapasowy podwoi się w porównaniu z najniższą wymaganą wysokością (art 68 i 171).

Zasiłek wypłaca się począwszy od drugiego dnia niezdolności do pracy, wynosi on 60% płacy ustawowej, o ile ubezpieczony w całości lub w części utrzymuje ze swego zarobku rodzinę wspólnie z nim zamieszkałą, w innych wypadkach tylko 40% (art. 49).

Statut może ustanowić:

a) że zasiłek pieniężny członka, otrzymującego z tytułu niezdolności do pracy pomoc pieniężną z innej jeszcze instytucji ubezpieczeniowej, lub otrzymującego od swego pracodawcy w czasie niezdolności do pracy część pensji lub płacy roboczej, ulega w Kasie Chorych zmniejszeniu w ten sposób, aby całość otrzymywanych zasiłków nie przewyższała rzeczywistego zarobku chorego;

b) że zasiłki pieniężne nie są przez Kasę Chorych wypłacane, jeżeli ubezpieczony pobiera od swego pracodawcy (przedsiębiorcy prywatnego, gminy lub państwa) w czasie niezdolności do pracy całkowitą pensję lub płacę roboczą z tytułu prawa, umowy lub zwyczaju (art. 54).

Pod względem organizacji, dekret przewiduje takie same organa jak ustawa a zatem Radę Kasy, Zarząd Kasy, Komisję Rewizyjną, Komisję Rozjemczą i Komisję Pojednawczą do spraw z lekarzami.

Związki Kas według dekretu nie są obowiązkowe, mogą ale nie muszą być tworzone.

Kierownictwo sprawami ubezpieczenia społecznego wykonywa Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej i w tym celu tworzy Urzędy ubezpieczeń *z udziałem przedstawicieli pracodawców i pracowników w jednakowej liczbie.*

Aż do zorganizowania Urzędów ubezpieczeń Ministerstwo Pr. i O. Sp. czuwa bezpośrednio nad przestrzeganiem przez Kasy Chorych dekretu i statutu. Może ono zawieszać w czynnościach władze Kasy, przyczem dekret nie wspomina o tem, jaki organ ma wejść w miejsce zawieszonej władzy; prawo mianowania komisarzy nadane zostało Ministerstwu dopiero w ustawie z 19 maja 1920.

Nie ulega kwestji, że dekret przygotowany i wydany wśród okoliczności niepozwalających na zbiorową naradę i na oparcie się na dłuższem doświadczeniu, wykazuje pewne braki w porównaniu z ustawą, w szczególności pod względem objętości świad-

czeń, ale dwa momenty zapewniają mu chlubną pamięć w historji ustawodawstwa społecznego w Polsce a mianowicie zrównanie towarzyszki życiowej z członkami rodzin i wprowadzenie czynnika obywatelskiego do Urzędów Ubezpieczeń.

W okresie dla ubezpieczenia społecznego w Polsce tak uroczystym, nie będziemy wyciągali wniosków z różnic, jakie zachodzą między dekretem a ustawą, nie będziemy wydawali sądu, który z tych aktów ustawodawczych jest lepszy i bardziej swemu zadaniu odpowiada, zadowólmy się świadomością, że ustawa z 19 maja 1920 należycie wykonywana, mimo pewnych braków i niedomagań, jest jedną z najlepszych ustaw o ubezpieczeniu chorobowem, jakie znamy i że dekret z r. 1919 pozostanie na zawsze dokumentem historycznym, świadczącym, że jedną z pierwszych myśli Odrodzonej Polski była myśl o opiece nad chorym człowiekiem pracy.

KAROL BARAŃSKI.

ORGANIZACJA I ROZWÓJ KAS CHORYCH W WOJEWÓDZTWACH POZNAŃSKIEM I POMORSKIEM

Z dniem 19 maja 1920 r. upływa 10 lat od uchwalenia przez Sejm Ustawodawczy ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. Fakt wprowadzenia jednolitych przepisów w zakresie ubezpiepieczenia na wypadek choroby na terytorjum Państwa Polskiego z wyłączeniem Górnego Śląska, nasuwa szereg refleksyj na temat historycznego znaczenia rozwoju ubezp. społ. w Polsce, szczególnie, jeśli idzie o terytorjum Województw Poznańskiego i Pomorskiego.

Do chwili wprowadzenia wspomnianej ustawy istniały na terytorjum Województw Poznańskiego i Pomorskiego Kasy Chorych najróżniejszego typu: terytorjalne, miejscowe i ziemskie, zawodowe wzgl. fabryczne i cechowe, działające na podstawie Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z dn. 19.VII.1911 r. Takich Kas było bardzo wiele (np. w samym mieście Poznaniu dwadzieścia i kilka). Ustawa polska wprowadziła jedynie typ terytorjalny, wobec czego należało przystąpić do likwidacji przedewszystkiem wszystkich Kas nieterytorjalnych a z pośród terytorjalnych t. zw. Kas ogólno - miejscowych wyznaczyć te, które kwalifikowały się do organizacji Kas typu polskiego z przejęciem agend wszystkich innych Kas, działających dotąd na terytorjum powiatów czy też miast, wydzielonych o własnem terytorjum powiatu miejskiego.

Minister Pracy i Opieki Społecznej i Minister B. Dzielnicy Pruskiej po porozumieniu się wydali rozporządzenie z dn. 27.VII.1920 r., (Dziennik Urzędowy M. B. Dz. Pruskiej Nr. 45) na zasadzie którego najpóźniej do 1.10.1920 r. miały być zorganizowane Kasy Chorych w B. Dzielnicy Pruskiej w myśl ustawy z dnia 19.V.1920 r. pod kierownictwem komisarzy, zamianowanych w 58 okręgach kasowych.

Zakres działania komisarzy, sposób organizacji Powiatowych Kas Chorych oraz likwidacji Kas, które miały być rozwiązane, został określony w przepisach wykonawczych, wydanych przez Min. B. Dzielnicy Pruskiej z dn. 3.VIII.1920 r. (Dz. Urz. M. B. Pr. Nr. 45). Przy organizacji Kas Chorych Min. B. Dz. Pr. (Wydział Ubezpieczeń Społecznych), sprawując nadzór nad wszystkiemi zakładami ubezpieczeń społecznych w B. Dzielnicy Pruskiej, posługiwało się do pewnego stopnia Urzędami Ubezpieczeń, działającemi na podstawie Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy, poruczając im czuwanie nad czynnościami komisarzy i komunikowanie się w tej sprawie z wspomnianym Wydziałem Ubezpieczeń Społecznych. Komisarzy mianowano w myśl wspomnianych przepisów wykonawczych Min. B. Dzielnicy Pruskiej na propozycje starostów i prezydentów miast. Przeważnie zamianowano Dyrektorów tych Kas Chorych, które wyznaczone zostały jako przyszłe powiatowe Kasy.

Organizacji Powiatowych Kas dokonano w dość szybkiem tempie, bowiem wybory do władz autonomicznych zostały przeprowadzone bezpośrednio po ukazaniu się przepisów wyborczych, wydanych przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej dn. 21.III. 1921 r. (Dz. U. Rz. P. Nr. 35 poz. 211).

Dokonana w ten sposób organizacja Kas Chorych w Województwach Poznańskiem i Pomorskiem natrafiała na poważne trudności, z któremi walczył nieustannie Wydział Ubezpieczeń Społecznych Min. B. Dz. Pr. Okazało się bowiem, że Urzędy Ubezpieczeń przy Starostwach, czuwając nad prawidłowem przeprowadzeniem likwidacji starych a organizacji nowych Kas nie zawsze stały na wysokości zadania, zapewne z powodu braku wykwalifikowanego personelu. Przytem materjał osobowy, jakim się posługiwać musiano, mianując komisarzy, nie był najlepszy, albowiem młodsze i więcej kwalifikujące się jednostki powołane były do obrony kraju przed nawałą bolszewicką.

Ministerstwo B. Dzielnicy Pruskiej, widząc, że organizacja Kas w licznych wypadkach zawodzi, zarządziło lustrację wszystkich organizujących się Kas przez specjalnego urzędnika ministerjalnego. Niezależnie od tego naczelnik Wydziału Ubezpieczeń Społecznych osobiście przeprowadzał lustracje. Skutek był ten, że w szeregu wypadkach nastąpiła zmiana na stanowisku Komisarza.

Niemniej poważne trudności nasuwało praktyczne wykonanie przepisów wykonawczych w sprawie obowiązujących wówczas jeszcze przepisów niemieckiej ustawy z dnia 26.9.1919 r. o zapomogach dla położnic poza b. linją demarkacyjną jeżeli świadczenia na mocy tej ustawy udzielane były wyższe niż świadczenia z ustawy z dn. 19.V.1920 r., jak również przejmowanie urzędników, pracujących w Kasach podlegających likwidacji. Przepisy wykonawcze z dnia 3.VIII.1920 r. obowiązywały komisarzy do przejęcia

urzędników, mających kontrakty długotrwałe, na dotychczasowych warunkach i wyznaczania im odpowiedniego zajęcia. Ażeby zapobiec, by zarządy likwidujących się Kas Chorych nie nadużywały swoich kompetencyj w okresie likwidacyjnym, Min. B. Dzielnicy Pruskiej rozporządzeniem z dnia 28.VII.1920 r. (Dz. Urz. B. Dz. Pr. Nr. 45) zabroniło Zarządom Kas rozporządzać majątkami Kas w innych celach jak dla świadczeń ustawami przepisanych oraz przyjmować urzędników i ustanawiać ich dożywotnio lub z prawem emerytury.

Organizujące się Kasy Chorych z uwagi na przepis art. 23 II ustawy z dn. 19.V.1920 r. przyjęły zasadę, że, kontynuując istniejące z czasów niemieckich ubezpieczenie na wypadek choroby w warunkach nieomal identycznych, istniały dłużej niż lat 3 i dlatego przedłużyły okres świadczeń z góry do 39 tygodni. Zasadę tę ustalono w statutach, których normy były opracowane w Min. Pracy i Opieki Społecznej.

Min. B. Dielnicy Pruskiej urządzało zjazdy wszystkich komisarzy, na których wyczerpująco omawiano bieżące sprawy organizacyjne. Zjazdy te odbyły się w dniach 10 listopada 1920 r., 12 maja 1921 roku i 6 grudnia 1921 r. W dalszym ciągu w dniach 16 — 19 lutego 1922 r. odbył się w Warszawie Zjazd przedstawicieli Kas poznańskich i pomorskich pod przewodnictwem Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy w sprawie organizacji lecznictwa kasowego.

Z dniem 1 kwietnia 1922 r. jednocześnie z likwidacją Min. B. Dzielnicy Pruskiej, powołany został do życia pierwszy w Polsce Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu (Rozporządzenie Min. Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27.III.1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 194), którego dyrektorem został mianowany dotychczasowy kierownik Wydziału Ubezpieczeń Społecznych Karol Barański. Z tą chwilą zorganizowane już w Województwach Poznańskiem i Pomorskiem Kasy podlegały specjalnie w tym celu ustanowionej władzy nadzorczej po myśli art. 98 ustawy z dnia 19.V.20 r.

Dla Kas Chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego nastała tem samem nowa era w dalszym ich rozwoju, albowiem Zarządy Kas i dyrektorowie mieli odtąd sposobność bezpośredniego komunikowania się z czynnikiem fachowym i miarodajnym we wszystkich zagadnieniach ubezpieczeń na wypadek choroby. Liczne lustracje Kas, przeprowadzane bądź to przez dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, bądź wydelegowanych urzędników Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, przyczyniły się do pomyślnego rozwoju Kas w dziedzinie finansów i sprawności administracyjnej.

Na Zjeździe przedstawicieli Kas Chorych w Poznaniu dn. 6.12.1921 r. poruszono sprawę powołania do życia Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu. Wydział Ubezpieczeń Społecznych Min. B. Dzielnicy Pruskiej, podjąwszy inicjatywę, porozumiewał się z Min. Pracy i Opieki Społecznej, na skutek czego Rozp. Min. Pracy i Opieki Społecznej z dn. 17.5.1922 r. celem zorganizowania Związku zamianowano Komisarzem ś. p. Jana Frydrychowicza, dyrektora Kasy Chorych m. Poznania, który po zatwierdzeniu przez władze nadzorcze dnia 9.10.1922 r. statutu, przeprowadził wybory do władz Okręgowego Związku Kas Chorych na Województwo Poznańskie i Pomorskie.

Do licznych zadań Okręgowego Związku Kas Chorych należało między innemi uregulowanie stosunku między Kasami a Związkiem Lekarzy w sprawie lecznictwa kasowego a zwłaszcza wysokości opłat. Sprawa ta przedstawiała się zupełnie odmiennie, aniżeli w innych dzielnicach Państwa, albowiem Związek Lekarzy godził się jedynie na system leczenia we własnych gabinetach lekarzy, a nie godził się zasadniczo na system leczenia ambulatoryjnego. Tymczasem z inicjatywy Związku Lekarzy wzgl. Izby Lekarskiej Wojewodowie Poznański i Pomorski wydali cennik opłat lekarskich, oparty na systemie punktowym. Cennik ten spowodował, że wydatki na honorarjum lekarskie wzrosły niepomiernie, zagrażając finansowemu rozwojowi Kas. Z biegiem czasu liczne Kasy domagały się ograniczenia tych wydatków do pewnego ryczałtu. Porozumienie w tym sensie uzyskano z szeregiem organizacji obwodowych Związku Lekarzy i ustalono ryczałty od 17 do 20% sumy przypisanych składek.

W październiku 1928 r. Związek Lekarzy wystąpił z żądaniem znacznego podwyższenia tego ryczałtu domagając się równocześnie, by Okręgowy Związek Kas Chorych w imieniu Kas zrzekł się prawa zakładania ambulatorjów kasowych. Pertraktacje prowadzone między przedstawicielami obu Związków miały wynik negatywny, wobec czego powstał stan bezkontraktowy, który Kasom Chorych, zwłaszcza Województwa Poznańskiego przyniósł ogromne straty materjalne z powodu wzmożonych wydatków na leki i zasiłki pieniężne.

Dopiero w końcu lutego 1929 r. doszła do skutku umowa t. zw. ramowa obowiązująca do 31.VIII.1931 roku. Umowa ta nie przyniosła materjalnej korzyści lekarzom, gdyż poniekąd przywróciła tylko „status quo ante" z tem, że w Toruniu i w Mogilnie wolno Kasom Chorych urządzić ambulatorjum kasowe.

Sprawność Kas Chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego tymczasem rozwijała się znakomicie. Na skutek zarządzenia władz nadzorczych z dniem 1 stycznia 1925 r. wprowadzono we wszystkich Kasach jednolitą książkowość systemu podwójnego (amerykańskiego). Utrudniło to wszelkiego rodzaju malwersacje a umożliwiło dyrektorom i Zarządom Kas oraz władzom nadzorczym dokładną orjentację o każdorazowym stanie finansowym Kasy.

Pomieszczenia biur i lokali Kas Chorych były w chwili powstania Państwa Polskiego szczupłe i niehigjeniczne, a ponadto zupełnie niewystarczające w chwili wprowadzenia ustawą z dn. 19.V.1920 r. ich organizacji terytorjalnej. To też, przeważnie w okresie inflacji, Kasy Chorych nabywały własne gmachy, w których umieszczano administrację Kasy w warunkach bardziej dogodnych i higjenicznych.

Niektóre Kasy, idąc po linji nowoczesnych wymagań, budowały własne gmachy, w których przedewszystkiem urządzono zakłady przyrodoleczniczе, kładąc nacisk na to, by ubezpieczonym umożliwić korzystanie z kąpieli leczniczych, zwłaszcza tam, gdzie dane miasto takich urządzeń nie posiadało.

W pewnym stopniu wzorowano się na urządzeniach tego rodzaju w innych dzielnicach Polski, w którym to celu przedstawiciele Kas Chorych w sierpniu 1928 roku zwiedzili Kasy Chorych w Białej, Bielsku i t. d.

Jedną z najważniejszych akcji Kas Chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego jest tworzenie t. zw. stacyj sanitarnych a raczej ośrodków zdrowia, powołanych do życia w tym celu, by z pomocą wykwalifikowanej pielęgniarki otaczać opieką chorych wedle wskazówek lekarskich, i udzielać pierwszej doraźnej pomocy w wypadkach nagłych oraz by odwiedzając rodziny ubezpieczonych szerzyć zasady higjeny i profilaktyki. Takich stacyj Województwa Poznańskie i Pomorskie posiadają około 100, a praktyka wykazuje że jest ich jeszcze za mało wobec uzyskanych korzystnych rezultatów. Niektóre większe tego rodzaju stacje obejmują w osobnych pomieszczeniach również opiekę nad matką i dzieckiem lub przychodnie dla chorych na gruźlicę, a tu i owdzie posiadają nawet łazienki. Każdą stacją sanitarną (ośrodek zdrowia) kieruje lekarz kasowy.

Gospodarka Kas Chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego stoi naogół na wysokim poziomie. Oczywiście nie ma reguły bez wyjątku. Niestety tu i owdzie zakradły się nieporządki, których nie mogły tolerować władze nadzorcze. To też cały szereg Kas znajduje się obecnie w administracji komisarycznej. Należy się spodziewać, że akcja władz nadzorczych przyniesie danym Kasom plon doskonały z pożytkiem dla ubezpieczonych, instytucji i Państwa.

SPIS PRAC NAUKOWYCH LEKARZY KAS CHORYCH

(Dalszy ciąg)

Dr. Władysław Borkowski (Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie): W sprawie leczenia ropni opłucnej.

Dr. Jan Żurkowski (P. K. Ch. Kielce): 1) O stopniach peryskopijności szkieł okularowych. Odbitka z „Kliniki Ocznej", zesz. III/1925.

2) Punkty kardynalne soczewki okularowej. Odb. z „Kliniki Ocznej", zesz. I/1927.

Dr. Grauberg (P. K. Ch. Ostrowiec): O paluchu kośławym. „Polski Przegląd Chirurgiczny". Zesz. II/1926.

Dr. Róża Goldman-Schieberowa (P. K. Ch. Sandomierz): Głos lekarza kasowego w dniach walki z gruźlicą w Polsce. „Wiad. Lek." Nr. 9/1928.

Dr. Zygmunt Górka (P. K. Ch. w Chrzanowie): Ein Fall von Abriss der Sehne des Muscul. bicipit fem. „Zentralblatt für Chirurgie" Nr. 48.

Dr. Antoni Kuczewski (P. K. Ch. Nowy Targ): Leczenie klimatyczne gruźliczych schorzeń narządu ruchu, gruczołów chłonnych, otrzewnej, opłucnej i skóry z uwzględnieniem aktinoterapji sztucznej. Odb. z „Przeglądu Zdrojowo-kąpielowego" Nr. 7-8/1926.

Dr. Gustaw Nowotny (P. K. Ch. Nowy Targ): Leczenie gruźlicy chirurgicznej w Zakopanem. Zakopane.

Dr. Władysław Wrześniowski (P. K. Ch. Częstochowa):

1) Operacja żylaków kończyny dolnej sposobem Trendelenburga. „Medycyna".

2) **Biegański i Wrześniowski.** Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. „Medycyna". 1896. Nr. 44 i 45.

3) Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu. „Medycyna". 1898.

4) Leczenie otwartej gruźlicy stawów ropnej. „Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny". 1911.

5) Operation und offene Behandlungsmethode der eitrigen fistulösen Gelenktuberkulose. „Archiv. für klin. Chirurgie". Bd. 102, Hf. 1. 1913.

6) Die Ueberlappung der Bauchwand bei Operationen von Brüchen. „Archiv. für klinische Chirurgie". Bd. 106, Heft 1, 1914.

7) Leczenie gruźlicy chirurgicznej kąpielami słoneczno-powietrznemi w klimacie naszym. „Gazeta Lekarska". 1917. Nr. 16.

8) Operacje doszczętne przepuklin za pomocą zdwojenia ściany brzusznej. „Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny" 1917.

9) Spostrzeżenia własne o leczeniu propidonem spraw ropnych. „Polska Gazeta Lekarska" Nr. 10/1927.

Dr. J. Lipiński (P. K. Ch. Częstochowa): Zur Klinik und Prognose der Sturzgeburten. Wrocław, 1912.

Dr. Kazimierz Okuszko (P. K. Ch. Częstochowa):

1) Przypadek septycznego zakrzepu poprzecznego zatoki mózgowej z zajęciem błędnika (praca wspólna z D-rem Batawją).

2) Przyczynek do badań nad reakcją oczną Walf-Eisner-Calmette'a, 4 str.

3) Zadania lekarza w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych przy obecnej organizacji fabrycznej pomocy lekarskiej, str. 18.

4) Przypadek urazowego wypadnięcia pętli jelit przez kiszkę stolcową, str. 5.

5) Wyniki leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą, str. 30.

6) Wysypka płonicowata zakaźna, str. 6.

7) Lecznictwo a Kasy Chorych (Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr. 5, rok 1928 na str. 62).

8) Filozoficzna działalność Biegańskiego, str. 22, rok 1917. Wydawnictwo Tow. Op. Szkolnej (Kursy Samokształcenia w Częstochowie).

9) Stan obecny zagadnienia wzruszeń ,str. 14 (Wszechświat Nr. 1 i 2, rok 1911).

10) O hypnotyzmie (u zwierząt) „Wszechświat".

11) Psychologja uczuć — St. Ribit, przekład Kazimierza Okuszko (wydawnictwo Kasy Mianowskiego), rok 1901, str. 508.

12) Autoreferat w Przeglądzie Filozoficznym.

Dr. L. Batawia (P. K. Ch. Częstochowa):

1) Przypadek septycznego zakrzepu poprzecznej zatoki mózgowej z zajęciem błędnika (wspólnie z D-rem Okuszko). Medycyna i Kronika Lekarska 1909.

2) Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powikłań anginowych. Gazeta lekarska 1911, Nr. 44.

3) Zaburzenia słuchu i równowagi po salvarsanie. Gazeta lekarska 1913, Nr. Nr. 7 i 8.

4) O wskazaniach do podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej w zakrzepowem zapaleniu poprzecznej zatoki mózgowej. Gazeta Lekarska 1919 r. Nr. Nr. 41 i 42.

5) W sprawie wskazań do wycięcia migdałka. Lekarz Wojskowy 1921, Nr. 26.

6) Elektrokoagulacja w ryno-laryngologji. Warsz. Czasopismo Lekarskie 1925, Nr. 9.

7) Dwa przypadki zwężenia górnych odcinków oddechowych, leczone elektrokoagulacją (diatermją). Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 26.

8) Szczepionki w chorobach gardła, nosa i uszu. P. Przegląd oto-laryngologiczny, r. 1926.

9) W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych. P. Przegląd Oto-laryngologiczny, 1926. Nr. 3—4.

10) Diaphragma laryngis, leczona dyatermją. Warsz. Czasopismo Lekarskie 1927 r. Nr. 5.

11) Pięć ostatnich przypadków zakrzepowych zapaleń zatok mózgowych pochodzenia usznego. P. Przegląd Oto-laryngologiczny. 1928. Nr. 1—2.

12) Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Warsz. Czasopismo Lekarskie, 1929. Nr. 21.

Dr. Wacław Konar (P. K. Ch. Częstochowa): 1) Walka ze śmiertelnością niemowląt. „Zdrowie" 1906.

2) Mocz jako źródło zarazy. „Czasopismo Lek.".

3) Ueber Salzsaüre als Desinfection-Mittel für Exkremente. „Centralblat f. Bakteriologie".

4) Praktyczna wartość odczynu Wassermanna. „Przegląd lekarski" 1911.

5) O wykrywaniu i znaczeniu krwi utajonej w stolcach zapomocą prób katalitycznych w rozpoznawaniu owrzodzeń żołądkowo-kiszkowych. „Lekarz wojskowy" 1920.

Dr. Zygmunt Witkowski (Krzepice): Stan lecznictwa w okolicach Krzepic. „Zdrowie", 1902.

Dr. Henryk Czapnicki (K. Ch. m. Kraków): O leczeniu zapalenia płuc pochodnemi chininy. Kraków. 1929.

Dr. Franciszek Berezowski (P. K. Ch. Pilzno): 1) Kilka słów o osobowości psychopatologicznej, jako ważnym czynniku przy rozpoznawaniu chorób psychicznych. Odb. „Polska Gazeta Lekarska" Nr. 27/1927.

2) Próby leczenia niektórych procesów ekstrapiramidowych przez stosowanie As+Hg+J. „Nowiny psychjatryczne", Dziekanka 1925.

Dr. med. Bolesław Herman i doc. dr. Al. Oszacki (Kocmyrzów): Choroby przemiany materji i energji. Ak. Umiej. w Krakowie 1925.

Dr. Tadeusz Mayzel i dr. Fr. Kryształowicz (P. K. Ch. Tarnów): Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniem oleju szarego. Kraków.

Dr. J. Feig (P. K. Ch. Tarnów):

1) Uwagi o ślepocie zmierzchowej wśród ubezpieczonych Tarnowskiej Kasy Chorych. Odb. z „Kliniki Ocznej".

2) Ein Fall on Blepharochalasis. Odb. z „Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde".

3) Doświadczenie Allonal'em Roche z oddziału chorób oczu oraz nosa, gardła i uszu w P. K. Ch. w Tarnowie. „Gazeta Lek." 1929.

4) Przypadek conjunktivitis Parinandii. „Klinika oczna". Zesz. II/1926.

5) Przypadek szpary nerwu ocznego wśród tarczy. „Lekarz Wojskowy". 1921.

Dr. Bernard Molkner (P. K. Ch. Tarnów): O wartości leczniczej neosalutanu. „Medycyna", 1928.

Dr. Marjan Szuperski (P. K. Ch. Radom):

1) O zachowaniu się indykanu w surowicy krwi przy zaburzeniach czynności gruczołu tarczykowego. „Polska Gazeta Lek." Nr. 43, 1927.

2) L. Ptaszek i **M. Szuperski:** Tarczyca a przemiana spoczynkowa. Odb. „Polskie Arch. Medycyny Wewn." Zesz. 4/1928.

Dr. Mieczysław Kosiński (Okr. Zw. K. Ch. Kraków):

1) Technika zakładania opatrunku wedle metody Abotta w przypadkach skrzywień kręgosłupa. (Przegląd Lekarski r. 1913).

2) Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Doz. P. G. Konnew „Eine neue Methode der Arthrodese des Sprunggelenkes mittels Rippentransplantation". (Zentralblatt für Chirurgie 1924 Nr. 46).

3) Opieka nad dzieckiem ułomnem, jej zadania i cele. (Opieka nad dzieckiem, rocznik IV. 1926, zeszyt 6—7).

4) O prawdziwem kolanie szpotawem. (Polska Gazeta Lekarska 1927, 2).

5) O zadaniach państwowej opieki ortopedycznej nad ułomnem dzieckiem z uwzględnieniem odnośnego ustawodawstwa polskiego. (I Rocznik Polskiego Komitetu Pomocy Dzieciom 1927).

6) Technika mięsienia leczniczego. (Nakładem O. Z. K. Ch. 1927).

7) Gruźlica chirurgiczna. (Wiadomości Lekarskie 1928, Nr. 4).

Dr. Józef Spira (Okr. Zw. Kraków):

1) Przyczynek do patologji i kliniki nowotworów chrzęstnych krtani. Odb. z „Polskiej Gazety Lek." Nr. 3/1923.

2) O wskazaniach do wydługotania wyrostka sutkowego we wczesnych okresach ostrego zapalenia ucha środkowego. Odb. z „Pol. Gaz. Lek." Nr. 36—37/1927.

3) O brodawczakach krtani i ich leczeniu. „Pol. Gaz. Lek." Nr. 40/1927.

4) Przyczynek do leczenia ropni mózgu pochodzenia usznego. „Pol. Gaz. Lek." Nr. 41/1929.

5) Stany podgorączkowe w otorhinolaryngologji a niezdolność do pracy. „Pol. Gaz. Lek." Nr. 39/1929.

6) Zawroty głowy w przebiegu chorób usznych i stosunek ich do zawrotów w nerwicach. „Pol. Gaz. Lek." Nr. 43/1926.

7) Ueber die Indikationen zur Aufmeisselung der Warzenfortsatzes in Frühstadien der akuten Mittelohrentzündung. Sonderabdr. „Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie". H. I/1928.

8) Ueber Kehlkopfpapillome und deren Behandlung. „Monatsschrift für Ohrenheilkune". H. 4/1928.

9) Zmiany ucha wewnętrznego w przebiegu kiły wczesnej. „Pol. Gaz. Lek." Nr. 18—19 1924.

10) Ueber das Verhalten des gesunden Vestibularapparates bei einseitig Labyrinthlosen, nebst einigen Bemerkungen über die quantitative Prüfung der vestibularen Erregbarkeit. „Monatsschr. f. Ohrenheilkunde". H. 8/1922.

11) Eine seltene Komplikation nach Tracheotomie. „Monatsschr. f. Ohrenheilkune", H. 55/1921.

12) Nowsze metody leczenia gruźlicy krtani. „Polska Gaz. Lek." Nr. 44/1925.

Dr. Kazimierz Karelus (Okr. Zw. Kraków):

1) O zapaleniu wybroczynowem spojówek na tle zakażenia prątkiem Kocha-Weeksa. („Medycyna", Warszawa 1918, Nr. 7 i 8).

2) O rzadkiem powikłaniu zakażenia spojówki prątkiem Morax-Axenfelda. („Przegl. Lek.", Kraków 1919).

3) Badania nad anafilaksją spojówki. (Akademja Umiejętności krak. 1919).

4) Ueber die Anaphylaxie der Bindehaut.

5) O wartości sklerotomji krzyżowej Wicherkiewicza w jaskrze prostej. („Przegl. Lek.", Kraków 1920).

6) Badania serologiczne nad jaglicą. (Akademja Umiejętności, Krak. 1920).

7) O nadwrażliwości miejscowej na działanie środków rozszerzających źrenicę. („Czasopismo Lek.", Kraków 1921).

8) De la valeur de la sclérotomie postérieure croisée d'après Wicherkiewicz dans les cas du glaucome chronique. („Rev. Gen. Ophtalm", Genève, 1921 Juillet).

9) Przyczynek do techniki operacji zeza rozbieżnego. („Gaz. Lek.", Kraków 1921).

10) Recherches sérologiques sur la trachome. („Annales d'Oculistique', Paris 1923).

11) Badania nad stosowaniem ciśnienia ujemnego na gałkę oczną. („Klin. oczna" 1923).

12) O nowej metodzie postępowania chirurgicznego w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki. („Klinika oczna" 1924).

13) Une nouvelle méthode chirurgicale dans les cas de l'ulcère serpigineux de la cornée. („Rev. Gen. d'Opht.", Genève 1925).

14) Badania nad adrenaliną w związku z działaniem alkaloidów na oko człowieka. („Klin. oczna" 1925).

15) Iritis, a chemoterapja. („Pol. Czas. Lek." 1925 Nr. 5).

16) Kilka słów o orbitoplastyce. („Klin oczna" 1925 Nr. 1).

17) O podnabłonkowem barwieniu rogówki. („Klin. oczna" 1925, Nr. 3).

18) Sur Orbitoplastique. („Rev. Gen. d'Ophtalm." 1926. Nr. 2).

19) O rzadkich postaciach zaćmy wodoocznej i sposobie ich usuwania przez dekapsulację. („Klin. oczna" 1928 Nr. 1).

Dr. B. Nodzyński (P. K. Ch. Bochnia): Intubacya w ręku prowincjonalnego lekarza. 1897.

Dr. Teofil Blühbaum (Okr. Zw. Kraków):

1) M. Schlechter u. Th. Blühbaum: Suspensions-stabilität und Ladung der roten Blutkörperchen. „Zeitschr. f. die gesamte experimentelle Medizin". H. 5—6/1927.

2) Th. Blühbaum, K. Frik u. H. Kalkbrenner: Eine neue Anwendungsart der Kolloide in der Röntgendiagnostik. „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen". Leipzig H. 1.

3) K. Frik u. Th. Blühbaum: Eine neue Anwendungsart der Kolloide in der Röntgendiagnostik „F. a. d. G. d. R.", H. 6.

Dr. Antoni Kuczewski (P. K. Ch. Nowy Targ):

1) Mieszkanie a zdrowie. Zakopane 1914.

2) Powstanie i rozwój sanatorjalnego leczenia g uźlicy płuc. „Przegląd Lekarski" 1914, Nr. 5 i 6.

3) D-ra Philip'a, czyli tak zwany Edynburski system walki z gruźlicą. „Zdrowie" 1914, Nr. 5.

4) Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich. „Głos lekarzy" 1914, Nr. 10 i 12.

5) Spadek śmiertelności z gruźlicy i jego przyczyny. „Przegląd lekarski" 1914, Nr. 29 i 30.

6) Praca fizyczna, jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie. „Przegląd lekarski" 1917, Nr. 12 i 13.

7) Jak wyzyskać dla walki z gruźlicą szpitale wojskowe, przeznaczone dla piersiowo chorych? „Przegląd lekarski" 1917.

8) To samo po niemiecku. „Tuberkulose-Fürsorgeblatt" 1918, Nr. 8. Wiedeń.

9) Zarys społecznej walki z gruźlicą. „Walka o zdrowie" 1918, Nr. 1.

10) O niezbędności wprowadzenia w państwie Polskiem ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą. „Gazeta lekarska" 1919, Nr. 12—13.

11) Znaczenie opieki—poradni w społecznej walce z gruźlicą. „Przewodnik administracji Polskiej" 1919—20, Nr. 1—10.

12) IV Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy i z jego powodu uwag kilka. „Polska Gaz. Lek." 1924. Nr. 48.

13) Próba stosowania przeciwgruźliczej serowakcyny Shiga (Tokjo). „Nowiny Lekarskie" 1925. Sierpień.

14) Klimatyczno-sanatoryjne leczenie gruźlicy. „Gruźlica" Nr. 1 i 2.

15) Powstanie pierwszego ludowego sanatorjum w Polsce „Pomocy Bratniej" w Zakopanem.

16) Leczenie klimatyczne gruźlicz. schorzeń narządu ruchu... „Przegl. Zdrojowo-Kąpielowy Nr. 7—8. 1926 r.

TREŚĆ

Witold Chodźko. — Dziesięciolecie ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Alfred Krieger. — Prace nad ubezpieczeniem na wypadek choroby w okresie okupacji.

Dr. Rafał Buber. — Dekret z 11.I.1919 a Ustawa z 19.V.1920.

Karol Barański. — Organizacja i rozwój Kas Chorych w woj. Poznańskiem i Pomorskiem.

Spis prac naukowych lekarzy Kas Chorych (d. c.).

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, Warszawa, N. Świat 47, tel. 35-80 i 35-83.

B I L A N S

STAN CZYNNY

OKRĘGOWYCH ZWIĄZKÓW KAS CHORYCH I OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄ

L. p.	Siedziba Okręgowych Związków Kas Chorych	Gotówka w Kasie Z-ku i uzdrowiskach	Lokata		Weksle Z-ku i uzdrowisk	Dłużnicy Z-ku i uzdrowisk		Sumy przechodnie (do rozliczenia)	Zapasy		Majątek		Niedobór	Ogółem stan czynny
			na różnych	na papierach wartościowych		Kasy chorych z tyt. składek i innych	Inni		Wydawnictw i druków	Żywności opału i inne	Ruchomości	Nieruchomości		
	Za rok 1927													
1	Okr. Związek Kas Chor. w Krakowie .	1.498.89	48.104,95	300,00	11.196.91	322.711,62	625.418,22	1.849,00	25.560,76	45.836,46	365.993,65	1.497.889,65	—	2.946.360,11
2	„ „ „ „ we Lwowie .	13.104,03	11.943,79	—	9.764,56	408.207,55	115.765,76	4.281,22	—	—	288.276,65	317.155,09	—	1.168 498,65
3	„ „ „ „ w Wilnie . .	3.233,28	1.2[illegible]5,79	—	3.500.00	10.061.26	15.660,90	1.946,04	—	* 25.585,16	24.074,92	—	—	85.267,35
4	„ „ „ „ w Warszawie.	2.188,31	158.550,33	—	70.798,83	106.606,33	78.492,82	—	—	157,50	8.761,50	—	—	425 555,42
5	„ „ „ „ w Poznaniu .	4.917,00	118.802,02	3.128,11	250,00	230.576,76	204.018,83	628,67	13.707,05	—	196.107,80	601 367,08	—	1.373.503,32
6	„ „ „ „ w Łodzi . .	4.381,04	25.641,00	—	—	306.588,73	168.950,94	* 566.205,79	4.615,20	—	13.801,86	71.938,80	—	1.162.123,36
		29 322,55	364.247,88	3.428,11	95.510,30	1.384.752,25	1.208.307,47	574.910,72	43.883,01	71.579,12	897.016,38	2.488 350,62	—	7.161.308,21
7	**Og.-Państw. Z-k Kas Chorych w Polsce .**	6 310,27	317.860,75	—	100.613,32	304.827,77	—	—	1.598,93	—	9.943,53	—	—	741.154,47
	Za rok 1928													
1	Okr. Związek Kas Chor. w Krakowie .	1.896,58	42.948,57	300,00	4.160 14	524.927,90	1.626.780,35	22.383,15	26.636,24	101.068,13	566.295,82	1.923.341.75	—	4.840.739,93
2	„ „ „ „ we Lwowie .	19.758,37	28.734,50	—	18.505,16	536.525,01	17.365,90	4.862,81	—	57.515,33	326.453,64	644 102,84	—	1.653.423,86
3	„ „ „ „ w Wilnie . .	3.043,43	4.820,45	—	2.000,10	17.183,32	55.796,35	845,54	—	* 188.682,47	15.353,53	—	—	287 725,09
4	„ „ „ „ w Warszawie.	9 343,26	204.810,42	—	68.306,69	108.764.01	370 082,24	2.623,10	—	236,00	234 980,92	57.336,40	—	1.056.383,04
5	„ „ „ „ w Poznaniu .	9.042,44	133.399,79	5.352 11	—	449.945,53	406.450,82	* 147.263,49 1.658,06	18.710,78	49.561,43	184.663 21	671.081,08	—	2.077.628,74
6	„ „ „ „ w Łodzi . .	3.673,78	213.619,37	—	4.785.18	590.895,38	5.354,33	*** 1.281.510,07	3.732,10	—	14.021,36	71.938,80	—	2.189.528,97
		46.757,86	628.333,10	5.652,11	97.757,27	2.228.241,15	2.481.829,99	1.461.146,22	49.079,12	397.063,36	1.341.768.48	3.367.800.87	—	12.105.429,63
7	**Og.-Państw. Z-k Kas Chorych w Polsce .**	12 190,94	375.863,25	—	230.032,20	1.202.315.54	—	36.491,11	4.158,35	79.343,35	20.360,24	—	—	1.960.755,06

B I L A N S

OKRĘGOWYCH ZWIĄZKÓW KAS CHORYCH I OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH ZA LATA 1927 i 1928

STAN BIERNY

ksle uzdro-sk	Dłużnicy Z-ku i uzdrowisk		Sumy przechodnie (do rozliczenia)	Zapasy		Majątek		Niedobór	Ogółem stan czynny	Lokacje i należności Kas Chorych w Z-ku i uzdrowiskach	Wierzyciele	Akcepty Z-ku i uzdrowisk	Długi hipoteczne i bankowe	Sumy przechodnie (do zwrotu)	Fundusze				Ogółem stan bierny	UWAGI
															amortyzacyjny		zapasowy			
	Kasy chorych z tyt. składek i innych	Inni		Wydawnictw i druków	Żywności opału i inne	Ruchomości	Nieruchomości								z ruchomości	z nieruchomości	10% ustawowo	z nadwyżek		
96.91	322.711,62	625.418,22	1.849,00	25.560,76	45.836,46	365.993,65	1.497.889,65	—	2.946.360,11	529.772,65	345.895,36	71.226,36	517.882,74	6 052,16	313.993,86	740 900,48	270.656,68	149.979,82	2.946.360,11	
764,56	408.207,55	115.765,76	4.281,22	—	—	288.276,65	317.155,09	—	1.168 498,65	* 5.411,54	196.739,15	75 030,00	209.038'62	2.384,19	233.190,31	7.689,40	327.241,21	111.774,23	1.168.498,65	
500.00	10.061,26	15.660,90	1.946,04	—	* 25.585,16	24.074,92	—	—	85.267,35	** 15.496,57	44.263,06	—	—	586,75	2.920,65	—	4.762,07	17.238,25	85.267,35	*) Zapasy apteki. **) Kasy Chorych na aptekę.
798,83	106.606,33	78.492,82	—	—	157,50	8.761,50	—	—	425 555,42	—	11.716,68	—	—	1.498,00	3.572,62	—	69.951,58	338.816,54	425.555,42	
250,00	230.576,76	204.018,83	628,67	13.707,05	—	196.107,80	601 367,08	—	1.373.503,32	463.063,90	42 077,86	—	100.000,00	2.365,15	135.518,90	56.392,36	127.416,00	446.799,15	1.373.503,32	
—	306.588,73	168.950,94	* 566.205,79	4.615,20	—	13.801,86	71.938,80	—	1.162.123,36	270.476,26	102.809,82	—	—	—	12 202,48	—	109.310,08	667.324,72	1.162.123,36	*) Koszty nieskończonej budowy.
510,30	1.384.752,25	1.208.307,47	574.910,72	43.883,01	71.579,12	897.016,38	2.488 350,62	—	7.161.308,21	1.284.160,92	743.431,93	146 256,36	826.921,36	12.886,25	701.398,82	804.982,24	909.337,62	1.731.932,71	7.161.308,21	
513,32	304.827,77	—	—	1.598,93	—	9.943,53	—	—	741.154,47	—	574.726,79	—	—	210,00	3.764,97	—	42.350,82 * 50.000,00	70 101,89	741.154,47	*) Fundusz zapasowy A. C. H.
60 14	524.927,90	1.626.780,35	22.383,15	26.636,24	101.068,13	566.295,82	1.923.341,75	—	4.840.739,93	772.516,47	400.875,47	568.224,00	1.206.000,00	3.786,67	382.268,23	778.819,98	354.707,12	373.547,99	4.840.739,93	
05,16	536.525,01	17.365,90	4.862,81	—	57.515,33	326.453,64	644 102,84	—	1.653.423,86	5.090,42	358.175,18	187 500,00	197.905,75	47.573,11	251.840,21	15.716,57	486.293,55	103.323,07	1.653.423,86	
00,10	17.183,32	55.796,35	845,54	—	* 188.682,47	15.353,53	—	—	287 725,09	118.598,54	65.077,92	1 200,00	—	477,90	9 896,63	—	17.311,75	75.162,35 * 194.513,42	287.725,09	*) Zapasy apteki. *) Fundusz na bud. sanatorjum.
06,69	108.764,01	370 082,24	2.623,10	—	236,00	234 980,92	57.336,40	—	1.056.383,04	—	36.577,54	—	—	2.005,00	62.317,85	—	139.320,21	621.650,02	1.056.383,04	*) Budujące się nieruchomości.
—	449.945,53	406.450,82	* 147.263,49 1.658,06	18.710,78	49.561,43	184.663 21	671.081,08	—	2.077.628,74	733.282,43	71.919,94	—	—	2.498,20	136 458,87	80.274,55	175.988,87	** 303.047,59 574.158,29	2.077.628,74	**) Fundusz inwestycyjny.
85,18	590.895,38	5.354,33	*** 1.281.510,07	3.732,10	—	14.021,36	71.938,80	—	2.189.528,97	16.544,90	89.563,71	—	350.000,00	—	15.114,50	—	223.774,63	1.496.501,23	2.189.528,97	***) Koszty nieskończ. budowy.
57,27	2.228.241,15	2.481.829,99	1.461.146,22	49.079,12	397.063,36	1.341.768.48	3.367.800.87	—	12.105.429,63	1.646.032,76	1.021.988,76	756.924,00	1.753.905,75	56 340,88	855.926,29	874.811,10	1 397,396.13	3.741.903,96	12.105.429,63	
32,20	1.202.315,54	—	36.491,11	4.158,35	79.343,35	20.360,24	—	—	1.960.755,06	7.262,75	100.486,54	—	550.000,00	* 333.200,72	9.283,72	—	65.454,91 ** 100.000,00	140.846,91 *** 654.129,51	1.960.755,06	*) W tem 300.757,26 Kom.P.W.K. **) Fundusz zapasowy A. C. H. ***) Fundusz inwestycyjny.

RACHUNEK DZIAŁALNOŚCI

OKRĘGOWYCH ZWIĄZKÓW KAS CHORYCH I OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH ZA LATA 19

DOCHODY

L. p.	Siedziba Okręgowych Związków Kas Chorych	Składka	Danina	Nadwyżka z wydawnictw i druków	Lecznictwo	Administr. domów i uzdrowisk	Niedobór	Razem dochodów	Koszty administracyjne						Koszty ogólne	Lecznictwo			P
									Dyrekcja	Inspekcja Kas Chorych	Retaksacja recept	Ogółem koszty osobowe	Ogółem koszty rzeczowe	Razem		w lecznicy przy Z-ku	w domach zdrowia i sanatorjach	Razem	
	Za rok 1927																		
1	Okr. Związek Kas Chor. w Krakowie .	399.931,82	177 433,50	27.517,99	119.969,26	14.963,55	—	739.816,12	109.605,14	36.297,60	29.594,80	175.497,54	22.477,90	197.975,44	* 16.023,39 169.360,67	8.764,92	95.106,91	103 871,83	
2	„ „ „ „ we Lwowie. .	333.431,19	25.954,50	* 2.410,69	12.479,03	** 1.337,28	—	375.612,69	97.897,26	4.393,73 *	—	102.290,99	18.895,46	121.186,45	59.024,82	—	44.798,45	44.798,45	
3	„ „ „ „ w Wilnie . .	46.616,77	—	* 1.003,97	—	—	—	47.620,74	11.367,97	—	1.247.62	12.615,59	5.333,83	17.949,42	** 4.729,25	—	—	—	
4	„ „ „ „ w Warszawie .	422 614,04	—	621,43	—	* 4.252,49 ** 7.627,81	—	435.115,77	73.785,58	—	11.461,13	85.246,71	15.195,72	100.442,43	28.977,36	—	—	27.195,46	
5	„ „ „ „ w Poznaniu. .	358.205,32	—	1.930,28 * 7.947,58	** 47.230,67	2.880,00	—	418.193,85	83.752,43	4.377,08	—	88.129,51	22.672,87	110.802,38	54.360,75	—	—	—	
6	„ „ „ „ w Łodzi . .	507.930,93	—	—	* 23.619,80	690,24	—	532.240,97	59.113,01	6.817,30	2.727,15	68.657,46	12.721,59	81.379,05	1.536,20	12.932,34	—	12.932,34	
		2.068.730,07	203.388,00	41.431,94	203.298,76	31.751,37	—	2.548.600,14	435.521,39	51.885,71	45.030,70	532.437,80	97.297,37	629.735,17	334.012,44	21.697,26	139.905,36	188.798,08	
7	**Og.-Państw. Z-k Kas Chorych w Polsce .**	204.640,92	—	294,48	* 1.892,94	** 1.140,03	—	207.968,37	61.365,92	—	—	61.375,92	13.403,72	74.779,64	34.406,61 * 6.158,94	—	—	—	
	Za rok 1928																		
1	Okr. Związek Kas Chor w Krakowie .	527.518,87	166.557,39	1.077,32	131.668,84 ** 1.039,02	* 104,27 16.378,73	—	844.305,42	132.066,78	51.770,97	—	183.837,75	24.328,07	208.165,82	145 372,76	51.832,23	** 2.200,97 52.204,83	106.238,03	
2	„ „ „ „ we Lwowie. .	379.239,54	—	* 770,80	2.278,81	—	—	383.328,17	98.019,83	24.890,50	—	122.910,33	23.677,78	146.588,11	18.070,28	—	*** 76.817,55	76.817,55	
3	„ „ „ „ w Wilnie. . .	119.626,54	—	* 1.991,59	—	—	—	121.618,13	27.300,42	** 3.738,91 7.447,41	3.678,59	42.165,33	7.390,79	49.556,12	3 375,47	969,50	—	969.50	
4	„ „ „ „ w Warszawie .	693.686,33	—	3.063,00	—	* 12.105,86	—	708.855,19	127.085,82	—	6.827,86	133 913,68	23.909,91	157.823,59	8.130,88	—	82.656,90	82.656,90	
5	„ „ „ „ w Poznaniu. .	485.728,73	303.047,59	3.743,68 * 96.332,26	—	3.768,25	—	892.620,51	97.608,56	—	—	97.608,56	16.028,71	113.637,27	51.201,60	—	—	—	
6	„ „ „ „ w Łodzi . . .	1.024.887,16	* 85.775,58	* 33.982,95	—	—	—	1.144.645,69	43.036,83	6.244,26	4.440,77	53.721,86	12.948,48	66.670,34	9.317,22	6.193,35	—	6.193,35	
		3.230.687,17	555.380,56	140.961,60	134.986,67	32.357,11	—	4.094.373,11	525.118,24	94.092,05	14.947,22	634.157,51	108.283,74	742.441,25	235.468,21	58.995,08	213 880,25	272.875,33	
7	**Og.-Państw. Z-k Kas Chorych w Polsce .**	231.040,92	—	66,00	* 3.808,32	** 107.360,32	—	342.275,56	89.219,47	2.904,75	*** 12.872,81	—	55.718,16 (*) 3.242,62	163.957,81	—	8.848,00	—	—	

RACHUNEK DZIAŁALNOŚCI

OKRĘGOWYCH ZWIĄZKÓW KAS CHORYCH I OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH ZA LATA 1927 i 1928

WYDATKI

	Administr. domów i uzdrowisk	Niedobór	Razem dochodów	Koszty administracyjne: Dyrekcja	Inspekcja Kas Chorych	Retaksacja recept	Ogółem koszty osobowe	Ogółem koszty rzeczowe	Razem	Koszty ogólne	Lecznictwo: w lecznicy przy Z-ku	w domach zdrowia i sanatorjach	Razem	Składki na Ogólno-Państwowy Z-k Kas Chorych	Odpisy na: amortyzację	fundusz zapasowy 10% od przypisu składek	Nadwyżka w roku sprawozd.	Razem wydatki	UWAGI
6	14.963,55	—	739.816,12	109.605,14	36.297,60	29.594,80	175.497,54	22.477,90	197.975,44	* 16.023,39 169.360,67	8.764,92	95.106,91	103 871,83	42.096,12	16.893,10	73.679.04	119.916,53	739 816,12	*) Administracja domu.
3	** 1.337,28	—	375.612,69	97.897,26	4.393,73	—	102.290,99	18.895,46	121.186,45	59.024,82	—	44.798,45	44.798,45	37.146,24	1.682,50	33 343,10	78.431,13	375.912,69	*) Z retaksacji. **) Z kursów dla pracowników.
	—	—	47.620,74	11.367,97	—	1.247.62	12.615,59	5.333,83	17.949,42	** 4.729,25	—	—	—	—	2.941,75	4.762,07	17.238,25	47.620,74	*) Z różnych wpływów. **) Straty na składnicy aptecznej.
	* 4.252,49 ** 7.627,81	—	435.115,77	73.785,58	—	11.461,13	85.246,71	15.195,72	100.442,43	28.977,36	—	—	27.195,46	38.400.00	1.729,62	42.261,40	196.109,50	435 115,77	*) Z retaksacji recept. **) Różne.
7	2.880,00	—	418.193,85	83.752,43	4.377,08	—	88.129,51	22.672,87	110.802,38	54.360,75	—	—	—	62.626,56	47.973,32	35.820,53	106.610,31	418.193,85	*) Z retaksacji recept. **) Różne.
0	690,24	—	532.240,97	59.113,01	6.817,30	2.727,15	68.657,46	12.721,59	81.379,05	1.536,20	12.932,34	—	12.932,34	24.372,00	533,13	53.224,09	358.264,16	532.240,97	*) Różne.
6	31.751,37	—	2.548.600,14	435.521,39	51.885,71	45.030,70	532.437,80	97.297,37	629.735,17	334.012,44	21.697,26	139.905,36	188.798,08	204.640,92	71.753,42	243.090,23	876.569,88	2.548.600,14	
4	** 1.140,03	—	207.968,37	61.365,92	—	—	61.375,92	13.403,72	74.779,64	34.406,61 * 6.158,94	—	—	—	—	2.057.19	20.464,10	70.101,89	207.968,37	*) Dochód z A. C. H. **) Szkoła, propaganda i wydawnictwa.
4 2	* 104,27 16.378,73	—	844.305,42	132.066,78	51.770,97	—	183.837,75	24.328,07	208.165,82	145 372,76	51.832,23	** 2.200,97 52.204,83	106.238,03	49 672,80	26 237,40	84 050,44	223.568,17	843 305,42	*) Różne. **) Niedobór w Bystrej.
	—	—	383.328,17	98.019,83	24.890,50	—	122.910,33	23.677,78	146.588,11	18.070,28	—	*** 76.817,55	76.817,55	36.819,36	1.709.80	37.923,95	65.399,12	383.328.17	*) Z apteki. **) Z retaksacji recept. ***) Niedobór w lecznicy.
	—	—	121.618,13	27.300,42	** 3.738,91 7.447,41	3.678,59	42.165,33	7.390,79	49.556,12	3 375,47	969,50	—	969.50	—	3 838,37	12.549,68	51.328,99	121.618,13	*) Różne. **) Biuro badań.
	* 12.105,86	—	708.855,19	127.085,82	—	6.827,86	133 913,68	23.909,91	157.823,59	8.130,88	—	82.656,90	82.656,90	49.296,48	58.745,23	69.368,63	382.833,48	708.855,19	*) Różne.
	3.768,25	—	892.620,51	97.608,56	—	—	97.608,56	16.028,71	113.637,27	51.201,60	—	—	—	64 646,46 ** 131.733,75	52.421.83	48.572,87	127.359,14 *** 303.047,59	892.620,51	*) Różne. **) Nadzw. na Fundusz inwestycyjny. ***) Fundusz inwestycyjny.
	—	—	1.144.645,69	43.036,83	6.244,26	4.440,77	53.721,86	12.948,48	66.670,34	9.317,22	6.193,35	—	6.193,35	32.106,12 *** 85.775,58	942,02	114.464,55	829.176,51	1.144.645,69	*) Subsydjum inwest. O. P. Z-ku K. Ch. **) Różne. ***) Na Fundusz inwestycyjny.
7	32.357,11	—	4.094.373,11	525.118,24	94.092,05	14.947,22	634.157,51	108.283,74	742.441,25	235.468,21	58.995,08	213 880,25	272.875,33	450.050,55	143 894,65	366.930,12	1 882.713,00	4.094.373,11	
	** 107.360,32	—	342.275,56	89.219,47	2.904,75	*** 12.872,81	—	55.718,16 (*) 3.242,62	163.957,81	—	8.848,00	—	—	—	5.518,75	23.104,09	140.846,91	342.275,56	*) Różne. **) Zysk z A. C. H. ***) Wydatki prasowo-wydawnicze. (*) Inkaso weksli.