6

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W POLSCE

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

organ ogólnopaństwowego związku kas chorych w polsce

MIESIĘCZNIK

ROK V WARSZAWA, 1 CZERWCA 1930 R. ZESZYT 6

TADEUSZ SŁOŃSKI, adwokat

ART. 4 ust. 1 USTAWY Z DN. 19 MAJA 1920 R.

Prawodawca polski, rozumiejąc konieczność ustawowego unormowania stosunku osób, zastępujących właściciela przedsiębiorstwa (zakładu pracy), do ubezpieczenia na wypadek choroby, poświęcił temu zagadnieniu ustęp pierwszy art. 4-go ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ustaw Nr. 44 poz. 272).

Dziesięcioletnia praktyka ubezpieczeniowa i orzecznictwo sądowe wykazały dobitnie — zdaniem mojem — że zagadnienie to nie zostało wyczerpująco i jasno ujęte w przytoczonym przepisie art. 4-go powołanej ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (dalej nazywaną w skróceniu „ustawą"). Przepis ten stał się źródłem wielu przewlekłych sporów, niejednokrotnie kończących się dopiero w Najwyższej Instancji, i był przedmiotem wykładni, ulegającej rozlicznym wahaniom, co stworzyło pewnego rodzaju chaos i utrudniło ustalenie się praktyki.

W pierwotnem swem brzmieniu art. 4 ust. 1 ustawy, stanowił, iż „osobom, zastępującym bezpośrednio właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych (dyrektorowie naczelni, dyrektorowie prokurenci), o ile ich zarobek przekracza 30.000 marek rocznie, przysługuje prawo zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia".

Na mocy rozporządzenia Ministra Skarbu, wydanego w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej, z dnia 30 czerwca 1924 roku (Dz. Ustaw Nr. 58 poz. 591) w przedmiocie przerachowania na złote kwot pieniężnych, wyrażonych w ustawie z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, przerachowano sumę 30.000 marek na 7.500 zł.

Przystępując do interpretacji art. 4-go ustawy, należy przedewszystkiem mieć na uwadze, iż zawiera on wyjątek od naczelnej zasady powszechności i obowiązku ubezpieczenia, wyrażonej w art. 3-im ustawy, wobec czego winien być ściśle interpretowany (strictissimae interpretationis est), jako przepis wyjątkowy, tak iż wszelką interpretację rozszerzającą uznać wypada za niedopuszczalną.

Następnie zaznaczyć się godzi, że prawodawca polski nie unormował szerzej i ogólniej stosunku do obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby osób zastępujących właściciela zakładów pracy wogóle, bez względu na rodzaj i charakter tych zakładów, lecz ograniczył się wyłącznie i jedynie do osób, zastępujących bezpośrednio właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych. A contrario więc nie mogą żądać zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby osoby, zastępujące właścicieli zakładów pracy, nie mających charakteru przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, chociażby nawet odpowiadały wszystkim innym warunkom, wymaganym przez art. 4 ustawy. Doprowadzić to może w praktyce do konsekwencyj których zapewne prawodawca wcale nie przewidywał, a których niepodobna uznać za słuszne, że np. osoby, zastępujące instytucje i stowarzyszenia społeczne, religijne, dobroczynne i zawodowe (por. art. 3 ust. 3 ustawy), będące w stosunku służbowym do tych instytucyj i stowarzyszeń, nie mogą ubiegać się o zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia na mocy art. 4 ustawy. Przedsiębiorstwa przemysłowe i handlowe będą zwolnione od obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych na rzecz Kasy Chorych za osoby, zastępujące ich właścicieli, gdy tymczasem instytucje zupełnie na zysk nieobliczone będą obciążone tym obowiązkiem. Niekonsekwencja ta stanowczo musi być usunięta, o ile wogóle w przyszłości nie zostanie zniesione, względnie ograniczone, prawo zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na

wypadek choroby osób, zastępujących właściciela przedsiębiorstwa (por. przepis art. 6 ust. 6-go Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dn. 24 listopada 1927 roku Dz. Ustaw Nr. 106 poz. 911 oraz projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem, jako wyraz ostatnich poglądów w ustawodawstwie społecznem).

Prawo zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia służy tylko osobom, które **bezpośrednio** zastępują właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, przyczem art. 4 ustawy przytacza w nawiasie dyrektorów naczelnych i dyrektorów prokurentów.

Przytoczony powyżej ustęp 1 art. 4-go grzeszy niejasnością i nieścisłością redakcji i on to właśnie stał się źródłem wielu sporów i rozbieżnych interpretacyj (o których pokrótce już wzmiankowano).

Najpierw zauważyć należy, iż niewiadomo, co właściwie prawodawca rozumiał przez „bezpośrednie" zastępstwo. Nauka prawa (por.: Longchamps de Berier: Wstęp do nauki prawa cywilnego, str. 218 i nast., Capitant: Introducion à l'étude du droit civil, str. 384 i nast.) uważa za bezpośredniego zastępcę przy zawieraniu czynności prawnych osobę, która zawiera czynność prawną w cudzem imieniu i ze skutkiem prawnym wprost dla zastąpionego, który naskutek działania zastępcy bezpośrednio staje się uprawnionym czy zobowiązanym. Lecz w takiem, prawnem, tego słowa znaczeniu bezpośrednim zastępcą jest każda osoba, umocowana przez ustawę lub z woli zastąpionego do zawierania czynności prawnych w granicach ustawowego lub umownego upoważnienia z bezpośrednim skutkiem prawnym dla zastąpionego. Gdyby prawodawca w takiem właśnie znaczeniu użył wyrażenia „bezpośrednio" zastępuje właściciela, to niezrozumiałem byłoby zamieszczenie w nawiasie wyrazów „dyrektorowie naczelni, dyrektorowie prokurenci", ponieważ oni nie wyczerpują całego zakresu osób, uprawnionych do „bezpośredniego" zastępstwa, chybaby zamiarem prawodawcy było ograniczyć wyraźnie prawo żądania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia do tych właśnie dyrektorów naczelnych i dyrektorów prokurentów.

Nasunęła się przeto przy interpretacji nowa wątpliwość, czy owo wyliczenie „dyrektorów naczelnych, dyrektorów prokurentów" w nawiasie omawianego art. 4-go ustawy ma charakter przykładowy (exempli modo), czy też jest wyczerpujące (modo limitativo)?

Wyjątkowy charakter przepisu art. 4-go ustawy nakazujący ścisłą i ograniczającą jego interpretację (o czem wyżej), przemawiałby raczej za tem, iż wyrazy umieszczone w nawiasie nie mają charakteru przykładowego, lecz są wyczerpującem wyliczeniem. Na takiem właśnie stanowisku stoi wyjaśnienie Min. Pracy i Opieki Społ. z dnia 22 marca 1924 r. Nr. 300/VII, zamieszczone pod Nr. 3-im pod art. 4-ym ustawy w III-m wydaniu Frankowskiej (cytowanem dalej „Frankowska") Lecz wypadnie uznać całą redakcję ustępu I-go art. 4-go ustawy za wadliwą, albowiem pocóż najpierw mówić wogóle o osobach bezpośrednio zastępujących właściciela przedsiębiorstwa, skoro zamiarem prawodawcy było tylko i wyłącznie zwolnienie dyrektorów naczelnych i dyrektorów prokurentów od obowiązku ubezpieczenia?

Sąd Najwyższy (o czem niżej) nie podzielił poglądu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, uznając omawiane wyliczenie za przykładowe, przyczem według wyjaśnienia Sądu Najwyższego bezpośredniość zastępstwa zachodzi wówczas, gdy kompetencje kierownicze zostały nadane bezpośrednio przez właściciela przedsiębiorstwa, a nie dopiero pośrednio przez kogoś, kto bezpośrednio zastępuje owego właściciela. Taka jednak interpretacja nie może być uznaną za trafną, gdyż podkreśla jedynie sposób ustanowienia zastępcy, pomijając zupełnie charakter prawny zastępcy i skutki jego działania dla zastąpionego.

Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że na tem kończą się wątpliwości, nasuwające się przy interpretacji art. 4-go ustawy. Oto powstała wątpliwość, kto mianowicie ma być uznany za „dyrektora prokurenta" w rozumieniu art. 4-go ustawy? Rzecz prosta nie mogło prawodawcy zależeć na wprowadzeniu tytulatury bez określonej treści. Tymczasem obowiązującemu ustawodawstwu właściwie nieznane jest pojęcie dyrektora prokurenta, natomiast ustawy handlowe znają instytucje prokury i prokurentów. Prokura jest pełnomocnictwem do wykonywania w imieniu i na rachunek właściciela przedsiębiorstwa wszelkich czynności handlowych, sądowych i pozasądowych, wchodzących w zakres przedsiębiorstwa, przyczem żadne ograniczenia prokury, nawet jawne z aktu jej udzielenia, nie mają mocy i skutku względem osób trzecich i nie ulegają zarejestrowaniu. Dla ważności czynności prawnej, zdziałanej przez prokurenta, obowiązujące w Polsce prawo nie wymaga posiadania przez prokurenta tytułu dyrektora. Zresztą zazwyczaj w praktyce podpis prokurenta ma taką samą wagę jak podpisy innych osób, uprawnionych do występowania w imieniu przedsiębiorstwa. Z charakteru i treści prokury wynika przeto niewątpliwie, że prokurent jest bezpośrednim zastępcą właściciela przedsiębiorstwa w prawnem tego słowa znaczeniu, jak również w rozumieniu omawianego art 4-go ustawy, o ile — zgodnie z wyjaśnieniem Sądu Najwyższego — właściciel przedsiębiorstwa bezpośrednio nadał prokurentowi kompetencje kierownicze.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w wyjaśnieniach swoich, interpretujących art. 4 ustawy, wypowiedziało w tej materji pogląd odmienny. Mianowicie powołany wyżej reskrypt Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dn. 22 marca 1924 r. Nr 300/VII uznaje za osoby, zastępujące bezpośrednio właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, w myśl art. 4-go ustawy, wyłącznie dyrektorów naczelnych i dyrektorów prokurentów, uważa wyliczenie w nawiasie za wyczerpujące i niemające charakteru przykładowego, wreszcie wyjaśnia, iż za dyrektorów prokurentów uważać należy tych dyrektorów, którzy mają według przyjętej formy udzieloną generalną prokurę. W związku z tem reskrypt tegoż Ministerstwa z dn. 22 września 1925 r. Nr. 541/U.III (Nr. 5 pod art. 4-ym wyd. Frankowskiej) uznał prokurentów, posiadających prawo prokury wydziałowej, za nieodpowiadających wymaganiom art. 4-go ustawy i wykluczył możność zwalniania ich od obowiązku ubezpieczenia na mocy tego przepisu.

Opierając się na dwóch wspomnianych wyjaśnie-

niach Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w wielu wypadkach Kasy Chorych odmawiały zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia prokurentom, mającym t. zw. prokurę łączną, a niebędącym dyrektorami, co wywołało wiele procesów sądowych, gdyż większość przedsiębiorstw w zasadzie udziela jedynie prokury łącznej, t. zn. generalna prokura jest stosunkowo dość rzadkiem zjawiskiem.

W tym stanie rzeczy wypowiedział się Sąd Najwyższy, którego orzecznictwu w omawianej materji poświęcony jest następny rozdział.

———

Izba I Cywilna Sądu Najwyższego w dwuch orzeczeniach swych w sprawach: 1) Polsko Belg. Towarzystwa dla Impregnacji Drzewa Sp. Akc. z Kasą Chorych m. Warszawy (Nr. I. C. 586/27 orzeczenie z dn. 4 listopada 1927 r.) oraz 2) Banku Związku Spółek Zarobkowych w Poznaniu Oddział w Lublinie z Pow. Kasą Chorych w Lublinie (Nr. I. C. 831/26 z dn. 18 listopada 1927 r.) poniekąd usankcjonowała praktykę Kas Chorych, nieuznającą prokurentów, mających łączną prokurę, za uprawnionych do zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. W obu wypadkach Sąd Najwyższy oddalił skargi kasacyjne wspomnianych firm, żądających zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia prokurentów, posiadających łączną prokurę, i wyjaśnił, co następuje: Poza wysokością uposażenia — istotną cechą rozstrzygającą o prawie osoby, zatrudnionej na podstawie stosunku służbowego w przedsiębiorstwie przemysłowem lub handlowem, do zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, jest — bez względu nawet na tytuł służbowy, nadany funkcjonarjuszowi (art. 4 ustawy przytacza przykładowo dyrektorów naczelnych i dyrektorów prokurentów) — z jednej strony zakres uprawnień, przyznanych mu przez właściciela przedsiębiorstwa, z drugiej zaś strony fakt rzeczywistego wykonywania owych uprawnień; zwolnienie zaś takie może nastąpić jedynie w przypadkach, gdy funkcjonarjusz ma nadane mu przez właściciela przedsiębiorstwa prawo zastępowania bezpośrednio tego ostatniego i zastępstwo takie faktycznie wykonywa. Fakt udzielenia funkcjonarjuszowi prokury nie stanowi jeszcze sam przez się — zdaniem Sądu Najwyższego — dostatecznej podstawy prawnej do zwolnienia takiego funkcjonarjusza od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, gdyż ewentualne ograniczenia, zastrzeżone przez właściciela przedsiębiorstwa, mogą mieć ten skutek, iż ów funkcjonarjusz pomimo udzielenia mu prokury względem osób trzecich, w istocie w stosunku do właściciela przedsiębiorstwa bynajmniej go bezpośrednio nie zastępuje, że w tym stanie rzeczy fakt ujawnienia prokury w rejestrze handlowym nie może mieć żadnego znaczenia, a zatem—zdaniem Sądu Najwyższego—rozstrzygnięcie sporu w przedmiocie zwolnienia prokurenta przedsiębiorstwa przemysłowego lub handlowego z uposażeniem powyżej 7.500 zł. rocznie — od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby — zależne jest od okoliczności czynu, a mianowicie od ustalenia, czy zastępuje on bezpośrednio właściciela przedsiębiorstwa. Wreszcie Sąd Najwyższy wyjaśnił, że Sąd, orzekając jako Instancja Odwoławcza, ustaliwszy, iż prokurenci, aczkolwiek ujawnieni w rejestrze handlowym, ze względu na zakres przyznanych im przez właścicieli przedsiębiorstwa uprawnień nie mogą być poczytani za bezpośrednich zastępców tychże właścicieli, mógł zasadnie powództwo o zwolnienie tych prokurentów od obowiązków ubezpieczenia oddalić i bynajmniej nie dopuścił się przez to zarzuconej mu obrazy art. 4-go ustawy.

Wspomniane dwa orzeczenia Sądu Najwyższego niewiele przyczyniły się do rozstrzygnięcia i wyjaśnienia zagadnienia, kogo należy uważać za osobę zastępującą bezpośrednio właściciela przedsiębiorstwa przemysłowego wzgl. handlowego w rozumieniu tylokrotnie już powoływanego art. 4-go ustawy. Właściwie Sąd Najwyższy — rzec można — uchylił się od interpretacji tego przepisu, gdyż nie ustalił żadnych kryterjów owego bezpośredniego zastępstwa właściciela przedsiębiorstwa i uznał, iż rozstrzygnięcie interesującego nas sporu „zależne jest od okoliczności czynu, a mianowicie od ustalenia, czy zastępuje prokurent bezpośrednio właściciela przedsiębiorstwa". W ten sposób Sąd Najwyższy ograniczył nawet swą kontrolę kasacyjną nad wyrokami instancyj merytorycznych, gdyż ustalenie stanu faktycznego (quaestio facti) nie ulega sprawdzeniu w postępowaniu kasacyjnem (art. art. 11, 186 i 793 ros. ustawy postępowania cywilnego).

W dalszym ciągu przeto art. 4 ustawy pozostawał niejasną zagadką i sporom co do jego interpretacji nie było końca.

Dopiero w dniu 4 maja 1929 roku — na tle sprawy Nr. I. C. 1887/28 — firmy „Przemysłowo Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn" Sp Akc. z Kasą Chorych m. Warszawy — Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów na mocy § 1-go art. 40 prawa o ustroju sądów powszechnych wypowiedział „zasadę prawną", powszechnie obowiązującą, że prokurentom przedsiębiorstw handlowych i przemysłowych, pobierającym uposażenie powyżej 7.500 zł. rocznie, służy z mocy ust. 1 art. 4-go ustawy bez względu na to, czy posiadają prokurę łączną, czy samodzielną, prawo zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, jeżeli stale i bezpośrednio zastępują właściciela przedsiębiorstwa w zarządzaniu temże przedsiębiorstwem lub przynajmniej jego działem, oddziałem albo filją.

Z samej tej zasady prawnej wynika już, iż Sąd Najwyższy nie podzielił stanowiska Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, zawartego w przytoczonych wyżej wyjaśnieniach, jakoby jedynie generalna prokura, udzielona dyrektorowi przedsiębiorstwa uprawniała do zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na mocy art. 4-go ustawy, wskutek czego spór co do t. zw. łącznej prokury na tle interpretacji art 4-go ustawy obecnie może być uznany za przesądzony.

Ogłoszone znacznie później motywy, któremi kierował się Sąd Najwyższy przy ustalaniu przytoczonej zasady prawnej, zawierają wprawdzie przyczynki do interpretacji art. 4-go ustawy, jednak znowu uzależniają rozstrzygnięcie sporu co do uznania danej osoby za bezpośrednio zastępującą właściciela przedsiębiorstwa od okoliczności każdego poszczególnego przypadku. Brak miejsca nie pozwala na przy-

toczenie tych motywów in extenso, jednak każdy może się łatwo z niemi zapoznać szczegółowo, gdyż zamieszczone są one u Frankowskiej na str. 384-ej, coprawda nieściśle zatytułowane „wyrok Sądu Najwyższego", w obszernym wyciągu.

Omawiane motywy zasady prawnej przedewszystkiem wyjaśniają, że wyliczenie w nawiasie art. 4-go ustawy „dyrektorowie naczelni, dyrektorowie prokurenci" może mieć jedynie znaczenie przykładowe (co zresztą już poprzednio wyjaśnił Sąd Najwyższy w dwóch swoich wyżej omówionych orzeczeniach) i nie tamuje prawa zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby i takim prokurentom, którzy nie posiadają tytułu dyrektorów, jeżeli tylko „zachodzi co do nich stan rzeczy, oznaczony w ustawie jako bezpośrednie zastępowanie właściciela przedsiębiorstwa".

O zwolnieniu prokurenta (z rocznem uposażeniem powyżej 7.500 zł.) od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby decydują trzy cechy: 1) stałość w zastępowaniu właściciela przedsiębiorstwa, 2) rodzaj czynności faktycznie przez prokurenta wykonywanych, 3) wreszcie owa bezpośredniość zastępstwa Jeżeli prokurentowi brak któregokolwiek z tych znamion, nie może być on — zdaniem Sądu Najwyższego — uznany za osobę, zastępującą właściciela przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 4-go ustawy, albowiem Sąd Najwyższy uznaje, iż prokurent przez samo udzielenie mu prokury nie staje się osobą bezpośrednio zastępującą właściciela przedsiębiorstwa, gdyż wprawdzie pracownik, umocowany jako prokurent, w momencie kiedy podpisuje firmę, działa w bezpośrednim zastępstwie właściciela, jednak zastępstwo takie często nie mieści w sobie wymienionych cech, koniecznych by odpowiadało ono wymaganiom art. 4-go ustawy. Sąd Najwyższy podkreślił przytem tę okoliczność, iż prokura, zwłaszcza prokura łączna, bywa często udzielana szczególniej w większych przedsiębiorstwach znacznej ilości pracowników, nieraz bynajmniej nie zajmujących stanowisk kierowniczych, np. buchalterom, korespondentom i t. p.

Przedewszystkiem zastępstwo musi mieć znamię stałości, zastępstwo jedynie przygodne i dorywcze nie jest objęte przepisem art. 4-go ustawy. Zaznaczyć się godzi, że tekst art. 4-go ustawy (patrz wyżej) expressis verbis nie wspomina o „stałem zastępstwie", jednak zupełnie słusznie Sąd Najwyższy drogą logicznej interpretacji tego przepisu uznał „znamię stałości", jako nieodzowny warunek zwolnienia zastępcy właściciela od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby.

Rodzaj czynności, wykonywanych przez prokurenta, zdaniem Sądu Najwyższego, jest drugim istotnym momentem przy zastosowaniu art. 4 ustawy. Przepis ten, — głosi Sąd Najwyższy, — może mieć na względzie jedynie zastępowanie właściciela przedsiębiorstwa w istotnych jego funkcjach, jako właściciela, a więc w zarządzaniu przedsiębiorstwem, czy przynajmniej jego działem, oddziałem lub filją. Taką myśl przepisu potwierdza, zdaniem Sądu Najwyższego, wskazanie w nim przykładowo stanowisk wyłącznie i wybitnie kierowniczych.

Wreszcie bezpośredniość zastępstwa rozumieć należy według wyjaśnienia Sądu Najwyższego w tem znaczeniu, że kompetencje kierownicze muszą być nadane prokurentowi bezpośrednio przez właściciela przedsiębiorstwa, a nie dopiero pośrednio przez kogoś, kto bezpośrednio zastępuje owego właściciela.

W końcu Sąd Najwyższy uznał, iż dla naszego zagadnienia z pośród dwóch umów, wiążących prokurenta z właścicielem przedsiębiorstwa: umowy prokury i umowy pracy (ściślej należałoby powiedzieć umowy najmu pracy), jedynie ta ostatnia oznacza zakres kompetencji prokurenta, natomiast prokura nie ma żadnego znaczenia, gdyż chodzi tutaj o zastępstwo w znaczeniu przedewszystkiem gospodarczem i administracyjnem.

Aczkolwiek niewątpliwie Sąd Najwyższy okazał wielką ostrożność w wyjaśnieniu tak spornej, interesującej nas materji, to jednak motywy zasady prawnej, przytoczone powyżej w streszczeniu, wzbudzić muszą szereg zastrzeżeń.

Przedewszystkiem zaznaczyć wypada, iż Sąd Najwyższy niesłusznie zastosował rozszerzającą interpretację art. 4-go ustawy: uznał wyliczenie w nawiasach za przykładowe, dopuszcza nieprzewidziane przez ustawę zastępstwo właściciela w zarządzaniu działem przedsiębiorstwa, wprowadza pojęcie zastępstwa wyłącznie w znaczeniu gospodarczem i administracyjnem, co w praktyce doprowadzić może do zbyt szerokiego stosowania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, niezgodnego z intencją ustawodawcy a przytem zupełnie częstokroć dowolnego.

Tymczasem, jak wykazano wyżej, przepis art. 4 ustawy, jako wyjątkowy, powinien być jaknajściśle interpretowany.

Uchwalona przez Sąd Najwyższy zasada prawna wcale nie kładzie kresu tak licznym w praktyce sporom i procesom. Aczkolwiek ustala ona kryterja ogólne dla zastosowalności do danej osoby, ubiegającej się o zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, przepisów art. 4-go ustawy, przecież jednak uważa to za kwestję faktu, w każdym poszczególnym przypadku podlegającą zbadaniu i indywidualnemu rozstrzygnięciu, co częstokroć zamknąć może stronie w procesie drogę do skutecznego założenia skargi kasacyjnej.

Tak więc zasada prawna niewiele więcej właściwie wyjaśnia od dwóch poprzednio przytoczonych orzeczeń Sądu Najwyższego. Kasy Chorych nadal będą postawione w obliczu trudnych do rozstrzygnięcia — bez narażenia się na procesy sądowe — zagadnień, czy rodzaj czynności, wykonywanych w zastępstwie właściciela przedsiębiorstwa, uprawnia daną osobę do żądania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby na mocy art. 4-go ustawy.

Wreszcie podkreślić należy, iż niepodobna twierdzić, jakoby zakres udzielonego pracownikowi pełnomocnictwa (prokury) dotyczący prawnego zastępstwa, nie miał żadnego znaczenia dla naszej kwestji. Przy interpretacji przepisu art. 4-go ustawy należy uwzględniać przedewszystkiem zastępstwo w prawnem tego słowa znaczeniu, zwłaszcza gdy chodzi o prokurę,

mającą przecież skutki i dla osób trzecich, nie można zaś tylko ograniczyc się wyłącznie do momentów administracyjnych i gospodarczych.

Na zakończenie dodać wypada jeszcze kilka uwag co do samego sposobu zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby osób, zastępujących właściciela przedsiębiorstwa przemysłowego lub handlowego a odpowiadających wymaganiom art. 4-go ustawy w myśl poprzednio przytoczonych wywodów.

Omawiany art. 4 ustawy, ani żaden inny przepis ustawy nie określa trybu zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia osób, zastępujących bezpośrednio właściciela przedsiębiorstwa, jedynie statut normalny dla KasChorych (Monitor Polski Nr. 255 i nast. za rok 1920) w § 7-ym stanowi, że osoby, które chcą uzyskać zwolnienie się od obowiązku ubezpieczenia w myśl ustępu 1-go art. 4-go ustawy, winny wnieść podanie do Zarządu Kasy i dołączyć dowody, uzasadniające prawo do żądania zwolnienia.

Oczywiście zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby na mocy art. 4 ustawy osób, które z mocy art. 3-go tejże ustawy podlegają temu obowiązkowi (a wśród nich ustawa wymienia również kierowników i dyrektorów — por. ustęp 3-ci art. 3-go) nie można się domniemywać.

Każda osoba, zatrudniona na podstawie stosunku służbowego, chociażby nawet zastępowała właściciela przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 4 ustawy, na mocy art. art. 3-go i 10-go ustawy ipso facto i ipso iure staje się członkiem właściwej Kasy Chorych od dnia rozpoczęcia zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, a zatem właściciel przedsiębiorstwa winien opłacać za nią składki ubezpieczeniowe w Kasie Chorych.

Dla uzyskania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia na mocy art. 4 ustawy osoby, zastępujące właściciela przedsiębiorstwa, powinny wnieść podanie do Zarządu Kasy Chorych, który na mocy art. 76 ustawy wydaje w I-ej Instancji orzeczenie, ulegające zaskarżeniu w terminie i trybie przez ustawę przepisanym

Petent może być zwolniony od obowiązku ubezpieczenia, o ile odpowiada wymaganiom art. 4-go ustawy, lecz dopiero począwszy od dnia wniesienia podania do Zarządu Kasy, natomiast Kasa Chorych ma prawo, a nawet obowiązek obciążyć pracodawcę obowiązkiem zapłacenia składek za osobę, ulegającą zwolnieniu, za czas od dnia rozpoczęcia przez nią zatrudnienia do dnia wniesienia podania o zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia.

Praktykę w tym przedmiocie można uważać za ustaloną. Na takiem stanowisku stoi Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (reskrypt z dn. 3 sierpnia 1925 r. za Nr. 282/VII, przytoczony pod Nr. 4-ym pod art. 4-ym ustawy wyd. Frankowskiej). Również i Sąd Apelacyjny w Warszawie zawyrokował tak samo w dwuch znanych piszącemu te słowa sprawach Kasy Chorych m Warszawy (wyrok z dnia 2 maja 1927 r. w spr. z firmą Bank Towarzystw Spółdzielczych—Akta Nr. AC. 393/26 Sek. 4 i wyrok z dnia 25 października 1929 r. w spr. z Erlichami — Akta Nr. Ac 375/28 Sek IV). Sąd Najwyższy w tej materji dotychczas, o ile wiadomo, nie wypowiadał się.

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI

MEDYCYNA, GIMNASTYKA I PEDAGOGIKA W WALCE Z GRUŹLICĄ

I.

Kiedy w kwietniu ubiegłego roku zwiedzałem z międzynarodową komisją hygieny społecznej powołaną przez komitet higieny Ligi Narodów i Międzynarodowe Biuro Pracy urządzenia lecznicze i zapobiegawcze instytucyj ubezpieczeń społecznych kilku większych miast Niemiec — komitet organizacyjny miasta Berlina zawiózł nas na wielki plac, gdzie dawniej odbywały się ćwiczenia wojskowe, i pokazał nam, jak małemi i skromnemi środkami dzięki celowej organizacji i woli można wyleczyć tysiące dzieci z gruźlicy gruczołowej i kostnej. Plac ten znajduje się w centrum miasta w części najbiedniejszej i najbardziej zaludnionej, w której mieszczą się proste i skromne baraki po jeńcach wojennych, półotwarte. Codziennie zjeżdżają się ze wszystkich stron miasta dzieci z gruźlicą kostną i gruczołową, przebywając na słońcu i wolnem powietrzu do wieczora, by na noc wrócić do domu. Inicjatorem tej tak prostej, niekosztownej metody leczniczej był prof. Kisch, który stworzył po wojnie tę placówkę leczniczą i prowadzi ją do dnia dzisiejszego. Oprowadzając nas po tej wielkiej łące, na której chłopcy i dziewczęta w lekkich strojach właśnie odbywały normalne ćwiczenia gimnastyczne, demonstrował nam nadzwyczajne wyniki tego naturalnego leczenia i zapowiedział, że w najbliższej przyszłości wyda sprawozdanie o wynikach leczenia słońcem, powietrzem i gimnastyką. I rzeczywiście w pierwszych dniach marca b. r. ukazało się to sprawozdanie*). Pozwolę sobie wskazać na podstawie własnej obserwacji i przytoczonych przez autora wyników tej naturalnej metody leczniczej Kasom Chorych drogi, po których winny kroczyć, starając się rozwiązywać choć część problemu walki z gruźlicą.

Prof. Kisch organizując na otwartem powietrzu ambulatoryjne leczenie gruźlicy kostnej i gruczołowej, wyszedł ze starej utartej zasady, że najskuteczniejszym środkiem leczniczym jest słońce. Stara dok-

*) Prof. W. Eugen Kisch — Berlin. Medizin, Gymnastik und Pedagogik im Kampfe gegen die Tuberkulose.

tryna, albowiem już Herodot pisał, że starzy Egipcjanie budowali tarasy, na których nago wygrzewali się w słońcu, by wzmocnić swoje ciało. To samo robili Assyryjczycy. Również Rzymianie i Grecy znali dobrze zdrowotny wpływ promieni słonecznych i dumni byli ze swojej cery opalonej a drwili sobie z uczonego, który z bladem obliczem przesiadywał w mieszkaniu. W starym Rzymie kąpiel słoneczna była ogólnie znana, budowali takie kąpieliska na dachach swych domów i codziennie nago wygrzewali się w słońcu.

W nowszych czasach, lekarz Bernhards pierwszy zwrócił uwagę, że promienie słoneczne wywierają specyficzny wpływ na gruźlicę kości i stawów. W kilka lat potem powstało w Leysin w Alpach Szwajcarskich na wysokości 1450 mtr. pierwsze sanatorjum dla leczenia gruźlicy kostnej. Kisch jest zdania, że korzystny wpływ wywierają przedewszystkiem promienie cieplikowe. Badania za pomocą specjalnego termometru zawieszonego w powietrzu wykazały, że na nizinie w Hohenlychen pod Berlinem, gdzie znajduje się sanatorjum dla gruźlicy kostnej, jeszcze we wrześniu temperatura promieni słonecznych wynosiła 68 — 70° C. przy temperaturze 28° C. Siła lecznicza słońca polega nie na jego specyficznem działaniu, lecz w pierwszym rzędzie, działa ono jako bodziec. I dlatego nie jest niekorzystne, że w górach i nizinach nie zawsze jest słońce, przeciwnie ma to swoje korzystne znaczenie. Doświadczenie bowiem uczy, że na wschodzie, gdzie słońce świeci cały rok z wyjątkiem 4 tygodniowego deszczowego okresu, nie wywiera ono na mieszkańców żadnego drażniącego wpływu.

Kisch osiągnąwszy nader korzystne wyniki stosując leczenie terapją słoneczną i powietrzną w gruźlicy kostnej w sanatorjum w Hohenlychen przystąpił do ambulatoryjnego leczenia tej choroby.

Przyświecała mu nie tylko idea taniego i ekonomicznego leczenia gruźlicy kostnej ale przedewszystkiem znane mu były psychiczne i moralne konsekwencje długiego pobytu w sanatorjum. Chory zdala od rodziny, od codziennego życia, wolny od trosk codziennych, myśli tylko o swojej chorobie. Przedmiotem rozmowy jest gruźlica, jedyną troską chwilowy stan zdrowia, a umysł jest skierowany na krytykę odżywiania i lekarskiej działalności w sanatorjum. Coraz bardziej zamiera naturalne życzenie powrotu do zdrowia. A u dzieci pobyt w sanatorjum wpływa jeszcze gorzej na ich stan psychiczny z powodu braku nauki szkolnej. Dom rodzicielski staje się im obcy, zaś rodzice często zapominają o swoich obowiązkach rodzicielskich.

Z tych powodów postanowił Kisch w centrum najbiedniejszej i najgęściej zaludnionej okolicy Berlina — w dzielnicy „Prenzlauer Berg" stworzyć ambulatorjum leczenia gruźlicy kostnej i gruczołowej. Zrezygnował z architektonicznie pięknych i drogich pałaców, zadowolił się staremi barakami po jeńcach wojennych, odpowiednio je przerobił, zaopatrzył w puste leżalnie i uzyskał tak wspaniałe wyniki lecznicze jak w zbytkownych sanatorjach.

Gruźlica kości i stawów nie jest chorobą pierwotną, gdyż jej źródło zakaźne leży w gruczołach szyjnych, piersiowych, brzusznych. Leczenie zatem wczesne gruźlicy gruczołowej chroni często od gruźlicy kostnej, przeto dzieci z powiększonemi gruczołami, które są doskonałą pożywką prątków gruźliczych, winny być leczone ambulatoryjnie słońcem i powietrzem. Obok tej wielkiej liczby dzieci z gruźlicą gruczołów szyjnych, piersiowych i brzusznych wchodzą w rachubę przy leczeniu słońcem i powietrzem te formy gruźlicy kostnej, przy której pacjent chodzić może a więc jeśli ognisko gruźlicze nie znajduje się ani w kręgosłupie ani w kości miednicy, ani w dolnych kończynach. Według Kischa procent takich chorych wynosi 30 w stosunku do wszystkich przypadków kostnej gruźlicy.

Obserwacja kliniczna w ciągu kilku lat wykazała, że przy takiem leczeniu ambulatoryjnem chorzy również szybko zostają wyleczeni i chore stawy uzyskują taką samą zdolność czynnościową, jaką uzyskiwały po długiem leczeniu sanatoryjno-szpitalnem. Warunkiem jednak uzyskania takich pomyślnych wyników leczenia jest taki zakład ambulatoryjny, wyposażony we wszystkie urządzenia i aparaty kliniczne, urządzenia naświetlające wraz z Roentgenem terapeutycznym a przytem by na jego czele stał lekarz fachowo wyszkolony w djagnostyce i terapji.

Podana przez Kischa statystyka za czas od 1924 — 1929 r. wyleczonych tą metodą dowodzi, iż należy pójść w ślady za tym wzorem, który zresztą wszędzie zaczyna się przyjmować.

ROZPOZNANIE	Ogólna liczba	Liczba wyleczonych	Czas trwania leczenia aż do wyleczenia (w miesiącach)	Ze znaczną poprawą jeszcze w leczeniu albo wypisanych	Jeszcze w leczeniu bez poprawy	Z pogorszeniem
Gruczoły bez przetoki	358	167	10	184	7	0
„ z przetoką	96	53	11 1/4	43	—	0
Gruczoły wnękowe .	97	35	7 3/4	52	10	0
„ brzuszne .	52	21	10 1/2	27	4	0
Staw karkowy . . .	10	5	11	5	—	0
„ łokciowy . . .	38	19	12 1/2	17	2	0
„ nadgarstkowy .	21	12	9 1/4	9	—	0
Kości palców . . .	19	12	10 1/4	7	—	0
Żebra	17	5	8 1/2	12	—	0
Wilk	55	25	9 3/4	27	3	0
Przyjądrza . . .	14	6	15	8	—	0
Kręgosłup	34	15	13	19	—	0
Staw biodrowy , .	29	23	12	6	—	0
„ kolanowy . . .	33	15	7 1/2	17	1	0
„ stopowy . . .	19	11	8	6	2	0

Statystyka podana wykazuje, że gruźlica gruczołowa, kości i stawów z wyjątkiem kręgosłupa i stawów kończyn dolnych prawie z 100% pewnością może być wyleczona ambulatoryjnie bez leczenia sanatoryjnego. Wprawdzie w podanej statystyce znajduje się pewna ilość przypadków gruźlicy stawów kończyn dolnych i kręgosłupa a którą należało leczyć raczej w zakładzie aniżeli ambulatoryjnie, ale były to przypadki, które nie mogły znaleść pomieszczenia w sanatorjum i aż do uzyskania takiego miejsca leczono je ambulatoryjnie. Pacjenci tacy otrzymywali gorset w razie gruźlicy kręgosłupa, a jeśli była na kończynach dolnych — szyny do zdejmowania i przychodzili codziennie do ambulatorjum, gdzie leczono ich — jak ze statystyki widzimy — nawet w takich przypadkach z pomyślnym wynikiem.

Dnia 19. V. 1930 r. upływa 10 lat od chwili uchwalenia przez Sejm Ustawodawczy ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Tę ważną chwilę w historji naszych ubezpieczeń społecznych uczcić chcemy przez wydanie numeru specjalnego naszego pisma, poświęconego wyłącznie temu zagadnieniu.

Z powodów od nas niezależnych nie możemy wydać tego numeru w rocznicę dziesięciolecia. Nie chcąc opóźniać z tego powodu wydania numeru, postanowiliśmy wydać w maju Nr. 6 (za czerwiec), zaś Nr. 5, jako jubileuszowy, wydamy w najkrótszym czasie.

Przepraszając naszych czytelników za tę drobną zmianę, nie wątpimy, iż zechcą nam ją wybaczyć.

REDAKCJA

„Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych".

Czas leczenia trwał od 7 i pół — 15 miesięcy. Dla kas chorych stanowi to pewną trudność, albowiem jest to okres dłuższy aniżeli czas trwania świadczeń obowiązkowych. Wobec tego wysuwa się konieczność współdziałania z samorządem i utworzenia dla tego celu wspólnoty pracy, o czem pisałem już obszernie na innem miejscu.

Chorzy przebywają cały dzień w tem ambulatorjum (od 8 i pół rano do 5 wieczorem) otrzymują tam wyżywienie. Dorośli i dzieci otrzymują przed południem na drugie śniadanie ¼ litra mleka. Obiad przywożą ze sąsiedniego szpitala, gdzie jest odrębnie przygotowany dla tych chorych. Rozchodzi się bowiem głównie o pożywienie bogate w witaminy. Popołudniu otrzymują chorzy pół litra mleka i bułkę. Leczenie i wyżywienie otrzymują chorzy zupełnie bezpłatnie.

Ambulatorjum to ma również charakter zapobiegawczy celem leczenia dzieci gruźliczych rodziców lub żyjących w niekorzystnych warunkach mieszkaniowych. Dzieci takie wskazują miastu lekarze szkolni, hygienistki miejskie itd. i przekazują je do tego ambulatorjum. U tych dzieci leczenie słońcem, pobyt na wolnem powietrzu, dobre odżywienie zapobiega rozwinięciu się wybuchowi gruźlicy.

Ponieważ naświetlanie promieniami słonecznemi nie należy do środków leczniczych obojętnych, przeto chorzy muszą się do niego powoli przyzwyczajać. Gdyby bowiem ich poddano odrazu przez dłuższy czas działaniu promieni słonecznych, chorzy odczuwaliby bóle i zawroty głowy, mieliby wymioty, zaczerwienie skóry a nawet proces chorobowy lokalny mógłby ulec pogorszeniu. Trzeba również wziąć pod uwagę, że chorzy tacy to ludzie mieszkający w mieście, przesiadujący większą część dnia w mieszkaniu, przeto muszą się do tych nowych zmian powoli przyzwyczajać. Kisch umieszczał takich chorych w pierwszym dniu pobytu na półotwartej werendzie w lekkiem ubraniu i przez godzinę leżeli oni tak na wolnem powietrzu, codziennie przebywając o godzinę dłużej. Dopiero w czwartym dniu zaczyna się zazwyczaj leczenie promieniami słonecznemi.

Przy leczeniu słońcem odróżnia się naświetlanie ogniska chorobowego od ogólnego nasłoneczniania, które jest nader ważne, gdyż przy gruźlicy kości i stawów mamy do czynienia z wtórnym procesem i by gruźlicę wyleczyć należy usunąć nietylko widoczne ognisko chorobowe, ale i pierwotne, którego siedziba jest często nieznana.

Kisch rozpoczyna 5 minutowem naświetlaniem grzbietu stopy 3 razy w ciągu dnia, codziennie posuwa się dalej rozpoczynając zawsze od 5 minut przy naświetlaniu nowej części ciała, podczas gdy dla poprzednio naświetlonej części ciała zwiększa dawkę co dwa dni o 5 minut, a w 10 dniu zaczyna naświetlać ognisko chorobowe rozpoczynając również od 5 minut a w 14 dniu już naświetla ognisko nieprzerwanie przez 1 godzinę a całe ciało 2 godziny a od 16 dnia zwiększa dawkę codziennie o pół godziny i dochodzi do 7 godzin dziennie. Naturalnie, że zachodzą przypadki, przy których należy indywidualizować zwłaszcza, jeżeli się ma do czynienia z jednostkami słabemi lub staremi, którym nie można więcej dawkować, jak 4 — 5 godzin naświetlania. Również musi się stosować ostrożnie naświetlanie przy gruźlicy płuc. Przy umiejętnem dawkowaniu uniknąć można wszelkich niemiłych powikłań.

Słońce nizinne miało przez dłuższy czas przeciwników, którzy twierdzili, że jego wartość leczn.icza jest mała, gdyż czas usłonecznienia jest na nizinach krótszy aniżeli w górach i przytem natężenie promieni słonecznych jest w górach silniejsze. Wprawdzie insolacja w styczniu i lutym jest w górach rzeczywiście silniejsza i dłużej trwająca, ale za to kiedy na dolinie we wrześniu, październiku i listopadzie jest pogodnie, w górach pada deszcz ze śniegiem i panują mgły, których w tym czasie wcale niema na dołach. Chcąc uprościć terapję słoneczną musi się ją uprawiać na rozległej łące albo wielkim parku otwartym dostępnym ze wszystkich stron dla promieni słonecznych. Jeśli się ma werandy można przeprowadzać naturalne naświetlanie ogólne słońcem aż do połowy listopada i znowu rozpocząć w połowie lutego. W tym okresie jest pewna, choć mała, ilość dni, w których można choć lokalnie naświetlać promieniami słonecznemi.

W berlińskiem ambulatorjum prowadzonem przez prof. Kischa naświetla się na wielkiej łące. Chorzy leżą na drewnianych leżakach nakrytych kocem. W razie niepogody leżą oni na werandach, które są półotwarte na południe. Również i w zimie leżą dzieci na tych werandach półotwartych a w dnie słoneczne naświatla się je częściowo albo całe ciało.

Nie zawsze jednak świeci słońce. Przerwy, o ile nie są wielkie, nie są wcale szkodliwe, raczej są pożądane, gdyż przez to słońce nie traci swego charakteru bodźca. Jeżeli jednak przerwy są dłuższe, musi się zastąpić naturalne promienie słoneczne sztucznemi. Światło słoneczne posiada wszystkie rodzaje promieni, jednakowoż przy sztucznych aparatach do naświetlania potrzeba tylko tych promieni, które są szczególnie skuteczne w tej terapji.

Od czasów Finsena przyjmuje się, że przedewszystkiem promienie fiołkowe i pozafiołkowe są czynnikiem leczniczym i na tej teorji oparł Bach budowę swojej lampy kwarcowej, zwanej sztucznem słońcem. Według Kischa nazwa sztucznego słońca jest niewłaściwą, „gdyż lampa Bacha (kwarcowa) jest zimnem źródłem śmietlnem i dostarcza wyłącznie ultrafioletowych promieni, zaś słońce naturalne składa się przeważnie z promieni czerwonych i podczerwonych i rozwija z tego powodu nadzwyczajnie wysoką energję cieplną".

Według Kischa lampa kwarcowa dająca tylko ultrafioletowe promienie ma ograniczoną wartość leczniczą w gruźlicy kości i stawów, albowiem promienie chemicznie aktywne zostają absorbowane bez reszty przez naczynia skóry, a lecznicza działalność słońca w wielkiej mierze jest zależna od siły ciepła, na które organizm, by uchronić się od oparzenia, odpowiada przekrwieniem pola naświetlonego. Im silniejsze jest naświetlanie cieplne, im dłużej trwa, występuje przekrwienie w tem głębszych częściach ciała.

II.

By móc zorganizować takie leczenie ambulatoryjne, potrzebny jest, jak już wyżej wspomniałem, wielki wolny plac, oparkaniony, łatwo dostępny dla chorych. Celem przeprowadzenia kuracji słonecznej i powietrznej połączonej z ćwiczeniami gimnastycznemi, potrzebna jest duża łąka bez drzew, a ponadto dwa pokoje do badań: dla lekarza i dla pielęgniarki.

W okresie zimowym w czasie złej pogody jest potrzebna jadalnia, gdzie chorzy jedzą, w czasie pogody odbywa się to na wolnem powietrzu. Na sztuczne naświetlanie również potrzebny jest pokój. Ponieważ hygiena ciała odgrywa dużą rolę u dzieci gruźliczych, muszą dzieci po ukończeniu nasłonecznienia codziennie brać natryski a dwa razy tygodniowo kąpiel. Do tego celu potrzebny jest barak drewniany.

Jeżeli oprócz naświetlania lampami stosuje się jednocześnie leczenie promieniami Roentgena, aparaty muszą być umieszczone w budynku o materjale trwałym a nie w drewnianym.

Kisch ograniczył się pierwotnie do leczenia ambulatoryjnego, z czasem jednak wybudowano mu jeszcze jeden barak dla 16 chłopców i 16 dziewcząt z taką gruźlicą kostną stawów, która nie pozwala na chodzenie a chorzy gdzieindziej nie znaleźli pomieszczenia. Sale chorych są połączone bezpośrednio z półotwartemi werandami, na które wytaczają łóżka z chorymi, odbywającymi tam tę samą kurację słoneczną i powietrzną. Prof. Kisch zapowiada, że w najbliższej przyszłości wyda drugą pracę o wynikach, osiągniętych tem prostem leczeniem przy najcięższych przypadkach gruźlicy księgosłupa, staku biodrowego i kolanowego i udowodni, że nawet w środku miasta ale na wolnem miejscu można wyleczyć skutecznie najcięższe przypadki gruźlicy kostnej.

Oprócz leczenia słońcem i powietrzem, stosował prof. Kisch u chorych również ćwiczenia gimnastyczne. Minęły już bowiem te czasy, kiedy chorego na gruźlicę wstrzymywano od wszelkiej pracy, wszelkiego ruchu fizycznego aż do jego wyzdrowienia i umieszczano go przez szereg godzin w łóżku albo na leżaku. Zrozumiano, że jeżeli tylko temperatura nie podniosła się i nie stwierdzono postępującego procesu płucnego lub choroby w dolnych kończynach lub kręgosłupie, ruch stosowany ostrożnie nie tylko nie jest szkodliwy, lecz przeciwnie wpływa korzystnie na przemianę materji i wzmocnienie organizmu. W ambulatorjum Kischa chorzy wykonywują ćwiczenia gimnastyczne pod kierownictwem dyplomowanego lekarza obeznanego z ćwiczeniami fizycznemi.

Ćwiczenia gimnastyczne odbywały się zawsze na wolnem powietrzu, albowiem zasadniczo gimnastyka nie powinna się odbywać w zamkniętych salach gimnastycznych, pył powstający przy gimnastyce jest szkodliwy narządom oddechowym. Ponieważ każde ćwiczenie fizyczne wywołuje przedewszystkiem pogłębienie wdechu i w następstwie silniejsze przewietrzanie płuc, przeto gimnastyka wszelka powinna się odbywać na wolnem powietrzu. Wiosną, latem i jesienią ćwiczyły dzieci na łące, w zimie w czasie złej pogody na półotwartych weradanch. O ile jest tylko dzień słoneczny w zimie, nie odbywa się już ćwiczeń na werandach, lecz na wolnem powietrzu na łące, tylko w spodenkach, a w czasie śniegu w odpowiedniem obuwiu. Ponieważ nie tylko oddechanie płucne, ale również i oddechania skórne i ruch powietrza wywołują silne podrażnienie nagiego ciała, przeto gimnastyka odbywa się w lecie w krótkich tylko spodenkach kąpielowych, na oczach niebieskie okulary a na głowie biała czapka. Każda czapka i spodenki są opatrzone numerami dla uniknięcia zamiany. W zimie noszą dzieci koszulkę i spodenki. Koszulka jest krótka, aby przy każdem ćwiczeniu gimnastycznem powstała wolna przestrzeń dość szeroka między koszulą i spodenkami, przez którą powietrze przechodzi swobodnie. Również i spodenki są z tego powodu szerokie.

Ćwiczenia gimnastyczne mają przedewszystkiem za zadanie wpływanie na narządy oddechowe, albowiem wskutek wzmocnienia mięśni zwiększa się obwód klatki piersiowej, osiąga się zaś przedewszystkiem maksymalne przewietrzanie płuc. Specjalne ćwiczenia mają za zadanie po wydatnym wydechu osiągnąć silny wdech. Inne ćwiczenia mają znów na celu wzmocnienie mięśni tułowia i kończyn. Wiadomo, że zapisany lek może być korzystny albo niekorzystny zależnie od stosowania należytej dawki, tak samo konieczne dla utrzymania organizmu w zdrowiu ćwiczenia gimnastyczne wywrzeć mogą szkodliwy wpływ na organizm w razie przesadnego stosowania tych ćwiczeń. Lekarze ostrzegają zawsze przed przesadą gimnastyczną. Każde ćwiczenie fizyczne prowadzi wcześniej lub później do stanu znużenia, co jest szkodliwem dla organizmu. Ważne jest wówczas przy pierwszym sygnale znużenia zarządzenie przerwy w ćwiczeniach. U Kischa dzieci ćwiczą z tego powodu codziennie tylko 30 minut i to w dwóch okresach po 15 minut po których zarządza się półgodzinne leżenie. Jeśli przedtem u jakiegoś dziecka wystąpi uczucie znużenia, przerywa się natychmiast ćwiczenie. Opracowano specjalną metodę ćwiczeń gimnastycznych przy chorych stawach. Po ukończeniu ćwiczeń gimnastycznych i wypoczynku odbywają się zabawy na wolnem powietrzu, by wprowadzić w ten sposób urozmaicenie dla dzieci i wzmocnić uczucie radości z ruchu na wolnem powietrzu. Zabawy te mają wartość wychowawczą, i nie są bez wpływu na rozwój muskulatury tułowia i kończyn.

Ponieważ dzieci leczą się w ambulatorjum przez szereg miesięcy a czasem nawet przeszło rok, należało pomyśleć o szkole, którą zorganizowano w klasach po 40 dzieci. Powodem jednak zorganizowania nauki szkolnej było przeświadczenie, że nauka ta nie wpłynie ujemnie na wyniki leczenia, lecz przeciwnie pomagać będzie zarządzeniom leczniczym. Nauka odbywa się latem i zimą na wolnem powietrzu na werandzie, w zimie dzieci otrzymują koce na nogi, w lecie mają tylko spodenki na sobie. Pierwsza godzina nauki odbywa się w zamkniętej klasie, by dzieci mogły wykonać zadania pisemne. Następne 3 godziny nauki odbywają się już na wolnem powietrzu, przez co nie przerywa się w czasie nauki kuracji słonecznej i powietrznej. W ten sposób, powiada prof. Kisch, medecyna popiera pedagogikę a pedagogika medycynę. Ciało pedagogiczne składa się obecnie z kierownika

i 5 nauczycieli. Do pracy prof. Kischa dołączone są zdjęcia roentgenowskie, przedstawiające obraz chorobowy w chwili zgłoszenia się do ambulatorjum i po zupełnem wyleczeniu.

* * *

Przedstawiłem w tym krótkim szkicu wyniki tej metody na podstawie obserwacji własnej na miejscu i uwagi prof. Kischa o skuteczności leczenia ambulatoryjnego gruźlicy gruczołowej i kostnej. Jaka wypływa nauka z doświadczeń tej placówki leczniczej?

1. Że gruźlicę kości można leczyć skutecznie w klimacie nizinnym, nie trzeba wyjeżdżać w wysokie góry i tam budować drogich sanatorjów.

2. Że wielką część gruźlicy kostnej a prawie całą gruźlicę gruczołową można leczyć i wyleczyć mając skromne urządzenia. To co widzimy w Berlinie, to właściwie nasze półkolonie letnie, otwarte cały rok z zastosowaniem specjalnego leczenia. Dotychczas panował i panuje jeszcze przesąd, że półkolonie mogą być zorganizowane tylko w miesiącach letnich, skoro tylko się zbliżają pierwsze dni jesienne zamyka się je. Doświadczenie lekarskie, które znalazło już zastosowanie w wielu miastach Niemiec i w innych krajach, wykazuje, że ta organizacja lecznicza i zapobiegawcza może być zastosowana przez cały rok. Trzeba tylko przezwyciężyć strach przed zimą, gdyż i w zimie jest słońce, zresztą nie małym czynnikiem leczniczym jest pobyt na wolnem powietrzu.

I kasy chorych winny naukę z tego dla siebie wyciągnąć. Nie mając pieniędzy na budowy drogocennych zakładów, trzeba szukać najprostszych i najskromniejszych dróg celem osiągnięcia pewnych celów. Kasy chorych mają bowiem przed sobą do spełnienia wielkie zadania w zakresie lecznictwa i zapobiegania, gdyż stan zdrowotny ubezpieczonych i ich rodzin a zwłaszcza młodego pokolenia jest fatalny. Dlatego muszą dążyć do tego, by wielkie te zadania mogły być spełnione najskromniejszemi środkami.

ROMAN GARLICKI

ZADANIA ZWIĄZKU ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W ŚWIETLE STATUTU

Przymusowe centralne związki instytucyj ubezpieczeń społecznych są jedną z cech szczególnych systemu organizacji ubezpieczeń społecznych w Polsce. System polski znalazł swój pełny wyraz po raz pierwszy w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z 24.XI. 1927 r. Już bowiem wprawdzie ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby powołała do życia Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, jednak związek ten wobec braku wspólności ryzyka w tej dziedzinie ubezpieczeń z natury rzeczy ma znacznie węższy zakres działania w porównaniu ze Związkiem Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Jak wiadomo Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, którym dekret z 24.XI.1927 r. powierzył wykonywanie ubezpieczenia, nie stanowią w istocie samoistnych instytucyj ubezpieczeniowych, pod względem bowiem finansowym stanowi cały obszar państwa jednolitą całość; ogół świadczeń, przyznawanych i wypłacanych przez poszczególne zakłady obciąża równowiernie fundusze wszystkich zakładów. Wspólność ryzyka pociąga za sobą konieczność jak najdalej idącego ujednostajnienia działalności zakładów tak w dziedzinie wewnętrznej administracji i biurowości, jak i w dziedzinie przyznawania świadczeń.

Wyrównanie ryzyka w drodze corocznego rozrachunku między zakładami i działalność normatywną, mającą na celu ujednostajnienie wykonywania ubezpieczenia przez poszczególne Zakłady, powierza dekret Związkowi Zakładów; pozatem podobnie jak Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych prowadzić ma Związek Zakładów szereg agend, wymagających scentralizowania, oraz powierzone ma sobie lustrowanie działalności zakładów.

Utworzenie centralnego związku instytucyj ubezpieczeniowych o tak szerokim zakresie działania wymaga rozważenia szeregu trudnych i doniosłych problemów prawno - organizacyjnych. Nie naruszając ustawowo zagwarantowanej autonomji zakładów należy wyposażyć związek centralny w środki działania odpowiednie dla zamierzonych celów, należy dalej przez odpowiednie unormowanie wzajemnych stosunków stworzyć warunki owocnej i harmonijnej współpracy Związku i Zakładów, zapewnić Związkowi odpowiednie środki finansowe, wybrać najstosowniejszą metodę pracy i zorganizować odpowiednio ustrój władz i organów wykonawczych związku.

Dział XXI dekretu, traktujący o Związku Zakładów zawiera tylko najogólniejsze przepisy podstawowe, dotyczące przedstawionych wyżej kwestyj, pozostawiając szczegółowe ich unormowanie statutowi Związku. Statut przeto Związku stanowi nietylko wewnętrzną normę instytucji, lecz jest w pewnym stopniu dopełnieniem ustawy i to w sprawie dla polskiego systemu organizacyjnego tak doniosłej.

Zapoznanie się z treścią zasadniczych postanowień statutu Związku jest tembardziej aktualne, że, jak wiadomo, projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem przewiduje dalszą rozbudowę obecnego systemu organizacji ubezpieczeń, zwiększając jeszcze zakres działania instytucji centralnej.

Jako ogólną cechą charakterystyczną statutu Związku, ogłoszonego w Monitorze Polskim z dnia 28 stycznia 1930 r. Nr. 22, podkreślić można wyraźną dążność do oparcia statutu na podstawach for-

malno - prawnych obowiązującego dekretu. Wprawdzie przy rozważaniu poszczególnych problemów niejednokrotnie nasunąć się mogą rozwiązania niewątpliwie celowe, choć leżące poza ramami dekretu, wprawdzie ogólnikowe nieraz brzmienie przepisów dekretu umożliwia, szczególnie przy określeniu kompetencyj Związku, rozszerzenie zakresu statutu poza przepisy ustawowe i szersze uwzględnienie momentu celowości, niewątpliwie jednak brak ścisłych i wyraźnych podstaw prawnych musiałby się ujemnie odbić na dalszej działalności Związku. Moment celowości odgrywa znaczniejszą rolę w statucie Związku w tych tylko działach, w których opierając się na przepisach dekretu możnaby znaleść alternatywne, formalno - prawnie w równym stopniu uzasadnione rozstrzygnięcia; dotyczy to przedewszystkiem ustroju władz i organów wykonawczych.

Najważniejszym działem statutu jest bezsprzecznie § 7, który w 16-tu punktach określa dokładnie zakres działania Związku i stwarza program jego pracy. Przepisy § 7 statutu stanowią rozwinięcie i pogłębienie postanowień artykułu 86 dekretu z 24.XI. 1927 roku.

Zakreślenie kompetencji Związku oparte jest na ustaleniu zasadniczej koncepcji Związku Zakładów jako instytucji samorządowej wyższego rzędu, wytworzonej do pewnego stopnia przez samorządy pierwszego stopnia t. j. Zakłady Ubezpieczeń i powołanej przez to do spełniania wszelkich wspólnych dla tych instytucyj zadań i służenia wspólnym celom, posiadające jednak ponadto pewne szczególne ustawowo określone cele i wyposażonej w odpowiednie środki do ich zrealizowania.

Przy rozpatrywaniu postanowień statutowych normujących kompetencje Związku w poszczególnych działach pracy, ciekawem będzie zestawienie i porównanie tych przepisów z odpowiedniemi postanowieniami dekretu; sposób bowiem, w jakim przepisy dekretu zostały w statucie rozwinięte i pogłębione, charakteryzuje najlepiej zasadnicze linje koncepcji Związku.

I tak punkt 1 § 7 statutu, rozwijając przepis p. 1 art. 86 dekretu, pod ogólny przepis „występowanie w sprawach, które w myśl dekretu dotyczą ogółu ubezpieczonych" podkłada bogatą treść. W myśl tego punktu, do kompetencji Związku należy opinjowanie projektów ustawodawczych i przepisów wykonawczych, podejmowanie inicjatywy wydania nowych przepisów prawnych lub zmiany przepisów obowiązujących, a więc współpraca z władzami państwowemi w dziedzinie ustawodawstwa. Tu również wspomnieć można o współdziałaniu Związku przy normowaniu zagadnień z dziedziny ubezpieczeń społecznych w drodze układów międzynarodowych; do współdziałania tego, jakkolwiek niewymienionego odrębnie w statucie, był już Związek w ciągu swej krótkiej działalności niejednokrotnie powoływany.

Wypowiadając opinje lub podejmując inicjatywę w sprawach ustawodawczych działa Związek jako jedyny organ uprawniony do reprezentowania ogółu ubezpieczonych. Wobec powierzenia tego zadania Związkowi Zakładów, staje się on forum właściwem dla wysłuchiwania opinij i inicjatywy poszczególnych Zakładów, które dopiero uzgodnione pomiędzy Zakładami i przyjęte przez ich Związek mogą być wobec innych czynników przedstawione, jako wyraz zapatrywań ogółu ubezpieczonych.

Do tego samego działu pracy Związku (p. 1 § 7) należy „opracowywanie opinij w sprawie jednolitego stosowania przepisów prawnych".

Jednolitość w stosowaniu przepisów prawnych, a więc jednolitość interpretacji, jest bezwątpienia jednym z najważniejszych momentów problemu zapewnienia tej jednolitości, ubezpieczenia której wyrazem jest Związek Zakładów. Trzeba jednak zważyć, że do stosowania prawa w sprawach o świadczenia, a więc w dziedzinie najistotniejszej, powołane są w zakładach ubezpieczeń ciała kolegjalne, złożone z przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców. Ciała te stanowią niejako pierwszą instancję orzeczniczą; w stosowaniu i wykładni prawa nie mogą one być krępowane żadnemi z zewnątrz płynącemi nakazami, lub wskazówkami, o ile wskazówki te nie są zawarte w rozstrzygnięciach i wyrokach wyższych instancji sądowych. Dlatego też rola Związku Zakładów ograniczać się musi do prac raczej komentatorskich i glossatorskich. Opinje Związku nie będą dla zakładów wiążącemi, będą jednak stanowić niewątpliwie podstawę do wytworzenia jednolitej praktyki w zakładach, szczególniej w kwestjach bardziej wątpliwych. Rola Związku szczególnie jest ważna w tym zakresie w chwili obecnej, gdy różnorodność orzecznictwa i braku wspólnej dla wszystkich dzielnic najwyższej instancji sądowej uniemożliwia ustalenie jednolitej wykładni prawa w orzecznictwie ubezpieczeniowem.

Ostatnim zakresem działalności Związku, objętym punktem 1 § 7 jest opinjowanie wszelkich wniosków i przedłożeń zakładów (preliminarze budżetowe, zamknięcia rachunkowe, zmiany statutu, regulaminy, instrukcje i t. p.). Wszystkie te wnioski, jak również wszelkie protokóły obrad władz zakładów winny zakłady przesyłać Związkowi równocześnie z przesłaniem władzy nadzorczej. Mając możność ingerencji w tych sprawach może Związek czuwać nad całokształtem działalności zakładów.

Punkt 2 § 7 statutu upoważnia Związek do przedstawicielstwa interesów zakładów wobec wszelkich władz i instytucyj publicznych i prywatnych lecz tylko na podstawie uchwał właściwych władz zakładów. Wobec pełnej autonomji zakładów i ich integralnej osobowości prawnej Związek Zakładów nie może już z mocy samego prawa zastępować zakładów nazewnątrz w ich stosunkach zewnętrznych, szczególnie prywatno - prawnych. Omawiany przepis statutu podkreśla to właśnie, wymagając dla zastępowania interesów zakładów szczególnego mandatu ze strony władz zakładu.

Punkt 3 § 7 t. j. reprezentowanie zakładów na fachowych zjazdach i konferencjach, nie wymaga szczegółowego omówienia.

Następny punkt § 7 poświęcony jest problemowi organizacji lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego, prowadzonego przez zakłady z mocy art. 61 dekretu. Jak wiadomo udzielanie pomocy leczniczej dla zapobieżenia niezdolności do wykonywania

zawodu lub jej usunięcia jest dobrowolnem świadczeniem zakładu. Zakłady upoważnione są do stosowania tego leczenia w wypadkach, gdy jest to wskazane interesem asekuracyjnym i w granicach tego interesu. Jest to jedyna uwzględniona w dekrecie działalność profilaktyczna zakładów ubezpieczeń w dziedzinie ubezpieczenia emerytalnego.

Działalność profilaktyczna instytucyj ubezpieczeń społecznych we wszystkich gałęziach tych ubezpieczeń jest dziś najżywotniejszym problemem społecznym tak u nas jak i zagranicą.

Tak w teorji jak i praktyce coraz więcej uznania zdobywa pogląd, że racjonalna polityka ubezpieczeniowa polegać musi przedewszystkiem na działalności profilaktycznej, to jest na utrzymywaniu zdolności do pracy i opiece nad zdrowiem ubezpieczonej masy ludności. Działalność profilaktyczna zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych nie jest w Polsce nowością; nawet mimo braku odpowiednich przepisów ustawowych zainicjował i prowadził ją dawny Zakład Pensyjny we Lwowie, prowadziły ją również zakłady w b. dzielnicy pruskiej. Podstawy jednak tej działalności nie były dotychczas unormowane; nie normuje ich również i dekret. Jest to w zupełności zrozumiałe. Leczenie stosowane przez zakłady ubezpieczenia emerytalnego, — nie jest świadczeniem, jest tylko zarządzeniem, leżącem w interesie asekuracyjnym instytucji. Jako takie nie może być ono ani pod względem warunków stosowania ani rozmiaru zgóry określone. Zasady tej działalności profilaktycznej muszą być stale przystosowywane tak do możności finansowej instytucji jak i do potrzeb życia; rezultaty tej działalności muszą być stale kontrolowane. Wszelkie unormowanie zgóry tej sprawy byłoby zatem niebezpieczne.

Równie jednak niemożliwem było pozostawienie tej działalności w sferze swobodnej decyzji i uznania poszczególnych zakładów. Mimo, że wydatki na lecznictwo dobrowolne nie podlegają rozrachunkowi między Zakładami w myśl art. 101, to jednak wpływają one na wynik rozrachunku pośrednio przez zmniejszenie majątku Zakładu i jego dochodów. Stosunkowo zatem wzmożenie rozmiarów akcji leczniczej w jednym zakładzie byłoby w rezultacie ostatecznym pokrywane przez wszystkie zakłady. Taki stan rzeczy doprowadzić mógłby w konsekwencji do wzajemnego przelicytowywania się zakładów i nadmiernego powiększenia zakresu akcji leczniczej. Trzeba zaś wziąć pod uwagę, że koszty lecznictwa dobrowolnego nie zostały uwzględnione w obliczeniu technicznem wysokości składek ubezpieczeniowych, sama zaś składka według tych obliczeń powinna przenosić ustaloną w dekrecie wysokość (według obliczenia as. techn. składka winna wynosić 8.77%). Racjonalność akcji profilaktycznej z punktu widzenia interesu asekuracyjnego nie ulega wątpliwości, dzisiaj jednak brak jakichkolwiek danych statystycznych, pozwalających ocenić zmniejszenie obciążeń rentowych wskutek stosowania lecznictwa profilaktycznego, z tych wszystkich względów zużytkowanie funduszów rezerwowych na cele lecznictwa dobrowolnego musi być dokonywane z należytą ostrożnością.

Niemożność oparcia akcji leczniczo - profilaktycznej na podstawach ustawowych, z drugiej strony niemożność pozostawienia tej akcji całkowicie poszczególnym zakładom, wytworzyła konieczność powierzenia Związkowi Zakładów unormowania podstaw tej akcji.

Stosownie do tego statut Związku, rozwijając przepis art. 86 p. 2 dekretu, w myśl którego do Związku Zakładów należy „organizacja lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego", wskazuje dwie drogi działalności Związku, przyczem na pierwszy plan wysuwa działalność normatywną. Do Związku Zakładów należeć ma ustalenie zasad udzielania świadczeń z mocy art. 61 dekretu. Ustalenie tych zasad obejmuje określanie wysokości sum, przeznaczonych corocznie na lecznictwo, określanie warunków uzyskiwania tych świadczeń, postępowanie przy ich przyznawaniu oraz ustalanie rozmiarów tych świadczeń. Wykonując tę swoją normatywną działalność może Związek z jednej strony uwzględniać wszystkie wyżej przytoczone momenty i zakreślać akcji leczniczej właściwe rozmiary, z drugiej zaś strony zapewnia ubezpieczonym we wszystkich zakładach, uwzględnianie ich potrzeb w tym samym stopniu.

Drugą stroną działalności Związku jest właściwa działalność organizacyjna. Ta strona działalności Związku jest w praktyce życiowej bodaj ważniejsza, niż ustalenie finansowych i prawnych zasad lecznictwa. Najskuteczniejszą formą leczenia profilaktycznego jest leczenie sanatoryjne w stacjach klimatycznych i zdrojowiskach. Ta forma lecznictwa może być łatwo zrealizowana przez instytucje ubezpieczeń długoterminowych, które część swych funduszów rezerwowych inwestować mogą w budowę zakładów leczniczych. Jednak posiadanie i utrzymywanie odpowiedniej ilości zakładów leczniczych, umożliwiających leczenie chociażby najważniejszych, grożących przedwczesnem inwalidztwem, chorób, przekracza granice możliwości poszczególnych Zakładów. Dotychczas Zakłady Ubezpieczeń prowadziły akcję leczniczą każdy na własną rękę i własnemi środkami, dzięki czemu akcja ta nie mogła się należycie rozwinąć. Skoordynowanie działalności Zakładów podług racjonalnie ułożonego na dłuższy okres czasu planu, oparcie jej na środkach i zasobach wszystkich Zakładów — oto cel działalności organizacyjnej Związku. Najważniejszą normą organizacyjną stanowi już sam statut zakładu, szczegółowe bowiem przepisy p. 4 § 7 określają dokładnie rolę i zadania każdego czynnika. I tak do Związku Zakładów należy coroczne opracowywanie ogólnego planu działalności Zakładów i koordynacja tej działalności, zakładanie wspólnych urządzeń leczniczych, opinjowanie i pomoc przy organizowaniu własnych urządzeń leczniczych przez Zakłady, ustalanie wytycznych dla umów z angażowanymi przez Zakłady lekarzami, oraz fachowo - lekarska lustracja urządzeń leczniczych. Jak widać stąd samo bezpośrednie wykonywanie akcji leczniczej a więc decyzja w sprawie inwestycyj, zawieranie umów, administrowanie zakładami leczniczemi, należy w ramach, wytkniętych przez Związek, do poszczególnych Zakładów Ubezpieczeń.

Statut przewiduje jedynie prowadzenie przez Związek wspólnych zakładów leczniczych i to jednak

nie jest koniecznością, gdyż wspólne zakłady lecznicze mogą być administrowane przez poszczególne zakłady. W kwestji własności wspólnych zakładów leczniczych statut nie rozstrzyga. Jednak, jak z przepisów o finansach Związku wynika, nie przewiduje statut posiadania przez Związek osobnego majątku. Majątek bowiem Związku powstaćby mógł jedynie ze składek Zakładów Ubezpieczeń, a więc z uszczupleniem majątku Zakładów, który jedynie służyć ma jako pokrycie zobowiązań z tytułu ubezpieczenia. Wnioskować więc stąd należy, że wspólne zakłady lecznicze stanowić mają wspólną własność poszczególnych Zakładów, nie zaś własność Związku.

Rozwiązanie problemu organizacji lecznictwa w statucie Związku uznać można za nader szczęśliwe. Zapewnia bowiem ono z jednej strony uwzględnienie wszystkich koniecznych przesłanek podstawowych (względy asekuracyjno - techniczne) zapewnia dalej planowość i celowość w prowadzeniu akcji, przez powierzenie zaś wykonanie Zakładom upraszcza i ułatwia administrację urządzeń leczniczych i umożliwia lepsze uwzględnienie lokalnych warunków i potrzeb.

Szczególną wagę nadać trzeba przepisowi statutu powierzającemu Związkowi koordynację działalności leczniczej Zakładów z takąż działalnością Kas Chorych i samorządów terytorjalnych. W miarę rozwoju akcji profilaktycznej tak instytucyj ubezpieczeniowych jak i ze strony państwa i samorządów konieczność skoordynowania planowego działalności wszystkich tych czynników staje się problemem pierwszorzędnej wagi. Zanim problem ten doczeka się u nas unormowania ustawowego, jak stało się to już w Niemczech, centralne instytucje ubezpieczeń społecznych muszą poświęcić sprawie tej szczególną uwagę i dążyć muszą do unormowania jej chociażby w drodze umów.

Następną część statutu stanowi rozwinięcie przepisu dekretu, powierzającego Związkowi ustalanie jednolitych zasad administracji i biurowości. W myśl p. 5 § 7 ustalane przez Związek zasady administracji i biurowości obejmują zasady organizacji biur zakładów, jednolitej rachunkowości, jednolitej ewidencji i kontroli pracodawców, ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń — oraz zasad prowadzenia statystyki przez zakłady ubezpieczeń, ustalanie zasad instrukcji biurowych, zasad stosunków służbowych pracowników, opracowywanie wzorów preliminarzy budżetowych, sprawozdań i zamknięć rachunkowych. Punkt ten zawiera zatem w sobie bogaty program pracy, którego pełne zrealizowanie wymagać będzie niewątpliwie szeregu lat.

Na polu wewnętrznej organizacji biurowej i techniki pracy różnice między Zakładami zaznaczają się najsilniej. Wynika to przedewszystkiem stąd, że dawniej istniejące Zakłady zorganizowane były na zupełnie odmiennych zasadach, w szczególności zakłady w b. dzielnicy pruskiej, przystosowane do znaczkowego systemu poboru składek. Konieczność szybkiej organizacji wzgl. reorganizacji Zakładów na podstawie dekretu i jednocześnie zaznaczający się w ciągu całego 1928 i 1929 roku silny i stały wzrost ilości ubezpieczonych i zakładów pracy stwarzały i stwarzają wciąż coraz nowe trudności w opanowaniu materjału. Przystępując do ustalenia jednolitej formy administracji Związek musi się liczyć ponadto z możliwością dalszych głęboko sięgających zmian w administracji ubezpieczeń społecznych. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do utrudnienia pracy Związku Doniosłość tych prac wynika zarówno ze znacznego obciążenia społecznego, jakiem są koszty administracji ubezpieczeń społecznych jak i z decydującej roli, jaką kwestje zorganizowania ewidencji ubezpieczonych i kontroli pracodawców odgrywają przy ustalaniu obciążeń z tytułu ubezpieczenia (wymiar świadczeń, bilans asekuracyjno - techniczny) i przy ściąganiu składek. Dla administracji ubezpieczeń społecznych zasadnicze znaczenie posiada również problem zasad stosunków służbowych pracowników Rozstrzygnięcie zagadnień takich jak np. stabilizacja urzędników może mieć decydujące w dużym stopniu znaczenie dla dalszego rozwoju ubezpieczeń społecznych. Dlatego też chociaż dekret powierza normowanie stosunków służbowych pracowników Zakładów zarządom poszczególnych Zakładów, zastrzegając zatwierdzanie tych norm przez państwową władzę nadzorczą (art. 78 p. 2), to jednak ze względu na wagę sprawy i na niemożność ujednostajnienia innych zagadnień z dziedziny administracji i biurowości w razie istnienia poważniejszych różnic w zasadach stosunków służbowych, statut Związku powierza Związkowi ustalanie jednolitych zasad tych stosunków. Opierając się na tych zasadach, poszczególne Zakłady normować będą szczegółowo stosunki służbowe swego personelu stosownie do przepisów art. 78.

Następny punkt § 7 powierza Związkowi ustalanie jednolitych zasad postępowania przy zgłaszaniu roszczeń o świadczenia przy stwierdzaniu i kontroli uprawnień do świadczeń oraz przy wymiarze świadczeń. Już przy omawianiu § 7 p. 1 statutu, podkreślono rolę Związku przy ustalaniu jednolitej wykładni przepisów prawnych a temsamem i jednolitych zasad stosowania prawa. Podczas jednak gdy przy ustalaniu jednolitej interpretacji, kompetencja Związku obejmuje tylko wydawanie opinji, które z natury rzeczy nie mogą mieć mocy wiążącej, to normy wydane przez Związek na podstawie p. 6 § 7 będą miały moc obowiązującą. Normy te, jak widać z wyżej przytoczonej treści p. 6, obejmują przedewszystkiem kwestje proceduralne i to dotyczące postępowania wewnętrznego w Zakładzie. Zasadnicze bowiem postanowienia odnoszące się do postępowania przy zgłaszaniu roszczeń, do badania i oceny warunków, do świadczeń i kontroli tych warunków, mieszczą się bądź to w dekrecie bądź w rozporządzeniach wykonawczych, na kształtowanie się ich więc może mieć Związek wpływ, współdziałając z władzą ustawodawczą w drodze swych opinij i inicjatywy, omówionych również przy p. 1 § 7. Niewątpliwie jednak i zasady wewnętrznego postępowania w Zakładach mają zasadnicze znaczenie dla działalności Zakładów; zagadnienia proceduralne łączą się tak ściśle i nierozerwalnie z najistotniejszemi zagadnieniami prawnemi i społecznemi, że unormowanie ich w znacznym stopniu może przesądzać rozwiązanie tych ostatnich kwestyj.

Punkt 7 § 7 statutu wyznacza kompetencje Związku w sprawie lokaty funduszów rezerwowych Zakładów. Obok kwestji racjonalnej działalności profilaktycznej, zagadnienie racjonalnej lokaty funduszów, czyli racjonalnej polityki lokacyjnej wysuwa się dziś na pierwsze miejsce wśród problemów zasadniczych z dziedziny ubezpieczeń społecznych. Szczególniej przy ubezpieczeniach długoterminowych które stosownie do przyjętych zasad kalkulacji technicznej gromadzić muszą w większym lub mniejszym stopniu kapitały rezerwowe na pokrycie przyszłych świadczeń i w pierwszym okresie działania ustaw ubezpieczeniowych, gdy zebrane składki przenoszą znacznie wartość przyznanych świadczeń i wskutek tego następuje szybki wzrost rezerw, problem polityki lokacyjnej nabiera ogólno -państwowego znaczenia. Problem ten staje się tem donioślejszy im większy jest stosunek rezerw ubezpieczeń społecznych do ogółu rezerw pieniężnych danego kraju. Przy ciasnocie rynku kapitałowego coraz silniej zaznaczają się dążenia do obrócenia rezerw ubezpieczeniowych na cele ogólno - państwowe lub ogólno - społeczne, jak np. akcja budowlana, inwestycje o charakterze użyteczności publicznej, ożywienie obrotu gospodarczego i t. p. Dążenia te poparte są naogół silnemi argumentami, niewątpliwie bowiem inwestowanie rezerw ubezpieczeniowych w akcjach, mających charakter ogólno - społeczny, jak np. akcja mieszkaniowa, przyczyniając się do poprawy ogólnych warunków życia, idzie temsamem po linji racjonalnej polityki profilaktycznej, leży zatem w interesie instytucyj ubezpieczeń społecznych, również w interesie tych instytucyj leży do pewnego stopnia inwestowanie rezerw w przedsiębiorstwach, co przyczynia się do poprawienia warunków gospodarczych, a więc znów pośrednio korzystnie wpływa na położenie ogółu ubezpieczonych.

Pierwszym jednak, najkonieczniejszym warunkiem lokat rezerw ubezpieczeniowych musi być pewność i rentowność. Szczególniej rentowność nabiera specjalnego znaczenia w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdyż jak wiadomo, składka w tym ubezpieczeniu została ustalona poniżej wysokości, wypadającej z obliczeń technicznych i bardzo możliwe, że tylko przewyższająca konieczną stopę techniczną rentowność lokat uchroni w przyszłości od konieczności podwyższenia składki.

Wszystkie te względy sprawiają, że podstawowe zagadnienia polityki lokacyjnej niejednokrotnie będą musiały być w Związku Zakładów rozpatrywane Wydaje się naturalnem, że instytucja centralna powołana jest do ustalania ogólnych zasad polityki lokacyjnej i do koniecznego uzgadniania tych zasad z władzą państwową. Jednak zadania te spełniać będzie mógł Związek tylko opracowując pewne wskazówki i zalecenie dla Zakładów i dążąc do skoordynowania działalności Zakładów przy użyciu ogólnych, pozostających do jego dyspozycji, środków. Natomiast niemożliwem było wyposażenie Związku w dalej idące atrybucje w tej dziedzinie. Rozwijając bowiem zasadę, że za świadczenia wobec ubezpieczonych odpowiedzialny jest wyłącznie poszczególny Zakład Ubezpieczeń, obarczył dekret te Zakłady również pełną odpowiedzialnością za ich gospodarkę finansową i konsekwentnie wyposażył je w pełnię autonomji w tym zakresie. I tak do Rady Zakładu należy w myśl dekretu ustalanie ogólnych zasad lokat i decyzja w sprawie kupna i zbycia nieruchomości. Wszelkie inne decyzje w sprawie lokat należą do Zarządu Zakładu. Wszystkich tych czynności dokonuje Zakład pod stałym i bezpośrednim nadzorem władzy państwowej stosownie do przepisów, normujących lokowanie kapitałów instytucyj prawa publicznego. Wobec takiego stanu prawnego, dekret do kompetencji Związku Zakładów zalicza tylko organizowanie wspólnych akcji lokacyjnych ewentualnie w porozumieniu z innemi instytucjami ubezpieczeniowemi. Do tego przepisu dekretu dodaje statut tylko ustalanie zasad administracji majątkiem. Ta atrybucja Związku wynika z jego ogólnych uprawnień w dziedzinie ujednostajniania administracji i biurowości Zakładów.

Punkt 8 statutu powierza Związkowi rozstrzyganie sporów między zakładami, wynikających na tle postanowień dekretu z wykluczeniem więc sporów natury prywatno-prawnej. Spory te rozstrzyga Związek w I instancji, w II zaś podobnie, jak spory między zakładami a Związkiem — rozstrzyga Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Punkt 9 dotyczy rozrachunków corocznych między zakładami ubezpieczeń stosownie do art. 101 dekretu; jest to może najistotniejsza czynność Związku, w niej bowiem wyraża się najpełniej jednolitość ubezpieczenia pracowników umysłowych na całym obszarze państwa i wspólność ryzyka wszystkich Zakładów Ubezpieczeń. Statut Związku nie rozwija w sposób bardziej szczegółowy odpowiednich postanowień dekretu.

Punkty 10 i 11 powierzają Związkowi prowadzenie centralnej statystyki ubezpieczeniowej i dokonywanie wszelkich przewidzianych w dekrecie prac i obliczeń asekuracyjno - technicznych, z których najważniejszem jest sporządzanie co pięć lat bilansu asekuracyjno - technicznego i badanie na jego podstawie wystarczalności składki. Tę najważniejszą pracę asekuracyjno - techniczną powierza Związkowi już sam dekret i licząc się z tem ustanawia w Związku stanowisko dyrektora technicznego (technika asekuracyjnego). Ponieważ Zakłady Ubezpieczeń nie są zobowiązane do przeprowadzenia badań asekuracyjno - technicznych, a tylko dla poszczególnych mniej ważnych spraw potrzebować mogą usług technika asekuracyjnego, statut przeto Związku powierza wykonywanie wszystkich prac z tej dziedziny Związkowi.

Punkt 12 § 7 uprawnia Związek stosownie do przepisów dekretu do przeprowadzania lustracji gospodarki Zakładów samodzielnie lub z inicjatywy władzy nadzorczej i przy ewentualnym udziale delegata tej władzy. Uprawnienie centralnych związków instytucyj ubezpieczeniowych do lustrowania działalności poszczególnych instytucyj jest wyrazem dążenia do osiągnięcia samokontroli w ramach samych instytucyj, trzeba zaś również zauważyć, że wobec szczupłych budżetów urzędów państwowych z resortu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, lustracje te niewątpliwie będą głównym materjałem dla

władzy nadzorczej przy ocenie działalności poszczególnych instytucyj. Z dokonanych lustracyj Związek Zakładów przedkładać ma w myśl statutu sprawozdanie i wnioski zarówno władzy nadzorczej jak i Zakładom, w których lustracje przeprowadzono. Wydanie zarządzeń na podstawie wyniku lustracji należy bądź do władz Zakładu, bądź też do władzy nadzorczej, Związek Zakładów przedstawiać może tylko swe wnioski w tej mierze.

Ostatnie punkty § 7 statutu dotyczą działalności instruktorskiej i naukowo - wydawniczej Związku. Do Związku należy urządzanie kursów, mających na celu podniesienie wiedzy fachowej wśród pracowników Zakładów i instytucyj współdziałających przy przeprowadzeniu ubezpieczenia pracowników umysłowych (np. Kasy Chorych, Urzędy Pośrednictwa Pracy i t. p.). Działalność naukowo - wydawnicza obejmuje wydawanie pism perjodycznych, książek i broszur o charakterze informacyjnym oraz inicjowanie, organizowanie i popieranie prac naukowych w dziedzinie ubezpieczeń pracowników umysłowych, przeprowadzanie ankiet i t. p.

Mimo ogromnego rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce i mimo odczuwanych przez wszystkie zainteresowane czynniki i organizacje potrzeby dopływu odpowiednio wykwalifikowanych pracowników, nie mamy dotychczas w Polsce ani jednej katedry rachunku asekuracyjnego. Z konieczności zatem— zanim nastąpi gruntowna zmiana tych stosunków—same instytucje ubezpieczeniowe stanowić muszą główne centra i laboratorja prac naukowych w tej dziedzinie. Rola ta przypada z konieczności instytucjom centralnym. Już dla rozwinięcia działalności naukowej, posiadanie własnych organów prasowych jest koniecznością; organy te niezbędne są jeszcze bardziej z uwagi na konieczność dostarczania ogółowi ubezpieczonych ścisłych i fachowych informacyj o rozwoju ubezpieczeń i na równie palącą konieczność bezstronnego i dokonywanego ze znajomością przedmiotu oświetlania problemów z dziedziny ubezpieczeń społecznych, które w prasie codziennej traktowane są nieraz pod innemi kątami widzenia, co nie przyczynia się bynajmniej do spopularyzowania idei ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Dr. MICHAŁ STARER

KWESTJA APTECZNA W KASACH CHORYCH*)

Pod tytułem powyższym poruszył dr. K. Koronkiewicz w numerze trzecim Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych z roku bieżącego cały szereg spraw, związanych z jednej strony z samą instytucją kasowo - apteczną, z drugiej z kwestją receptury i medykacji lekarskiej. Jako referent apteki kasowej w Nadwórnej pragnę na podstawie mego doświadczenia odpowiedzieć na artykuł ten.

Biorąc za podstawę statystykę z roku 1925, wykazującą bardzo wysoki wydatek na leki w Polsce, autor widzi przyczynę tego w braku uregulowania kwestji aptecznej, przyczem nadmienia, że w ostatniem pięcioleciu rozchód na świadczenia lekarskie, a w szczególności środki lecznicze, wykazuje tendencję zwyżkową. Otóż ta tendencja zwyżkowa ma jeszcze inne przyczyny i głębsze: 1) wskutek wzrostu zubożenia ludności, pogorszenia sytuacji ekonomicznej mas szerokich i ciągłej obawy utraty chleba, szukają ubezpieczeni pomocy w Kasach Chorych; liczni dyrektorowie przedsiębiorstw, urzędnicy różnych kategorji, kwalifikowani robotnicy i pewne kategorje wolnych zawodów, które jeszcze przed kilku laty nie korzystali z Kas Chorych czy to „ze wstydu", czy z braku zaufania, czy z innych motywów, dzisiaj prawie bez wyjątku korzystają lub wykorzystują przysługujące im prawa. 2) Wzrastające uświadomienie mas ubezpieczonych i rozpowszechnienie, zdemokratyzowanie lecznictwa. 3) Rozrost reklamy fabrykatów w gazetach codziennych i ulotkach. 4) Rozszerzenie działalności Kas Chorych przez wprowadzenie w życie coraz to nowych urządzeń leczniczych, dawniej szerokim masom niedostępnych (sanatorja, elektroterapja, specjalistyka etc.), przyczyniły się do podniesienia zapotrzebowania leczniczego, kultury kasowo - leczniczej i do głodu receptowego szerokich warstw, przyczem pamiętać należy, że właśnie w ostatnich pięciu latach dotarli lekarze, głównie dzięki Kasom Chorych, do takich zaułków i zaścianków Państwa, gdzie przedtem nie śniłoby się lekarzowi osiadać, a choremu wołać lekarza i żądać recepty. — 5) Już Redakcja Przeglądu wskazuje zupełnie słusznie na wysoką cenę leków w Polsce jako jedną z przyczyn omawianego zjawiska, przyczem nie wolno zapomnieć o wysokiem cle od importów. — 6) A w końcu zamierzenia oszczędnościowe w naszych Kasach rozbijają się bardzo często o brak jednolitości i ciągłości akcji na skutek ciągłych zmian i przewrotów w kierownictwie Kas: tak n. p. w naszej Kasie w ostatnich sześciu latach było już 2 naczelnych lekarzy i 1 interregnum, zaś 5-ciu komisarzy, 2 dyrektorów i X zarządów.

Osobiście nie przeraża mnie tendencja zwyżkowa wydatków na świadczenia lekarskie bynajmniej, naodwrót—cieszy; gros rozchodu iść winno właśnie na lekarskie, nie zaś na inne świadczenia, albowiem głównym celem Kasy jest leczenie chorych w czasie choroby.

Słusznem jest spostrzeżenie (nie nowe), że świadczenia te są różne, zależnie od Kasy, ale nietylko w pomocy aptecznej. — Całokształt życia kasowego jest niejednolity, niezrównoważony i — nigdy się

* Kwestja apteczna w Kasach Chorych wywołała bardzo ożywioną dyskusję. Ogłaszamy jeden z licznych nadesłanych nam artykułów. W następnych numerach ogłosimy dalsze artykuły. — Red.

zszematyzować nie da: różne warunki przypisu, liczba ubezpieczonych, faktycznych wpływów gotówkowych, położenie geograficzne, rodzaj i rozwój przemysłu, kultura ubezpieczonych z jednej i władz kasowych z drugiej strony, i tyle, tyle ubocznych przyczyn będą zawsze różniczkować charakter poszczególnych Kas Chorych. Inna będzie z natury rzeczy Kasa w stolicy, inna na prowincji, inna w zagłębiu węglowem, inna w Łodzi lub w przemyśle tartaczanym i do pewnego stopnia różna linja świadczeń. Jest oczywiście nonsensem niedopuszczalnym, jeśli „laicy" lub naczelni lekarze obniżają sztucznie i przymusowo koszt jednej recepty, zmuszając do zapisywania linimentu taniego a nieskutecznego mimo częstego powtarzania, zamiast skutecznego spirytusu kamforowego; ale jest słusznem, gdy żądają, by nie zapisywać spirytusów etc., tam, gdzie idzie o schorzenie centralne systemu nerwowego n. p., gdy więc żądają ekonomji w terapji w tym kierunku, by: I) a) wybrać lek odpowiedni, b) odpowiednią formę tego leku, II) nie ordynować zbędnie, gdzie się tylko gwoli spokoju, natarczywości pacjenta, zwłaszcza wpływowego, ustępuje lub ut aliquid fecisse videatur.

Ogromnej wagi jest kwestja propagandy. Propaganda ta jest jednak konieczną nietylko w tej dziedzinie, lecz należy również zaznajamiać masy z całokształtem spraw kasowych. Brak uświadomienia i zrozumienia u 99% ubezpieczonych i — sit venia vero verbo — u X% lekarzy w sprawach kasowych prowadzi do nieuzasadnionych pretensyj z jednej strony, zbędnych ordynacyj i poczynań z drugiej strony, do nieporozumień i konfliktów, które—zwłaszcza w okresach roznamiętnienia politycznego i przeagitowania mas — jedynie świadoma i celowa a systemem idąca propaganda od góry zdoła usunąć.

Receptomanję ułatwiają 3 objawy społeczne: 1) brak nowoczesnej wyżyny kulturalnej ludności, która: a) odbiera ślepą wiarę w cudowne działania środków aptecznych, wiarę w cudowne maście i cudowne krople, b) powstrzymuje od zachłanności, która nakazuje brać z instytucji ile się da, chociaż nie trzeba, bo się za to nie płaci, — 2) nierozsądna, nielekarska krótkowzroczność władz w Kasach Chorych, także i organizacji leczniczej P. K. P., gdy zapisują tanie recepty, lecz mało skuteczne, co zmusza chorego do częstego odwiedzania lekarza po nowe leki i do wędrowania po różnych lekarzach, z czego rodzi się nałóg, receptismus chronicus. 3) Szalona hyperprodukcja tysięcy leków różnych firm konkurujących, bez potrzeby i wskazań nauki, kierowana tylko żądzą zarobków i eksploatacją naiwności chorych i lekarzy.

Nie wiem jacy to „fachowcy" stwierdzają nierentowność aptek kasowych. Np. Apteka Kas Chorych w Nadwórnej, luksusowo urządzona, obsługiwana przez 2 magistrów i 4 siły pomocnicze, na terenie rozbitym i górzystym, gdzie rejony pojedyńcze są odległe od Nadwórnej, t. j. od siedziby apteki o 10 — 40 km., w większości bez połączenia kolejowego (leki częściowo rozwozi auto apteczne), — opłaca się bardzo dobrze. A apteka ta istnieje dopiero od roku.

W styczniu 1929 r., kiedy apteki kasowej jeszcze nie było i zapotrzebowania apteczne pokrywano w 100 proc. z aptek prywatnych w Worochcie, Mikuliczynie, Jaremczu, Delatynie, Łanczynie, Sołotwinie, Bohorodczanach i Ottynji, — wydawała Kasa Chorych mając 10.200 ubezpieczonych ok. 11.000 zł na wydatki apteczne; w kwietniu 1929 r., a więc w drugim miesiącu istnienia apteki kasowej, która pokrywała około 50 proc. zapotrzebowania, wydała Kasa Chorych mając 12.000 ubezpieczonych około 11.000 zł., zaś w listopadzie 1929 przy 19.400 ubezpieczonych, a więc przy podwójnej ilości chorych i recept, pokrywanych niemal w 100 proc. przez aptekę kasową 10.500 zł. t. zn. w stosunku do stycznia 1929 mając już własną aptekę miała Kasa Chorych o 100 procent mniej wydatków aptecznych. — Pod wydatkiem rozumie się tu nietylko koszt recept, ale opłatę całkowitego personelu, lokalu, światła i opału, wydatki kancelaryjne i koszta przewozu. Dziwne więc jest twierdzenie, jakoby apteki kasowe się nie rentowały. Jakżeż rentuje się właścicielom aptek prywatnych udzielanie Kasom Chorych 25 proc. opustu (dziś proponują 30 proc.) a jednocześnie przy tym opuście walczą o zwinięcie aptek kasowych. Niewtajemniczonym wyjaśnią to następujące pozycje:

CENY PORÓWNAWCZE LEKÓW:

Lek:	I Cena w apt. kas.	II w apt. pryw.
Inf. ipecac. O. 10/70, liqu amon. anis. 0,5 i t. d.	0.22	1.24
Ol. Thereb. ol. Hyosc, chloroform aa and 30,0	0 70	1.93
Codein. ph. 0.20 Aqu. laurocer 25.0	0.50	1 72
Phytin, Calc. glycer. ph. 0.15, Calc. lact. 0.20 Dtd. XXX	1.58	4.28
Trae bellad, Trae opii aa 10.0	0.38	1.52
Zinc. sulf. 0.10, Aqu. dest. 20,0	0.10	0.81
Resorcin 1, Spir vini 100,0	1.59	2.69
Herba equis, polygoni, Galeopsidis aa 50.0	0.53	1.90
Sol. pyramid. 2% 200.0	0.32	1.41
Jodvasogen 20.0	0.37	1.10

Do pozycji I. należy dodać 20 proc. kosztów administracyjnych.

SPECYFIKI.

Ferrophytin caps.	1.90	2.71
Inj. Calc. chlor 10 cm.³	2.90	4.37
Remedium haemostat.	4.75	6.84
Syr. Colae	1.33	2.37
Syr. Famel	4.—	5.70
Synergetol	2.66	3 80
Hemorin	2 85	3.80

Tu obowiązuje tylko 5%-owy opust.

To byłaby jedynie materjalna strona rentowności apteki kasowej. Jest jednak strona druga, poważniejsza, której nie poruszyłbym, gdyby jej Szanowny Autor w swym artykule również nie omawiał. Pisze on: „trzeba wierzyć, jeżeli nie jest to złudzeniem, że dawkę, zapisaną przez lekarza w recepcie najściślej odważono do flaszki pacjenta; lecz aptekarz właściciel z wielkim bólem serca powiększa przy niedostatecznej opłacie lekarstw kasowych swój deficyt na szkodę własnego przedsiębiorstwa...", a nieco niżej omawiając niemożliwość dokonywania rewizji w aptekach publ. (w aptece kasowej rewizja jest bardzo łatwą i ja ją codziennie przeprowadzam): „jeżeli na-

stręczają się różne niedokładności w pracy aptek prywatnych, to w aptekach nawpół kasowych mogą być i są poważne nadużycia. Mniej dotyczy to własnych aptek kasowych" — i — „dużo leków ulatnia się w sposób przewidziany i nieprzewidziany farmakopeją". Otóż autor zbija sam siebie: 1) sam widzi, że aptekarz — właściciel albo musi zwiększać swój deficyt (dziwny to deficyt, o którego utrzymanie aptekarz walczy), albo też nie stosować się do receptury lekarskiej, bądźto pod względem ilości, bądź to pod względem jakości środków, 2) że ten moment odpada w aptece kasowej, albowiem pracownik nie korzystał z wydanego mu materjału, (wydatkowanie zaś materjału winno być kontrolowane a wszelkie zapotrzebowania i zamówienia kierownika winny być zatwierdzane przez lekarza aptecznego i naczelnego, 3) apteki prywatne są właśnie temi aptekami „nawpół kasowemi", gdzie obok 20 recept prywatnych leży 200 recept kasowych i „nastręczają się różne niedokładności w pracy", ulatniają się leki, przyczem zazwyczaj recepty kasowe czekają na kolej swą po załatwieniu recept prywatnych.

Konkluduję: 1) nie odpowiada stanowi rzeczy, jakoby apteki kasowe się nie rentowały, naodwrót, opłacają się i materjalnie i moralnie; 2) apteki kasowe umożliwiają właśnie dzięki swej rentowności, zapisywanie choćby najdroższych, gdy są one konieczne, środków, albowiem odpada moment zysku, 3) tam, gdzie apteki kasowe nie rentowały się (Poznań), niewątpliwie jest to jedynie winą systemu i organizacji, nie zaś zasady; w wielkich miastach, gdzie ubezpieczeni są skupieni w jednem centrum, nie zaś — jak w mojej Kasie — rozbici po kilkunastu miasteczkach 2 i pół powiatów z trudnościami dowozu natury geograficznej — powinny być apteki kasowe bardziej rentowne; 4) zupełnie słusznem jest żądanie propagandy usunięcia „głupoty receptowej" w masach i bezpotrzebnego zapisywania recept przez lekarzy, przyczem lekarze musieliby zostać wzięci w obronę przez władze kasy przed przykremi nieraz następstwami odmówienia recepty, zażaleniami, awanturami etc.; 5) lekarze naczelni, względnie apteczni winni (jak to w Kasie nadwórniańskiej już się dzieje) wykazywać na przykładach lekarzom ordynującym zbędność ordynacji i rozrzutność; 6) leki winny być zapisywane a) bez względu na cenę lub firmę (nie powinna istnieć różnica objektywna między rzeczową ordynacją prywatną a kasową, a jedynie faktyczna rychła skuteczność, wartość farmacodynamiczna), b) taka ma być obrana forma recepty (czy solutio, czy proszki, czy czopki etc.), by dany lek działał jaknajlepiej bez zbędnego balastu adjuwancjów i korygencjów przy najmniejszych wydatkach.

KRONIKA

WIELKOŚĆ KAS A KOSZTY ADMINISTRACJI

W jednym z numerów „Deutsche Krankenkasse" ogłosił artykuł pod tym tytułem p. Fryderyk Okrass, jeden z najlepszych znawców zagadnień administracyjnych w niem. Kasach Chorych.

Autor stwierdza, iż bardzo często słyszy się twierdzenie, iż w wielkich Kasach koszty administracyjne są większe, aniżeli w Kasach mniejszych. Autor bada to zagadnienie na podstawie sprawozdań dorocznych Związku Głównego (Hauptverband) niem. Kas Chorych. Statystyka ta dowodzi przeciwieństwa. Naprzód należy zbadać to, co to jest Kasa „mała" i „wielka". Autor uważa to pojęcie za względne, albowiem Kasa mająca 20.000 członków w małem lub nawet średniem mieście jest Kasą wielką, natomiast w wielkiem mieście Kasa mająca 20.000 członków jest Kasą małą. Zwolennicy łączenia kas chorych (t. j. terytorjalności organizacji, której w Niemczech niema — Red.) domagają się tworzenia Kas wielkich, zdają sobie jednak sprawę, że żądanie to uzależnione jest od pewnych konkretnych stosunków. Np. nikomu nie przyjdzie na myśl domagania się, by kasa miała koniecznie 100.000 członków, gdyż jej terytorjalny zakres działania byłby zbyt wielki (t. j. przez łączenie kilku powiatów). Innemi słowy, wielkość Kasy zależna jest ściśle od wielkości powiatu. Byłoby rzeczą zupełnie fałszywą domaganie się tylko „wielkich" Kas, i naodwrót — żądanie Kas tylko małych lub średnich. Twierdzenie, że w Kasach wielkich administracja jest droższa — jest niesłuszne, czego dowodzi statystyka Związku Głównego (Hauptverband) niem. Kas Ch.

Koszty administracyjne na 1 członka	Kasy mające członków:					
	poniżej 1.000	od 1.000 do 3.000	od 3.000 do 10.000	od 10.000 do 50.000	od 50.000 do 100.000	ponad 100.000
	w procentach					
do 4 mk.	23.07	12.67	10.14	8 88	6.67	—
od 4 do 6 mk.	48.08	49.04	54.50	43.79	26.67	16.66
od 6 do 8 mk.	17.31	28.10	28.60	35.50	46.66	41.67
ponad 8 mk.	11.54	10.19	6.76	11.83	20.—	41.67

Jak widzimy, w kasach wielkich koszty administracyjne są rzeczywiście wyższe, aniżeli w kasach mniejszych, obliczając je na 1-go ubezpieczonego, lecz jednocześnie stwierdzamy, iż mała liczba członków nie chroni Kas przed wyższemi kosztami administracyjnemi. Fakt ten jest dowodem, iż wysokość kosztów administracyjnych nie jest uzależniona od wielkości kasy. Obliczanie wysokości tych wydatków w cyfrach absolutnych jest jednak niesłuszne. Należy je obliczyć w cyfrach względnych, t. j. jaki odsetek stanowią wydatki administracyjne w stosunku do innych wydatków, czy zbyt wysokie wydatki nie wpłyną na ograniczenie świadczeń. Statystyka Kas Ch. Związku Głównego daje w tej dziedzinie następujące wyniki:

Koszty administracyjne na 1 członka	Kasy mające członków					
	poniżej 1.000	od 1.000 do 3.000	od 3.000 do 10.000	od 10.000 do 50.000	od 50.000 do 100.000	ponad 100.000
	w procentach					
poniżej 8	34.62	28.10	38.74	49.70	66.67	50.00
od 8 do 10	30.77	31.13	36.03	39.06	20.—	50.00
od 10 do 12	15.38	21.49	17.57	7.69	13.33	—
ponad 12	19.23	19.28	7.66	3.55	—	—

Ze statystyki tej wynika, że w kasach powyżej 100.000 członków koszty administracyjne wynoszą mniej, niż 10%, we wszystkich innych kasach są one częściowo wyższe. Jeżeli więc porównamy obie tabele, dojdziemy do przekonania, że w kasach wielkich koszty administracyjne, licząc na 1 ubezpieczonego są wyższe, jednak mimo to można było w kasach większych podnieść świadczenia. Statystyka Kas niemieckich wykazuje ponadto, iż Kasy większe udzielają także i większych świadczeń przez odpowiednią zmianę statutu. (W Niemczech Kasy mają dużą swobodę w tej dziedzinie — Red.), a ponadto kasy większe posiadają większą liczbę zakładów własnych, co wpływa na polepszenie udzielanych świadczeń. I dlatego powstaje pytanie, która droga jest lepsza, czy rozbijanie kas na jednostki mniejsze, by oszczędzić na kosztach administracyjnych, czy też podwyższenie wprawdzie o mały ułamek kosztów administracyjnych (na 1 ubezpieczonego), pogarszając jednocześnie świadczenia.

Wyższe świadczenia nie wyjaśniają całkowicie dlaczego koszty administracyjne są w kasach większych wyższe, licząc na głowę ubezpieczonego. Przyczyny tego zjawiska muszą być inne, leżą one w położeniu geograficznem kas. Statystyka potwierdza ten pogląd. W tym celu podzielono kasy na trzy kategorje: małe (do 10.000 ubezp.), średnie (10. — 50.000 ubezp.) i wielkie (powyżej 50.000). Rezultat jest następujący:

Wydatki administracyjne na 1 ubezpiecz. w mk.	W kasach						
	Miast dużych			Miast średnich		Miast małych	
	małe Kasy	średn. Kasy	duże Kasy	małe Kasy	średn. Kasy	małe Kasy	średn. Kasy
	w procentach						
poniżej	—	—	4.54	7.14	13 89	11.98	—
od 4 do 6	25.—	24.24	31.82	59.53	55.56	52.08	100.00
od 6 do 8	41.67	45 46	31.82	26.19	23.61	29.69	—
ponad 8	33 33	30.30	31.82	7.14	6.94	6.25	—

Tablica ta dowodzi, iż w miastach wielkich, kasy małe i średnie nietylko nie mają niższych kosztów administracyjnych, lecz niejednokrotnie nawet wyższe. W najniższej grupie (do 4 marek niem.) na ubezpieczonego niema ani jednej kasy małej i średniej, w grupie następnej (od 4 do 6 mk.) udział kas wielkich jest większy aniżeli małych i średnich. Fakt, iż we wszystkich grupach znajdują się kasy z małemi i wielkiemi kosztami administracyjnemi wynika z różnorodności świadczeń, wspomnianej powyżej.

Pewnym wskazaniem wysokości kosztów administracyjnych jest liczba pracowników w Kasach Chorych. Statystyka ta daje rezultat następujący:

W Kasach liczących do 1.000 ubezpiecz. na 1-go pracownika przypada 537 ubezpiecz.
„ „ od 1.001 do 3.000 „ „ „ 648 „
„ „ od 3.001 do 10.000 „ „ „ 733 „
„ „ od 10.001 do 20.000 „ „ „ 760 „
„ „ od 20.001 do 100.000 „ „ „ 730 „
„ „ ponad 100.000 ubezp. „ „ „ 611 „

Reasumując, dochodzi p. Okrass do wniosków następujących: wysokość kosztów administracyjnych zależy od rozmiaru świadczeń i położenia geograficznego kasy, w każdym jednak razie nie od jej wielkości.

Byłoby rzeczą ciekawą zbadanie tego zagadnienia u nas.

CZYNNIK ETYCZNY (ETHOS) W UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM

Dyrektor Ministerjum Pracy w Niemczech Dr. Grieser, wygłosił przed kilku miesiącami przemówienie przez radio na powyższy temat. Przemówienie to ukazało się później w druku w czasopiśmie „Internationale Rundschau der Arbeit" 10/29. Z interesującego przemówienia podajemy najważniejsze ustępy:

Niemieckie ubezpieczenie społeczne powstało przed 40 laty i zapuściło głębokie korzenie w gospodarce i społeczeństwie, ale zawsze walczono o jego granice. W ostatnim jednak roku uderzono także w jego podstawy.

Spory o granice będą istniały zawsze w ubezpieczeniu społecznem. Tam gdzie życie istnieje, zmienia się tylko sytuacja gospodarcza i społeczna. Dlatego forma i granice są uzależnione od czasu.

Również i w przyszłości potrzeby społeczne będą kolidowały z koniecznościami gospodarczemi. W tych tarciach nie tkwi nic złego. Tarcia są naturalnym warunkiem każdego postępu. Człowiek się porusza, gdyż stopa ociera się o ziemię; przy lokomotywie ociera się koło o szyny, śruba okrętu o wodę, w samolocie śmigło o powietrze. Również i w ubezpieczeniu tarcie zamienia się w ruch. Uczestnikami są przedsiębiorcy i robotnicy: Człowiek kierujący przedsiębiorstwem jest czynnikiem tak ważnym jak działacz społeczny. Z troską o zdrowy rozwój gospodarstwa łączy się prawdziwa świadomość społeczna. Miarodajne związki pracodawców uznają zasadniczo ubezpieczenie społeczne, różnice są tylko co do jego zakresu i granicy. Związki pracodawców nie biorą również udziału

w atakach, skierowywanych przez filozofów i lekarzy przeciw zasadom ubezpieczeń.

Ci filozofowie i lekarze powiadają o ubezpieczeniu istniejącem od 40 lat, że powstało dzięki katastrofalnej pomyłce ducha ludzkiego, że zabija zmysł oszczędności, hoduje oszustwo ubezpieczeniowe i niszczy dobre obyczaje niemieckiej ludności. Przemówienia i pisma tego rodzaju znajdują jednak mały posłuch. Ale za to uważniej nastawia ucho zagranica. We Francji i Belgji kują przemysłowcy i lekarze z tych mów broń przeciw wprowadzeniu w ich kraju ubezpieczenia społecznego. Dlatego staje się koniecznością wyjaśnienie etycznego charakteru naszego ubezpieczenia.

Prawie ze stałą regularnością powtarzają się przy pracy choroba i wypadek, bezrobocie i kalectwo.

Zasadniczy przeciwnicy ubezpieczenia społecznego wskazują robotnikowi jako środek ochronny przeciw wypadkom losowym na heroizm osobistej samopomocy i żądają powrotu do tak zwanego indywidualizmu. Przed wprowadzeniem ubezpieczenia społecznego życie gospodarcze i porządek społeczny były opanowane przez ten indywidualizm. Ten porządek społeczny i gospodarczy nie znosił tworzenia wspólnoty, szukał postępu i rozwoju w pielęgnowaniu jednostki, propagował wolność gospodarczą i rozpętał niczem nieskrępowane dążenie do zysku. Ukazały jednak one skutki tego systemu. Społeczeństwo podzieliło się na konkurentów, którzy prowadzili ze sobą bezwzględną walkę konkurencyjną. Człowiek przeciw człowiekowi. Ze wsi napływały masy do miast, prawie przez noc wyrastały wielkie miasta jakby z pod ziemi. W wielkich miastach i okręgach przemysłowych wpadły masy robotnicze — niezorjentowane i bezradne — w nieopisaną nędzę. Wolność jednostki stała się dla robotników podarunkiem Danaów. Indywidualizm nie pozwalał na tworzenie organizacyj robotniczych. W imię osobistej wolności nie dopuszczono do wolności koalicji. Społeczeństwo żyło bezwzględną gonitwą za zyskiem, mało miało czasu, by spojrzeć na masy robotnicze i zatroszczyć się o ich los i potrzeby. Liczba przedsiębiorców poczuwających się jeszcze do patrjarchalnej opieki nad robotnikiem coraz bardziej topniała. Pozostała robotnikom jedyna pomoc: miłosierdzie, opieka nad ubogimi, dom sierot i przytułek.

Pod wpływem niewysłowionej nędzy obudziło się wśród robotników uczucie wspólnego niebezpieczeństwa, wspólnej nędzy, i wspólnego losu. Masa stała się klasą i szukała nowych form życiowych celem utrzymania się i rozwoju. Myśl wspólnoty została poznana i odrodziła się w ubezpieczeniu społecznem. Robotnicy i pracodawcy tworzą instytucje ubezpieczeń społecznych celem obrony przed wspólnem niebezpieczeństwem, które grozi robotnikom i jego rodzinie, w postaci choroby i wypadku, bezrobocia i inwalidztwa, starości i śmierci.

Ubezpieczenie społeczne jest zorganizowaną samopomocą polegającą na wzajemności. Kto wstępuje do służby lub pracy zostaje mocą ustawy, ubezpieczony. Ubezpieczenie jest wbudowane w stosunek pracy, jest solidarną rozbudową najmu pracy celem ochrony przed przypadkami losowemi, na które może być narażony robotnik i jego rodzina. Składka pochodzi z zarobku, w składce tkwi część zarobku w trosce o przyszłość, w niej skupia się i konserwuje zarobek.

W czasie klęski losowej składki zostają zwrócone w formie świadczeń pieniężnych i rzeczowych, zależnie od rodzaju klęski. W zasiłku chorobowym i rentach przynoszą ubezpieczeni i ich spadkobiercy z powrotem do domu zarobek, który robotnik i jego pracodawca wspólnie złożyli.

W ten sposób ubezpieczenie zmusza do wspólnego oszczędzania i troski, stwarza spokój i zaufanie do przyszłości. W ubezpieczeniu pomaga jeden drugiemu, zdrowy choremu, silny słabemu, młody staremu, szczęśliwy nieszczęśliwemu. Z czasem ubezpieczenie rozwinęło się we wspólnotę, w której kawaler pomaga żonatemu, bezdzietny bogatemu w potomstwo. Z początku stosunek pracy był podstawą i granicą ubezpieczenia. Dzisiaj chroni ubezpieczenie nietylko osobę robotnika, ale widzi w nim jednocześnie żywiciela jego żony i dziecka i wymierza świadczenia według stanu rodzinnego i obowiązku utrzymania.

Zapewne, że w ubezpieczeniu społecznem są nadużycia i grzechy przeciw duchowi wspólnoty. Nie brak jednak energji celem ich tępienia. Takie nadużycia nie są wyłącznie przywilejem ubezpieczenia społecznego, tkwią we wszystkich podobnych urządzeniach i także w ubezpieczeniu prywatnem. We wspólnocie podatkowej państwo nie zawsze jest obsłużone ze skończoną uczciwością. Nadużycia te znikają w miarę tego, jak zainteresowani zostają wychowani w idei ubezpieczenia. Warsztat ubezpieczeniowy należy ująć jak warsztat rodzinny, przy którym żaden z członków rodziny nie szuka korzyści kosztem drugiego, w którym każdy członek pomaga w oszczędzaniu i chroni dobro rodzinne.

Ubezpieczenie społeczne wyrosło zatem ze wspólnoty losu robotników. Jest dla robotników rozdziałem w ogólnej walce wyzwoleńczej, tak jak przedtem walczyli rzemieślnicy i chłopi o swoje wyzwolenie. Dzięki ubezpieczeniu społecznemu, które jest częścią składową prawa do pracy, chcą robotnicy być stanem, jak rzemieślnicy i chłopi stali się stanem. Ubezpieczenie społeczne nie jest tworem sztucznym, jest dla robotników niezbędną formą życiową.

Dzięki ubezpieczeniu społecznemu obudziły się wielkie siły duchowe i moralne klasy robotniczej. To nietylko zysk dla kultury, ale to leży również w interesie gospodarstwa. Na rynku światowym zwycięży ten, kto posiadać będzie najlepiej wyszkoloną, najlepiej rozbudzoną i najbardziej przedsiębiorczą klasę robotniczą.

UBEZPIECZENIE INWALIDZKIE I NA STAROŚĆ.

Wielka Brytanja.

W brytyjskim przemyśle węglowym istnieje wielki nadmiar sił roboczych, który nawet w razie polepszenia się konjunktury gospodarczej niełatwo da się usunąć.

Według przypuszczalnych obliczeń w przemyśle tym jest 78.800 robotników, liczących ponad 60 lat, z których 34.200 przekroczyła już 65 rok życia. Ci ostatni t. j. ci, którzy ukończyli 65 rok życia, otrzymują już renty na podstawie ustawy o zaopatrzeniu wdów, sierot i starców w wysokości 10 szylingów tygodniowo — mężczyźni ,oraz te same kwoty ich żony. Rencistom wolno przytem nadal pracować, oczywista, jeśli uda się im otrzymać pracę. W wypadkach, gdy zwolnienie z pracy jest przymusowe, renty starcze są wyższe. Gdyby granicę wieku obniżyło się do 60 lat przy równoczesnem podwyższeniu renty, to liczba bezrobotnych w tym przemyśle mogłaby się bardzo wydatnie zmniejszyć.

Partja Pracy oraz liberalna, rozumiejąc konieczność zapewnienia górnikom zwiększonych rent starości, zgłosiły odpowiednie projekty.

Projekt Partji Pracy. Wśród wniosków, które celem zmniejszenia bezrobocia w przemyśle górniczym zostały opracowane łącznie przez kongres zawodowy Partji Pracy oraz związek górników, znajduje się postanowienie, że renty starcze mają być podwyższone w ten sposób, by mężczyzna otrzymywał do 20 szylingów tygodniowo, a żona jego — 10 szylingów. Jeśli oboje przekroczyli już 60 rok życia, a nie ukończyli jeszcze 65 lat,

to ma im być ustawowo przyznany dodatek do rent w wysokości 10 szylingów tygodniowo. Według przypuszczalnych obliczeń, na pokrycie tych rent potrzeba będzie 3.700.000—4.000.000 funtów rocznie. Zakłada się, iż koszta te da się pokryć przez podwyższenie obecnego opodatkowania na rzecz Kasy pomocy górników.

Projekty liberałów. Liberałowie zgłosili na izbie gmin projekt ustawy, przewidującej utworzenie kasy rentowej dla starców. Niedawno odbyło się pierwsze czytanie projektu. Projekt nie przewiduje wprawdzie żadnego obciążenia ani przemysłu ani kas państwowych, lecz projektowane renty są znacznie niższe, niż w projekcie Partji Pracy.

Prawo do renty nabywa osoba, która ukończyła 60 lat, z których 30 conajmniej przepracowała w przemyśle węglowym. Wymiar renty nie jest ustalony, lecz zależy od zasobów finansowych Kasy.

Niezbędne środki na pokrycie rent uzyskuje się kosztem górniczej kasy pomocy. Kasa ta powstała w roku 1921 dla niesienia pomocy górnikom oraz krzewienia oświaty. Kasa utrzymywała się z daniny w wysokości 1 pensa od każdej tonny wydobytego węgla (płacił go przedsiębiorca) oraz 1 szylinga od każdych 20 szylingów wartości pola górniczego (płatnych przez posiadacza prawa górniczego). Kasą zarządzał Wydział, złożony z delegatów górników, pracodawców, właścicieli pól górniczych oraz państwa.

Dochód Kasy, sięgający kwoty 1.250.000 funtów rocznie, obracany jest obecnie na leczenie, utrzymywanie sanatorjów, szpitali, kąpielisk i t. p. W każdym okręgu istnieje lokalny wydział, złożony z górników i pracodawców, który przedkładał Głównemu Wydziałowi wnioski co do zużycia zebranych pieniędzy, a następnie po zatwierdzeniu wniosków przekazywał odpowiednie kwoty na wymienione cele.

Projekt ustawy przewiduje upoważnienie Wydziału Górniczej Kasy Pomocy do zużytkowywania części w ten sposób zebranych sum na renty starcze. Ze względu na to, iż dla każdego okręgu prowadzi się odrębne obliczenia, renty w każdym z okręgów byłyby różne, a to w zależności od ilości wydobytego węgla i wartości pól górniczych.

Przypuszczalnie dałoby się w ten sposób uzyskać tylko 500 tys. funtów rocznie, tak że renta — nawet gdyby liczbę osób pomiędzy 60 a 65 rokiem życia zredukować do 44.000—osiągnęłaby zaledwie wysokość 5 szylingów tygodniowo.

UBEZPIECZENIE NA STAROŚĆ W ST. ZJEDNOCZONYCH

W okresie ustawodawczym od 1929 roku trzy Stany północne (Wyoming, Minnesota i Utah) uchwaliły ustawy o ubezpieczeniu na starość.

Jako wiek, uprawniający do poboru renty ustalono w Minnesota 70 lat, w Utah i Wyoming 65 lat. Najwyższa renta wynosi w Minnesota i Wyoming 30 dolarów miesięcznie, a w Utah 25 dolarów. Wszystkie trzy stany stawiają warunek, by rencista przebył w odnośnym stanie 15 lat. Wykonanie ustawy zależy w Minnesota od każdego dystryktu w dwóch innych stanach wprowadzenie ustawy w życie jest obligatoryjne.

Niezależnie od trzech wymienionych wyżej stanów, ustawy o rentach starczych istnieją jeszcze w sześciu stanach na Alasce. Wkrótce nastąpi wydanie ustawy o ubezpieczeniu na starość w Kalifornji. W siedmiu innych stanach odpowiednie projekty ustawodawcze przeszły już przez jedną z izb. Problemem ubezpieczenia na starość zajęło się również ustawodawstwo związkowe. W senacie złożono niedawno wniosek o powołanie komisji do badania ustaw o rentach starczych w poszczególnych stanach oraz do przeprowadzenia ankiety co do warunków egzystencji zamieszkałych w Stanach Zjednoczonych starców. Komisja ma następnie złożyć sprawozdanie, w jakim stopniu poszczególne ustawy o rentach starczych odpowiadają ustawodawstwu związkowemu. Równocześnie ma się czynić przygotowania do wprowadzenia ustawy, opartej na normach, przyjętych w poszczególnych stanach.

Dzięki staraniom amerykańskiej Ligi walki o ubezpieczenie na starość rząd związkowy złożył projekt ustawy o powołanie komisji dla badania problemu rent starczych. Decyzja zatem należeć będzie do komisji, której przekazano projekt ustawy do dalszego załatwienia.

Z MIĘDZYNARODOWEGO BIURA PRACY

13 marca b. r. zebrała się w Genewie komisja ustanowiona przez Radę Administracyjną Międzynarodowego Biura Pracy celem zbadania działalności biur korespondencyjnych Międzynarodowego Biura Pracy.

Międzynarodowe Biuro Pracy posiada w kilkunastu państwach bądź większe biura korespondencyjne bądź też korespondentów. Większe i stałe oddziały korespondencyjne istnieją w Niemczech, Francji, Anglji, Indji, należą do Międzynarodowej Organizacji Pracy. Ponadto Biuro posiada specjalnych korespondentów w Wiedniu, Brukseli, Madrycie, Budapeszcie, Pradze, Warszawie i Bukareszcie. Zadanie biur i korespondentów polega na utrzymywaniu kontaktu z władzami, organizacjami zawodowemi i t. p. poszczególnych państw, oraz na informowaniu Biura o stosunkach gospodarczych i społecznych, istniejących na danym terenie.

Komisja obradująca pod przewodnictwem delegata japońskiego p. Yoshisaka rozpatrzyła sprawozdanie przedłożone przez Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy o działalności powyższych biur i korespondentów krajowych i stwierdziwszy dodatnie rezultaty osiągnięte przez te organa, wypowiedziała się za stworzeniem nowych biur w ramach środków stojących do dyspozycji Międzynarodowego Biura Pracy.

Dodać należy, że na wniosek dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy, postawiony w ubiegłym roku, po powrocie z podróży do Dalekiego Wschodu, Rada Administracyjna Międzynarodowego Biura Pracy postanowiła stworzyć nowe biuro korespondencyjne w Chinach.

Biuro to zostanie wkrótce otwarte i będzie łącznikiem pomiędzy centralą genewską, a rządem chińskim i organizacjami chińskich pracodawców i pracobiorców. Przyczyni się ono niezawodnie do zacieśnienia istniejących już stosunków pomiędzy Międzynarodową Organizacją Pracy, a Chinami i stanie się źródłem objektywnych informacyj o warunkach pracy w tym olbrzymim kraju, którego znaczenie ekonomiczne wzrasta z dnia na dzień i o którym Biuro posiada dotychczas jedynie sporadyczne, niekompletne i często niedokładne wiadomości.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

Lekarz Polski (luty 1930) umieszcza artykuł Dra Kaszubskiego p. t.: „O stałych komisjach do zwalniania od pracy". Autor stwierdza, iż

„Warszawska Kasa Chorych ustanowiła oddzielne komisje, mające za zadanie stwierdzać, czy leczący się członek Kasy jest niezdolnym do pracy. Ustalenie terminu tej niezdolności jest także atrybutem wyłącznie tych Komisyj. Lekarze leczący mają się temi sprawami zupełnie nie zajmować. Komisje wspomniane nie funkcjonują jeszcze we wszystkich dzielnicach Kasy, działają już jednak w dwu z nich, a ostatnio zostały wprowadzone i w trzeciej.

Utworzone zostały zapewne dlatego, że słusznie, czy niesłusznie posądza się lekarzy o nadmierne i nieuzasadnione zwalnianie chorych od pracy, wskutek czego Kasa ponosi znaczne straty".

Autor jest zdania, iż Komisje te nie spełnią swego zadania albowiem

„I) zdjęto z lekarzy ambulatoryjnych prawo i obowiązek orzekania o niezdolności do pracy i sprawę tę oddano specjalnym komisjom, które mają składać się z doświadczonych specjalistów, wyznaczonych przez Kasę i które mają w każdej dzielnicy urzędować po 5 godzin dziennie. Celem reformy ma być: 1) niekomplikowanie stosunków chorego do leczącego lekarza sprawami finansowemi, 2) oswobodzenie lekarzy ordynujących od pisaniny związanej z wypisywaniem zasiłków i 3) zabezpieczenie interesów instytucji przed ewentualnem lekkomyślnem uznawaniem niezdolności.

Dotychczas organizowano komisje nowego typu w dwu dzielnicach — w Wolskiej, w której wszyscy chorzy schodzą się do jednego ambulatorjum, i Puławskiej, posiadającej aż 4 ambulatorja rozrzucone na znacznym obszarze (Ochota, ul. Śniadeckich, ul. Żórawia i ul. Puławska).

Jakkolwiek teoretycznie nowy system wydaje się korzystny, to jednakże przy bliższem rozpatrzeniu, a także na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, system ten nasuwa wielkie wątpliwości, zwłaszcza w tych dzielnicach, które mają kilka odległych od siebie przychodni.

II) Gdyby zorganizowano stałe komisje we wszystkich dzielnicach, to komisje, zatrudniające 25 do 30 lekarzy doświadczonych specjalistów, pozbawia Kasę Chorych tyluż lekarzy ordynujących, co nawet dla Warszawy nie jest sprawą obojętną.

III) Lekarze, a zwłaszcza przewodniczący, muszą być bardzo doświadczeni i życiowo załatwiać sprawę. Złe, biurokratyczne załatwianie ze skłonnością nie do racjonalnego, a do możliwie oszczędnego przyznawania niezdolności, może przyczynić wiele męczarni chorym i straty instytucji.

IV) Chorzy bardzo często muszą specjalnie chodzić czy jeździć do odległej siedziby Komisji dla uzyskania zwolnienia od pracy, co jest zawsze uciążliwe, często kosztowne (tramwaje), a nieraz wyraźnie szkodliwe dla zdrowia (stany gorączkowe, haemoptoe, niedomogi serca, ostre zapalenie oskrzeli i t. d. i nieomal wszystkie choroby chirurgiczno-ginekologiczne).

V) Wielokrotne badania są nie wskazane, często szkodliwe, nierzadko dla chorych nieznośne (choroby chirurgiczno-ginekologiczne).

VI) Powyższe okoliczności wywołują nadmierne i zbyteczne wzywanie lekarzy do mieszkań i pragnienie omijania ambulatorjów, — oczywiście z bardzo poważną stratą dla instytucji.

VII) Powtórne badania będą nierzadko ujmą dla autorytetu leczącego lekarza.

VIII) Przeważna część niezdolności do pracy, uznawana jest przez lekarzy rejonowych, a tych komisje nie dotyczą.

IX) Oswobodzenie lekarzy od ciężaru kancelaryjnej pracy przy nowym systemie nie daje żadnych plusów, ponieważ jednocześnie obarcza się tem innych, może więcej cennych lekarzy, członków komisji. Zresztą niezależnie od tej lub innej organizacji komisji można oswobodzić lekarzy od wypisywania kart zasiłkowych.

Wobec zasadniczych wad komisyj nowego typu, należałoby usprawnić tylko komisje dzielnicowe przez:

1) obarczenie lekarzy dzielnicowych odpowiedzialnością za nadmierne zwalnianie od pracy przez lekarzy leczących, tak jak jest to stosowane przy nowym systemie w stosunku do lekarzy rejonowych;

2) zorganizowanie w poszczególnych dzielnicach narad lekarzy dla wypracowywania wskazań i normy dla zwalniania od pracy i wypisywania drogich środków i aparatów;

3) w kartach chorób lekarze powinni wyraźnie zaznaczać motywy zwolnienia;

4) Komisje winny rozpatrywać tylko przypadki wątpliwe i sporne;

5) Komisje powinny odbywać się nie rzadziej, jak co drugi dzień po przyjęciu ambulatoryjnem między godziną siódmą a dziewiątą wieczorem.

6) Lekarz Naczelny Kasy powinien zbierać na rady wszystkich lekarzy pracujących w komisjach dla ujednostajnienia orzecznictwa i przyznawania środków leczniczych (pasy, protezy, wyjazdy i t. d.);

7) propaganda wśród ubezpieczonych (odczyty, prasa) rozumnej oszczędności i dbania o interesy własne instytucji.

Zważywszy powyższe, Sekcja Lekarzy Kasy Chorych przy Klubie Lekarzy Polskich po wszechstronnem rozpatrzeniu sprawy proponuje:

1) wstrzymanie organizacji komisyj nowego typu,

2) usprawnienie komisyj starego typu, według wyłuszczonych zasad.

Redakcja Lek. Polsk. ogłosiła artykuł ten, jako dyskusyjny, zapowiadając drugi artykuł oświetlający to zagadnienie z innego punktu widzenia.

Atlas Statystyczny.

Ukazało się wspaniałe wydawnictwo Głównego Urzędu Statystycznego **Rzeczpospolita Polska — Atlas Statystyczny,** który jako zobrazowanie danych liczbowych, zawartych w Roczniku Statystyki, jest wraz z nim podstawowem źródłem wiadomości o państwie polskiem, niezbędnem do badań stanu i rozwoju naszego kraju. Atlas Statystyczny zawiera na 42 mapach, wykonanych barwnie na doskonałym papierze w trwałej oprawie, kartogramy, diagramy i wykresy, możliwie zaktualizowane. Większa część tablic doprowadzona jest do dn. 1 stycznia 1929 roku, niektóre tablice zawierają dane z 1 kwartału r. 1929, a mapa podziału administracyjnego państwa uwzględnia stan na 1-go października 1929 r.

Jako pierwsze tego rodzaju wydawnictwo nauki poglądowej o Polsce winien Atlas Statystyczny znaleźć się w ręku wszystkich jej myślących obywateli.

ROCZNIK PRACOWNICZYCH ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH W POLSCE, ROK 1928.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało, wzorem lat ubiegłych, rocznik sprawozdawczy za rok 1928. Praca niesłychanie pożyteczna. Dowiadujemy się bowiem, jaką siłę reprezentuje najbardziej uświadomiona część pracowników fizycznych i umysłowych, którzy rozumiejąc swe interesy, organizują się. W rozdziale pierwszym „Rocznika" czytamy, iż (str. 12) „na 31.XII 1928 roku na ziemiach polskich było około 2.950.000 zależnych pracowników fizycznych oraz około 250.000 pracowników umysłowych. Na liczbę pracowników fizycznych składają się dwie grupy: robotników rolnych i nierolnych. Wśród robotników rolnych zatrudnionych w gospodarstwach ponad 50 ha jest około 650.000 robotników stałych, oraz niestałych (sezonowych) około 380.000 ludzi. Gospodarstwa poniżej 50 ha zatrudniają 120.000 robotników stałych i około 450.000 ludzi pracujących w sezonie. Razem, robotników rolnych obliczać należy na 1,5 milj. osób — czynnych zawodowo".

„Grupa pracowników nierolnych obejmuje w końcu 1928 r. w górnictwie 149,5 tys., w hutnictwie 65,5 tys., w przemyśle przetwórczym zatrudniającym w warsztatach ponad 20 pracowników 534,6 tys. w zakł. amunicyjnych i kolejowych 63,8 tys., w elektrowniach i wodociągach 7 tys., w komunikacji około 200 tys. oraz pozostali robotnciy w zakładach użyteczności publ. około 10 tys. i bezrobotnych zarejestrowanych w Państw. Urzędzie Pośrednictwa Pracy 134,2 tys. osób. Reszta czyli 186 tys. przypada na służbę domową, chałupników, to jest, tak zwanych wyrobników i robotników pracujących w zakładach, które zatrudniają poniżej 20 pracowników".

Taki był stan liczbowy pracowników fizycznych i umysłowych w R. P. Z ogółu tego zorganizowanych w związkach zawodowych było 791876 osób. Do tej liczby dodać należy liczbę członków związków, które nie nadesłały M. P. i O. S. sprawozdań, tak że liczba zorganizowanych wynosi faktycznie 800916 osób. W roku sprawozdawczym zwiększyła się liczba zorganizowanych zawodowo albowiem w r. 1927 wynosiła tylko 717,193 osób. Liczba zaś płacących wynosiła w r. 1928 tylko 594.386. Widzimy więc że bezmała 1/3 zorganizowanych zawodowo nie spełnia swych obowiązków organizacyjnych.

Stan liczbowy central związkowych przedstawia się następująco:

Zestawienie ogólne większych central związków zawodowych.

WYSZCZEGÓLNIENIE	NALEŻĄ DO CENTRALI	
	związków	Liczba członków podana przez centralę
Związek Stowarzyszeń Zawodowych	28*)	265.173
Zjednoczenie Zawodowe Polskie . .	9	210.244
Chrześc. Zjednoczenie Zawodowe . .	38	94.782
Centr. Zrzeszenie Klasowe Zw. Zaw.	10	25.442
Zrzeszenie Wolnych Zw. Zaw. w Pol.	10	13.220
Związki „Praca"	3	15.720
Związki „Praca Polska"	19	13.163
Centr Organiz. Zw. Zaw. Prac. Umysł.	24	35.866
Federacja Zw. Zaw. Prac. Umysł. (Sosnowiec)	2	7.959
Polska Konfederacja Prac. Umysł. .	22	36.348

*) — związek centralny.

Uderza rozbicie naszego ruchu zawodowego. Związki zawodowe robotnicze posiadają aż 7 kierunków ideologicznych, zaś pracownicze trzy. W centralach robotniczych znajdują się i związki pracownicze, tak że faktycznie rozbicie ruchu zawodowego pracowniczego nie jest bynajmniej mniejsze.

Rozbicie to ilustruje — dodamy od siebie — liczba central związkowych za granicą: w Anglji istnieje jedna centrala, w Niemczech trzy, w Austrji dwie, w Czechosłowacji trzy. Widzimy więc, iż w naszym ruchu zawodowym stosunki są pod tym względem bardzo opłakane.

Dochody i wydatki związków zawodowych przedstawiały się w sposób następujący:

Dochody i wydatki związków central robotniczych.

	DOCHODY			WYDATKI		
Wyszczególnienie	1928	1927	1926	1928	1927	1926
Ogółem	8.428.825	8.174.101	6.682.424	7.791.142	7.790.494	6 543.447
Związek Stowarz. Zawodowych	5.926.513	5.078.644	3.982.702	5.455.912	4.726.509	3.801.994
Zjednoczenie Zaw. Polskie .	1.251 635	1.860.252	1.577.883	1.151.888	1.853.040	1.607.412
Centrale Chrześc. Związków .	344.546	407.949	446.265	343.908	399.085	474.096
Centr. Zrzesz. Klas Zw. Zaw. .	70.632	—	—	64.546	—	—
Zrzesz. Woln. Zw. Zaw. w Pol.	228.048	—	—	245.763	—	—
Związki „Praca"	75.539	—	—	75.842	—	—
Związki „Praca Polska" . . .	88.121	—	—	84.745	—	—
Związki inne	443.791	827.255	675.574	368.538	811.860	659.945

W tym wypadku dodatnim objawem jest fakt, bardzo znacznego powiększenia się dochodów w stosunku do r. 1926; objawem bardzo pocieszającym jest żywa działalność wydawnicza naszego ruchu zawodowego: w r. 1928 wychodziło 37 czasopism, które wydały 372 zeszytów w nakładzie 4.990.814 egz. Jest to fakt dużego znaczenia, o którym zapominać nie wolno.

Nie możemy w notatce recenzyjnej zdać szczegółowego sprawozdania w R. P. ograniczamy się tylko do cyfr ogólnych, by zapoznać czytelników ze stanem aktualnym. Stan ruchu zawodowego, jest bowiem faktem, który ma dla naszych organizacyj ubezpieczeń społecznych bardzo poważne znaczenie.

Stanisław Rychliński. Marnotrawstwo sił i środków w przemyśle polskim. Wyniki prac Komisji Ankietowej badania warunków i kosztów produkcji oraz wymiany. Instytut Gospodarstwa Społecznego. Warszawa 1930. str. 164.

Książka ta ma na celu udostępnienie szerokim rzeszom czytelników całokształtu wyników prac Komisji Ankietowej, która z ramienia rządu badała ważniejsze gałęzie przemysłu polskiego w latach 1927 — 1928.

Badania te są niestety mało znane mimo ogromnego znaczenia, jakie mogą posiadać przy próbach racjonalizacji i przebudowy naszego przemysłu na zdrowych podstawach. Wielkim brakiem sprawozdań tych jest bowiem to, że nie zostały uzupełnione tomem ogólnym, któryby ułatwiał orjentację w 15 tomach szczegółowych, obejmujących zgórą 150 arkuszy druku.

Otóż wydawnictwo Instytutu ma właśnie na celu udostępnienie materjałów zawartych w tych 15 tomach przez dostarczenie rodzaju klucza, ułatwiającego wynalezienie poszczególnych zagadnień z zakresu polityki gospodarczej i społecznej (np. sprawy surowców, płac roboczych ,kapitału zagranicznego i t. d.), które mogą interesować ekonomistę. Wydawnictwo Instytutu nie ogranicza się jednak do zadań, jakie winien spełniać zwykły skorowidz, stara się wydobyć na jaw twórcze pierwiastki, zawarte w Sprawozdaniach Komisji Ankietowej, wnioski natury ogólnej, które w wielu wypadkach zostały przygłuszone w samych sprawozdaniach nadmiarem materjału taktycznego i liczbowego. Z podręcznikiem tym winien zapoznać się każdy ekonomista i działacz na polu społecznem.

Prof. dr. M. Rosenberg. Choroby nerek. Nakładem Okr. Zw. Kas Ch. w Krakowie, stronic XV—340 z 15 rycinami i 1 tabelą 1930 r. Cena w oprawie 25 zł.

Książka ta ukazuje się w dobie wzmożonego zainteresowania się lekarza — praktyka najnowszemi zdobyczami w zakresie chorób nerek.

Dzieło prof. M. Rosenberga wprowadza czytelnika w świat nowego **praktycznego** wyzyskania tych zdobyczy, umożliwia doskonałą orjentację w dziedzinie mianownictwa, rozpoznawania i leczenia schorzeń nerkowych. Szczególny nacisk kładzie autor na sprawę stosowania pewnych i prostych prób czynnościowych. Kapitalne zagadnienie rokowania w chorobach nerek zyskuje w dziele tem zupełnie nowe oświetlenie. Autor śmiało zrywa z szeregiem zakorzenionych wśród lekarzy przesądów djetetycznych, w sposób jasny i przejrzysty porusza aktualne problemy patogenezy i różnicowego rozpoznawania rzucawki, mocznicy i mocznicy wrzekomej. Żywo dziś dyskutowane zagadnienie wzajemnego stosunku hipertonji, miażdżycy tętnic i tętniczek oraz marskości nerek, wreszcie szerokie uwzględnienia czynnika pozanerkowego w powstawaniu schorzeń i objawów nerkowych (jak obrzęki i mocznica) — znajdują w pracy prof. dr. M. Rosenberga dydaktyczne i przejrzyste ujęcie.

Książka prof. Rosenberga powinna — jednem słowem — stanowić niezbędne uzupełnienie każdej bibljoteki lekarza — praktyka.

Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1930 ukazał się poraz 6-ty. Kalendarz składa się z 2 części: z części naukowej (lekarskiej) i informacyjnej. Nas interesuje przedewszystkiem część druga (informacyjna), dająca dużo informacyj interesujących Kasy Chorych i o Kasach Chorych. Nie ograniczono się tylko do wyliczenia Kas Chorych, lecz podano także i spis lekarzy z wymienieniem specjalności. To jedyne tego rodzaju zestawienie ułatwia Kasom Chorych i ubezpieczonym orjentację i wybór lekarza, tak iż „Kalendarz" może być bardzo pożytecznym podręcznikiem w pracy praktycznej. Część informacyjna zawiera jeszcze bodajże zupełnie wszechstronne informacje o zakładach leczniczych w R. P. I w tym dziale podano dokładne adresy, liczbę łóżek i nazwiska lekarzy zatrudnionych w tych zakładach. „Kalendarz" jest wydawnictwem bardzo pożytecznem, przypuszczamy, że zainteresuje on nasze Kasy.

„Kalendarz" redagował dr. Jul. Birencwajg.

LIST DO REDAKCJI

Od p. D-ra Kazimierza Koronkiewicza otrzymaliśmy następujące pismo:

W moim artykule p. t.: „Kwestja apteczna Kas Chorych", zamieszczonym w Nr. 3 „Przeglądu Ubezp. Społ." — Sz. Redakcja poczyniła szereg uwag, na które z obowiązku swego autorstwa mam zaszczyt niniejszem odpowiedzieć:

Zagadnienie apteczne stanowi jeden z ważniejszych działów lecznictwa kasowego i oczywiście zamieszczony na dwuch stronach artykuł mój pod powyższym tytułem bynajmniej nie wyczerpuje całości kwestji. Bezwzględnie, na zwiększone wydatki na leki u nas wpływa szereg momentów, między innymi też wysoka ich cena, jak dodaje Sz. Redakcja, ale moim zadaniem było wyjaśnić, że pomimo wysokiej ceny na środki farmaceutyczne u nas i zagranicą (np. w Niemczech lekarstwa są droższe niż w Polsce) — można zmniejszyć wydatki apteczne przez umiejętne, racjonalne i nie tak pochopne zapisywanie leków, co jednocześnie może podnieść rentowość aptek wyłącznie kasowych. Wbrew więc opinji poważnych fachowców, opierających swe spostrzeżenia na obszernym materjale statystycznym uważam, że rentowość aptek kasowych jest osiągalną (p. str. 57 ust. II), a potwierdzając dowodami — nie przypuszczam, żebym się w tym względzie „mylił" (przypisek Redakcyjny).

W aptekach prywatno - kasowych sprawa rentowności przedstawia się nieco gorzej, gdyż zobowiązania do opustu 25% i 5% w myśl Rozp. M. S. W. z 15/V 29 nie wszędzie są stosowane i np. w Poznańskiem apteki zgodnie z umową opuszczają 30% i 10%. A choć taksa apteczna była rzekomo podwyższona dwukrotnie (przyp. Red.), to jeżeli uważnie przestudjujemy te taksy z r . 1926 i 1927 przyjdziemy do wniosku, że były to uzupełnienia rozporządzeń Ministerjalnych, gdyż ceny na leki ogółem pozostały od kilku lat bez zmian (nie mówię o taksie laborum), niektóre zaś nawet obniżone czy też podwyższone, przytem podwyższenie to—w porównaniu do niewspółmiernego podrożenia leków — trzeba uznać za nieistotne i daleko niewystarczające.

Otóż, t. zw. apteki nawpół kasowe, które obsługują ubezpieczonych i prywatną klientelę (p. str. 55, rodzaje aptek, punkt 3 mego artykułu) — przy okolicznościach: niskiej taksy, podrożenia leków i 30 proc. opustu — prócz tego tracą swój zysk z tytułu tych środków farmaceutycznych, które są nieraz wydawane ubezpieczonym bezpośrednio ze składów instytucji Kas Chorych. Wobec tego, jak stwierdzam — byłoby lojalniej i racjonalniej włączyć składy apteczne Kas Chorych do stałych aptek kasowych, tembardziej, że zakłady ubezpieczeń społecznych są instytucją dobra publicznego, nieobliczoną na zysk.

SPIS PRAC NAUKOWYCH LEKARZY KASY CHORYCH

(Ciąg dalszy).

Dr. Med. Paweł Schroeter P. K. Ch. w Pabjanicach.

1. Anthropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. Inaugurald-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doctors der Medizin zur Dorpat zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt von Paul Schroeter. Ordentliche Opponenten: Prof. Dr. B. Körber — Prof. Dr. A. Vogel — Prof. Dr. L. Stieda, Dorpat Schnakenburgs Buchdruckerei 1884.

2. Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce. Podał Dr. med. P. Schroeter (Pabjanice). Czasopismo Lekarskie Tom. I. Nr. 7, 1899 r.

3. Maschinenverletzung der rechten Hand, Zermalmung der Finger, ausgedehnter Haudefeckt auf dem Dorsum der Hand, Deckung desselben durch Lappen der volaren Hautdecke der Finger. von Dr. P. Schroeter (Pabjanice). Archiv für Klin. Chirurgie von B. von Langenbeck Band L. Heft 3.

4. O ranach postrzałowych żołądka. Podał Dr. P. Schroeter (Pabjanice) odbitka z Przeglądu Chirurgicznego. Tom II. Zeszyt III. Warszawa 1895 (ogłoszona również w Archiv. für Chirurgie von B. von Langenbeck Band 51, Erstes Heft Einiges über Schussverletzungen des Magens von Dr. P. Schroeter (Pabjanice).

5. Ein Fall von incompleter Luxation der Tibia nach hinten von Dr. P. Schroeter (Pabjanice) von Langenbecks Archiv. Band XLVI Heft 4.

6. Zbiorowe zatrucie arszenikiem. Podał Dr. med. P. Schroeter (Pabjanice). Odbitka z Czasopisma Lekarskiego Nr. 7, 1905 r.

7. Ein Fall von traumatischer Luxation der Tibia nach hinten und incompleter Luxation des Schlüsselbeines nach vorn komplicirt mit anderen Verletzungen von Dr. P. Schroeter (Pabjanice). Archiv. für klin. Chirurgie von Dr. B. von Langenbeck 44 Band. Erstes Heft 1892.

8. Prosty sposób usuwania z cewki moczowej uwięzionych kamieni oraz niektórych innych ciał obcych. Podał P. Schroeter (Pabjanice) Czasopismo Lekarskie Odbitka Nr. 1 1906 (ogłoszona również w Zentrablatt für Chirurgie. Sonder-Abdruck aus Nr. 52 1905 Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkrementet resp. diesen ähnlicher Fremdkörper von Dr. P. Schroeter Pabjanice).

9. Die traumatische laterale Luxation des Radinsköpfchens von Dr. P. Schroeter (Pabjanice) Sonder - Abdruck aus von Langenbecks Archiv Baud XIVI Heft 4

10. Przypadek urazu nerki. Podał Dr. Med. P. Schroeter (Pabjanice). Odbitka z Czasopisma Lekarskiego. Tom I, Nr. 3 1899 r.

11. Rozpoznanie pewne złamań kości zapomocą rękoczynu przezemnie opisanego w Gazecie Lekarskiej 1897 r. Warszawa Tom XVII Serja II. „Kilka słów, dotyczących rozpoznawania niektórych postaci złamań". Nr. 18 (ogłoszona również w Centralblatt für Chirurgie 1897 Nr. 13. Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Fracturen von Dr. P. Schroeter in Pabjanice).

12. Przypadek Pyopneumothoracis traumatici. Leczenie bez operacji. Wyzdrowienie. Podał Dr. med. P. Schroeter (Pabjanice) Czasopismo Lekarskie Tom II, Nr. 9 1900 r.

13. Dwanaście pogadanek z zakresu higjeny. 1907. Pabjanice. Nakładem dzierżawców Domu Ludowego w Pabjanicach.

14. W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka. Napisał P. Schroeter (Pabjanice) z Czasopisma. „Przegląd Lekarski" organ towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, wychodzącego w Krakowie. Redaktor główny prof. Dr. Stanisław Ciechanowski. Kraków. 1910 r. (ogłoszona również w Zeitschrift für Chirurgie, Band 94 1908 r.).

15. Zarys Anatomji Topograficznej. Podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny. Z przedmową prof. Dra Leona Kryńskiego. Dr. med. Paweł Schroeter. Warszawa 1922 r. str. 523.

Dr. med. Witold Eichler P. K. Ch. w Pabjanicach.

1. Przypadek pierwotnego zapalenia opon mózgowych z zejściem pomyślnem. Kronika Lekarska Nr. 6 1902 r.

2. Przypadek odmy podskórnej u osobnika z gruźlicą płuc. Kronika Lekarska Nr. 14, 1902.

3. Parę słów w sprawie pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. Czasopismo lekarskie Nr. 2, 1903.

4. O brakach ambulatorjów fabrycznych. Czasopismo lekarskie Nr. 9, 1908 r.

5. Przyczynek do tęgopokrywych Ojcowa. Pamiętnik fizjograficzny, t. XXII, 1914 r.

6. Jak się zachowywać w chorobach zakaźnych. Księgarnia Polska 1920 r., III wydanie.

7. Wykaz chrząszczów, zebranych w Sandżakach Trapezuntzkim i Gümisch - Chane w Azji Mniejszej w latach 1916—1917. Polskie pismo entomologiczne 1922, 1923 i 1924 r. Lwów.

8. Nouvelles espèces et varietès des colèoptères du Caucase et de l'Asie Mineure. Bulletin Entomologique de la Pologne, T. III 1924 r. Lwów.

9. Chrząszcze okolicy Eczmiadzinu, Erywańskiej gub., Kaukaz południ. Polskie pismo Entomologiczne, T. VIII, zeszyt 1—4, 1929. Lwów.

10. Tęgopokrywe okolice Pabjanic. Przyrodnicze Czasopismo Łódzkie 1929, 1930 r.

11. Praca popularna — gotowa do druku p. t. „Pasorzyty zwierzęce człowieka".

Dr. med. Karol Kosiński (K. Ch. m. Wilna).

1. Nerwy skórne podudzia i stopy u człowieka (okolica metazonalna). Arch. Nauk Antropolog. str. 45. Warszawa, 1925.

2. The course, mutual relations, and the distribution of the cut. nerve of leg and foot. Journ. of Anat. Vol. LX, p. III. 1926, p. 25. London.

3. Spostrzeżenia nad powierzchownym układem żylnym kończ. dolnej. Arch. Nauk Antropolog. t. II. 1926, stron 25. Warszawa.

4. Szczególny układ fałdów otrzewny w miednicy małej. Arch. Nauk Antropolg. t. II, stron 26—32. Warszawa.

5. Kilka uwag o anatomji okolicy gałęzi żuchwy w zw. z zewnątrzustnym sposobem znieczul. n. zębod. d. Przegl. Dent. Nr. 8. 1925, stron 13. Warszawa.

6. Observations on the superficial venous system of the lower extrem. Journal of Anatomy. Vol. LX. p. II. January 1926. London.

7. Anatomja Topograficzna kończyny górnej, stron 375. rys. 213. Wilno 1926.

8. Znaczenie badań nerwów skórnych dla nauki antropologji. Arch. Nauk Antropolog., t. II. Nr. 4, stron II. 1926.

9. W sprawie operacyjnego leczenia zapaleń ropnych stawu kolanowego. Pam. Wil. T-wa Lek. R. II. Zesz. II. 1926, stron 12.

10. La valeur anthropologique des variations dans l'innervation cut. d. membres infér. C. R. de l'Assoc. d. Anatom. Liège. 1926, stron 5.

11. L'innervation cutanée de la face dorsale de la main. C. R. de l'Assoc. des Anatom. 1927. Londres p. 14.

12. Quelques observations sur les rameaux du tronc coeliaque et des artêres mésentériques. C. R. de l'Assoc. d. Anatom. 1928. Prague, stron 20.

13. Sur la ramification des artères iliaques chez l'hômme. C. R. de l'Ass. des Anatom. 1929. Bordeaux, stron 28.

14. Unerwienie skórne strony grzbietowej ręki u człowieka i malp. Pam. Wil. T-wa Przyjaciół Nauk. 1929 r. Wilno, stron 35, t. V, Nr. 4.

15. Szczypczyki własnego pomysłu dla niepalcowego wiązania szwów. Pam. Wil. T-wa Lek. t. II. Zesz. I. 1926, stron 6.

16. Prof. dr. Józef Ziemacki. Wspom. pośm. P. W. T. Lek. R. I. Z. I.

17. O nauczaniu anatomicznem we Francji i Anglji. P. W. T. Lek. R. II. Z. III.

18. Redakcja Podręcznika Anatomji Człowieka G. Broesikego, t. I, stron 300 i t. II, stron 260. 1924 i 1925. Warszawa. Trz. Ev. i Michalski.

19) Kilka uwag o powierzchownym układzie żylnym kończyny dolnej. Szczególny układ fałdów otrzewny w miednicy małej. Wilno, 1926. Arch. Nauk Antropologicznych.

20) Comptes rendus de l'Association des Anatomistes. Liège, 1926.

Dr. Piotr Rozwadowski; lekarz Kasy Ch. m. Wilna i starszy ordynator i asyst. kliniki Oto - Laryngologicznej U. S. B Wilno.

1) Półpasiec uszny, Wilno, 1928, Polski Przegląd Otolaryng.

2) Przyczynek do leczenia schorzenia zatok nosowych Argyrolem. Wilno, 1925, Polski Przegląd Oto-laryng.

3) Zastosowania diathermji w Oto-rhinoloryngologji. Wilno. 1926. Pol. Przegląd Oto-laryng.

4) Kilka uwag o błędach statystyki i ich źródłach. Warszawa, 1920. „Lekarz Wojskowy".

Dr. Wacław Bądzyński, lekarz K. Ch. m. Wilna.

1) Mieszkanie dozorców domowych w Wilnie w r. 1928. Wilno, 1928.

Dr. F. Swierzyński, płk. lekarz, lekarz K. Ch. m. Wilna:

1) Wyrośla adenoidalne w wieku dojrzałym, Wilno, 1926. Pol. przegl. Oto-laryngol.

Dr. Józefat Bohuszewicz, lekarz K. Ch. m. Wilna:

1) Sterylizacja wody do mycia rąk w umywalniach sal przedoperacyjnych. Wilno, 1928, Pamiętnik Wil. T-wa Lekarsk.

2) Leczenie gruźlicy kości promieniami rentgena — wyklad z demonstracjami chorych kasowych. 1927, Wilno.

Dr. Stanisław Halicki, lekarz K. Ch. m. Wilna:

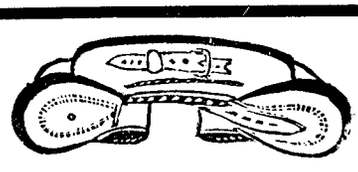
Przyczynek do etjologji jaglicy i walki z nią. Poznań, 1926, „Nowiny Lekarskie".

Dr. Józef Demant, lekarz nacz. Pow. K. Ch. w Brodach:

Ein Beitrag zu den Versuchen mit dem Lohnsteinschen Gärungs - Saccharimeter. Wiedeń, 1903, „Wiener Medizinische Wochenschrift".

Dr. Antoni Sawicki; lekarz Pow. K. Ch. w Przeworsku:

Gruźlica czyli t. zw. suchoty. Lwów, 1926. Pol. T-wo Hygj. we Lwowie.



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

TREŚĆ

Tadeusz Słoński, adwokat: Art. 4 ust. 1. Ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Dr. Henryk Kłuszyński: Medycyna, gimnastyka i pedagogika w walce z gruźlicą.

Roman Garlicki: Zadania Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w świetle statutu.

Dr. Michał Starer: Kwestja apteczna w Kasach Chorych.

Kronika.

Książki i czasopisma.

Spis prac naukowych lekarzy Kas Chorych.

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.