

przeGLĄD ubezpieczeń społecznych

1930r.

złoty.

organ Instytucyj
ubezpieczeń
społecznych

8

DOSTARCZAMY CAŁKOWITE URZĄDZENIA GABINETÓW ELEKTRO-FIZYKALNYCH
URZĄDZILIŚMY KILKANASIE STACJE SANITARNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KASACH CHORYCH



APARATY ELEKTROMEDYCZNE

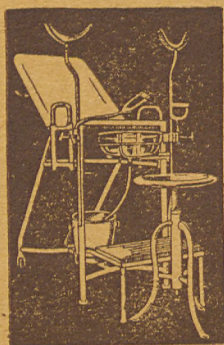
Lampy kwarcowe i Solux, oryg. Hanau, Diatermie, Multo-Pantostaty, Kąpiele świetlne, Aparaty rentgenowskie.

MEBLE OPERACYJNE

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



WSZELKIE NARZĘDZIA LEKARSKIE
ORAZ MATERJAŁ OPATRUNKOWY



JAROSZKA i S-ka

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

Największe przedsiębiorstwo tego rodzaju. — Ceny bardzo umiarkowane.

ŻĄDAJCIE KOSZTORYSY!



FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno - farmaceutycznych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKI

Warszawa, ul. Kujawska 1, telefon 4890

12 złotych i srebrnych medali

Poleca:

PLASTRY SMAROWANE zwyczajne i kauczukowe, nie ustępujące wyrobom zagranicznym. PLASTRY KAUCZUKOWE W KOPERTACH (do odręcznej sprzedaży). PLASTER KAUCZUKOWY na szpulkach. „CAPSICOL” (empl. Capsici elast. perforat). PLASTEREK ANGIELSKI, przewyższający wyroby zagraniczne, w różnym opakowaniu. PLASTER „THAPSIA”. PLASTER TATRZAŃSKI na odciski. PLASTER PRZEPUKLINOWY dziecięcy. KÁTAPLAZMY antyseptyczne. GORCZYCNIKI (synapizma). PAPIER „VLINSI” i „FAYARD ET BLEYN”. MOUCHES DE MILAN, GAZY I WATY aseptyczne i antyseptyczne. OPATRUNKI wyjąłowane (sterylizowane). Opatrunki dla wojska. BANDAŻE, PODUSZECZKI HIGIENICZNE dla pań. PUDER dla dzieci antyseptyczny. **NOWOŚĆ:** BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZEGAMI, BANDAŻE DO TAMPONOWANIA dla ginekologii i laryngologii aseptyczne i antyseptyczne z zakończonemi brzegami. GAZIKI do operacji z zakończonemi brzegami.

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



Srebrny medal.

Fabryka Wyrobów Ortopedycznych

B-ci Ch. i B. Zaner

Egz. od. roku 1898

Warszawa, Franciszkańska 31

Tel. 156-93

POLECA:

P. K. P. 13.898

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

PROSIMY

O WPLACANIE

PRENUMERATY

ZA III KW. 1930 R.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K V

WARSZAWA

1 SIERPANIA

1930 R.

ZESZYT 8

M I E S I Ę C Z N I K

FRANCISZEK PAJERSKI.

LECZNICTWO W POLSKIM UBEZPIECZENIU INWALIDZKIEM

Na obszarach odstąpionych Polsce przez Niemcy (Wojew. Poznańskie, Pomorskie i Górnośląska część Wojew. Śląskiego) istnieje obowiązkowe ubezpieczenie robotnicze od inwalidztwa, na starość oraz na korzyść pozostałych członków rodziny ubezpieczonego, unormowane niemiecką ordynacją ubezpieczeniową z dnia 19 lipca 1911 r., kilkakrotnie zmienianą i uzupełnianą przepisami niemieckimi i polskimi.

Przedmiotem tego ubezpieczenia jest zasadniczo udzielanie renty inwalidzkiej starczej, wdowiej i sieroczej. Prócz tych obowiązkowych świadczeń ordynacja ubezpieczeniowa przewiduje także lecznictwo, mające na celu zapobieżenie przedwczesnej niezdolności do pracy ubezpieczonych oraz wdów po nich pozostałych (§ 1269 do 1272 ord. ubezp.) względnie usunięcie inwalidztwa u osoby pobierającej rentę (§ 1305). Jest to tak zwane lecznictwo zapobiegawcze. Nie jest ono świadczeniem obowiązkowym, lecz zależnym od dobrej woli instytucji, przeprowadzającej powyższe ubezpieczenia (dla Górnego Śląska — Zakład Ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa, dla Poznańskiego i Pomorza — Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu). Zakłady powyższe są więc tylko uprawnione do wdrożenia leczenia, lecz nie zobowiązane do tego świadczenia. To też niemożliwy jest rekurs do wyższej instancji (Wyższy Urząd Ubezpieczeń) od decyzji zakładu, odmawiającej wdrożenia leczenia, jak w ubezpieczeniu wypadkowym (§ 1583 ord. ubezp.).

W razie podjęcia mogą być stosowane wszelkie środki zmierzające do ochrony zagrożonej zdolności do pracy, a więc: umieszczanie w lecznicach, uzdrowiskach, szpitalach i sanatorjach (włącznie z kosztami podróży tam i z powrotem), udzielanie bezpłatnej, domowej opieki lekarskiej, dostarczanie sztucz-

nego uzębienia, przyznawanie naświetlań, zabiegów elektrycznych, wysyłanie na obserwację, udzielanie zapomóg na koszt leczenia i pielęgnowania, dostarczanie specyfików, wzmacniających zagrożony organizm i t. p.

Do kosztów powyższego lecznictwa nie należą jednak koszty pogrzebu (Uchwała Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy 714, 1899, strona 383), jakkolwiek dana instytucja może koszty te dobrowolnie pokryć.

Pod pojęcie omawianego lecznictwa podpadają również zabiegi ogólnej natury np. dezynfekcja mieszkań, zajmowanych przez leczonych na chorobę zakaźną.

Ubezpieczony winien poddać się wszelkim zabiegom leczniczym, które umożliwiają celowe leczenie względnie nałożenie odpowiedniego opatrunku (np. masaże, elektryzacja, nacinanie i oczyszczenie rany, wypuszczanie wody z płuc i t. p.) nie jest jednak obowiązany poddać się operacji w ścisłym tego słowa znaczeniu. W wypadku jeśli operacja jest jedynym środkiem usunięcia niezdolności do pracy a ubezpieczony nie chce się jej poddać, to uznaje się go za trwale niezdolnego do pracy. Za przejściową bowiem możemy uważać niezdolność jedynie wtedy, gdy jej przyczyny dadzą się usunąć przy pomocy takich środków, których użycie jest możliwe w ramach wspomnianego powyżej § 1269 ordynacji ubezpieczeniowej. Ubezpieczony powinien zgodzić się na zastosowanie powyższych środków jeśli nie chce narazić się na całkowitą lub czasową utratę prawa do renty inwalidzkiej, zwłaszcza, gdy pouczono go o skutkach odmowy (§ 1272).

Lecznictwo zapobiegawcze może zakład stosować w razie zachorowania (Erkrankung) ubezpieczonego lub wdowy po ubezpieczonym. Ustawa nie

wymaga, by dane osoby były już niezdolne do pracy względnie, by w jakimkolwiek bądź stopniu były już ograniczone w zdolności do pracy. Przy gruźlicy np. jaknajwcześniej (w stadium początkowym) wdrożenie leczenia jest ze względów profilaktycznych najbardziej celowe.

Pod pojęcie „ubezpieczonego“ podpadają również zwolnieni ze stosunku ubezpieczeniowego, jeśli zachowali prawo do uprawnień. Nie jest natomiast wymagane od takiego ubezpieczonego wypełnienie okresu wyczekiwania.

Z dobrodziejstw omawianego leczenia nie mogą korzystać wdowy nie mające prawa do renty wdowiej w myśl przepisu art. 71 Ustawy Wprowadzającej do Ordynacji Ubezpieczeniowej.

Wdowiec po ubezpieczonej nie może korzystać z leczenia zapobiegawczego.

Powstaje pytanie, czy może z niego korzystać żona za życia ubezpieczonego męża (względnie za życia inwalidy) zwłaszcza jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że wkrótce zostanie wdową, a tem samem nabędzie prawa do renty wdowiej. Literalne brzmienie przepisu § 1269 ord. ubez. nie daje wprawdzie dostatecznej podstawy do tego, niemniej jednak opinia niemieckich interpretatorów ordynacji skłaniała się do przyznania tym osobom możliwości korzystania z leczenia zwłaszcza w tych wypadkach, w których tylko natychmiastowa pomoc lecznicza mogłaby uchronić przed inwalidztwem, niepodkopującym wprawdzie w zupełności zdrowia danej osoby, ale pociągającym za sobą płacenie renty przez dziesiątek lat. Pomoc taka jest więc z jednej strony ogromnym dobrodziejstwem dla całej rodziny, a z drugiej strony zaoszczędza Zakładowi późniejszych poważnych wydatków, gdyż prawo do renty wdowiej posiadają w myśl ordynacji ubezpieczeniowej, jedynie wdowy niezdolne do pracy.

Członkowie rodziny chorego, przebywającego w szpitalu, lub lecznicy, których chory utrzymywał całkowicie, lub w przeważnej części ze swego zarobku, otrzymują z reguły w czasie leczenia odpowiedni zasiłek domowy, wynoszący 1/4 zarobku miejscowego. Jeżeli jednak chory przed wdrożeniem leczenia przez Zakład ubezpieczeniowy podlegał ubezpieczeniu na wypadek choroby, w takim razie zasiłek domowy normuje się według przepisów o ubezpieczeniu chorobowym i to nawet za czas, za który Kasa Chorych nie byłaby już obowiązana do udzielenia zasiłku (§ 1271).

O ile leczenie ma miejsce w domu, wówczas zasiłek domowy odpada.

Wdrożenie leczenia następuje zazwyczaj na wniosek ubezpieczonego względnie wdowy, niemniej jednak może on nastąpić z urzędu.

Zakład może w myśl przepisu § 1400 ord. ubez. udzielić rodzinie leczonego nadzwyczajnego wsparcia, a tem samem niejako podwyższyć zasiłek domowy (podwyżki te dochodziły w niektórych niemieckich ubezpieczalniach do 300 proc. normalnego zasiłku). Decyzja co do podwyżki normalnego zasiłku może nastąpić na skutek jednomyślniej uchwały Zarządu,

oraz Rady Zakładu, przyczem do ważności uchwały wymagane jest zatwierdzenie odnośnej władzy nadzorczej.

Uwagi powyższe dotyczą zapobiegania inwalidztwu spowodowanemu przez chorobę. Ordynacja Ubezpieczeniowa przewiduje jednak w § 1305 lecnicstwo (śmiałybym je nazwać lecnicstwem restytucyjnym) obejmujące pobierających rentę inwalidzką wdowią (wdowca), o ile można spodziewać się, że leczenie takie przywróci zdolność do zarobkowania (usunie inwalidztwo). Powyższe uwagi odnoszą się również i do tego rodzaju lecnicstwa, z tym jednak wyjątkiem, że rodzina rencistki — wdowy (wdowca) nie otrzymuje zasiłku domowego.

LECNICTWO ZAPOBIEGAWCZE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych na wypadek inwalidztwa

W wyniku plebiscytu z dnia 20 marca 1921 r. Główne Mocarstwa (konferencja ambasadorów), decyzją z dnia 20 października 1921 r. określiły granicę między Polską a Niemcami na Górnym Śląsku, zobowiązując równocześnie rząd polski i niemiecki do zawarcia odpowiedniego układu, zmierzającego do zawarowania dla wspólnego dobra ciągłości życia gospodarczego na Górnym Śląsku oraz do ochrony mniejszości. Wejście w życie powyższego układu uzależniono od ukończenia prac komisji delimitacyjnej, wyznaczającej granicę na miejscu.

W dniu 15 czerwca 1922 r. nastąpiło w Opolu ogłoszenie granic przedstawicielom obu zainteresowanych rządów i z tą też chwilą przeszła na Polskę władza zwierzchnia nad przyznaną jej częścią Górnego Śląska, jakoteż wszedł w życie wspomniany powyżej układ polsko - niemiecki zawarty w Genewie w dniu 15 maja 1922 r.

W tytule 2 Konwencji zatytułowanym „Ubezpieczenie Społeczne“ zostały unormowane szczegółowo stosunki, prawa i obowiązki instytucji ubezpieczeń społecznych, które wynikły wskutek podziału Górnego Śląska.

Statut Organiczny dla Województwa Śląskiego z dnia 15 lipca 1920 r. przekazał Sejmowi Śląskiemu władzę ustawodawczą w dziedzinie ubezpieczeń społecznych przyczem czasowo władzę tę ograniczono w ten sposób, że z chwilą zapewnienia klasie robotniczej, inwalidom, wdowom i sierotom wojennym w całej Rzeczypospolitej lepszego lub przynajmniej takiego samego zaopatrzenia, jakie zapewniają ustawy obowiązujące na Górnym Śląsku, władza ustawodawcza Sejmu Śląskiego w tej dziedzinie przejdzie na Sejm w Warszawie.

Na mocy powyższego statutu a zwłaszcza wyraźnego przepisu Konwencji Genewskiej, nakazującego powołanie do życia instytucji ubezpieczeń społecznych, któreby przejęły obowiązki niemieckich instytucji, Tymczasowa Rada Wojewódzka rozporządzeniem z dnia 28 czerwca 1922 r. zatwierdzonem w całej osnowie przez Sejm Śląski, utworzyła Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie jako

instytucję o charakterze prawno - publicznym, którego Wydział II przejął czynności Niemieckiej Ubezpieczalni Krajowej we Wrocławiu t. j. ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i pozostałej rodziny, jakoteż sprawy związane z przeprowadzeniem leczenia zapobiegawczego i restytucyjnego. Źródłem prawa w tym zakresie jest dla tego działu ubezpieczenia IV księga ordynacji ubezpieczeniowej z roku 1911, (o ile chodzi o rozwikłanie stosunków ubezpieczeniowych, wywołanych podziałem Górnego Śląska — Konwencja Genewska) oraz kilkakrotnie nowe do tej ordynacji, uchwalone przez Sejm Śląski, a zmieniające i dostosowujące treść przestarza-

łych już przepisów niemieckich do ciągle zmieniających się warunków społecznych i gospodarczych na Górnym Śląsku.

Dla przeprowadzenia leczenia we własnym zakresie Zakład Ubezpiecz. w Królewskiej Hucie zakupił w roku 1922 uzdrowisko w Jastrzębiu, powiat rybnicki, za sumę 450000 mkn., a temsamem uniezależnił się od warunków, stawianych mu przez inne uzdrowiska i stacje klimatyczne, do których kierowano dotąd chorych. Uzdrowisko zremontowano i zaopatrzone w łaźienki i światło elektryczne.

(patrz: tablica na str. 172).

Wyniki leczenia naogół dodatnie. W starszym wieku leczono przeważnie gości i przyznawano sztuczne uzębienie, zaś na młodszych przypadło przedewszystkiem leczenie gruźlicy, osłabienia i anemji, wywołanej bezrobociem, małym zarobkiem, niedostatecznym odżywianiem się. Większa część pacjentów odzyskiwała zdolność do wykonywania swych obowiązków i tak:

	W r o k u						
	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
a) zupełnie wyleczonych opuściło lecznicę	—	—	—	344	236	231	225
b) w stanie niezmienionym względnie polepszonym opuściło (od 10 — 66½% niezdol. do pracy	—	—	—	459	412	430	394
c) niezdolnych do pracy wskutek niewyleczenia (od 66—100% niezdolności do pracy) opuściło	—	—	—	41	10	26	19
d) zmarło w lecznicy	—	—	—	2	2	—	1
e) sztuczne uzębienie otrzymało	—	—	—	132	178	229	236
				978	837	916	875

Leczono w różnych lecznicach względnie we własnym uzdrowisku Jastrzębie-Zdrój

	W r o k u				
	1924	1925	1926	1927	1928
Ilość chorych	400	839	766	747	689
Ilość dni leczenia	16.964	47.345	37.154	36.657	33.313
Koszta leczenia ogólne	66.782,09	249.879,95	185.639,11		
Koszta sztucznego uzębienia	1469,06	4.674,20	7.682,55	9.917,33	10.834,85
Rodzicom pacjentów wypłacono zasiłek domowy w myśl § 1271 i 1400 ord. ubez.	24 677,05	26 165,84	15.225,44	9.148,18	7.738,84

O ile zakład wdraża postępowanie lecznicze winien przez cały okres leczenia dawać choremu takie świadczenia, jakieby mu przysługiwały z Kasy Chorych w myśl ustawy i statutu. Kasy Chorych winny zaś zakładowi zwracać zasiłek chorych, o ile chory ma do niego prawo w myśl ustawy i statutu Kasy Chorych (§ 118 ord. ubez.).

Z powyższego tytułu kasy chorych zwróciły zakładowi	—	35.915,16	37.117,22	51.55,47	45.913,29
---	---	-----------	-----------	----------	-----------

Ubezpieczalnia krajowa w Poznaniu

Ubezpieczalnia Krajowa kontynuuje ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i na korzyść pozostałej rodziny, wykonywane za czasów niemieckich przez „Landesversicherungsanstalt“ w Poznaniu, w myśl przepisów niemieckiej ordynacji z roku 1911. Przejmując spuściznę po zarządzie niemieckim

zarząd Ubezpieczalni miał niewątpliwie duże trudności do pokonania zanim udało mu się nie tylko zatrzymać instytucję na dotychczasowym poziomie ale nawet rozszerzyć jej działalność przy dostosowaniu jej do zmienionych warunków politycznych oraz terytorjalnych (terytorjalny zasięg działalności Ubezpieczalni rozszerzył się znacznie przez przydzielenie (ciąg dalszy patrz str. 173).

Lecznictwo Zakładów w Królewskiej Hucie w cyfrach.

	W r o k u:						
	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Wniosków o wdrożenie leczenia wpłynęło	1199	894	1003	1582	1585	1678	1871
Pozostało z roku poprzedniego niezadowolonych		653	120	54	95	153	78
Razem	1199	1547	1123	1636	1680	1831	1949
Z powyższej liczby uwzględniono w tych samych latach:							
a) przez umieszczenie w lecznicach względnie szpitalach	180	328	400	795	657	679	637
b) przez dostarczenie sztucznego uzębienia	71	78	66	132	178	229	236
c) przez dostarczenie pomocniczych środków leczniczych (pasek przepuklinowy, sztuczna odma, gorset sztywny, proteza)	—	—	8	3	—	4	2
d) przez przyznanie naświetlania	—	—	—	3	1	1	—
e) " " badania oczu	—	—	—	1	—	—	—
f) " " wysłanie na obserwację do szpitali	—	—	—	44	1	—	—
Razem	251	406	474	978	837	916	875
Ilość wypadków przeprowadzonego leczenia w stosunku do ilości podanych wniosków w poszczególnych latach przedstawia się nast.:		26,24%	42,20%	59,78%	49,82%	50,03%	
Nieuwzględniono wniosków o wdrożenie leczenia w poszczególnych latach							
a) z powodu zbyt daleko posuniętej choroby	39	19	26	68	44	3	6
b) z powodu wzbraniania się ubezpieczonego	2	1	1	2	1	5	2
c) z powodu śmierci	34	9	11	4	10	13	13
d) z powodu niedostatecznej ilości składek uiszczonych przez ubezpieczonego	100	67	37	29	28	60	131
e) z powodu cofnięcia wniosku	7	3	9	8	4	15	15
f) z powodu minimalnych objawów choroby względnie niepogorszenia się stanu choroby po odbytej już raz kuracji na koszt zakładu, przekroczenia 60 roku życia i oddania według kompetencji do innego zakładu	89	922	511	452	603	741	696
Razem	295	1021	1069	563	690	837	863
Ogólnie leczono:							
a) mężczyzn	166	brak danych	329	797	687	711	699
b) kobiet	85		99	181	150	205	176
Razem	251	—	427	978	837	916	875
Leczono następujące choroby:							
a) gruźlica wzgl. inne choroby płucne	142	256	204	581	554	469	396
b) choroby serca	2	3	8	20	22	23	26
c) choroby żołądka	1	3	3	4	6	3	11
d) anemja i osłabienie	14	24	26	29	35	37	31
e) gościec stawowy, gościec mięśniowy i rwa kulszowa	12	28	77	145	109	112	120
f) nerwy i neurastenja	5	11	3	31	22	25	28
g) inne choroby jak: liszaj żrący, choroby oczu, padaczka, kamienica żółciowa, histerja, epilepsja, astma, choroby kobiece, choroby umysłowe, nerek	—	—	—	—	—	—	—
h) sztuczne uzębienie przyznano w nast. wypadkach	22	78	64	132	178	229	236
Razem	251	406	427	978	837	916	875
Zestawienie chorych w/g wieku							
od 16 — 20 roku	36	34	45	95	81	76	27
" 21 — 25 "	55	98	80	179	162	155	139
" 26 — 30 "	46	76	74	195	154	189	158
" 31 — 35 "	31	53	54	129	119	128	142
" 36 — 40 "	24	42	48	124	104	95	107
" 41 — 50 "	41	74	96	176	141	168	169
ponad 50 lat	18	29	34	90	76	105	133
Razem	251	406	427	978	837	916	875

do Ubezpieczalni Pomorza na którego terenie działa aż do r. 1920 „Landesversicherungsanstalt“ w Gdańsku.)

Należy przypomnieć, że na 150 urzędników było w Ubezpieczalni przed rokiem 1918 tylko 2 Polaków. Z przyczyn łatwo zrozumiałych władze niemieckie odwołały w dniu 19 października 1919 większość urzędników niemieckich. Mimo to nie nastąpiła żadna przerwa ani w administracji Ubezpieczalni ani w lecznictwie, jakkolwiek wskutek utworzonej linii demarkacyjnej nie można było nadal wysyłać chorych do lecznicy pod Bydgoszczą względnie do sanatoriów poza Województwem Poznańskim. Ubezpieczalnia była skazana wyłącznie na swą lecznicę pod Obornikami, przy której utworzono osobny oddział dla kobiet i dla dzieci szkolnych, a nadto zaopatrzone ją w najnowsze urządzenia lecznicze jak: gabinet bakteriologiczny, przyrządy wodolecznicze, gabinet roentgenowski, solarjum, lampę kwarcową i lampę Sollux. Dla pacjentów urządzono świetlicę, zaopatrując ją w bibliotekę, pianino, radjo i inne gry i rozrywki. Zakład zanderowski (leczenie medyko - mechaniczne), składający się z 52 aparatów oryginalnych i zanderowskich i potrzebnych do tego motorów.

Rozszerzając dotychczasową działalność na polu lecznictwa urządziła Ub. w roku 1920 we własnym gmachu w Poznaniu klinikę dentystyczną, wyposażając ją w najnowsze aparaty. Ubezpieczeni otrzymują tutaj za drobną opłatą całe sztuczne uzębienie. W roku 1926 zawarła Ubezpieczalnia umowę z Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu, na mo-

cy której Kasy Chorych, zainteresowane również w dostarczaniu uzębienia ubezpieczonym, zgodziły się na wspólne z Ubezpieczalnią ponoszenie kosztów sztucznego uzębienia. Koszty te rozłożono w ten sposób, że Ubezpieczalnia i Kasy Chorych płacą po 40 proc. zaś ubezpieczony 20 proc.

W następstwie decyzji Rady Ligi Narodów z dn. 17 lipca 1922 r. objęła Ubezpieczalnia w tymże roku w posiadanie (prawo własności nabydzie Ubezpieczalnia dopiero po wejściu w życie odpowiedniej ustawy, której projekt jest przedmiotem uzgadniania międzyministerjalnego), dawniejszy zakład dla alkoholików, położony w malowniczej dolinie Szmelty, w powiecie wejherowskim, a należący dotąd do „Landesversicherungsanstalt“ w Gdańsku. Bliskość morza oraz dogodne połączenie kolejowe z Gdaniem i Helem umożliwiają ubezpieczonym korzystanie z pobytu nad polskim morzem i używanie kąpieli morskich.

Wobec wzmagania się wśród ubezpieczonych chorób reumatycznych przystąpiła Ubezpieczalnia do budowy zakładu solankowego w Inowrocławiu. Uzdrowisko to na 80 — 100 łóżek zostało oddane do użytku w roku bieżącym. Porównanie działalności leczniczej Ubezpieczalni z dawną niemiecką wypadła na korzyść tej ostatniej, która też zyskała sobie uznanie ze strony Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej jako władzy nadzorczej, które naocześnie miało sposobność przekonać się o działalności Ubezpieczalni na tem polu.

	W r o k u											
	1913	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Wniosków o wdrożenie leczenia wpłynęło . . .	1914	1950	1773	1082	799	1017	815	883	1382	1971	2359	2322
Z powyższej liczby uwzględniono wniosków . . .	—	1100	730	370	168	362	338	323	526	835	1003	905
Stosunek ilości przeprowadzonego leczenia do ilości zgłoszonych wniosków wynosi . . .	—	49,43%	41,17%	34,19%	21,02%	35,6%	41,47%	36,58%	38,06%	42,30%	42,52%	39,15%
Umieszczono z powyższej liczby w szpitalach, lecznicach i uzdrowiskach	—	672	418	288	107	284	241	221	360	556	634	518
Udzielono bezpłatnej pomocy lekarskiej	—	74	24	1	—	4	1	13	13	31	26	4
Udzielono sztucznych szczęk oraz zapomóg na sztuczne uzębienie	—	259	268	54	41	62	85	71	95	95	318	374
Udzielono protez i innych środków leczniczych	—	95	20	27	20	12	11	58	18	153	25	13
Razem	1914	1100	730	370	168	352	338	323	526	835	1003	909

LECZNICTWO W NIEMIECKIM UBEZPIECZENIU INWALIDZKIEM

Już w pierwszych latach istnienia ubezpieczenia inwalidzkiego kładziono w Niemczech wielki nacisk na zorganizowanie i stałe wzmaganie akcji na polu lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego wychodząc z założenia, że zdrowie i siła do pracy szero- kich mas ubezpieczonych jest częścią majątku naro-

dowego, do której uszczuplenia żadną miarą dopuścić nie wolno.

W następstwie tego zapatrywania stosunek kosztów lecznictwa do wydatków na świadczenia rentowe ubezpieczenia inwalidzkiego ulega w ciągu lat stałej poprawie. Podany poniżej wykaz za rok 1913, 1925 i 1926 ilustruje najwyraźniej działalność niemieckich ubezpieczalni krajowych na tem polu.

R o k	Liczba osób leczonych	Ogół kosztów	Zwrot kas chorych i innych zakładów ub.	Wydatek na zasilek domowy	Koszta samego leczenia, ponoszone przez ubezpieczalnie
1913	153.636	34.128.008	8.023.177	4.889.804	26.104.911
1925	210.478	41.579.092	12.039.862	4.821.804	29.529.230
1926	268.069	50.152.493	14.702.541	5.751.476	35.449.957

ARTYKUŁ 4 UST. 1. USTAWY Z 19.V.1920

Kilka luźnych uwag.

I.

P. Tadeusz Słoński autor bardzo instruktywnej rozprawy umieszczonej w Nr. 6. Prz. Ub. Sp. z 1.VI.30, ma rację, iż redakcja omawianego przepisu jest wadliwą. Wadliwość polega przede wszystkim na używaniu terminologii nieprawidłowej: „dyrektorowie naczelni i dyrektorowie prokurenci”.

Z dyrektorami naczelnymi jeszcze pół biedy. Wprawdzie ustawodawstwo handlowo - prawne, które obowiązywało w Polsce w czasie ogłoszenia ustawy z 19.V.1920, nie znało takiej nomenklatury, gdyż dopiero ustawa o spółdzielniach z 29.X.1920 Nr. 111 poz. 733 Dz. U. Rz. P. wspomina o „dyrekcji”, jako równoznaczniku zarządu, ale w języku potocznym, w życiu codziennym, zarząd spółek akcyjnych lub spółek z ograniczoną odpowiedzialnością nazywano zwyczajnie dyrekcją a członków zarządu „dyrektorami”¹⁾, tak że przez dyrektora naczelnego rozumieć należy członka zarządu jednej ze wspomnianych spółek, wyposażonego w szczególne upoważnienia w stosunku do innych dyrektorów.

GORZEJ ma się rzecz z „dyrektorami prokurentami”. Wprowadzenie tego terminu do ustawy²⁾ stało się główną przyczyną chwiejności i nieścisłości praktyki kasowej, wyjaśnię M. P. i O. Sp. oraz orzeczeń Najwyższego Trybunału Sądowego. Jeżeli w szczególności M. P. i O. Sp. dla interpretacji wyrazu „dyrektorowie prokurenci” posługuje się pojęciami „generalna prokura” i „prokura wydziałowa”, to ono de facto niczego nie wyjaśnia, bo i te dwa wyrazy obce są naszemu ustawodawstwu.

Wychodząc z założenia, (niezawsze może słusznego) że słowa użyte przez ustawodawcę mają sens oraz podziеляjąc pogląd p. Słońskiego, że wyliczenie dwóch kategorii pracowników w art. 4/1 ust. jest wyczerpujące a nie przykładowe, dojść musimy do wniosku, że przez dyrektorów prokurentów rozumieć należy prokurentów *jednostkowych*, zaczem tylko ciż jakoteż członkowie zarządu spółek akcyjnych, spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółdzielni, wyposażeni w szczególne upoważnienia (dyrektorowie naczelni) mają prawo zwolnić się od obowiązku ubezpieczenia w K. Ch. o ile roczny zarobek ich wynosi ponad

1) Pominąwszy statuty prywatnych spółek akcyjnych spotykamy się z „dyrekcją”, „naczelnymi dyrektorami” i „dyrektorami” w statucie Banku Polskiego (art. 42 rozp. Prez. Rz. z 20.I.1924 Nr. 8 poz. 75 Dz. U. Rz. P.) oraz w Rozp. Rz. P. z 30.V.1924 Nr. 46 poz. 477 o Banku Gospodarstwa Krajowego i w statucie tegoż Banku (art. 87 rozp. Min. Sk. z 31.V.1924 Nr. 46 poz. 478 Dz. U. Rz. P.).

2) Czy w Drukarni Dz. U. Rz. P. nie opuszczono przypadkowo przecinka między słowami „dyrektorowie” a „prokurenci”?

7.500 zł., że natomiast prawo to nie służy ani innym członkom zarządu (dyrektorom) wspomnianych spółek ani prokurentom *łącznym* (kollektywnym).

II.

A teraz — coś niecoś z dziedziny kazuistyki, tego foot-balu zawodowych prawników.

a) Kto jest legitymowanym do wystąpienia wobec zarządu K. Ch. z prośbą o zwolnienie kwalifikowanego zastępcy od obowiązku ubezpieczenia.

Zdawałoby się, że sprawa jest tak prostą i jasną, że nie nastęrcza żadnych wątpliwości.

Tymczasem tak nie jest, bo oto Najwyższy Trybunał Sądowy decyzją z 21.II.1929 wydaną w sprawie fabryki „Dywan” przeciw Pow. K. Ch. w Tomaszowie, a ogłoszoną w „Ochronie Społecznej” Nr. 4 za r. 1930 (z opuszczeniem liczby czynności) orzekł, że powodowanej firmie „Dywan” obowiązanej do opłacania K. Ch. części składek ubezpieczonego pracownika jako bezpośrednio interesowanej służy tem samem (?) na równi z samym pracownikiem prawo do wystąpienia o zwolnienie go od obowiązku ubezpieczenia.

Tak pogląd wyrażony w decyzji jakoteż jej uzasadnienie są niesłusznie. Art. 4/1 ust. prawo zwolnienia się przyznaje wyraźnie tylko kwalifikowanym zastępcom, od których swobodnej woli zależy czy chcą z tego prawa korzystać, czy też nie.

Z faktu opłacania części składek nie wynika bynajmniej, by pracodawca mógł pracownika i to wbrew jego woli — bo i tę możliwość decyzja Najwyższego Trybunału Sądowego dopuszcza — pozbawić ubezpieczenia i korzyści stąd płynących.

Przepis art. 4/1 jako stanowiący wyjątek z ustawowej zasady powszechności nie może być rozszerzająco interpretowany.

b) Czy pracownik, który na prośbę swoją zwolniony został od ubezpieczenia po myśli art. 4/1, może następnie rzec się zwolnienia i stać się w ten sposób znowu obowiązkowo ubezpieczonym członkiem Kasy Chorych?

Zdaje mi się, że zwolnienie się jest aktem bezwarunkowym i że pracownik nie może rzec się go, jak długo zajmuje (u tego samego pracodawcy i w obrębie tej samej Kasy) stanowisko, z mocy którego zwolnił się od ubezpieczenia; inne rozstrzygnięcie kwestji nie dałoby się uzasadnić i mogłoby ponadto w praktyce doprowadzić do niepożądanych konsekwencji.

Jeżeli natomiast pracownik zatrzymując to stanowisko u dotychczasowego pracodawcy przeniesie się do miejscowości położonej w obrębie innej Kasy jako do nowego stałego miejsca zatrudnienia, uzyskane przedtem zwolnienie traci ważność (arg. z art. 13/I ust.) i pracownik (kwalifikowany zastępca) staje się znowu obowiązkowo ubezpieczonym członkiem

nowej K. Ch. aż do chwili kiedy znowu zwolni się od ubezpieczenia.

c) Czy zwolniony od ubezpieczenia kwalifikowany zastępca z tytułu wykonywanego przezeń dodatkowego zajęcia, nie podpadającego pod przepis art. 4/1 podlega obowiązkowi ubezpieczenia?

Bezwarunkowo tak.

Zwolnienie rozciąga się tylko na stanowisko kwalifikowane nie zaś na dodatkowe zajęcie które po myśli art. 3, 10 i 55.III ustawy stwarza samo przez się samoistny obowiązek ubezpieczenia w K. Ch.

Artykuł 4/1 jest może najpretensjonalniejszym przepisem ustawy o ub. na wypadek chor. W porównaniu z małym znaczeniem jakie cienka warstwa pracowników artykułem tym objęta, ma dla ubezpieczenia — zaprzęta on zbyt wiele czasu i uwagi Kas Chorych, urzędów ubezpieczeniowych, Ministerstwa P. i O. Sp., władz sądowych i interpretatorów.

Czas najwyższy — by aż do zupełnego usunięcia tego przepisu z uchwalic się mającej ustawy o scaleniu ubezpieczenia społecznego — ukrócić tę pretensjonalność przez ścisłą, jednolitą i bezwzględną wykładnią i praktykę.

JAN HOPPE.

O ROZBUDOWĘ UPRAWNIEN ORGANÓW KONTROLI Z. U. P. U.

Zagadnienie organizacji Inspekcji Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ma swój specjalny charakter.

Kwestja kwalifikacji charakteru pracy osób zgłaszanych do ubezpieczenia, wysuwa wymóg specjalnych uprawnień, dających możność inspektorom sumiennego wywiązania się z nałożonych nań obowiązków.

Inspekcja zakładów pracy ma na celu kontrolę należytego wykonania przepisów Rozporządzenia Prezydenta z dnia 24 listopada 1927 r.

Kontrola ta przede wszystkim dotyczy zgłoszeń do ubezpieczenia.

W tym zakresie obok zdarzających się wypadków wyraźnej złej woli i świadomego uchylania się przez pracodawców od obowiązków ustawowych, inspektorzy mają do przezwyciężenia największą trudność w postaci spornych kategorii pracowników, stojących na pograniczu pracy fizycznej i umysłowej.

Jakkolwiek decyzja w sprawie uznania istnienia lub nieistnienia obowiązku ubezpieczenia takich pracowników należy do władz Zakładu, to jednak sama procedura badań, protokołowania zeznań, zbierania wszelkich możliwych dla wyświetlenia sprawy materiałów, stanowi całokształt skomplikowanych i nierzadko trudnych prac, załatwianych przez organy kontroli (inspektorzy) Zakładu.

Trudności wynikają zazwyczaj na tle świadomego oporu pracodawcy.

Opór ten, wobec istnienia przewidzianych w ustawie sankcyj karnych, byłby nieistotny, gdyby nie to, że ustawodawca konstruując całokształt uprawnień organów kontroli Zakładów, nie przewidział tych specyficznych trudności.

Art. art. 107, 111 i 114 Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej byłyby zupełnie wystarczające dla tych organów kontroli i instytucyj, których obowiązki nie przekraczają ram sprawdzenia list płac, książek kasowych i buchalteryjnych, ale dla inspektora Zakładu, dla którego w większości wypadków znacznie ważniejsze jest zbadanie charakteru czynności pracownika, aniżeli suma pobieranego przezeń wynagrodzenia, przepisy te są niewystarczające.

Całokształt uprawnień inspektora Z. U. P. U. mieści się w wymienionych 3 artykułach. Artykuł 111 mówi o mocy prawnej zgłoszeń dokonanych z urzędu przez organy kontroli. W związku z tem art. 107 nakłada na pracodawcę obowiązek przedkładania list płac i wszelkich dokumentów miarodajnych dla sprawdzenia ścisłości uskuteczionych zgłoszeń i wreszcie art. 114 nakłada na pracodawców, pracowników a nawet i na członków ich rodzin obowiązek udzielania wszelkich pisemnych i ustnych wyjaśnień, co do okoliczności, mających znaczenie dla stosunku ubezpieczeniowego, względnie dla oceny uprawnień, co do świadczeń ubezpieczonych.

W warunkach nacechowanych dobrą wolą obu stron przepisy te byłyby zupełnie wystarczające. Jeżeli się jednak zważy, że źródłem powstania tej komórki organizacyjnej, jaką jest organ kontroli, było stwierdzenie istnienia tej choroby społecznej, na której całość składają się nieświadomość i czasami zła wola pracodawcy, to bez wielkich trudności, na podstawie doświadczeń praktycznych, zauważymy poważne niedomówienia przepisów prawnych, na podstawie których działają organy kontroli Z. U. P. U.

W praktyce były już wypadki, w których pracodawca nie zezwolił inspektorom Z. U. P. U. na bezpośrednie zbadanie charakteru czynności pracownika, na miejscu przy pracy, motywując to tem, że ustawa nie nakłada nań tego rodzaju obowiązków.

W podobnym wypadku pracodawca twierdzi, że na podstawie art. 114 udziela wszystkich wyjaśnień, na zasadzie art. 107 przedkłada żądane dowody i na nic więcej nie zezwoli.

To, że zdaniem inspektora zeznanie pracodawcy już nawet w zestawieniu z danymi, zawartymi w przedłożonych dowodach, nasuwa szereg wątpliwości i wysuwa konieczność zbadania charakteru czynności danych pracowników, tego już pracodawca nie bierze pod uwagę.

Zdarzało się, że cpo pracodawców szedł dalej, że nietylko nie wpuszczano inspektora do danej sali fabrycznej, ale nie chciano wezwać pracownika, którego zeznania były konieczne. Poprostu odmawiano lokalu na przesłuchanie pracowników.

Sprawy te znajdowały swój epilog w starostwach, które wymierzały karę grzywny i w Sądach Okręgowych, do których odwoływali się pracodawcy od decyzji starostw.

Sprawę tego rodzaju rozpatrywał Sąd Okręgowy w Łodzi dn. 7 marca b. r.

Sąd zatwierdził decyzję starostwa, stojąc na stanowisku zajętem przez Zakład, że formę i warunki, w których ma być dokonana kontrola, ustala organ kontrolujący, a nie kontrolowany.

Jakkolwiek decyzja Sądu była potwierdzeniem stanowiska Zakładu, to jednak podkreślane niedomówienia ustawowe są silnym utrudnieniem pracy, a przede wszystkim w bardzo dotkliwy sposób krzywdzą pracowników, którzy w podobnych wypadkach miesiącami mogą czekać na ubezpieczenie, lub należne im świadczenia.

Były nawet jaskrawsze wypadki oporu pracodawcy.

Zakład zebrał szereg informacji, na podstawie których wiedział, że duży przemysłowy zakład pracy masowo zatrudnia pracowników umysłowych, zamieszczać ich na etatach robotniczych. Podczas inspekcji dyrekcja tego zakładu odmawia przedłożenia list płac robotniczych, twierdząc, że te Zakładu nie dotyczą.

Rzecz jasna, że jest to wypadek wyraźnej złości i chęci uchylecia się od obowiązków nałożonych rozporządzeniem i że zakład wystąpił do starostwa z wnioskiem karnym, ale to wszystko nie usunie od razu i całkowicie braku ubezpieczenia oraz skutków z tego wynikających, które wiszą nad pracownikami tego zakładu.

Gdyby inspektor Zakładu był wyposażony w wyraźne uprawnienie analogiczne do przewidzianego w art. 21 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 14.VII.1927 r. o inspekcji pracy, które daje prawo wstępu do wszystkich zakładów i wszelkich zabudowań, w których dany zakład się mieści, gdyby było wyraźnie powiedziane, że wszelkie zeznania badanych osób mają odbywać się w formie protokółarnej, wreszcie gdyby inspektor miał ustawowo zapewnione prawo wzywania zainteresowanych osób do swego biura, nie byłoby tylu wniosków karnych i spraw sądowych, a przede wszystkim szybciej roz-

wiązywanoby skomplikowane problemy, które dziś (np. sprawa majstrów) wloką się bez końca.

Wszystkie tezy ministerjalne, dotyczące interpretacji art. 3 p. 1 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24.XI.1927 r. nakazywały indywidualne badania charakteru czynności, objętych sporem pracowników. Pracowników takich są tyśiące, a zatem zadania organów kontroli już tylko w tym zakresie są olbrzymie, a uprawnienia zakrojone na miarę tych organów kontroli, których zadania dadzą się wykonać na podstawie skontrolowanych list płac, są niewystarczające.

Na podstawie wyżej skreślonych uwag pragnęliśmy scharakteryzować specjalny, właściwy tylko dla Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych zakres prac ich organów kontrolnych.

Trudności te i komplikacje są różne na poszczególnych obszarach, zależnie od ich charakteru gospodarczego, od rodzaju znajdujących się na danym terenie zakładów pracy, od ilości pracowników, których funkcje stoją na pograniczu fizycznych i umysłowych.

Trudności te nie są krótkotrwałe. Zakłady a zwłaszcza ich inspektorzy będą borykać się z nimi nie tylko w okresie organizacyjnym, w okresie kształtowania się wykładni art. 3. W związku z obowiązkiem indywidualnego traktowania poszczególnych pracowników i z absolutną niemożnością grupowego rozstrzygnięcia tych spraw, kwestja ta będzie wiecznie aktualna. Wpłyną na to jeszcze nieuniknione zmiany organizacji pracy poszczególnych działów przemysłu, a nawet i przedsiębiorstw i nieustanny ruch służbowy we wszystkich zakładach pracy.

Kwestja rozbudowy uprawnień inspektorów Z. U. P. U. poza wszystkimi wyżej przytoczonymi argumentami, winna być aktualna jeszcze i ze względów oszczędnościowych.

Inspektor nienależycie wyposażony w konieczne uprawnienia jest za drogi, za dużo czasu zabierają mu nieprodukcyjne spory z pracodawcami, nieuniknione parokrotne powracanie do tych samych spraw, wreszcie cała procedura wniosków karnych, długotrwałych zeznań w starostwach a nawet sądach.

Dr. M. WITKOWSKI.

em. ppułkownik lekarz.

KWESTJA APTECZNA KAS CHORYCH*)

Obszernego artykułu dr. M. Koronkiewicza „Kwestja apteczna Kas Chorych” umieszczonego w Nr. 3 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych, nie mogę pozostawić bez odpowiedzi, jak ze względu na poruszoną sprawę, którą interesują się ubezpieczeni, jako systemem lecznictwa kasowego, tak i interesów Kas Chorych przestrzegających zwiększenia wydatków w dziale aptecznym.

*) Drukujemy w dalszym ciągu głosy dyskusyjne „w sprawie aptecznej w Kasach Chorych”. Red.

Zgóry nadmieniam, że dr. Koronkiewicz pracuje w tejże Kasie Chorych w której jestem kontrolerem recept lekarskich, które stale co miesiąc przeglądam, wydaję opinię, i na mój wniosek Zarząd Kasy zwraca się do Komisji aptecznej przy Zarządzie Związku lekarzy, o przepisanie do zwrotu kosztów, wpływających z nieogłędnego zapisywania lekarstw.

Sprawa poruszona przez dr. Koronkiewicza, ma tak ważne znaczenie w życiu ubezpieczonych że bez odpowiedzi pozostawić jej nie można. Jeżeli głów-

nem zadaniem Kasy jest leczenie, to jak ono może wyglądać, jeżeli tezy Dr. Koronkiewicza są słuszne. Jakby wyglądało sumienie każdego lekarza, który obawiałby się zapisać droższy środek leczniczy, ratujący życie chorego. Poco utrzymywać instytucje lecznicze, jakimi są Kasy Chorych, jeżeliby prawidłowe leczenie było w nich zabronione.

Poglądy, które wypowiedział w swym artykule Dr. Koronkiewicz, krzywdzące całokształt działalności Kas Chorych, są rzeczywiście rozpowszechnione wśród ubezpieczonych i winę za to ponoszą w większej części lekarze którzy, należy przypuszczać, pierwsi rzucili wśród ubezpieczonych pogłoskę, że Kasa Chorych zabrania zapisywać droższe lekarstwa. Podobne twierdzenia wypowiediane przez chorych zdają się słyszeć jeszcze i obecnie: pogłoski te pochodzą od lekarzy, którzy przyzwyczaili się pisać szablonowo pewne recepty wypisane z jakiegoś kalendarza i nie chcą nagiąć swej myśli i woli w kierunku pomocy choremu, bez krzywdy materialnej dla Kasy.

Już samo pojawienie się artykułu Dr. Koronkiewicza w druku jakby potwierdza, że twierdzenia jego są słuszne, częściowo tylko zmniejszone przypiskiem redakcji, że nie zgadza się z wszystkimi Jego poglądami.

Ze swej strony uważam, że artykuł taki, umieszczony w organie przeznaczonym dla szerszego ogółu, musi znaleźć stanowczą odprawę i wyjaśnienie.

Zapisywanie lekarstw nie może być ujęte w żadną formułę i zależy w zupełności od naukowych wiadomości lekarza, od jego krytycznego poglądu i oceny poszczególnych preparatów, od sposobu myślenia i zapatrywania się na całą „kuchnię apteczną”. W praktyce kasowej, lekarz, który chce być lojalny w stosunku do Kasy musi znać cenę lekarstw i takse apteczną. Ponieważ artykuł mój przeznaczam nie dla lekarzy, więc w krótkości wyjaśnię na czym polega zapisywanie tak zwanej recepty. Zwykle każda recepta składa się z jednego środka głównego — leczniczego, i dodatkowych, używanych czy to w celu rozcińczenia głównego środka leczniczego, czy nadanie smaku, wyglądu, tej lub innej formy. Często do głównego środka dodaje się środek pomocniczy lub ochronny. Zasadniczo Kasy Chorych nie krępują lekarzy w wyborze środków głównych - leczniczych, a zwalczają rozrzucone zapisywanie preparatów, zmieniających objętość, wygląd lub smak lekarstwa.

Dla przykładu podaje:

Rozczyn Codeini phos. 0,2/20,0 *cena* 180 gr.

Tabl. Cod. phos. 0,01 N. 20 *cena* 155 gr.

Acid. mur. dil. 5,0

Aq. menth. 20,0

Aq. dest. ad 200,0

Sirop cort. aur. 20,0

cena 141 gr.

Acid. mur. diluti 5,0

Aq. dest. 200,0

Sirup. simpl. 20,0

cena 113 gr.

Dalej Kasa przestrzega wypisywania lekarstw w odpowiedniej ilości, ze względu na retaksację apteczną.

Np.: Ponieważ cena Emulsji tranowej w ilości 200,0 i 240,0 jest ta sama, prosimy o zapisywanie po 240,0.

Więc 240,0 Emulsji tranowej kosztuje 2,40 gr.

a 250,0 Emulsji tranowej kosztuje 2,80 gr.

Środki patentowe prosimy zapisywać w oryginalnym opakowaniu.

Coramina 15,0 w org. opakowaniu kosztuje 8,75 groszy.

Coramina 20,0 w taksacji aptecz. kosztuje 14,45 groszy.

Przestrzega Kasa wypisywanie lekarstw w odpowiedniej formie. Zapisanie np. 2 proc. rozczyń acidi borici 2000,0 kosztuje 3,21 gr. kiedy zapisanie chociażby nawet 60,0 kwasu borowego będzie kosztować 54 gr.

Carbo animal 2,0 N. 20 kosztuje 4,95 gr.

Carbo animal 40,0 kosztuje 3,40 gr.

Zezwalamy na zapisanie jednej paczki Cholekinazy — Niemojewskiego, wychodząc z tego założenia, że często chory nie zużyje całej serji pudełek, które pozostaną u niego bez użytku, a Kasę narazi się na wydatek.

Zapisywanie soli mineralnych zezwalamy w proszku.

Sól Vichy w pastylkach 1 flakon (70,0) *cena* 3,75 gr.

Sól Vichy w proszku 1 flakon (70,0) *cena* 1,20 gr.

Przepisy Kasy nie pozwalają na zapisywanie tak zwanych nazw ochronnych, a wymagane jest wypisywanie nazw naukowych. Jest to dla lekarzy w początkach uciążliwe, ale lekarz praktykujący w Kasie musi do tego zastosować. Przy równoczesnym podaniu nazwy ochronnej i naukowej podaje cenę 10,0 przy tym lub innym zapisaniu:

Xeroform (465 gr.) Bismut. tribromphenilicum (170 gr.)

Dermatol (360 gr.) Bismutum subgallicum (160 gr.)

Aspiryri (320 gr.) Acidum acetylo-salicylicum (40 gr.)

Protargol (880 gr.) Argentum proteinicum (240 gr.)

Urotropin (685 gr.) Hexamethylen tetramin (35 gr.)

Tiocol (495 gr.) Kalium sulfo guajacolicum (65. gr.)

Największą rubrykę napomnieć stanowią różne nacierania czy to spirytusowe, czy ochronnej nazwy, Mezolament, Mentol - balsam, Salmel, i t. p.

Ta rubryka „lekarstw” jest kompletną plagą, dla lekarza kontrolującego, dla Kasy Chorych i dla lekarza praktyka. Wszyscy prawie zgadzamy się na to, że środki te mają minimalną wartość leczniczą; kosztują dużo, a chorzy mniej inteligentni wymagają ich zapisania. Ale na nieszczęście znajdzie się lekarz, który opiera się i stanowczo twierdzi, że tylko w formie:

Spir. rusci 10,0.

Spir. camphor. 90,0 daje należyłą pomoc choremu i leczy różne dolegliwości reumatyczne.

Kasa zasadniczo wymaga wypisywania nacierai w formie linimentów.

Każdy i nie lekarz, obecnie wie, że na rynek apteczny wypuszczono taką moc lekarstw pod rozmaitemi nazwami, różnych form i sposobów opakowania, że w całym tym labiryncie rzadko który lekarz jasno się orientuje, nie zawsze dokładnie zdaje sobie sprawę o wartości leczniczej danego preparatu, a najmniej w jego cenie.

Dla przykładu wskażę:

Menthol valerianicum 20,0 cena 11,85 gr. co może być zastąpione Menthol 0,1, Tinc Valerianae 20,0 cena 191 gr.

Wobec tej powodzi środków patentowanych Kasa zezwala na zapisywanie preparatów, wartość lecznictwa których została już naukowo i praktycznie stwierdzona, które ujęte są w tak zw. przepisach Kasy, a które z biegiem czasu stopniowo uzupełniają się.

Jako zasadę w lecznictwie kasowym przyjęliśmy popieranie przemysłu krajowego i nie krępujemy lekarzy w wyborze preparatów tej, lub innej firmy. Wracając do art. Dr. Koronkiewicza, muszę wyrazić żal, że nie zawiadomił Kasę, jaki preparat i jakiej firmy wywołał w praktyce Jego niepożądane wymioty u chorego, a wyeliminowalibyśmy go z praktyki kasowej.

Z zestawienia mego jasno wynika, że Kasy Chorych, a w pierwszym rzędzie Powiatowa Kasa Chorych w Poznaniu absolutnie nie krępują lekarzy w zapisywaniu lekarstw niezbędnych dla leczenia chorych, przestrzegając tylko formy zapisu, które by nie narażały Kasę na zbędne wydatki.

Jeżeli tak śmiało zabrałem głos w obronie lecznictwa kasowego w dziale zapisywania lekarstw, to

opieram poglądy swoje na istniejących przepisach w Powiatowej Kasie Chorych w Poznaniu, i kilku innych Kas Województw Poznańskiego i Pomorskiego, w których pracowałem, jako lekarz praktyk.

Oczywiście, sprawa ta ma tak doniosłe znaczenie, że musi być gruntownie zbadana, przekontrolowana i ujednostajniona we wszystkich kasach.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przeprowadzając tak gruntowne reformy w Kasach Chorych nie wysunęło czynnika, któryby badał na miejscu, jak wykonanie zarządzeń, tak i całokształt działalności Kas Chorych w dziedzinie lecznictwa.

We wszystkich działach, czy to w lecznictwie, czy przepisach aptecznych, drukach, formularzach panuje rozbieżność poglądów i chaos. Czynnikiem, który powinien to skoordynować i ujednostajnić, może być tylko Naczelny Lekarz Okręgowego Związku Kas Chorych.

Już ujednostajnienie przepisów aptecznych dla Kas Chorych i wydanie ich przez Naczelnego Lekarza Okręg. Związku Kas Chorych znacznie przyczyni się do usunięcia rozterek między praktykującymi lekarzami, a Kasami Chorych, podniesie autorytet lecznictwa, z korzyścią dla ubezpieczonych i dla Kas.

ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ LECZNICZYCH PRZEZ Z. U. P. U.*)

Na mocy art. 61 rozporządzenia Prezydenta z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych Zakłady mają prawo stosować leczenie względem ubezpieczonych, którym grozi niezdolność do wykonywania zawodu oraz względem osób, otrzymujących świadczenia, którym można przywrócić tę zdolność. Rozporządzenie Prezydenta nie zawiera szczegółowych postanowień w tej sprawie a porucza Związkowi Zakładów w art. 86 p. 4, rozwinęty w § 7 p. 4 statutu, ustalanie zasad udzielania przez Zakłady Ubezpieczeń świadczeń z mocy art. 61, oraz opracowywanie ogólnego planu działalności leczniczej Zakładów Ubezpieczeń i koordynowanie tej działalności.

Zasady udzielania przez Zakłady świadczeń z mocy art. 61, uchwalone przez Zarząd Związku, ze względu na doniosłe ich znaczenie dla ogółu ubezpieczonych, podajemy w dosłownym brzmieniu.

Lecznictwo, oparte na art. 61, obejmuje leczenie osób ubezpieczonych, u których istnieje stan choroby, grożący niezdolnością do wykonywania zawodu (lecznictwo zapobiegawcze) i osób, otrzymujących świadczenia, uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu (lecznictwo restytucyjne), w obu wypadkach, o ile wdrożenie leczenia rokuje widoki zapobieżenia niezdolności względnie przywrócenia zdolności do wykonywania zawodu.

*) P. artykuł w Nr. 9 z 1929 r. „Przegl. Ub. Społ.”: „Lecznictwo na podstawie art. 61 rozp. Prezyd.”.

Zakłady Ubezpieczeń stosują leczenie zapobiegawcze przede wszystkim względem ubezpieczonych, mających zaliczone do ubezpieczenia przynajmniej 60 miesięcy składkowych. W wypadkach wyjątkowych, określonych w instrukcji, lecznictwo zapobiegawcze może być stosowane również względem ubezpieczonych, mających zaliczone do ubezpieczenia mniej niż 60 miesięcy składkowych.

Względem chorego, leczonego z mocy art. 25, Zakład Ubezpieczeń może zastosować w wyjątkowych wypadkach zarządzenie lecznicze z mocy art. 61, jeżeli pomoc lecznicza z art. 25 okaże się niewystarczająca dla zapobieżenia niezdolności do wykonywania zawodu lub przywrócenia tej zdolności choremu.

Jeżeli Zakład Ubezpieczeń zastosuje wobec osoby, uprawnionej do świadczeń z mocy art. 25 zarządzenie lecznicze z mocy art. 61, Zakład może w stosunku do różnicy kosztów pomocy leczniczej zastosować zasady udzielania świadczeń z mocy art. 61.

Różnicę kosztów pomocy leczniczej pokrywa Zakład Ubezpieczeń z funduszków przeznaczonych na lecznictwo z mocy art. 61.

Leczenie przeprowadza się w zasadzie w zakładach leczniczych. Choroby, których leczenie nie może być przeprowadzone w zakładach leczniczych, mogą być uwzględnione przez Zakłady Ubezpieczeń w akcji leczniczej w ramach wystarczalności odpowiedniej pozycji budżetowej.

Chorzy mogą być w zasadzie umieszczani tylko w zakładach leczniczych pozostających do dyspozycji poszczególnych Zakładów Ubezpieczeń lub Związku Zakładów.

Do czasu zorganizowania odpowiedniej ilości miejsc w wyżej określonych zakładach leczniczych chorzy mogą być umieszczani również w obcych zakładach leczniczych i innych urządzeniach, zakontraktowanych przez Związek Zakładów lub przez poszczególne Zakłady w porozumieniu ze Związkiem.

W wypadkach, w których w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych zachodziłaby potrzeba uchwalenia statutu zakładu leczniczego, pozostającego do dyspozycji Związku Zakładów, statut uchwała Zarząd Związku Zakładów, statuty zaś zakładów leczniczych, pozostających do dyspozycji poszczególnych Zakładów Ubezpieczeń, — uchwalają właściwe władze Zakładów w porozumieniu ze Związkiem.

Szczegółowe wykonanie powyższych zasad będzie zawierać instrukcja.

Koordinacja lecznictwa Zakładów Ubezpieczeń z akcją Kas Chorych i ich obowiązkami względem ubezpieczonych pracowników umysłowych oraz ustalenie zasad rozrachunków między Zakładami Ubezpieczeń a Kasami Chorych dokonane będą w drodze umowy, zawartej przez Związek Zakładów z Ogólnopolskim Państwowym Związkiem Kas Chorych względnie z Kasami nie należącymi do tego Związku.

Lecznictwo stosuje się z inicjatywy Zakładu Ubezpieczeń, ewentualnie spowodowanej zawiadomieniem ze strony Kas Chorych, lub na wniosek chorego. W celu uzyskania wiadomości o chorobach, kwalifikujących ubezpieczonego do zastosowania lecznictwa zapobiegawczego, winny Zakłady Ubezpieczeń stosować odpowiednie środki, które ustali instrukcja.

Koszty leczenia, utrzymania w zakładach leczniczych, kąpiel i zabiegów terapii fizycznej, podróży do zakładu leczniczego oraz taks kuracyjnych obciążają w zasadzie Zakład Ubezpieczeń.

Zakłady Ubezpieczeń mogą w wypadkach, określonych w instrukcji, uzależnić zastosowanie leczenia od zobowiązania się chorego, otrzymującego lub mającego prawo do wynagrodzenia ze strony pracodawcy, do ponoszenia części powyższych

kosztów w rozmiarach, określonych w tejże instrukcji.

Koszty, spowodowane wdrożeniem leczenia z inicjatywy Zakładu Ubezpieczeń, są w całości pokrywane przez Zakład Ubezpieczeń.

Wszelkie zarządzenia, dotyczące lecznictwa z mocy art. 61 wydają Zakłady Ubezpieczeń na podstawie opinii lekarza Zakładu.

Zarządzenia lecznicze winny zawierać ściśle określony czas, przez jaki leczenie będzie stosowane. Przedłużenie leczenia może być zastosowane na zasadach, obowiązujących dla zarządzenia pierwotnego.

Zgłaszający wnioski o zastosowanie leczenia dołączają świadectwo lekarskie, którego koszty ponosi zgłaszający.

Zakłady Ubezpieczeń załatwiają wniosek bądź na podstawie przedstawionych świadectw, bądź zarządzają na swój koszt ponowne zbadanie przez wyznaczonego lekarza lub lekarzy.

W razie otrzymania wiadomości o chorobie ubezpieczonego, kwalifikującej go do zastosowania leczenia, mogą Zakłady Ubezpieczeń na podstawie posiadanych danych zarządzić leczenie lub zbadanie przez wyznaczonego lekarza lub lekarzy.

W razie odmowy bez uzasadnionej przyczyny poddania się leczeniu, zarządnemu przez Zakład Ubezpieczeń w wypadkach przewidzianych w art. 61 p. 1 do 4, mają zastosowanie przepisy art. 63.

Zakłady Ubezpieczeń obowiązane są prowadzić szczegółową ewidencję chorych z uwzględnieniem przebiegu choroby, zarządzeń leczniczych i rezultatów leczenia.

Przeprowadzenie leczenia zagranicą, może być stosowane przez Zakłady Ubezpieczeń tylko w wypadkach, określonych w instrukcji.

Szczegółowe wykonanie, powyższych zasad określa instrukcja wydana przez Prezesa Związku po uzgodnieniu z dyrektorami Zakładów Ubezpieczeń.

Przed wydaniem instrukcja będzie podana do wiadomości członków Zarządu Związku, którym przysługiwać będzie w ciągu dni 14 prawo zgłoszenia poprawek. Nieuwzględnione poprawki, zgłoszone przez członków Zarządu, będą rozpatrywane na najbliższym następnym posiedzeniu Zarządu.

H. P.

REFORMA UBEZPIECZEŃ NA WYPADEK CHOROBY W NIEMCZECH

Oddawna już zapowiadano reformę niemieckich ubezpieczeń na wypadek choroby (Drugiej Księgi Państwowej Ordynacji Ubezpieczeniowej). Projekt proponowanych przez Min. Pracy zmian rozesłano do zainteresowanych organizacyj na jesieni 1929 r. Projekt ten, jakkolwiek zanaczono, iż ma charakter poufny, stał się przedmiotem dyskusji najpierw

w prasie codziennej, a następnie również w prasie fachowej. W dniu 11 listopada 1929 r. odbyła się w Min. Pracy konferencja z udziałem przedstawicieli zainteresowanych organizacyj. W konferencji uczestniczyło około 150 osób. W całej, niemal bez wyjątku, prasie fachowej podnoszono z uznaniem wysoki poziom debatów, prowadzonych pod przewod-

nictwem dyrektora departamentu Griesera. Obrady ograniczyły się do wypowiedzenia się przez poszczególne związki w sprawach, wysuniętych przez projekt. W wyniku obrad, na których również podkreślono poufny charakter projektu pierwotnego, postanowiono opracować projekt rządowy. Pierwotny projekt zawiera następujące postanowienia:

1. W ubezpieczeniu obowiązkowym pracowników umysłowych obowiązującą obecnie granicę zarobków (3.600 mk.) podwyższyć w stosunku do siły kupna marki. Ubezpieczeniu winni podlegać również pracownicy, zajmujący stanowiska wyższe lub kierownicze, jeśli zarobki ich są niższe od ustalonej granicy. Wysokości granicy zarobków projekt nie przesądza. Grieser, zaprzeczając lansowanemu przez prasę pogłoskom, stwierdza, że ani kwota 8.400 mk. ani kwota 6.000 mk. nie wchodzi nawet w przybliżeniu w rachubę. Uwzględniając obecny stosunek siły nabywczej marki do siły nabywczej przedwojennej granicy zarobkowej (2.500 mk.), należałoby podwyższyć ją z 3.600 do 4.000 mk.

Związek kupieckich zawodowych kas chorych oraz niemiecko - narodowy związek pomocników handlowych, żądają ustalenia granicy zarobków na 8.400 mk. pod tym jednakże warunkiem, że kategorjom, na które rozciągnie się obowiązek ubezpieczenia, zostanie statutowo zapewniona pewna swoboda przy korzystaniu z pomocy kasowej i że osoby te będą do pewnego stopnia uznane za prywatnych pacjentów. Przedstawiciel centralnego związku niemieckich kas zrzekł się złożenia konkretnego wniosku co do wysokości granicy zarobkowej, jednakże przewodniczący w przemówieniu swem zaznaczył, że związek ten wypowiada się za ustaleniem granicy w wysokości 6000 mk. Zjednoczenie niemieckich związków pracodawców wypowiedziało się zasadniczo przeciw podwyższaniu granicy zarobku. Związek zawodowy pracowników przeciwny był jakiegokolwiek granicy zarobków. Powszechny związek kas chorych wysunął propozycję, by granicę zarobkową ustalić w wysokości 4.800 mk. Stowarzyszenie pracowników umysłowych na stanowiskach kierowniczych oraz związek pracowników z akademickim wykształceniem zwalczał jakiegokolwiek podwyższenie granicy zarobkowej. Zrzeczenia lekarskie nie protestowały przeciw podwyższaniu granicy zarobkowej w granicy dewaluacji marki, a więc mniej więcej do 4.200 mk. Przedstawiciele Centralnego Związku niemieckich kas chorych zwrócili uwagę na to, że podwyższenie granicy zarobkowej nie wpłynie na istotne zwiększenie liczby osób ubezpieczonych na wypadek choroby, ponieważ przeważna część pracowników, których dochód obecny przekracza granicę zarobkową, ubezpiecza się dobrowolnie.

2. Prawo dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia przysługiwać ma pozostałemu małżonkowi również w powszechnej lub wiejskiej kasie miejsca jego zamieszkania, przyczem granicę dochodów ustala się w danym wypadku na 6.000 mk. wzgl. 8.400.

Mimo, iż Związki kas chorych wypowiedziały się przeciw ustaleniu granicy dochodów przy dobrowolnym kontynuowaniu ubezpieczenia, jednakże Grieser — imieniem Ministerstwa — oświadczył, iż zaprowadzenie takiej granicy dochodów uważa za konieczne. Centralny związek niemieckich kas chorych zwró-

cił uwagę na to, że ustalenie granicy dochodów może pozbawić instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby najcenniejszych ich współpracowników, którzy dziś, jako dobrowolnie ubezpieczeni, są działaczami na terenie kas w charakterze członków ciał kierowniczych. W odpowiedzi swej zaznaczył Grieser, iż tego rodzaju osobom można — przez wydanie odpowiednich przepisów — zastrzec bierne prawo wyborcze. Lekarze, których wieloletnie żądanie („precz z pacjentem kasowym w bobrowem futrze“) ma być zrealizowane, nie zajęli w tej sprawie żadnego stanowiska.

3. Leczenie szpitalne ma być świadczeniem obowiązkowym w tych wypadkach, gdy wskutek rodzaju choroby lub warunków domowych wystarczająca pomoc lekarska możliwa jest tylko w szpitalu.

Wniosek ten uzyskał poparcie przedstawicieli lekarzy. Zwalczali go natomiast przedstawiciele związków kas chorych, z wyjątkiem związku kupieckich kas zawodowych, uważając za możliwe przyjęcie go z wyraźnym ograniczeniem tylko do chorób zakaźnych oraz nagłych operacyj i to wówczas tylko, gdy opieka szpitalna udzielana będzie pacjentom kasowym pod warunkami ściśle określonymi.

4. Projekt pierwotny nie porusza wcale, najbardziej bodaj w niemieckim ubezpieczeniu na wypadek choroby, piękającej sprawy, t. j. kwestji lekarzy. To właśnie skrytykował przedstawiciel centralnego związku niemieckich kas chorych p. Lehman i skonstatawał, że przedstawiciele pracodawców i ubezpieczonych muszą wywrzeć odpowiedni nacisk, by pomiędzy lekarzami a kasami chorych doszło wreszcie do niezbędnego porozumienia. Przedstawiciel lekarzy oświadczył gotowość nawiązania rozmów w kwestji lekarskiej z przedstawicielstwem zarządów związków. Gieser zauważył, że Ministerstwo nie uchyla się bynajmniej od rozwiązania problemu lekarskiego, uregulowanie jednak tej kwestji należy — zdaniem Ministerstwa — do zakresu działania Państwowej Rady Lekarskiej oraz Kas Chorych.

5. Zasiłek chorobowy, który jako świadczenie obowiązkowe, przysługiwać dopiero od 4-go dnia choroby począwszy, może obecnie, zgodnie ze statutem, być przyznawany od pierwszego dnia choroby, a to w wypadkach, gdy choroba trwa dłużej niż tydzień, kończy się śmiercią, lub spowodowana jest wypadkiem przy pracy; nadto — za zgodą Wyższego Urzędu Ubezpieczeń — również przy innych chorobach.

Według opracowanego przez Ministerstwo projektu dopuszczalne byłoby, w drodze wyjątku, przyznawanie zasiłku od pierwszego dnia choroby, jedynie w razie wypadku przy pracy.

Związki kas chorych oraz organizacje pracodawców poparły to stanowisko, niektórzy natomiast przedstawiciele związków zawodowych byli przeciwni. Przedstawiciel lekarzy wyraził pogląd, że w ciężkich wypadkach chorobowych należy wypłacać zasiłek również w ciągu trzech dni początkowych.

6. Zasiłek chorobowy, wypłacany obecnie *za każdy dzień kalendarzowy, przyznawany ma być tylko za dni robocze.

Przeciwko temu wnioskowi wystąpiły zarówno związki kas, jak i związki zawodowe. Pierwsze dlate-

go, że zdaniem ich — nie da to faktycznie żadnych oszczędności, wpłynie natomiast bardzo dotkliwie na zwiększenie się pracy administracyjnej.

Odnosnie do omawianego, jak i w sprawie poprzedniego punktu wyjaśnił Grieser, że częściowe ograniczenie zasiłków jest koniecznością, ponieważ w innych kierunkach (pomoc dla rodzin, pomoc szpitalna) nastąpić musi zwiększenie świadczeń, a o podwyższeniu składek mowy być nie może. Zjednoczenie niemieckich związków pracodawców poparło tezę, zawartą w projekcie. Przedstawiciel związku zawodowego pracowników umysłowych zastrzegł się, że w razie ograniczenia zasiłku do dni roboczych, kwestja płacy podstawowej będzie musiała być uregulowana w inny sposób.

7. Podwyższenie normalnego (50%) zasiłku ma być dopuszczalne tylko wówczas, gdy niezdolność do pracy trwa ponad 6 tygodni. W wypadkach tych od siódmego tygodnia począwszy ma być przyznany zasiłek 60%.

Związki Kas Chorych oraz organizacje pracodawców akceptowały to stanowisko, niektórzy natomiast przedstawiciele związków pracowniczych wypowiedziały się przeciw.

8. Dopuszcza się udzielanie dodatków rodzinnych do zasiłku chorobowego z tem zastrzeżeniem, że ogólna kwota zasiłku nie może przekroczyć $\frac{3}{4}$ płacy podstawowej.

9. W razie umieszczenia w szpitalu — zasiłek domowy (50% ustawowego zasiłku chorobowego) może być podwyższony przez przyznanie dodatku rodzinnego w wysokości $\frac{1}{10}$ zasiłku chorobowego na każdego — powyżej jednego — członka rodziny z tem zastrzeżeniem, że łączna kwota zasiłku nie może przekroczyć wysokości zasiłku ustawowego.

10. W razie wypłacania przez pracodawcę uposażenia mimo choroby pracownika — zawieszają się prawo do zasiłku chorobowego oraz domowego. Również składka dla tej kategorii ubezpieczonych może być niższa oraz zasiłek chorobowy od siódmego tygodnia począwszy podwyższony do 60% płacy podstawowej.

Związki zawodowe pracowników wystąpiły bardzo energicznie przeciwko temu wnioskowi, natomiast te związki kas, które wzięły udział w dyskusji, poparły wniosek Ministerstwa. Szczególnie zainteresowany w tej sprawie był związek kupieckich kas chorych, który jednocześnie z tem uznał jednakże za konieczne znowelizowanie odpowiednich postanowień obowiązującej ustawy o umowie o pracę celem zapewnienia wypłaty poborów w wypadkach zachorowania.

11. Pomoc na wypadek choroby dla członków rodzin staje się świadczeniem obowiązkowym po trzymiesięcznym okresie ubezpieczenia w ciągu co najwyżej 13 tygodni, przyczem dopuszczalne jest przedłużenie statutowe tego okresu. Z wydatków jednak na koszt lekarstw oraz środków leczniczych ponosi kasa tylko połowę.

Związki kas chorych zgłaszają do tego punktu zastrzeżenia ze względu na to, że przed zadawalającym rozwiązaniem kwestji lekarskiej świadczenia te stanowiłyby dla kas zbyt wielkie obciążenie. Ze strony le-

karzy projekt pomocy obowiązkowej dla członków rodzin spotkał się z bardzo gorącym poparciem.

12. Przepis obowiązujący obecnie (rzadko jednak przez kasę stosowany), że ubezpieczeni ponoszą 10% kosztów środków leczniczych, ma być usunięty, natomiast za wystawienie świadectwa lekarskiego ma być pobierana opłata, której wysokość ustali Wydział Centralny (Hauptausschuss). Wszyscy, którzy w sprawie tej zabierali głos, zwalczali ustanowienie opłat za świadectwa lekarskie. Przeciwni temu byli zwłaszcza lekarze. Fachowa prasa lekarska na marginesie tego wniosku zauważa jednak, że „ze wszystkich, stosowanych dotychczas metod hamujących, próba nakładania opłat za świadectwa lekarskie jest najbardziej bodaj znośna i najmniej niebezpieczna. Warunkiem koniecznym jednak jest sprawiedliwe oznaczenie wysokości takiej opłaty”. Centralny związek niemieckich kas chorych podkreśla w swym organie rozbieżność poglądów lekarzy w tej materji i zauważa, że w tym właśnie punkcie stanowisko lekarzy mogłoby wywrzeć pewien wpływ na parlament. Zjednoczenie niemieckich związków pracodawców wypowiedziało się za wprowadzeniem opłat za świadectwa lekarskie. Również niektóre pisma związków kas przyznały, że w myśli wprowadzenia opłat za świadectwa lek. tkwi wiele słuszności.

13. Kasy chorych mają brać udział w opiece zdrowotnej oraz w propagandzie higieny.

Prasa fachowa kas chorych, jak również lekarze, wypowiedzieli się naogół za tem.

14. Nowe kasy chorych mogą powstawać tylko wówczas:

a) gdy zgodzi się na to większość zainteresowanych pracowników i pracodawców;

b) gdy zapewniona jest zdolność udzielania świadczeń przez nową kasę, a to przede wszystkim przez określenie minimum członków;

c) jeśli powstanie nowej kasy nie zagraża bytowi lub urządzeniom powszechnej miejscowej lub wiejskiej kasy; rozpatrzyć przytem należy ogół warunków. Zagrożenie jest bezwzględnie wykluczone wówczas, gdy w powszechnej miejscowej lub wiejskiej kasie pozostaje nadal określona liczba członków. Nowe cechowe kasy chorych można zakładać tylko dla określonych rzemiosł.

Jeśli w istniejących obecnie kasach liczba członków spada stale poniżej minimum, to kasy te należy zlikwidować.

Tezy te zostały naogół zaaprobowane. Zjednoczenie niemieckich związków pracodawców wypowiedziało się przeciw dalszej „centralizacji oraz zbiurokratyzowaniu” ubezpieczenia na wypadek choroby, występując w obronie interesów niemieckich fabrycznych kas chorych. Związek obrony interesów niemieckich fabrycznych kas chorych przez usta swego przewodniczącego oświadczył, że tezy ograniczają możliwość istnienia fabrycznych kas chorych, wobec czego złożył odpowiednie zastrzeżenie. Z powyższymi wywodami polemizował Grieser, zaznaczając że w parlamencie niema większości, potrzebnej do skasowania fabrycznych oraz cechowych kas chorych. Przedstawiciel centralnego związku niemieckich kas chorych wyraził przekonanie, że zewnętrzna organizacja ubez-

pieczenia na wypadek choroby będzie wynikiem zwyciężonej walki politycznej, która rozegra się na terenie parlamentu. Pozostałe związki zaaprobowały naogół tezy zawarte w tym punkcie.

15. Górną granicę składek obniża się zależnie od wartości marki. Na rezerwy przeznaczają się czwartą część rocznego rozchodu.

16. Przy Ministerstwie ma powstać wydział centralny czuwający nad wykonaniem ubezpieczenia na wypadek choroby. Wydział ten składa się z przedstawicieli centralnych zawodowych stowarzyszeń pracowników oraz pracodawców w stosunku 2 : 1, przedstawicieli związków centralnych kas chorych, związków lekarzy i stowarzyszeń medycyny społecznej, delegatów państwowego urzędu ubezpieczeń i przedstawicieli ministra pracy. Przewodniczącym wydziału ma być Minister Pracy lub jego delegat. Do zadań wydziału centralnego należałoby: wydawanie opinii, ustalanie zasad i wytycznych w sprawie przeprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby, w sprawie opieki nad zdrowotnością, oszczędności w ubezpieczeniu chorobowym, w sprawie tępienia nadużyć, zakładania oraz prowadzenia zakładów leczniczych, domów zdrowia i budynków administracyjnych; ustalanie zasad biurowości i rachunkowości, ustalanie cenzusu pracowników kasowych oraz norm wynagrodzenia i zaopatrzenia pracowników Kas Chorych.

Referując te punkty podkreślił Grieser z naciskiem, że Ministerstwo Pracy dalekie jest od chęci jakiegokolwiek ograniczenia autonomii Kas Chorych. Zdaniem jego niepodobna już znosić dłużej ciężkich ataków przeciw ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ma się tu do czynienia z systematycznym podminowywaniem gmachu ubezpieczeń społecznych wogóle, a ubezpieczeń na wypadek choroby w szczególności. Wydział Centralny winien sobie przeto między innymi postawić za zadanie informowanie opinii publicznej w tej dziedzinie.

Przeciw Wydziałowi Centralnemu w projektowanej formie wypowiedziały się nie tylko Związki Kas Chorych, lecz również i Związki Zawodowe. Pierwsze z wyjątkiem Centralnego Związku — z obawy przed ograniczeniem autonomii, natomiast Centralny Związek niemieckich Kas Chorych oraz bliskie mu związki zawodowe ze względu na to, że w projektowanym Wydziale Centralnym nie mógłby się dopatrzeć skutecznego środka, zmierzającego do tak upragnionej przez nie centralizacji ubezpieczenia na wypadek choroby. Również przedstawiciel niemieckich związków pracodawców wypowiedział się przeciw powołaniu Centralnego Wydziału i zauważył, że nie widzi żadnych podstaw, by celem odparcia ataków na ubezpieczenie chorobowe tworzyć Centralny Wydział; przemysł odgadza się od wypadków przesadnej krytyki, stoi jednak na stanowisku, że prawa do krytyki publicznej negować nie można. Przedstawiciel Centralnego Związku Niemieckich Kas Chorych akcentował, że trzeba mocno trzymać się istniejącej obecnie organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby, jeśli nie z prze-

świadczenia o jej doskonałości, to poprostu z życiowej konieczności. Nie ma żadnych zgoda zastrzeżeń przeciw ścisłej współpracy czy przymusowi łącznej pracy naczelnych związków Kas Chorych z organizacjami pracodawców i pracowników. Wprost przeciwnie, organizację taką uważa za wskazaną ze względu na ekonomiczną stronę ubezpieczenia na wypadek choroby. Wypowiedział się przeciw udziałowi lekarzy w Centralnym Wydziale. Wśród lekarzy nie można było również zauważyć szczególnej chęci do popierania koncepcji Centralnego Wydziału; podkreślali jedynie w swej prasie konieczność udziału przedstawicieli lekarzy w razie powołania tego wydziału.

Grieser popierał gorąco koncepcję utworzenia Centralnego Wydziału. Ograniczał go jednak do przedstawicielstwa organizacji pracodawców, pracowników oraz naczelnych związków Kas Chorych.

17. Naczelne Związki Kas Chorych winny mieć charakter publiczno - prawny i podlegać nadzorowi Ministra pracy. Szczególne ich zadania to: koordynacja wysiłków, zmierzających do osiągnięcia ogólnych celów Kas, należących do Związku, udzielanie pomocy Centralnemu Wydziałowi przy przeprowadzaniu jego uchwał, stosowanie zaleconych przez Wydział środków, kształcenie kandydatów na pracowników Kas Chorych oraz kształcenie pracowników, zaopatrzenie emerytalne pracowników Kas, a na wypadek ich śmierci zaopatrzenie członków ich rodzin.

Również i ten wniosek spotkał się z ogólnym sprzeciwem, z tych samych względów, co punkt 16. Przedstawiciel Centralnego Wydziału niemieckich Kas Chorych zwrócił uwagę na to, że nawet obdarzenie związków naczelnych osobowością publiczno - prawną nie da żadnej absolutnie możliwości wprowadzania w życie uchwał Centralnego Wydziału. Przedstawiciel powszechnej niemieckiej Centrali związkowej przedstawił odmienne propozycje co do scentralizowania ubezpieczenia chorobowego w Niemczech, a mianowicie powołanie do życia przymusowych związków okręgowych. Związki Kas — z wyjątkiem Centralnego Związku — przeciwstawiły się temu wnioskowi.

18. Kasy Chorych w okręgu Urzędu Ubezpieczeń lub Wyższego Urzędu Ubezpieczeń łączą się w związki celem zapobiegania chorobom, a zwłaszcza celem realizowania zadań z dziedziny higieny społecznej. Związek ten mógłby również przejąć zadania § 407 ord. ubezp. należące obecnie do zakresu działania związków kas oraz współdziałać z zakładami ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i zakładami ubezpieczeń pracowników umysłowych w myśl ogólnych wskazań, w sprawie zapobiegania chorobom oraz stosowania higieny społecznej.

Z powyższego streszczenia obrad nad projektem Ministerstwa Pracy widzimy, że projekt — mimo, iż unikał rozwiązania najbardziej drażliwych kwestyj — napotkał bardzo silny sprzeciw zainteresowanych, którzy tezy projektu zwalczały z różnych nieraz pobudek, z odmiennych zgoda wychodząc założeń.

PROJEKT REGULAMINU WYBORCZEGO DO WŁADZ I ORGANÓW ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Rozporządzenie Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zawiera tylko podstawowe przepisy wyborcze, normujące w ogólnych zarysach system wyborów, czynne i bierne prawo wyborcze oraz wypadki utraty mandatów do władz i organów Zakładów Ubezpieczeń Prac. Um. Szczegółowe przepisy wyborcze ma określić regulamin wyborczy, wydany przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Celem dostarczenia Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej odpowiednich materiałów, Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przystąpił w porozumieniu z Ministerstwem do opracowania projektu regulaminu wyborczego. Projekt ten, uchwalony przez Zarząd Związku w czerwcu b. r., przedstawiony został Ministerstwu P. i O. S. do którego, jak już podano wyżej, należy ustalenie ostatecznego brzmienia regulaminu i wydanie go w formie rozporządzenia.

Ponieważ liczne postanowienia projektu regulaminu wyborczego powinny wywołać zainteresowanie i dyskusję wśród członków Zakładów, przeto już obecnie podaje się szczegółowe streszczenie zasadniczych jego postanowień, mimo, że być może zostaną one jeszcze poważnie zmienione w toku dalszych prac.

Projekt regulaminu dzieli się na dwie części: pierwsza zawiera przepisy, odnoszące się do wyborów do rady Zakładu Ubezpieczeń Prac. Um., druga — przepisy, dotyczące wyborów do władz i organów Zakładu, dokonywanych przez radę.

Ustalając komu przysługuje czynne i bierne prawo wyborcze do rady Zakładu Ubezpieczeń, projekt regulaminu powtarza odpowiednie postanowienia rozporządzenia Prez. A więc mówi, iż czynne prawo wyborcze mają pracownicy, ubezpieczeni lub kontynuujący ubezpieczenie dobrowolnie, zgłoszeni do ubezpieczenia przynajmniej na 6 tygodni przed dniem ogłoszenia wyborów, oraz pracownicy, korzystający ze świadczeń Zakładu, — wszyscy pod warunkiem ukończenia 21 lat życia w dniu ogłoszenia wyborów; wstrzymanie świadczeń nie pozbawia praw wyborczych. Z pośród pracodawców czynne prawo wyborcze mają ci, którzy przynajmniej od 6 tygodni przed dniem ogłoszenia wyborów, zatrudniają stale jednego lub więcej pracowników, ubezpieczonych w Zakładzie.

Bierne prawo wyborcze w obu grupach (pracowników i pracodawców) mają wyborcy, posiadający czynne prawo wyborcze w tej samej grupie, będący obywatelami polskimi, którzy ukończyli 25 lat życia w dniu ogłoszenia wyborów.

W imieniu osób prawnych prawa prywatnego lub publicznego, będących pracodawcami, czynne prawo wyborcze przysługuje osobom, upoważnionym do reprezentowania danej osoby prawnej na podstawie statutu lub odpowiedniego pełnomocnictwa szczegól-

nego. Analogiczne postanowienie projektu regulaminu odnosi się do urzędów i instytucji państwowych, w których imieniu mogą głosować osoby upoważnione do reprezentowania danego urzędu lub instytucji na podstawie statutów organizacyjnych lub ogólnych przepisów prawnych. Reprezentantom osób prawnych przysługuje również i bierne prawo wyborcze. Bierne prawo wyborcze nie służy osobom, które na mocy wyroku sądowego, bądź to utraciły zdolność piastowania urzędów publicznych, bądź zostały ograniczone w prawie rozporządzania swoim majątkiem bądź wreszcie były karane sądowo za przestępstwa z chęci zysku. Ponadto nie służy bierne prawo wyborcze pracodawcy, który w ostatnim dniu terminu zgłoszenia list kandydatów zalega ze składkami za trzymiesięczny okres płatniczy, pomimo wezwania go do uiszczenia zaległości, o ile nie uzyskał ulg w spłaceniu zaległości.

Wybory, które zarządza prezes, a w jego zastępstwie wiceprezes Zakładu (pierwsze wybory zarządza Minister Pracy i Opieki Społecznej), przeprowadza komisja wyborcza, urzędująca w siedzibie Zakładu Ubezpieczeń. Komisja wyborcza składa się z przewodniczącego względnie jego zastępcy i czterech członków, w tem dwóch przedstawicieli pracowników i dwóch przedstawicieli pracodawców, wybranych przez radę Zakładu względnie powołanych przez Komisarza Rządowego, o ile rada jest rozwiązana. Przewodniczącego komisji i jego zastępcę, posiadających bierne prawo wyborcze, wybierają z poza swego grona członkowie komisji wyborczej.

Przy pierwszych wyborach członków Komisji wyborczej i przewodniczącego oraz jego zastępcę mianuje Minister Pracy i Opieki Społecznej, przy czym członków komisji z pośród osób, przedstawionych w potrójnej liczbie przez Zarząd Związku Zakładów Ubezp. Prac. Um.

Stosownie do rozp. Prez. projekt regulaminu postanawia, że pracodawca rozporządza ilością głosów, zależną od ilości zatrudnionych pracowników, przy czym jeśli zatrudnia nie więcej niż 50 pracowników, to 1 głos przypada mu na każdych 5 pracowników, z tem, że pracodawca zatrudniający mniej niż 5 pracowników również ma prawo do 1 głosu. Pracodawca zatrudniający ponad 50 prac., lecz nie więcej niż 250 prac. posiada od nadwyżki ponad 50 prac. 1 głos na każdych 10 prac.; pracodawca, o ile zatrudnia ponad 250 pracowników, posiada od nadwyżki ponad 250 prac. 1 głos na każdych 25 prac.

Głosowanie zarówno w grupie pracodawców, jak i pracowników ma się odbywać w myśl projektu regulaminu listownie, za pomocą kartek wyborczych, w następujący sposób. Okręgiem wyborczym jest obszar działania Zakładu Ubezpieczeń.

Niezwłocznie po ogłoszeniu wyborów rozsyła biuro Zakładu pod kierownictwem komisji wyborczej

kartki wyborcze listami poleconymi i każdy wyborca otrzymuje odpowiednią ilość kartek wyborczych, ofrankowanych, jako polecane koperty, zaadresowane do komisji wyborczej Zakładu i opatrzone numerem skrytki pocztowej komisji oraz pouczenie o sposobie głosowania. Kartki wyborcze wysyłane będą ubezpieczonym obowiązkowo pod adresem wyborców w ich zakładach pracy, pozostałym zaś wyborcom pod adresem miejsca ich zamieszkania. Kartka wyborcza ma posiadać formę zaklejonego sekretnika, połączonego z oddziurkowaną kontramarką, zaopatrzoną w pieczęć Zakładu i odpowiedni numer kolejny. Kontramarka powinna być tak połączona z kartką, aby przy oddzielaniu jej nie można było naruszyć treści kartki. W razie nieotrzymania kartki przez wyborcę ma on prawo zwrócić się do Zakładu o ponowne wysłanie kartki, którą Zakład obowiązany jest wysłać, adresując do rąk własnych wyborcy.

Głosowanie odbywa się na listy kandydatów, sporządzone oddzielnie dla pracowników i dla pracodawców i zgłoszone przez wyborców, przy czym każda lista kandydatów powinna być podpisana przynajmniej przez 100 wyborców w grupie pracowników i 10 w grupie pracodawców. Dozwolone jest łączenie się list i nadawanie im nazw, odróżniających je od innych list.

W razie zgłoszenia jednej ważnej listy, głosowanie w danej grupie nie odbywa się, a zgłoszeni kandydaci uważani są za wybranych. O ile jednak zgłoszona lista nie zawiera dostatecznej liczby kandydatów, to na wakujące stanowiska odbywają się uzupełniające wybory w ten sam sposób, co i normalne.

Kartki wyborcze nadsyłane przez wyborców w oznaczonych terminach pod adresem skrytki pocztowej komisji wyborczej, po oddzieleniu i sprawdzeniu kontramarki i daty wysłania, wrzuca komisja do zapieczętowanych urn, osobnych dla wyborców z grupy pracowników i z grupy pracodawców. Po zakończeniu głosowania komisja otwiera urny i oblicza głosy, a następnie skutecznie podział mandatów pomiędzy poszczególne listy, według przepisów o ordynacji wyborczej do sejmu.

W ciągu 14 dni od dnia ogłoszenia wyniku wyborów może być wniesiony protest przeciwko wyborom do Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Protest taki winien być podpisany przynajmniej przez 50 wyborców z grupy pracowników, względnie 5 wy-

borców z grupy pracodawców i zawierać wszelkie dowody zarzutów, w proteście podniesionych. Wybory mogą być uznane za nieważne, o ile zostały przeprowadzone niezgodnie z przepisami regulaminu wyborczego, a przekroczenie tych przepisów było o tyle istotne, że mogło wpłynąć na wynik wyborów.

Jak już podano wyżej w drugiej części regulaminu umieszczone zostały postanowienia, odnoszące się do wyborów dokonywanych przez radę względnie zarząd Zakładu.

W postanowieniach, dotyczących wyborów kandydatów na prezesa i wiceprezesa rady, projekt regulamin przewiduje wybór tych osób przez całą radę z pośród osób posiadających bierne prawo wyborcze do rady w ten sposób, że każdy członek rady pisze na kartce nazwiska czterech osób, na które oddaje swój głos, a mianowicie dwa nazwiska kandydatów z grupy pracowników i dwa nazwiska z grupy pracodawców. W każdej grupie wybrani są ci, którzy otrzymali więcej niż połowę ważnie oddanych głosów. Z pośród w ten sposób wybranych kandydatów Minister P. i O. S. mianuje prezesa i wiceprezesa Zakładu.

Członków Zarządu Zakładu, komisji rentowej, komisji rewizyjnej i członków zarządu Związku Zakładów oraz ich następców, wszystkich w ilości określonej przez rozp. Prez. względnie statut Zakładu, wybiera rada Zakładu zwykłą większością ważnie oddanych głosów, oddzielnie w grupach przedstawicieli pracowników i pracodawców.

Członków wyżej wymienionych władz i organów wybiera rada ze swego grona, przy czym członków zarządu Zakładu, członków komisji rentowej oraz członków zarządu Związku na okres swej kadencji, członków zaś komisji rewizyjnej — na przeciąg jednego roku.

W sposób wyżej podany dokonywa zarząd Zakładu wyborów członków ściślejszych organów wykonawczych, a komisja rewizyjna Zakładu - delegatów do komisji rewizyjnej Związku Zakładów. Do czasu unormowania trybu wyboru ławników do specjalnych ubezpieczeniowych organów orzecznich w drodze osobnej ustawy, rada Zakładu będzie dokonywać wyborów ławników do tych organów. Wybory te odbywać się będą oddzielnie w grupie pracowników i pracodawców z pośród kandydatów, zgłoszonych przez członków rady.

J. Z.

ROZRACHUNKI Z AUSTRJĄ W DZIEDZINIE UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH NA PODSTAWIE TRAKTATU POKOJU W SAINT-GERMAIN

Dawna Austrija należała do tych nielicznych przed wojną państw w Europie, które miały już wówczas wprowadzony u siebie i stosunkowo znacznie rozwinięty system ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenia te, zwłaszcza zaś ubezpieczenia długoterminowe były zorganizowane w sposób rozmaity: bądź

to istniały zakłady dla określonego działu ubezpieczenia o kompetencji ściśle terytorjalnej, zazwyczaj dla ziem stanowiących pewną odrębną całość administracyjną, — bądź też niejednolite narodowościowo i w różnych okolicach państwa (a nawet poza jego granicami) zatrudnione grupy ludności łączyła nic

przynależności, z tytułu wykonywania tego samego zawodu lub też ze względu na zatrudnienie w zbliżonej charakterem kategorii przedsiębiorstw (np. koleje) — do jednego specjalnego zakładu ubezpieczeń, który prowadził odpowiedni rodzaj ubezpieczenia dla całego obszaru wchodzącego w skład b. cesarstwa¹⁾.

Po wojnie, przy podziale terytoriów między nowopowstałe państwa stała się tedy aktualną między innymi sprawa podziału nagromadzonych w ubezpieczeniach rezerw i zachowania dla obywateli nowych państw nabytych przez nich we wspólnych zakładach ubezpieczeń ekspektatyw ubezpieczeniowych, jako też uprawnień do świadczeń już płynnych, a więc do rent, odszkodowań, zwrotów premij i t. d.

Z powyższych względów pomieszczono w Traktacie pokoju podpisanym w Saint - Germain postanowienie (art. 275), które nałożyło na Austrię (podobnie jak art. 312 Traktatu Wersalskiego nałożył na Niemcy) pozytywny obowiązek wydania państwom otrzymującym terytorja b. monarchji części rezerw zebranych w celu zapewnienia działalności na odstąpionych im obszarach wszelkich ubezpieczeń społecznych.

W urzędowym przekładzie polskim artykuł ten brzmi dosłownie:

„Nie naruszając innych postanowień niniejszego Traktatu, Rząd austriacki, o ile to go dotyczy, zobowiązuje się wydać mocarstwu, któremu terytorja dawnej monarchji austro - węgierskiej zostały odstąpione, lub które powstało z rozbioru tej monarchji, część rezerw nagromadzonych przez Rządy lub administrację dawnej monarchji austro - węgierskiej lub organizacje publiczne, czy też prywatne, działające pod ich kontrolą, a która jest przeznaczona na zapewnienie działalności na tych terytorjach wszelkich ubezpieczeń społecznych i państwowych.

Mocarstwa, którym fundusze te zostaną wydane będą miały ścisły obowiązek użyć je na wykonanie zobowiązań wypływających z tych ubezpieczeń.

Warunki tego wydania zostaną uregulowane przez specjalne Konwencje które będą zawarte pomiędzy Rządem austriackim a Rządami interesowanymi.

W razie, gdyby specjalne konwencje nie zostały zawarte zgodnie z ustępem poprzednim w ciągu trzech miesięcy od uprawomocnienia się niniejszego Traktatu, to warunki przelewu będą w każdym z osobna wypadku przedłożone Komisji, złożonej z pięciu członków, z których jednego zamianuje Rząd austriacki, jednego — drugi Rząd interesowany, a trzech zamianuje Rada Administracyjna Międzynarodowego Biura Pracy z pośród obywateli innych Państw. Ta komisja, stanowiąc większością głosów

obowiązana będzie w ciągu trzech miesięcy od swego ukonstytuowania się przyjąć wnioski i przedłożyć je Radzie Związku Narodów; decyzje Rady będą musiały być natychmiast uznane przez Austrię oraz drugie Państwo interesowane za ostateczne”.

Nie wdając się szczegółowo w rozbiór krytyczny zacytowanych postanowień i nie rozstrząsając wszelkich wątpliwości, jakie się przy interpretacji omawianego artykułu nasuwały i nasuwają — wypada bowiem podnieść, że wykładnia brzmienia niemal identycznego artykułu 312 Traktatu Wersalskiego była przedmiotem kilkoletniego sporu między Polską a Niemcami, rozstrząsanego przed forum Ligi Narodów — należy wyciągnąć z niego pewne istotne myśli, któreby pozwoliły ustalić ogólne ramy, niejako zrąb zasad stanowiących podłoże rozrachunku.

W pierwszym ustępie poza zasadniczym zobowiązaniem Austrii, o którym była już mowa wyżej, można dostrzec również wytyczną, wskazującą właściwy sposób podziału rezerw, nagromadzonych dla pokrycia ciężarów ubezpieczeniowych: mianowicie każde państwo sukcesyjne winno otrzymać stosowną część rezerw, mogącą zapewnić działalność na jego terytorjum ubezpieczeń społecznych, co do których dokonywa się rozrachunek.

Z tego zdaje się wynika, że Austrija nie wypełni jeszcze nałożonego na nią w Traktacie obowiązku, jeżeli, przyjmując że suma nagromadzonych w ubezpieczeniach rezerw wystarczała w chwili przełomu w/g przyjętego dla każdego działu ubezpieczenia obliczenia asekuracyjno - technicznego, na pokrycie zobowiązań wyda poszczególnym państwom przy istotnym podziale takie sumy faktycznego majątku, które (skutkiem dewaluacji) nie wystarczają już na zapewnienie działalności ubezpieczeń, a w każdym razie nie odpowiadają nakładanym na poszczególne państwa istotnym ciężarom; albo odwrotnie, państwa te mają prawo domagać się w normalnych stosunkach między państwowych, przy uwzględnieniu brzmienia art. 275 takich rezerw, któreby umożliwiły im wypełnienie przejętych zobowiązań. Tu rodzi się zagadnienie odpowiedzialności Austrii za deprecjację jej pieniądza.

Jak z jednej strony nakłada Traktat na Austrię obowiązek wydania rezerw, tak z drugiej strony wiąże państwa sukcesyjne, które rezerwy te otrzymują w kierunku sposobu ich zużycia.

Traktat nie mógł przewidzieć ani tembardziej przesądzić zgóry sprawy ustosunkowania się nowopowstałych państw do zagadnienia ubezpieczeń społecznych, bo wkraczałoby to na teren ich suwerenności; ograniczył się zatem do utrzymania dotychczasowego status quo, ustalając tylko, że otrzymane fundusze winny być obrócone na wykonanie zobowiązań, wynikających z likwidowanych ubezpieczeń.

Ułożenie warunków pod jakimi ma nastąpić wydanie rezerw odsyła art. 275 do specjalnych konwencji pomiędzy Rządem austriackim a Rządami interesowanymi.

Ustęp czwarty wreszcie przewiduje procedurę na wypadek, gdyby do zawarcia omawianych konwencji nie doszło.

¹⁾ Charakterystycznym posunięciem było utworzenie dwóch Biur Krajowych Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla Moraw w Brnie (patrz § 38 Statutu Zakładu, nadanego rozp. Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 26 września 1924 r. Dz. u. p. Nr. 259).

Jedno obejmowało ubezpieczonych narodowości niemieckiej i ich pracodawców, drugie zaś tylko ubezpieczonych i pracodawców narodowości czeskiej.

W przeciwieństwie do rozrachunku z Niemcami na podstawie analogicznego art. 312 Traktatu Wersalskiego, który nie doszedł do skutku w drodze bezpośredniego porozumienia z powodu zasadniczej różnicy zdań co do wykładni jego postanowień i musiał być wobec tego wytoczony zgodnie z ustępem czwartym art. 312 przed forum Ligi Narodów, aby przejść tam przez cały szereg faz i stadjów (wystarczy bowiem wspomnieć, że do sprawy tej odnoszą się trzy decyzje Rady Ligi Narodów i to: z dnia 17 lipca 1922 roku, 9 grudnia 1924 r., oraz 13 stycznia 1930 r.), — udało się dokonać rozrachunku z Austrią bez potrzeby uciekania się do wspomnianej procedury, w drodze zawarcia szeregu naogół równobrzmiących konwencji między poszczególnymi państwami sukcesyjnymi z jednej strony, a Austrią ze strony drugiej.

Same rokowania toczyły się jednak dość długo mimo, iż państwa zainteresowane stale się między sobą porozumiewały i w pertraktacjach z Austrią zajmowały stanowisko naogół jednolite. Należy do tego wspomnieć, że i Austrią również dążyła do przyspieszenia akcji likwidacji zakładów ubezpieczeń społecznych. Już z początkiem roku 1919 odbyło się z jej inicjatywy kilka konferencji, w r. 1920 po wejściu w życie Traktatu pokoju w Saint - Germain (16 lipca 1920 r.) wypracowała i przedłożyła państwom sukcesyjnym bilanse likwidacyjne, a następnie po ich przyjęciu zwołał rząd austriacki w pierwszej połowie r. 1921 t. zw. Międzypaństwową Komisję dla przeprowadzenia art. 275. Komisja ta jednak po odbyciu kilku posiedzeń została rozwiązana z powodu dojścia do skutku t. zw. konwencji rzymskiej z dnia 14 czerwca 1921 r., która powołała do życia specjalny Komitet Międzypaństwowy.

Komitet Międzypaństwowy, złożony z delegatów poszczególnych państw i Austrii po ukonstytuowaniu się przystąpił do obrad w wyniku których doszło do podpisania między Austrią a Polską²⁾ siedmiu następujących konwencji:

1) Konwencja dotycząca Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla Funkcjonariuszy, podpisana wraz z protokołem dodatkowym w Wiedniu 29 marca 1924 roku;

2) Konwencja dotycząca zastępczych zakładów pensyjnych dla funkcjonariuszy, podpisana w Wiedniu dnia 17 stycznia 1925 r. oraz protokół dodatkowy do tej konwencji podpisany 2 lutego 1928 r.;

3) Konwencja dotycząca Miejskiego Zakładu Ubezpieczeń Gminy Wiedeń oraz Kasy Emerytalnej dla Funkcjonariuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu, podpisana w Wiedniu 17 stycznia 1925 r.;

4) Konwencja w przedmiocie Kasy Chorych Zarządu b. ces. król. Austriackich Kolei Państwowych i jej funduszów ubocznych podpisana w Wiedniu 18 czerwca 1924 r.;

5) Konwencja w przedmiocie Instytutu Pensyjnego Związku austriackich kolei lokalnych i kolejek podpisana w Wiedniu 18 czerwca 1924 r.;

²⁾ Identyczne konwencje zawarły z Austrią i inne państwa sukcesyjne.

6) Konwencja dotycząca Zawodowego Zakładu ubezpieczenia od wypadków Austriackich Kolei Żelaznych podpisana wraz z protokołem dodatkowym w Wiedniu 29 marca 1924 r.;

7) Konwencja dotycząca Zakładu ubezpieczeń górników od wypadków podpisana w Wiedniu 18 czerwca 1924 roku.

Wszystkie konwencje odnoszą się do instytucji ubezpieczeniowych, których siedzibą był obszar dzisiejszej Austrii, a które działalnością swą przedziałem b. Cesarstwa obejmowały również obecne terytoria innych państw układających się.

Natomiast w drodze uzgodnienia interpretacji art. 275, ustalono, że nie obejmuje on wszelkich innych instytucji ubezpieczeniowych, a w szczególności instytucji położonych na obszarze któregośkolwiek z państw sukcesyjnych, chociażby wykonywały one ubezpieczenie na terenie należącym do innego państwa sukcesyjnego.

Zanim przystąpimy do szczegółowego omówienia poszczególnych konwencji, należałoby wspomnieć pokrótce jak rozwiązane zostały zasadnicze problemy wynikające z nałożonych na Austrię Traktatem pokoju zobowiązań.

Przedewszystkiem kwestja dewaluacji.

Państwa sukcesyjne po porozumieniu osiągniętym na konferencji w Rzymie w r. 1921, wysunęły przedewszystkiem dwie zasadnicze sprawy, których zgodne rozwiązanie warunkowało skuteczność bezpośrednich pertraktacji.

Jedna, to wspomniana już kwestja dewaluacji korony austriackiej, pociągająca za sobą coraz to większe topnienie wartości istniejącego w dniu przełomu w różnych formach majątku zakładów, — druga zaś to odpowiedzialność Austrii za długi lombardowe zakładów, wynikające ze subskrypcji obligacji pożyczek wojennych. Państwa sukcesyjne nie godziły się na przyjęcie za podstawę rozrachunku majątku zakładów według stanu w jakim znajdował się on w okresie układania konwencji, Austrią natomiast broniła się argumentem, że opóźnienie likwidacji nie nastąpiło z jej winy, że ze swej strony dążyła do szybkiego załatwienia sprawy i t. d.

Ostatecznie, celem zapobieżenia uciekaniu się na drogę przewidzianą w ust. 3 art. 275, co tak Austrii jak i państwom z nią pertraktującym nie dawało absolutnej pewności wygranej, dobito targu w ten sposób, że wzamian za zobowiązanie się Austrii do przejęcia długów lombardowych z pożyczek wojennych, zrezygnowały państwa z dalszego dochodzenia pretensyj z tytułu dewaluacji waluty austriackiej.

Wymienione konwencje, za wyjątkiem konwencji dotyczącej Kasy Chorych Zarządu b. ces. król. Austriackich Kolei Państwowych i jej funduszów ubocznych, która posiada odrębną konstrukcję, rozpadają się pod względem treści na dwa odrębne działy, zawierające przepisy odnośnie podziału zobowiązań ubezpieczeniowych i majątku likwidowanych zakładów. Należy przytem nadmienić, że — jak to zresztą już z tytułu każdej konwencji jest widoczne — dokonywano rozrachunku w zasadzie co do poszczególnych instytucji ubezpieczeniowych względ-

nie tego samego rodzaju instytucyj, a nie według właściwych działów ubezpieczeń społecznych. Tak więc n. p. ubezpieczenia pensyjnego funkcjonariuszy dotyczą konwencji w przedmiocie Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla Funkcjonariuszy, Instytutu Pensyjnego Związku austriackich kolei lokalnych i kolejek, Miejskiego Zakładu Ubezpieczeń Gminy Wiedni oraz Kasy Emerytalnej dla funkcjonariuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu, a wreszcie konwencja w przedmiocie zastępczych zakładów pensyjnych dla funkcjonariuszy.

Trzy konwencje z siedmiu podpisanych, t. j. konwencje w przedmiocie Kasych Chorych, Zawodowego Zakładu Ubezpieczeń od wypadków austr. kol. żel. oraz Instytutu Pensyjnego Związku Austr. kolei lokalnych i kolejek odnoszą się wyłącznie tylko do ubezpieczeń pracowników dróg żelaznych.

Przedmiotem niemałej troski delegacyj było wyłączenie najbardziej właściwego sposobu podziału ciężarów ubezpieczeniowych. Zagadnienie komplikowało się zwłaszcza przy przedsiębiorstwach ruchu, zważywszy okoliczność, że bezpośrednio po przełomie nastąpiła wędrówka ubezpieczonych, osiedlonych służbowo poza obszarem rodzinnego kraju do swych państw ojczystych. Stąd niekiedy zamieszczono w konwencjach przepisy specjalne, mające na celu ułatwić rozrachunek zwłaszcza w wypadkach, gdzie zachodziły trudności w ujęciu prawnym stanu faktycznego, wytworzonego podziałem b. monarchji.

Konwencje z działu ubezpieczenia pensyjnego funkcjonariuszy.

Ubezpieczenie pensyjne funkcjonariuszy wprowadzone zostało w Austrii z dniem 1 stycznia 1909 r. ustawą z 16 grudnia 1906 r. Dz. u. p. Nr. 1 z r. 1907 zmienioną później rozporządzeniem cesarskim z 25 czerwca 1914 r. Dz. u. p. Nr. 138.

Obowiązkowi czyniło się zadość przez dokonanie ubezpieczenia w Zakładzie pensyjnym (Powszechnym Zakładzie pensyjnym dla funkcjonariuszy) względnie w jego oddziałach krajowych (biurach krajowych) lub przez ubezpieczenie zgodnie z § 64 ustawy w brzmieniu rozporządzenia ces. z 24 czerwca 1924 roku w jednym z zakładów zastępczych ewentualnie także przez zawarcie umowy zastępczej.

I. Konwencja dotycząca Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla funkcjonariuszy z siedzibą w Wiedniu załatwia rozrachunek z Austrią co do właściwej instytucji ubezpieczeniowej działającej w myśl cytowanej ustawy.

Konwencja składa się z trzech artykułów z których pierwszy dzieli się na dwie części (A i B) zawierające podział ciężarów (zobowiązań) ubezpieczeniowych i majątku Zakładu.

Art. 2 jest rezygnacją ze strony Polski dochodzenia na podstawie art. 275 w stosunku do Austrii jakichkolwiek dalszych pretensyj w przedmiocie Zakładu, z chwilą wykonania przez nią wszystkich zobowiązań nałożonych konwencją.

Art. 3 natomiast zobowiązuje układające się strony do możliwie szybkiego podjęcia kroków ratyfikacyjnych z tem, że sama konwencja wejdzie w życie w 14 dni po wymiarie aktów ratyfikacyjnych. Co się tyczy ciężarów (zobowiązań) ubezpieczeniowych,

do których należą tak prawa do rent jak i ekspektywy oraz niedokonane zwroty składek, to konwencja ustala wpieryw szczegółowo moment przełomowy miarodajny dla ich podziału (31 grudnia 1918 r.) poczem stanowi, że wszelkie powstałe do tego czasu ciężary, tak w dziale obowiązkowego ubezpieczenia jak i w dziale dla świadczeń dodatkowych przejmują to państwo, na którego obszarze znajdowało się ostatnie miejsce zatrudnienia ubezpieczonego, decydujące o jego przynależności do jednego z zakładów ubezpieczeń pensyjnych.

Do bezpośredniego wykonywania przejętych od powyższej daty zobowiązań powołaną jest w myśl rozporządzeń wewnętrznych danego państwa ta instytucja narodowa, która prowadzi na jego obszarze ubezpieczenie pensyjne funkcjonariuszy, albo która zostanie jako właściwa do prowadzenia tego ubezpieczenia wyznaczona.

W razie, gdyby do chwili wejścia w życie konwencji inna instytucja niż właściwa w myśl jej postanowień ponosiła w całości lub w części ciężary wynikające z obu działów ubezpieczeń, to dokonane wypłaty mają zastępować należne z mocy konwencji świadczenia bez jakiegokolwiek w tym względzie specjalnego porozumienia między zainteresowanymi instytucjami.

Celem ułatwienia państwom wykonania konwencji zobowiązał się Rząd Austriacki do wydania każdemu państwu akt pozostających w związku z przekazanymi im ciężarami.

Niezależnie od powyższych ogólnych ciężarów nałożyła jeszcze konwencja na Polskę także ciężar emerytalny spensjonowanych b. funkcjonariuszy dawnego biura krajowego we Lwowie (i rodzin po nich pozostałych) oraz ciężar uprawnień i ekspektywy z tytułu służby personelu Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla Funkcjonariuszy i personelu dawnych biur krajowych, który przeszedł na służbę zakładów polskich.

Stosownie do podziału ciężarów następuje również repartycja majątku zlikwidowanego zakładu, przy uwzględnieniu naogół zasady, że nieruchomości Zakładu oraz pretensje zhipotekowane na nieruchomościach przypadają tym państwom, na których obszarze położone są te nieruchomości w chwili rozrachunku.

II. Następną konwencję w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych (funkcjonariuszy) jest konwencja z dnia 17 stycznia 1925 r. dotycząca zastępczych zakładów pensyjnych dla funkcjonariuszy (Ersatz - Institute der Pensionsversicherung von Angestellten) utworzonych na podstawie § 65 austriackiej ustawy z 16 grudnia 1906 r. w brzmieniu rozporządzenia ces. z 25 czerwca 1914 r.

Zastępczych zakładów z siedzibą w dniu 31 grudnia 1918 r. na terytorjum Republiki Austriackiej, a przed podziałem dawnego cesarstwa działających na obszarach państw sukcesyjnych, w szczególności, co do których nastąpił rozrachunek, było 24. Tylko część tych zakładów (12) obejmowała działalnością swą również b. Galicję. Należą tu między innymi:

1) Instytut Pensyjny pracowników przemysłu tekstylnego w Wiedniu;

- 2) Instytut Pensyjny Związków Oficjalistów Rolnych w Wiedniu;
- 3) Instytut Pensyjny Pracowników Scen., i Orkiestr. w Wiedniu;
- 4) Instytut Pensyjny Urzędników Austr. Przem. Papiern. w Wiedniu;
- 5) Instytut Pensyjny Stowarzyszeń Rolniczych w Austrii w Wiedniu;
- 6) Powszechny Instytut Pensyjny Austr. Farmaceutów w Wiedniu;
- 7) Instytut Pensyjny Powszech. Banku Depozytowego w Wiedniu;
- 8) Kasa Pensyjna Urzędników Fabryki H. Fanck S-wie w Lincu;
- 9) Kasa Pensyjna Funkcjonariuszy Akc. Tow. Fabr. Dywanów i Obić dawniej F. Haas i S-wie w Wiedniu;
- 10) Instytut Pensyjny Pracowników Tow. Dozoru kotłów parowych i ubezpiecz. w Wiedniu;
- 11) Fundusz Pensyjny Urzędników i Sług Tow. Gizela w Wiedniu;
- 12) Instytut Pensyjny Urzędników i Sług Wied. Zakł. Ubezpiec. na życie i rent w Wiedniu.

Jak poprzednia tak i niniejsza konwencja rozdziela ciężary ubezpieczeniowe oraz majątek im odpowiadający (z wyłączeniem z tego ostatniego długów lombardowych pochodzących z subskrypcji pożyczek wojennych, które to długi we wszystkich likwidowanych na zasadzie art. 275 Traktatu Pokoju zakładach pokrywa wyłącznie Republika Austriacka).

Ponieważ konwencja dotycząca zastępczych zakładów posiada duże znaczenie dla szeregu osób w Małopolsce, należy omówić ją możliwie wyczerpująco.

Zasady podziału zobowiązań są tu prawie identyczne jak w konwencji dotyczącej Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla funkcjonariuszy. Datą przełomową jest 31 grudnia 1918 r.

Zobowiązania ubezpieczeniowe, które obciążały pod koniec grudnia 1918 r. wspomniane zakłady, t. zn. prawa do rent i ekspektatywy nabyte przez ubezpieczonych (oraz przez członków ich rodzin) w powyższych zakładach (przyczem za ubezpieczonych uważać należy nie tylko członków tych zakładów podlegających obowiązkowi ubezpieczenia ale i innych członków) przechodzą do zakresu działania tego państwa, na którego terytorjum ubezpieczony miał ostatnie miejsce zatrudnienia, decydujące w myśl dawnych przepisów o przynależności do instytucji ubezpieczeniowej pod warunkiem jednak, że państwo to otrzymuje część majątku odnośnego zakładu zastępczego (co jest widoczne z załączników).

Jeżeli jakiś zakład kontynuował po dniu 31 grudnia 1918 r. swą działalność, działalność ta ma być uznana jako powiernicza dokonana na rachunek następczych instytucyj. Konwencja podaje bliższe szczegóły rozrachunku powierniczego między właściwymi instytucjami.

W stosunku do ubezpieczonych względnie rencistów, których ostatnie miejsce zatrudnienia decydujące — jak wyżej — o obowiązku ubezpieczenia znajdowało się bądź to poza granicami dawnego cesar-

stwa, bądź też na terytorjum państwa, które nie partycypuje w majątku odnośnego Zakładu, staje się właściwem państwo z największym udziałem w rezerwach tegoż zakładu.

Oznaczenie instytucji właściwej do ponoszenia przekazanych ciężarów podlega wewnętrznemu uregulowaniu.

Nie podobna nie zwrócić tu uwagi na pewien specyficzny sposób w jaki te ciężary zostały odstępione.

W przeciwstawieniu do konwencji dotyczącej Powszechnego Zakładu Pensyjnego „dla funkcjonariuszy, w niniejszej spotykamy się ze sformulowaniem „ciężary przechodzą do zakresu działania“ (passent à la competence). Co to znaczy? Poprzednio użyto zwrotu „przejmuje“ (assume). Omawiany charakterystyczny szczegół uwypuklił się zwłaszcza na tle postanowienia art. II, zdanie drugie: „Na odnośne państwo nie spada żaden inny obowiązek poza obowiązkiem użytkowania zgodnie z art. 275 ust. 2 Traktatu w Saint - Germain majątku otrzymanego w/g postanowień poprzednich za każdy zakład“.

Postanowienia konwencji nakładają na państwo otrzymujące rezerwy obowiązek zużycia tych rezerw zgodnie z przeznaczeniem, jakiemu służyły. Nie można jednak żądać, aby te państwa przejęły na siebie wyższe zobowiązania materialne, aniżeli otrzymały pokrycie. O ile zatem konwencja pierwsza operuje pojęciem „assume“ w znaczeniu przejścia zobowiązań do wysokości przekazanego majątku, o tyle niniejsza zastrzegając wyraźnie, że każde państwo obowiązane jest świadczyć tylko tak i tyle, aby majątek nie został obrócony na cele nie mające nic wspólnego z dotychczasowem ubezpieczeniem, — pozostawia swobodę państwu kontraktującemu co do tego, jak załatwi kwestję ewentualnego przejścia przekazanych mu ciężarów.

Oczywista głównym motywem takiego sformułowania była niechęć państw do krępowania się zobowiązaniami, zwłaszcza wynikającymi z takich ubezpieczeń, które — jako specjalnie przez pewne zakłady zastępcze prowadzone — były ich ustawodawstwu ogólnemu nieznane (np. ubezpieczenia inwalidzkie pracowników fizycznych). W dalszym ciągu odgrywały tu również rolę ubezpieczenia o świadczenia wyższe niż normalne (ponadustawowe). Mogły one być uwzględnione jedynie pod warunkiem i w miarę uzyskania odpowiedniego pokrycia, co w okolicznościach w jakich dokonywał się rozrachunek, było mało prawdopodobne.

Do podziału przypada majątek poszczególnych zakładów wedle jego stanu z 31 grudnia 1918 r. łącznie z dochodami osiągniętymi do dnia 31 marca 1924 roku po odliczeniu z nich 10 proc. tytułem powstałych do tego czasu kosztów administracyjnych.

Z majątku ustalonego w powyższy sposób otrzymuje każde państwo sukcesyjne udział odpowiadający stosunkowi przekazanych mu ciężarów ubezpieczeniowych, do ogólnej sumy ciężarów istniejących w dniu przełomowym. Odnosnie do kilku zakładów, które nie ułożyły w czasie właściwym bilansów technicznie - ubezpieczeniowych nastąpił rozdział ciężarów według stosunku ilości członków przypadających poszczególnym państwom do ogółu ubezpieczonych.

III. Trzecią konwencją z tego samego działu ubezpieczeń jest konwencja z dnia 17 stycznia 1925 r. dotycząca Miejskiego Zakładu Ubezpieczeń Gminy Wiedeń oraz Kasy Emerytalnej dla Funkcjonariuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu.

Rozrachunkowi podlega ta część działalności obu instytucyj, która odnosi się do ubezpieczeń zastępczych, według § 6 lit. a ustawy z dnia 16 grudnia 1906 r. w brzmieniu rozp. ces. z 25 czerwca 1914 r., oraz ubezpieczeń dodatkowych (o świadczenia ponad ustawowe), połączonych z poprzednimi ubezpieczeniami, nie obejmuje natomiast rozrachunek samostojnych ubezpieczeń prywatnych, prowadzonych również przez wymienione instytucje. Włączenie do likwidacji ubezpieczeń dodatkowych, które nie posiadają ściśle charakteru ubezpieczeń społecznych podpadają raczej pod postanowienia art. 215 Traktatu w Saint - Germain, wywołane zostało prawdopodobnie logiczną koniecznością uregulowania całej dziedziny w ten sposób, aby nie nasuwały się później wątpliwości co do tego, kto ma być w dalszym ciągu odpowiedzialnym za ubezpieczenia dodatkowe: państwo przejmujące, czy też właściwa dotąd instytucja.

Konwencja przekazuje do zakresu działania poszczególnych państw kontraktujących zobowiązania ubezpieczeniowe instytucyj, istniejące w końcu miesiąca grudnia 1918 r. w stosunku do tych osób w nich ubezpieczonych, które miały na obszarze danego państwa ostatnie miejsce zatrudnienia, decydujące o właściwości zakładu ubezpieczeń pensyjnych. Jak w poprzedniej konwencji tak i tutaj obciążenie uwarunkowane jest udziałem państwa w majątku odnośnej instytucji.

Udziały poszczególnych państw ustalono w/g stosunku ciężarów przekazywanych każdemu państwu, po uprzednim wyodrębnieniu z majątku obu instytucyj rezerw przypadających na ubezpieczenia nie poddane rozrachunkowi.

Konwencje dotyczące ubezpieczeń pracowników dróg żelaznych.

IV. Konwencja w przedmiocie Instytutu Pensyjnego Związku austrjackich kolei lokalnych i kolejek.

W przeciwieństwie do pozostałych konwencji likwidacja powyższej instytucji ubezpieczeniowej dokonana została na innych podstawach, a mianowicie przy zachowaniu postanowień statutu (§ 47).

Skutkiem takiego załatwienia sprawy obowiązani do przejścia ciężarów Instytutu stają się należące do niego przedsiębiorstwa kolejowe, każde wobec własnych pracowników ubezpieczonych w Instytucie.

Wśród motywów jakie skłoniły do tego Komitet Międzypaństwowy wymienić należy przedewszystkiem specjalny charakter ubezpieczeń, częściowo nie posiadających oparcia w przepisach ustawowych, w dalszym zaś ciągu wzgląd na okoliczność, iż państwa sukcesyjne nie posiadały naogół instytucyj ubezpieczeniowych, które mogłyby przejąć zobowiązania Instytutu.

Na obszarze Polski działało pięć przedsiębiorstw związanych z ruchem kolejowym, które pracowników swych ubezpieczały w Instytucie.

Należą tu: 1) Krakowska Spółka Tramwajowa, 2) Bielsko - Bialska Spółka Elektryczna i Kolejowa w Bielsku, 3) Miejska Kolej Lokalna Schwarzwasser-Chybi, 4) Międzynarodowe Towarzystwo Wagonów Sypialnych (Oddział polski), 5) Elektryczne Tramwaje w Cieszynie.

Data rozwiązania Instytutu jest 31 grudnia 1919 roku. Istniejące w dniu tym zobowiązania Instytutu wobec jego członków przechodzą na to przedsiębiorstwo, którego pracownicy w dniu 31 grudnia 1919 r. (lub w chwili wcześniejszego zajścia wypadku ubezpieczonego) byli w nim ubezpieczeni.

Obok szczegółowych postanowień odnośnie do zagadnienia podziału ciężarów reguluje konwencja również kwestje wynikające z działalności Instytutu na obszarach państw sukcesyjnych po 31 grudnia 1918 r., a wreszcie zajmuje się szczegółowo repartycją majątku.

V. Konwencja dotycząca Kasy Chorych Zarządu b. ces. król. Austrjackich Kolei Państwowych i jej funduszków ubocznych nie zawiera podziału zobowiązań, gdyż zobowiązania te przejęło każde państwo po przewrocie w zasadzie bezpośrednio w stosunku do zatrudnionych w jego służbie kolejowej b. członków Kasy, zajmuje się natomiast likwidacją i repartycją stanu majątkowego Kasy (oraz jej funduszków ubocznych) według stanu z dnia 7 czerwca 1924 r.

VI. Trzecią konwencją z działu ubezpieczeń pracowników dróg żelaznych jest konwencja w przedmiocie Zawodowego Zakładu ubezpieczeń od wypadków austrjackich kolei żelaznych.

Momentem przełomowym jest 31 października 1918 r., zaś kryterjum decydującem — miejsce zamieszkania w dniu 1 lutego 1920 r.

Konwencja stanowi, że ciężary ubezpieczeniowe Zakładu wynikające z wypadków, które nastąpiły do dnia 31 października 1918 r. przejmują od powyższej daty instytucja właściwa tego państwa układającego się (stosownie do jego wewnętrznych przepisów), na którego obszarze osoby uprawnione mieszkały w dniu 1 lutego 1920 r.

Jeżeli osoby uprawnione do renty w dniu 1 lutego 1920 r. uchodziły podówczas za zaginione lub też miały miejsce zamieszkania poza granicami dawnego Cesarstwa Austrjackiego, właściwą do przejścia ciężarów odnośnie do wymienionych osób staje się Republika Austrjacka.

Odchyleniem od przyjętej wyżej zasady terytorjalnej (miejsca zamieszkania) jest postanowienie art. I, działu A, liczby 3 pozwalające państwu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania uprawnionego (1 lutego 1920 r.) przerzucić wypłatę świadczeń na państwo, którego obywatelstwo posiada uprawniony w dniu 31 grudnia 1923 r.

Co się tyczy repartycji majątku Zakładu nadmienić wypada, że Austria zrzekła się połowy swego udziału niezależnie od przejętych — jak wszędzie — długów lombardowych.

VII. Siódmą i ostatnią konwencją zawartą przez Polskę z Austrią w wykonaniu art. 275 Traktatu Pokoju w Saint Germain jest konwencja w przedmiocie Zakładu ubezpieczeń górników od wypadków.

Zobowiązania ubezpieczeniowe Zakładu z wypadków w rozumieniu austriackiej ustawy z 30 grudnia 1917 r. (Dziennik ustaw państwa Nr. 523), które miały miejsce do końca grudnia 1918 r. przejmują od 1 stycznia 1919 r. to państwo, na którego obszarze leżą przedsiębiorstwa, w których zaszły te wypadki.

Do bezpośredniego ponoszenia ciężarów powołaną jest instytucja prowadząca ubezpieczenie górników od wypadków w państwie przejmującym, albo specjalnie przez rząd tego państwa do wykonywania przejętych zobowiązań wyznaczona.

Omówione pokrótce w niniejszym artykule konwencje nie zostały dotąd przez Polskę ratyfikowane,

jakkolwiek ratyfikacji należy się prawdopodobnie spodziewać już w niedługim czasie.

Zagadnienia uregulowane konwencją, bardzo istotne dla szeregu osób w b. zaborze austriackim, częściowo zostały już rozwiązane wewnętrznym polskim ustawodawstwem. Niestety nie można tego powiedzieć o całej dziedzinie b. wspólnych ubezpieczeń społecznych.

Jak się przedstawia sprawa nabytych poprzednio uprawnień według obecnego stanu prawnego i jakie kroki będą musiały być poczynione po dokonaniu ratyfikacji, podam w artykule następnym.

KRONIKA

LICZBY ZAREJESTROWANYCH INWALIDÓW WOJENNYCH NA 1 STYCZNIA 1930 R

Wyszczególnienie	OGÓLEM	Osoby, których inwalidztwo zostało spowodowane przez					
		Uszkodzenia cieleśne	Utrata wzroku	Choroby zakaźne i ich następstwa		Choroby umysłowe	Pozostałe choroby i ich następstwa
				Gruźlicę	Pozostałe		
OGÓLEM	136.843	99.252	1.340	7.514	1.340	1.134	26.263
Według grup województw							
Woj. centralne . . .	24.304	15.565	197	2.902	406	102	5.132
Woj. wschodnie . . .	6.272	4.859	50	315	115	7	926
Woj. zachodnie . . .	59.302	42.217	319	2.541	508	613	13.104
Woj. południowe . . .	46.965	36.611	774	1.756	311	412	7.101
Według stopnia utraty zdolności zarobkowej							
poniżej 15%	27.670	17.604	14	1.650	307	139	7.956
15% — 16%	22.855	15.930	7	1.283	24	154	5.207
16% — 24%	20.522	14.657	21	1.126	257	141	4.320
25% — 34%	26.069	19.214	609	1.289	246	207	4.505
35% — 44%	11.446	9.109	70	636	67	50	1.513
45% — 54%	10.633	8.318	76	690	79	190	1.280
55% — 64%	6.402	5.594	21	252	35	24	476
65% — 74%	4.042	3.533	10	138	36	23	302
75% — 84%	4.744	4.060	43	236	24	44	337
85% — 94%	843	668	31	42	6	9	87
95% — 100%	1.617	565	438	172	9	153	280

DZIAŁALNOŚĆ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH WE LWOWIE W 1929 R. *)

W końcu roku 1929 liczba ubezpieczonych w Zakładzie lwowskim wynosiła 43.756 osób, a więc o 6.669 osób więcej, aniżeli w końcu roku 1928 (37.087 osób). Przyrost zatem ubezpieczonych w roku sprawozdawczym był bardzo poważny, choć w porównaniu z przyrostem w roku 1928, który wynosił 11.060

osób, jest on znacznie mniejszy. Stosunkowo największy przyrost ubezpieczonych nastąpił w województwie wołyńskim (wzrost o 36.2%), co tłumaczy się tem, że w poprzednim roku znaczna ilość osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia nie została przez pracodawców zgłoszona, nastąpiło to dopiero w roku sprawozdawczym po dokonaniu przez Zakład kontroli.

Na obszarach innych województw przyrost ubezpieczonych był również dość znaczny, jednak dużo mniejszy, niż w woj. wołyńskim. Zestawienie miesięcznych zmian w stanie ubezpieczonych wykazuje, że najwyższe liczby wzrostu ubez-

*) Sprawozdanie Wydziału Kierującego z czynności i rachunków za rok 1929. Lwów, 1930.

pieczonych miały miejsce w I półroczu, natomiast w II półroczu liczba zgłoszeń do ubezpieczenia maleje przy równoczesnym zwiększaniu się liczby wymeldowań z ubezpieczenia, które w miesiącach wrześniu i grudniu przewyższają nawet liczbę zgłoszeń.

Podział ubezpieczonych według płci i wieku wykazuje, że mężczyzn było 30.896 (70,6%), a kobiet 12.860 (29,4%), przyczem z pośród mężczyzn prawie 50% jest w wieku od 25—37 lat, zaś prawie 75% kobiet w wieku od 20—34 lat. Porównując ugrupowanie mężczyzn i kobiet pod względem wieku, okazuje się, że kobiety znacznie wcześniej rozpoczynają pracę zawodową, lecz następnie porzucają ją głównie z powodu zamążpójścia.

Przeciętne miesięczne pobory ubezpieczonych mężczyzn wynosiły w 1929 r. — 317 zł., kobiet — 282 zł. W porównaniu do roku ubiegłego obserwujemy wśród mężczyzn wzrost przeciętnych poborów o 3,6%, wśród kobiet o 2,9%. Największa liczba ubezpieczonych mężczyzn (12,5%) pobierała w roku sprawozdawczym uposażenie, policzalne do grupy H, czyli wynoszące 300—360 zł. miesięcznie, najwięcej zaś ubezpieczonych kobiet (16,9%) należało do grupy D (150—180 zł. poborów miesięcznie).

Najwyższa płaca przeciętna zarówno mężczyzn (390 zł.), jak i kobiet (250 zł.) ugrupowana jest w rocznikach między 40—50 rokiem życia. Charakterystyczny szczegół stanowi stosunkowo duża liczba ubezpieczonych w najniższej grupie zarobkowej z poborami do 60 zł. miesięcznie, mianowicie 1215 mężczyzn i 1406 kobiet, czyli 3,4% oraz 9,8% w stosunku do ogółu ubezpieczonych mężczyzn względnie kobiet.

W roku sprawozdawczym zaznaczył się dalszy silny wzrost świadczeń emerytalnych. Gdy w roku 1928 świadczenia te wynosiły 2.356 tys. zł., to w roku 1929 wzrosły do kwoty 2.988 tys. zł. Równocześnie wzrosła i liczba rent, wypłacanych przez Zakład. W końcu roku 1929 pobierało wszelkiego rodzaju renty 2550 osób, w tem renty inwalidzkie — 593, renty starcze — 330, renty wdowie — 933, i renty sieroce — 694 o sób. Przeciętna wysokość renty inwalidzkiej wynosiła — 113 zł. miesięcznie, renty starczej — 133 zł., renty wdowiej — 66 zł., renty sieroczej — 24 zł.

Poza świadczeniami ciągłymi (rentami) wypłacił Zakład w 1929 r. 123 osobom jednorazowe odprawy, przyznawane w wypadkach nieprzebycia w ubezpieczeniu wymaganego okresu wyczekiwania i nie uzyskania z tego tylko powodu prawa do renty. Przeciętna wysokość jednorazowej odprawy wynosiła 2930 zł.

Zaopatrzenia starcze na rachunek Skarbu Państwa w wysokości 50 zł. miesięcznie wypłacał Zakład w końcu roku 28 osobom.

Liczba pracowników umysłowych, pobierających zasiłki z powodu braku pracy gwałtownie wzrosła w roku sprawozdawczym. Podczas gdy na początku roku pobierało zasiłki 389 osób, to w końcu roku korzystało ze świadczeń z powodu braku pracy już 1065 osób, co w stosunku do ogółu ubezpieczonych wynosi 2,4%. Podział tej ostatniej liczby bezrobotnych według płci wykazuje, że pobierało zasiłki z powodu braku pracy 758 mężczyzn i 307 kobiet. Równocześnie wzrosło znacznie obciążenie Zakładu z tytułu świadczeń na wypadek braku pracy, i gdy w styczniu wynosiło 22,7% w stosunku do przypisu składek na ubezpieczenie na wypadek braku pracy, to w końcu roku wzrosło przeszło dwukrotnie, dosięgając w grudniu 55,3% przypisu składek.

Przeciętna wysokość wypłaconego zasiłku była równa w poszczególnych miesiącach, wahała się jednak w niewielkich granicach. W grudniu wypłacano przeciętnie bezrobotnemu sa-

motnemu — 60 zł., utrzymującemu 1—2 członków rodziny — 130 zł., i utrzymującemu powyżej 2 członków rodziny — 213 zł. Zestawienie rachunkowe działu emerytalnego za 1929 r. wykazuje, iż dochody tego działu wynosiły ogółem 18.245.906 zł. Główną pozycję dochodów stanowią składki, których przypis wyniósł 13.358.185 zł. Znaczną również pozycję dochodów stanowiły odsetki od kapitałów i dochody z nieruchomości, które figurują w zestawieniu rachunkowym z kwotą 3.261.478 zł. Reszta dochodów wpłynęła z wypłaconych rezerw składowych i innych źródeł.

Wydatki Zakładu na wszelkiego rodzaju świadczenia emerytalne i lecznicze stanowiły w roku sprawozdawczym 2.987.760 zł., czyli o 631.497 zł. więcej aniżeli w roku poprzednim.

Koszty administracyjne działu emerytalnego stanowiły w 1919 r. — 4,8% w stosunku do przypisu składek, t. j. 639.424 złotych.

Po doliczeniu do wydatków wymienionych jeszcze innych, mniejszej wagi — okazuje się, że dział emerytalny okazał nadwyżkę dochodów nad wydatkami w kwocie 11.802.421 zł. Po dodaniu tej kwoty oraz kwoty majątku, przejętego od zlikwidowanego Ukraińskiego Instytutu Pensyjnego (1.415.264 zł.), do majątku, który Zakład posiadał w końcu roku 1928, otrzymamy, iż w końcu 1929 r. majątek Zakładu wynosił ogółem 57.584.438 zł.

Zestawienie rachunkowe działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy, którego fundusze są administrowane oddzielnie od funduszy działu emerytalnego, wykazuje, że przypis składek w tym dziale wynosił w 1929 r. — 3.070.579 zł., a dochody ogółem 3.710.780 zł.

Koszty świadczeń na wypadek braku pracy wynosiły 1.174.546 zł., a koszty administracyjne działu braku pracy 190.642 zł., czyli 6,2% w stosunku do przypisu składek.

Ponieważ wydatki działu braku pracy wynosiły ogółem 1.411.435 zł., przeto rok sprawozdawczy zamknięty został znaczną przewagą dochodów nad wydatkami w kwocie 2.299.345 zł. i majątek Zakładu w tym dziale wzrósł do sumy 5.184.068 zł.

SPRAWOZDANIE RACHUNKOWE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W WARSZAWIE NA ROK 1929.

Dochody Zakładu warszawskiego wynosiły w 1929 r. w dziale emerytalnym 42.276.528 zł., a w dziale braku pracy — 10.239.941 zł., razem więc — 52.516.469 zł.

Składki za ubezpieczonych pracowników umysłowych, będące główną pozycją dochodów Zakładu, stanowiły w dziale emerytalnym 38.021.108 zł., czyli 89,9% ogółu dochodów.

Ulokowane fundusze emerytalne dały Zakładowi dochód w kwocie 2.591.568 zł., a odsetki od zaległych składek — 1.449.747 zł.

Poza wymienionymi pozycjami na dochód Zakładu złożyły się jeszcze inne, lecz już niewielkie wpływy.

W dziale braku pracy składki pobrane przez Zakład wynosiły 8.981.934 zł., czyli 87,7% ogółu dochodów w tym dziale, a tytułem odsetek od zaległych składek i ulokowanych funduszy Zakład otrzymał 1.062.216 zł. Wydatki Zakładu w dziale emerytalnym wynosiły ogółem 4.593.108 zł.

Największą pozycję wydatków Zakładu stanowią koszty udzielonych świadczeń, mianowicie 2.878.307 zł. Na pozycję tę składają się wydatki na jednorazowe odprawy — 2.374.828 zł., na renty — 14.063 zł., na zaopatrzenia starcze na rachunek Skarbu Państwa — 162.695 zł. Resztę wydatków na świadczenia stanowią wypłaty z tytułu rozrachunków między Zakładami (323.000 zł.), koszty pomocy leczniczej z art. 25 rozp. Prez.

(1.882 zł.), i wreszcie koszty leczenia zapobiegawczego (1.838 złotych).

Koszty administracyjne Zakładu w dziale emerytalnym wynosiły 1.523.280 zł. czyli 4.0% w stosunku do przypisu składki i 3,6% w stosunku do ogółu dochodów.

Inne wydatki Zakładu, jak koszty ogólne, koszty administracji własnych nieruchomości oraz składki przekazane innym Zakładom, wynosiły razem 191.521 zł.

Nadwyżka dochodów nad wydatkami w dziale emerytalnym dosięgła kwoty 37.683.421 zł. Ponieważ zaś nadwyżka taka w roku 1928 wynosiła 28.251.659, przeto w końcu 1929 r. fundusze Zakładu, przeznaczone na zaspokojenie i zabezpieczenie przyszłych świadczeń emerytalnych, wynosiły 65.935.080 zł.

W dziale braku pracy wydatki na świadczenia wynosiły ogółem 2.820.497 zł., w tem na zasiłki dla pozostających bez pracy 2.749.417 zł., zapomogi na podróż bezrobotnych do miejsc pracy — 1.747 zł. i opłaty składek na ubezpieczenie chorobowe pozostających bez pracy — 69.333 zł.

Koszty administracyjne tego działu wraz ze zwrotem innym instytucjom kosztów, związanych z wykonywaniem dla Zakładu czynności zastępczych, — wynosiły 493.320 zł., czyli 5,5% w stosunku do pozycji składek i 4,8% w stosunku do ogółu dochodów działu braku pracy.

Koszty ogólne tego działu wynosiły — 29.941 zł. Nadwyżka dochodów nad wydatkami w dziale braku pracy w 1929 roku wynosiła 6.896.182 zł., łącznie więc z nadwyżką z roku ubiegłego (9.583.5559 zł.) fundusz rezerwowy w końcu roku sprawozdawczego wzrósł do kwoty 16.479.741 zł.

FUNDUSZE CZECHOSŁOWACKIEGO OGÓLNEGO ZAKŁADU PENSYJNEGO W PRADZE.

W numerze 4 z ub. roku organu (Pensijni Pojisteni) Ogólnego Zakładu Pensyjnego opublikowany został bilans tego Zakładu z dnia 30 czerwca 1929 r. Z bilansu tego podajemy niżej szereg danych, które mogą zainteresować czytelników.

Czysty majątek Zakładu, czyli nadwyżka aktywów nad pasywami, wynosiła według bilansu w dziale obowiązkowego ubezpieczenia 1.899 milj. koron czeskich. (Dla informacji poda-

jemy, że obecnie 100 kor. czes. posiada wartość 26,4 zł.). W porównaniu do stanu 31 grudnia 1928 czysty majątek wzrósł w I półroczu 1929 r. o 135.207.566 kor. cz. Bilans po stronie aktywów i pasywów zamyka się kwotą 2.238 milj. kor. cz.

Aktywa Zakładu ulokowane były w sposób następujący:

Pożyczki ubezpieczone papierami wartościowymi	2.039.045	„ — 0.1 „
Wkłady w bankach	163.174.651	„ — 7.3 „
Wkłady w pocztowych urzędach oszczędności	6.837.632	„ — 0.3 „
Papiery wartościowe	890.466.810	„ — 39.8 „
Pożyczki ubezpieczone papierami wartościowymi	2.039.045	„ — 0.1 „
Pożyczki hipoteczne	156.637.597	„ — 7.0 „
Pożyczki hipoteczne w/g ustawy o ruchu budowlanym (stowarz., powiaty, gminy)	337.972.473	„ — 15.1 „
Pożyczki dla państwa i krajów	80.880.078	„ — 3.6 „
Pożyczki dla powiatów, gmin i korporacji w/g § 88 ust 3 ustawy	463.221.781	„ — 20.7 „
Pożyczki meljoracyjne	271.742	„ — 0.0 „
Pożyczki reportowe	29.894.340	„ — 1.3 „
Dłużnicy	17.336.360	„ — 0.8 „
Nieruchomości	33.768.798	„ — 1.5 „
Inwentarz	190.161	„ — 0.0 „
Zaległości u pracodawców	38.756.101	„ — 0.7 „
Inne aktywa	15.677.271	„ — 0.7 „

razem 2.238.886.386 kr. cz. — 100.0%

Jeśli poszczególne pozycje powyższego zestawienia połączymy według uzasadnionych rodzajów lokat, to otrzymamy następujący wynik: lokaty w papierach wartościowych — 39.8%, pożyczki hipoteczne — 22.1%, pożyczki dla powiatów, gmin i korporacji — 20.7%, lokaty gotówkowe — 7.7%, zaległości u pracodawców — 1.7%, nieruchomości — 1.5%, różne lokaty — 3.2% ulokowanego majątku.

T R E Ś Ć

Franciszek Pajerski. — Lecznictwo w polskim ubezpieczeniu inwalidzkim.

Dr. Rafał Buber. — Art. 4 ust. 1. Ustawy z 19.V.20.

Jan Hoppe. — O rozbudowę uprawnień organów kontroli Z. U. P. U.

Dr. M. Witkowski. — Kwestja apteczna Kas Chorych.

— Zasady udzielania świadczeń leczniczych przez Z. U. P. U.

H. P. — Reforma ubezpieczeń na wyp. choroby w Niemczech.

— Projekt regulaminu wyborczego do władz i organów Z. U. P. U.

J. Z. — Rozrachunki z Austrią w dziedzinie ubezpieczeń społecznych na podstawie traktatu pokoju w St. Germain.

Kronika.

Prenumerata:

Rocznie	zł. 18
Kwartalnie	„ 4.50
Numer pojedynczy	„ 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.

Bilans surowy

Kasy Chorych m. Warszawy

na dzień 1-go kwietnia 1930 roku

Stan zczynny.

Stan bierny.

	Zł. i gr.	Zł. i gr.	Zł. i gr.		Zł. i gr.	Zł. i gr.
1. Gotówka w kasie i bankach		783.334,51		1. Fundusz zapasowy	22.072.974,93	
2. Papiery wartościowe		21.671,54		2. „ rezerwy na Udziały	1.054.353,80	
3. Weksle		324.455,69		3. Fundusz amortyzacyjny	2.560.640,86	
4. Nieruchomości		8.238.723,73		4. Wierzyciele	3.748.542,44	
5. Ruchomości		3.066.807,01		5. Zobowiązania Hipoteczne	1.734.070,87	
6. Zapasy leków, środków opatrunkowych i materiałów		2.055.717,63		6. Kaucje	265.242,43	
7. Udziały		1.054.353,80		7. Akcepty	180.000,00	
8. Dłużnicy				8. Sumy Przechodnie	12.570,19	31.628.395,52
Pracodawcy za składki	17.326.230,56			9. Składki członkowskie	12.838.325,07	
Kasy Chorych Obce	186.712,29			10. Wpływy różne	1.263.498,04	14.101.823,11
Różni	790.337,30	18.303.280,15	33.848.344,06			
9. Świadczenia:						
Zasilki pieniężne	3.095.069,78					
Koszty leczenia i inne	7.371.816,03	10.466.885,81				
10. Koszty Administracyjne		1.053.296,87				
11. Koszty Ogólne		361.691,89	11.881.874,57			
			<u>45.730.218,63</u>			<u>45.730.218,63</u>

Warszawa, dnia 21.VI.1930 r.

Naczelnny buchalter:
(—) A. Stefanowski.

Komisarz:
(—) K. Rożnowski.