PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ROK VIII
WARSZAWA
KWIECIEŃ
1933 R.
ZESZYT 4
MIESIĘCZNIK

USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM NA TLE USTAW ZAGRANICZNYCH

Dr. STEFAN HUBICKI
Minister Opieki Społecznej.

Z PRZEMÓWIENIA MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ NA POSIEDZENIU SENATU W DNIU 15 MARCA 1933 R.

Złożona w roku zeszłym Izbom Ustawodawczym t. zw. ustawa scaleniowa wywołała obfitą krytykę zarówno ze strony świata pracodawców, jak i świata pracowników.

Mam u siebie nagromadzony przeszło metrowy stos różnych memorjałów, artykułów i broszur, dowodzących, że nic innego jak tylko świadczenia społeczne sprowadziły na świat i Polskę kryzys gospodarczy. Literatura ta jest tak pełna przesady, że budzi nietylko zdecydowaną niewiarę, lecz wprost już niesmak. Czytając niektóre z tych wywodów, ma się nawet czasem wrażenie, że odżyły walki z ostatnich dni przedrozbiorowych o uprawnienia społeczne i państwowe warstw nieszlacheckich.

Mamy jednak, prócz tej literatury, mnogość opracowanych przez tak zwane sfery gospodarcze cyfr i wykresów, z których nie wszystkie możemy uznać za nieścisłe. Jeśli trudno byłoby na ich zasadzie udowodnić, jak daleko muszą pójść zmiany w dotychczasowem naszem ustawodawstwie społecznem, to dają one jednak podstawę do twierdzenia, że ustawodawstwo to w dzisiejszej jego formie jest jednak niewątpliwie poważnym ciężarem dla życia gospodarczego naszego Państwa, że zatem dostosować je trzeba do rzeczywistości finansowej Polski.

Świat pracy rozumie tę smutną konieczność przystosowania świadczeń, do jakich ma prawo, do możliwości ich realizacji ze strony Państwa. W ciężkich jednak chwilach, przeżywanych z powodu braku warsztatów pracy, broni energicznie granic, w jakich to przystosowanie ma nastąpić. Głosy tego świata są dla mnie, jako kierownika resortu, którego zadaniem jest piecza nad pracą, szczególnie ważne i tym głosom chciałbym raz jeszcze odpowiedzieć.

Nie chcę powtarzać argumentów, tylekroć już przytaczanych w obu izbach, dla uzasadnienia konieczności dokonania reformy świadczeń, sądzę jednak, że pewne światło na tę sprawę rzucić może jeszcze porównanie naszych świadczeń z temi, jakie otrzymuje świat pracujący zagranicą, i dlatego przemówienie dzisiejsze ograniczam do przytoczenia niektórych danych porównawczych.

Naogół projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem nie pozostaje, co do swego poziomu, w tyle poza większością ustawodawstw ubezpieczeniowych zachodnio- i środkowo-europejskich, obowiązujących w chwili obecnej.

Ubezpieczenie na wypadek choroby rozbudowane było w ustawie z dnia 19 maja 1920 r. tak szeroko, że nawet po dokonanych w niem ograniczeniach, na podstawie projektu ustawy, dorównywać ono będzie w dalszym ciągu większości ustawodawstw, w zakresie tego działu ubezpieczeń społecznych zagranicą.

Nie może ulegać wątpliwości, że pod wieloma i to bardzo istotnemi względami polskie ubezpieczenie na wypadek choroby zapewniać będzie nadal świadczenia dalej idące ,niż przewidziane w ubezpieczeniu np. francuskiem i angielskiem i odpowiadać ono będzie naogół stanowi tej gałęzi ubezpieczeń społecznych w Niemczech. Tylko w porównaniu z ubezpieczeniami na wypadek choroby w bardzo nielicznych państwach europejskich, jak Czechosłowacja, Austrja,

będzie ono mogło być określane jako gorsze. A więc w Anglji z wyjątkiem zasiłku połogowego, do którego uprawnione są żony ubezpieczonych, wszystkie inne świadczenia przysługują wyłącznie ubezpieczonym, u nas zaś żonie, dzieciom, 2 członkom rodziny lub 1 osobie obcej.

W Anglji prawo do otrzymania zasiłków chorobowych nabywa ubezpieczony dopiero po 26 tygodniach członkostwa. Prawo do zasiłków połogowych powstaje po upływie 42 tygodni członkostwa. Świadczenia lecznicze polegają na udzielaniu lekarstw i pomocy lekarskiej z wyjątkiem leczenia specjalistycznego, szpitalnego, sanatoryjnego, dentystycznego, pomocy leczniczej w czasie i w związku z połogiem i t. p.

U nas zaś leczenie przysługuje zaraz i bez ograniczeń, a zasiłek po 4 tygodniach.

We Francji okres wyczekiwania dla wszystkich świadczeń wynosi 60 dni składkowych w ciągu ostatnich 3 miesięcy, względnie 240 dni składkowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed powstaniem choroby. Pomoc leczniczą (lekarze i środki farmaceutyczne) — pokrywają kasy ubezpieczeniowe tylko w 80%, względnie 85% stawek taryfowych. Świadczenia dentystyczne i t. p. ograniczone są do minimum. Zasiłek chorobowy wypłaca się w zasadzie od 6-go dnia niezdolności do pracy. Świadczenia z tytułu macierzyństwa udzielane są tylko ubezpieczonym i żonom ubezpieczonych. Członkom rodziny nie przysługują żadne świadczenia poza świadczeniami rzeczowemi.

W Niemczech świadczenia dla członków rodziny wprowadzono jako świadczenia obowiązkowe dopiero w 1930 r.; są one ograniczone zarówno co do zakresu osobowego, jak i co do rozmiarów i przysługują one tylko żonie oraz dzieciom do lat 15. Za środki farmaceutyczne dla członków rodziny pobierana jest od ubezpieczonego połowa kosztów. Niema tam wogóle zasiłku pogrzebowego za zmarłych członków rodziny, nie jest też przewidziana pomoc szpitalna dla członków rodziny ubezpieczonego. Okres korzystania ze świadczeń, zarówno rzeczowych jak i pieniężnych, wynosi — poza świadczeniami połogowemi — 26 tygodni, a dla członków rodziny — 13 tygodni. Zasiłek chorobowy pobiera się od 4 dnia niezdolności do pracy. Zasiłek chorobowy wynosi 50% płacy. Opłaty za korzystanie z pomocy leczniczej wynoszą 25 fen.— po obniżeniu, mocą rozporządzenia z dnia 1 marca 1933 r., o połowę (dawniej było 50 fen.).

Ponieważ szczególne zastrzeżenia nasunęły postanowienia projektu, dotyczące opłat za pomoc lekarską i za lekarstwa, należy stwierdzić, że opłaty te wprowadziły, zwłaszcza w latach ostatnich, między innemi następujące ustawodawstwa: belgijskie, francuskie, niemieckie, łotewskie, luksemburskie i szwajcarskie.

W Niemczech w ostatnich dniach obniżono wprawdzie o połowę stawki opłat za karty porady lekarskiej i opłat należnych przy pobieraniu lekarstw; zupełne ich zniesienie, zapowiedziane w uchwale Gabinetu Rzeszy, nie zostało jednak dotąd wprowadzone w życie, a moment, w którym ta uchwała została powzięta — kilka dni przed wyborami — nasuwa wątpliwość, czy nie chodzi tu raczej o manewr taktyczny ze strony nowego rządu niemieckiego.

Również i ubezpieczenia emerytalne, przewidziane w projekcie ustawy, nie przedstawiają się niekorzystnie w świetle obecnego stanu ubezpieczeń społecznych zagranicą.

W ubezpieczeniach na starość czas wyczekiwania wynosi: w Polsce — 200 tygodni składek, w Jugosławji — ubezpieczenie górników — 30 lat, w Związku Sowieckim — dla mężczyzn 25 lat, dla kobiet 20 lat.

Nie chcę polemizować z p. sen. Kłuszyńską na temat tych ubezpieczeń, które w tej chwili widzimy w Rosji. Miałem możność niedawno odczytania sprawozdania komisarza zdrowia Siemaszki, który jednakże nie odniósł się tak optymistycznie do tamtejszych wszystkich świadczeń. Chcę zwrócić uwagę p. senatorki Kłuszyńskiej na jedno, na tę powszechność ubezpieczeń. P. sen. Kłuszyńska mówiła o 10-miljonowych rzeszach ubezpieczonych, co stanowi zaledwie 6% całej ludności Rosji, u nas bezpośrednio cyfra ta wynosi 8%.

We Francji (Alzacja i Lotaryngja) — 1200 tygodni składkowych, u nas jest 200 tygodni składkowych. W Austrji — ubezpieczenie robotnicze — 500 tygodni składkowych. Na Węgrzech ubezpieczenie robotnicze — 400 tygodni składkowych. W Wielkiej Brytanji — 140 tygodni składkowych i 5 nieprzerywanych lat ubezpieczenia w czasie od 60 do 65 roku życia. W Czechosłowacji ubezpieczenie górników — 60 miesięcy składkowych. W Niemczech ubezpieczenie — 750 tygodni składkowych. W Czechosłowacji— ubezpieczenie robotnicze — 100 tygodni składkowych.

W naszej ustawie ubezpieczony musi posiadać 4 lata w ciągu ostatnich 10 lat, z czego rok w ciągu ostatnich 3-ch (bezrobocie, choroba, służba wojskowa przedłuża okresy tych lat 10 i 3).

Zachowanie ekspektatywy bez ograniczeń przewiduje ustawodawstwo belgijskie, francuskie, holenderskie i włoskie. W Wielkiej Brytanji ubezpieczony do dwóch lat po wystąpieniu z ubezpieczenia traci ekspektatywę już po 18 miesiącach.

W Niemczech, w Austrji i Francji (Alzacja i Lotaryngja) — ubezpieczonemu wygasa ekspektatywa z chwilą upływu jednej-trzeciej, względnie jednej-czwartej okresu, w którym podlegał ubezpieczeniu.

Od kontynuowania ubezpieczenia, względnie opłacania uznaniówek, uzależnione jest zachowanie ekspektatywy w Niemczech, w Czechosłowacji i na Węgrzech w ubezpieczeniu górniczem.

Wiek renty starczej przedstawia się następująco: Polska — 65 rok — ogół; 60 — górnicy i hutnicy. Niemcy — ubezpieczenie robotnicze — 65 rok życia. Austrja — ubezpieczenie robotnicze — 65 rok życia. Belgja — 65 rok życia dla mężczyzn, 60 rok życia dla kobiet. Bułgarja — 60 rok życia. Hiszpanja — 65 rok życia. Francja — 60 rok życia. Wielka Brytanja — 65 rok życia. Włochy — 65 rok życia. Holandja — 65 rok życia. Czechosłowacja — 65 rok życia.

W ubezpieczeniu inwalidzkiem utrata w 2/3 zdolności zarobkowania przewidziana jest jako warunek renty inwalidzkiej w Niemczech, Danji, Francji, Węgrzech, Włoszech, Holandji i Czechosłowacji. Wielka Brytanja udziela renty inwalidzkiej dopiero w razie zupełnej niezdolności do pracy. W razie zmniejszenia o 50% zdolności zarobkowania udziela renty inwalidzkiej Bułgarja i Z. S. S. R.

Zakres osobowy ubezpieczenia na wypadek starości, inwalidztwa i śmierci, według projektu naszej ustawy, należy niewątpliwie, w zestawieniu z zakresem ubezpieczeń tych zagranicą, określić jako szeroki.

Zwraca zwłaszcza uwagę brak górnej granicy zarobkowej, przyjętej w Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanji, Italji i na Węgrzech. Luką w zestawieniu, zwłaszcza z ustawodawstwem niemieckiem, austrjackiem, belgijskiem, francuskiem, angielskiem, włoskiem i czechosłowackiem, jest wyjęcie z zakresu ubezpieczenia pracowników zatrudnionych w rolnictwie — o czem tutaj była mowa — lecz luka ta zostanie wypełniona przez oddzielną ustawę, którą Rząd wniesie w ciągu roku do Izb.

Muszę powiedzieć, że nie zapatruję się tak pesymistycznie na te zasiłki, i pozwolę sobie być pod tym względem innego zdania.

Co do wysokości świadczeń projekt ustawy nie idzie w porównaniu z innemi ustawodawstwami zbyt daleko, natomiast o ile chodzi o warunki korzystania ze świadczeń, pokrywa się on naogół ze stanem tego ubezpieczenia, nawet w stosunkowo zaawansowanych społecznie państwach zachodnio-europejskich.

Czas wyczekiwania, od którego przebycia zależy prawo do świadczeń emerytalnych, ukształtowany został w projekcie w sposób naogół znacznie korzystniejszy, niż zagranicą. Należy podkreślić tutaj z całym naciskiem, że u nas czas wyczekiwania na rentę starczą nie został ustalony odmiennie, niż czas wyczekiwania na rentę inwalidzką, w przeciwieństwie do stanu rzeczy zagranicą, gdzie naogół wynosi on znacznie dłuższy okres czasu, niż wymagany dla uzyskania renty inwalidzkiej. Podczas gdy w projekcie czas wyczekiwania dla wszystkich bez wyjątku świadczeń emerytalnych wynosi u nas 200 tygodni składkowych, czas wyczekiwania w Niemczech: dla renty inwalidzkiej wynosi 250 tygodni, a dla renty starczej 750 tygodni składkowych. Nie brak państw, w których okres wyczekiwania na rentę starczą wynosi 15, 20, a nawet 30 lat w ubezpieczeniu na starość, zaś 10 lat w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa.

Jeszcze korzystniej z pośród wszystkich ustaw ubezpieczeniowych wyróżnia się nasz projekt, o ile chodzi o zachowanie prawa do świadczeń ubezpieczeń emerytalnych po wystąpieniu z pracy, uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia. Najczęściej zagranicą po wystąpieniu z ubezpieczenia już po upływie krótszego czasu wszelkie nabyte poprzednio uprawnienia wygasają, o ile ubezpieczony nie kontynuuje dobrowolnie ubezpieczenia, nie opłaca uznaniówek i t. p.

Projekt ustawy, uwzględniając w całej rozciągłości obecne warunki pracy, przerwy w pracy, bezrobocie — kształtuje w sposób niezwykle i wyjątkowo liberalny zachowanie ekspektatywy, wymagając, by okres 200 tygodni składkowych przebyty był kiedykolwiek w przeciągu ostatnich 10 lat przed powstaniem inwalidztwa, z czego tylko 50 tygodni w ostatnich trzech latach.

O ile chodzi o wiek renty starczej, odpowiada on naogół obowiązującemu ustawodawstwu zagranicą. Właściwie tylko we Francji, Bułgarji i na polskim Górnym Śląsku przyznaje ogólne robotnicze ubezpieczenie na starość rentę już w 60 roku życia.

Pojęcie inwalidztwa, uzasadniającego prawo do renty inwalidzkiej, przyjęte w projekcie ustawy, odpowiada naogół dokładnie odpowiednim pojęciom ubezpieczenia inwalidzkiego zagranicą.

O ile chodzi o świadczenia lecznicze, udzielane w ubezpieczalniach emerytalnych po wyczerpaniu prawa do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby, projekt ustawy przewyższa znacznie poziom wszystkich ustawodawstw zagranicznych.

Prawo do renty wdowiej uregulował projekt ustawy korzystniej, niż większość ustawodawstw zagranicznych, przyznając prawo to wdowie już z chwilą osiągnięcia 60 roku życia, podczas gdy w ubezpieczeniu robotniczem wymagane jest od wdowy naogół w Niemczech, Austrji, Luksemburgu, Węgrzech, Czechosłowacji i t. d. osiągnięcie 65 roku życia.

Przyznanie renty sierocej dziecku do 17 względnie 18 roku życia stanowi również na tle większości ustawodawstw zagranicznych korzyść wyjątkową — Niemcy do 15 roku życia, Belgja do 16-go, Francja do 13-go, Anglja do 14-go, Węgry do 15-go.

O ile chodzi o ubezpieczenia od wypadków, projekt ustawy odpowiada naogół stanowi ustawodawstwa w tym zakresie zagranicą. Ubezpieczenia w tej dziedzinie nie wykazują zresztą zbyt wielkich różnic i odchyleń.

Jako punkt szczególnie korzystny projektu ustawy należy podkreślić wymiar renty wdowiej, który określono na 30% zarobku przeciętnego, podczas, gdy cały szereg ustawodawstw zagranicznych — Austrja, Rumunja, Luksemburg, Niemcy i t. p. — przyznaje w tej sytuacji rentę równą 20% zarobku.

Również i wiek renty sierocej — renta do 17 względnie 18 roku życia — unormowano korzystniej, niż to przewidują ustawodawstwa zagraniczne — najczęściej do 15, względnie 16 roku życia.

W przeciwieństwie do wielu ustawodawstw, udzielających renty wypadkowej dopiero z chwilą utraty w wyższym stopniu zdolności do pracy, projekt ustawy przyznaje rentę wypadkową już z chwilą utraty w 10% zdolności do zarobkowania.

Zakres ubezpieczenia od wypadków określa projekt w sposób szeroki, nie dopuszczając wielu wyjątków, znanych w ustawodawstwie zagranicznem. Zakres personalny tego działu ubezpieczeń społecznych będzie w Polsce znacznie szerszy np. niż w Niemczech.

Zrównując choroby zawodowe z wypadkami przy pracy, projekt ustawy okazuje jednak w porównaniu z ustawodawstwem zagranicznem duże umiarkowanie, ograniczając listę chorób zawodowych właściwie tylko do trzech.

Wartość dokonywanej obecnie reformy ubezpieczeń społecznych polega również na tem, że umożliwiono pośrednio obywatelom polskim zagranicą uzyskanie pełnych praw do świadczeń ubezpieczeniowych w tych państwach, w których prawa te uznaje się tylko pod warunkiem wzajemności materjalnej ze strony państwa ojczystego.

Krytyczną ocenę ze strony opozycji spotkała konstrukcja organizacji władz zarządzających i in-

stytucyj ubezpieczeń społecznych. Otóż nie mogę nie stwierdzić, że atakowane w pierwszym rzędzie powołanie do władz zarządzających nominatów jest stosowane w bardzo szerokim zakresie również i zagranicą, zwłaszcza w ubezpieczeniu emerytalnem. Wyraźną tendencją w rozwoju współczesnego ustawodawstwa ubezpieczeniowego, zwłaszcza pod wpływem kryzysu gospodarczego, jest dążność do zapewnienia wpływu na administrowanie ubezpieczeniami społecznemi przedstawicielom Rządu, jako reprezentantom interesu publicznego i nadzoru.

Tak więc rozporządzenie niemieckie z dnia 1 marca 1933 r. rozszerza nadzór nad administracją kas chorych — przewiduje ustanowienie komisarzy. Zupełnie niejednolicie przedstawia się sytuacja w tej mierze, jeśli chodzi o ubezpieczenia emerytalne.

Pod powyższym kątem widzenia można podzielić organizację ubezpieczeń emerytalnych zagranicą na 3 grupy:

1) organizację ubezpieczenia prowadzoną wyłącznie przez władze państwowe posiada: Bułgarja, Danja i o ile chodzi o ubezpieczenie na starość — Wielka Brytanja;

2) większość ustawodawstw ubezpieczeniowych przewiduje organizację mieszaną, w której obok przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców biorą udział przedstawiciele władzy państwowej. Do ustawodawstw tych należy zaliczyć: niemieckie, austrjackie, belgijskie, włoskie i czechosłowackie.

Tak więc w Belgji w Radzie Zarządzającej „Caisse nationale de pensions" zasiadają w równej liczbie przedstawiciele wszystkich 3 tych czynników. We Włoszech w „Radzie Zarządzającej Narodowej Kasy Ubezpieczeń Społecznych" zasiada 9 przedstawicieli rządu, 8 przedstawicieli pracodawców i 9 przedstawicieli ubezpieczonych. W Czechosłowacji we wszystkich organach centralnych ubezpieczeń społecznych przewidziany jest współudział przedstawiciela władzy państwowej.

3) Wreszcie niektóre państwa posiadają pełny samorząd również i w ubezpieczeniach emerytalnych. Należą do nich zwłaszcza Francja, oraz, o ile chodzi o ubezpieczenie inwalidzkie, Wielka Brytanja.

O ile chodzi o współudział w organizacji ubezpieczeniowej przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców, należy podkreślić, że system przewidziany w projekcie ustawy wyróżnia się z pomiędzy wszystkich ustaw ubezpieczeniowych wyjątkowo silnym udziałem przedstawicielstwa ubezpieczonych w zestawieniu z przedstawicielstwem pracodawców.

Naogół zagranicą przyjęta jest zasada parytetu przedstawicielstwa obu tych czynników w organach ubezpieczeń emerytalnych. Tylko w Grecji, częściowo w Italji i częściowo w Czechosłowacji ubezpieczeni posiadają reprezentację w organach ubezpieczeniowych silniejszą, niż pracodawcy.

W ubezpieczeniu na wypadek choroby częstsze są ustawodawstwa, przewidujące przewagę przedstawicielstwa ubezpieczonych nad przedstawicielstwem pracodawców, ale mimo to cały szereg państw przewiduje parytet również i w tym dziale ubezpieczeń społecznych.

W ubezpieczeniu od wypadków ogromna większość ustawodawstw oddaje administrację wyłącznie w ręce przedstawicieli pracodawców ze względu na to, że wyłącznie pracodawcę obciąża składka ubezpieczenia wypadkowego. Odmienne rozwiązanie, przyjęte w projekcie ustawy, zasługuje tu na szczególne podkreślenie.

Na tle tego pobieżnie skreślonego obrazu europejskich ubezpieczeń społecznych nasza ustawa nie wygląda tak tragicznie źle, jak ją przedstawia się ze strony opozycji. Przeciwnie, w mojem przekonaniu, Polska daje światu pracującemu więcej, niż to czynią inne państwa o wiele dawniej zagospodarowane i znacznie bogatsze od Polski.

Rząd polski uznał, że ubezpieczenia społeczne są w państwie współczesnem koniecznością państwową, ale utrzymując je i reformując, musiał pamiętać, że Polska jest państwem na dorobku, że, stwarzając nowe podstawy do świadczeń na rzecz klasy pracującej, trzeba wychodzić nie z założeń powszechnej szczęśliwości lecz z założeń naszej polskiej możliwości (Oklaski). Rząd, przystępując do reformy ubezpieczeń, musiał jednocześnie pamiętać, że nie można jeszcze bardziej obciążać kosztów naszej rodzimej produkcji i, że za to ubezpieczenie trzeba dać kompensaty na innym odcinku życia gospodarczego. Ale reforma była konieczną jeszcze i z innej przyczyny. Mówiłem już w Sejmie o stanie finansowym instytucyj ubezpieczeniowych, przejętych od zaborców. Pozostawienie ich w obecnym stanie groziło dosłownie miljonowej rzeszy ubezpieczonych zupełną utratą nabytych uprawnień. Reforma musiała ratować te instytucje, by ratować uprawnienia nabyte za krwawy grosz, który te rzesze składały w ciągu wielu lat, by zabezpieczyć sobie jako tako życie w ciężkich chwilach starości i inwalidztwa.

W całości swej zreformowanie ubezpieczeń społecznych nietylko daje ubezpieczenie robotnikowi na starość, nietylko odciąża gospodarkę narodową od zbyt wielkich obciążeń na niektórych terenach kraju, nietylko stwarza podstawy do ratowania wspomnianych instytucyj ubezpieczeniowych, ale i ujednostajnia ustawodawstwo społeczne na terenie całego Państwa, wyrównuje świadczenia i, scalając organizacyjnie wszystkie ubezpieczenia, ułatwia ubezpieczonym i pracodawcom wypełnianie czynności, związanych z ubezpieczeniem społecznem i daje możliwości obniżenia kosztów administracyjnych.

W czasie obrad nad tą ustawą w obu izbach Klub Bloku Bezpartyjnego wniósł szereg poprawek, nietylko ulepszających konstrukcję ustawy, lecz ulepszających samo ubezpieczenie tak wybitnie, że wbrew temu, co tu słyszałem, ze strony ubezpieczonych, należy mu się za to prawdziwe uznanie. Wielka ilość pracy, wiedzy i dobrej woli, włożonej ze strony członków tego klubu, a także i szczera wzajemna chęć współpracy z Rządem, pozwoliła tak udoskonalić przedłożenie rządowe, że ustawa ma rzeczywiste cechy zdrowego kompromisu i solidarności czynników współodpowiedzialnych za losy Państwa.

Dr. STANISŁAW FISCHLOWITZ

PRAWA OBYWATELI OBCYCH W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BEZROBOCIA I INNYCH FORM POMOCY DLA BEZROBOTNYCH

W całokształcie zagadnień ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i innych form pomocy dla bezrobotnych, szczególne a bardzo doniosłe miejsce zajmuje sprawa uprzystępnienia obywatelom obcym świadczeń tych działów ustawodawstwa społecznego.

Międzynarodowa Organizacja Pracy, przystępując do międzynarodowego uregulowania tej dziedziny polityki społecznej, wypełni dotkliwe luki i braki, jakie istniały dotąd w tym zakresie w międzynarodowem ustawodawstwie pracy. Poświęcona bezrobociu konwencja uchwalona jeszcze w roku 1919 zawiera coprawda postanowienia, dotyczące tej materji (art. 3), a oparte na zasadzie „traitement national". Wykonanie postanowień tych natrafiło jednak w praktyce na trudności zasadniczej natury. Cały szereg państw — jak zwłaszcza Wielka Brytanja — wysunęło mianowicie tezę, że art. 3 konwencji waszyngtońskiej nie zawiera nic innego jak tylko „pactum de contrahendo", że przystępując do rokowań bilateralnych z innemi państwami — członkami Organizacji, dane państwo wypełnia wszelkie zobowiązania, jakie ciążą na niem na podstawie konwencji i że wreszcie nic nie stoi na przeszkodzie wprowadzeniu w drodze umów dwustronnych wyjątków i odchyleń terytorjalnej czy też rzeczowej natury od zasady zrównania w tej dziedzinie obywateli obcych z własnymi. Trudno się oprzeć wrażeniu, że restryktywna ta teza interpretacyjna, która nie znajduje uzasadnienia prawnego w literze i w duchu konwencji waszyngtońskiej i którą napewno odrzuciłoby avis consultatif Stałego Trybunału Sprawiedliwości Międzynarodowej, nie spotkała się ze strony do tego powołanej z dostatecznie energicznym odparciem. To też nic dziwnego, że skuteczność konwencji waszyngtońskiej w stosunku do tego zagadnienia, którego uregulowanie stanowi jedną z najistotniejszych jej części składowych, okazała się znikomą. Liczba porozumień dwustronnych, od których w praktyce uzależniono działanie art. 3 konwencji stanowi bowiem mały odsetek 276 układów, które mogły i powinny były być zawarte pomiędzy państwami zainteresowanemi. Niepowodzenie dotychczasowej akcji, podjętej na terenie międzynarodowym celem słusznego i sprawiedliwego unormowania praw obywateli państw obcych do świadczeń ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, przemawiało za wznowieniem inicjatywy w powyższym kierunku w ramach prac nad materjalnem uregulowaniem tego działu ubezpieczeń społecznych; negatywne doświadczenia dotychczasowych prób uregulowania tej materji nakazywały przytem szczególną ostrożność przy wyborze środków, mających na celu ponowne unormowanie w całej rozciągłości doniosłego tego odcinka społecznego.

Należy podkreślić z zadowoleniem, o ile można wyrobić sobie zdanie o pracach, podjętych obecnie przez Międzynarodowe Biuro Pracy, z dotychczasowych wstępnych jego posunięć — iż przystąpiło ono do wypełnienia ciążącego na niem zadania z całą gruntownością i powagą, na jaką niewątpliwie zagadnienie to zasługuje.

Świadczy o tem sposób, w jaki zagadnienie to potraktowała wydana ostatnio przez Międzynarodowe Biuro Pracy monografja p. t. „Assurance-Chômage et Diverses Formes d'Assistance aux Chômeurs", która sprawie traktowania obywateli państ obcych poświęca rozdział VII (str. 268 — 292). Świadczy o tem dalej okoliczność, że w liście punktów, wymagających konsultacji poszczególnych rządów, a więc proponowanych jako przedmiot kwestjonarjusza, który uchwalony będzie na najbliższej XVII sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy, figurują również zawarte w pięciu punktach (30 — 34) pytania, dotyczące uregulowania sytuacji prawnej obywateli państw obcych w zakresie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i innych form pomocy dla bezrobotnych. Świadczy o tem nakoniec znakomity artykuł szefa właściwej sekcji Międzynarodowego Biura Pracy p. Henri Fussa, zamieszczony w N-rze 1 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", a omawiający m. in. w sposób przychylny i życzliwy sprawę unormowania w ramach trzeciego punktu porządku dziennego najbliższej Konferencji interesujących nas tu zagadnień.

A przecież rozpatrując w szczegółach pierwsze stadja prac w tej dziedzinie, które w myśl obowiązującej obecnie w Organizacji procedury doczekają się ostatecznego sfinalizowania dopiero w roku następnym, nie możnaby ukryć pewnych zastrzeżeń, jakie nasuwa może nie tyle opisowa część podanej wyżej monografji („Rapport Gris") ile przygotowana przez Biuro lista punktów, wymagających zaopinjowania Rządów; lista ta, stanowi bowiem, jak wykazuje doświadczenie, główny fundament przyszłego kwestjonarjusza, wpływającego zazwyczaj skolei w wysokim stopniu na ostateczne sformułowanie konwencyj i zaleceń.

Zwraca tu przedewszystkiem uwagę fakt, że „Rapport Gris" bardzo tylko pobieżnie i ogólnikowo traktuje zagadnienie prawa obywateli obcych do świadczeń udzielanych bezrobotnym z ogólnej opieki społecznej; jest to poniekąd konsekwencją dokonanego przez Międzynarodowe Biuro Pracy z pobudek mało zrozumiałych zacieśnienia materji „Rapport" do zagadnień ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i tych form opieki publicznej, które zawierają specjalne postanowienia, dotyczące pomocy dla bezrobotnych. Bardzo to przypadkowe i mało istotne rzeczowo rozróżnienie form pomocy dla bezrobotnych, które miałyby być objęte reglamentacją międzynarodową i które miałyby pozostać poza jej zakresem, nie

odpowiada ogólnym tendencjom pomocy dla bezrobotnych w dobie dzisiejszej. Z biegiem czasu zaciera się bowiem coraz bardziej — musimy to stwierdzić bez względu na to jak ustosunkujemy się do tego zjawiska — granica nietylko pomiędzy ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia i opieki nad bezrobotnymi, ale i pomiędzy specjalnemi formami pomocy dla bezrobotnych i ogólnemi urządzeniami opieki publicznej, uprzystępnionemi bezrobotnym. Świadczą o tem ponad wszelką wątpliwość zmiany dokonywane w Niemczech we wzajemnym stosunku pomiędzy Arbeitslosenversicherung, Krisenfürsorge i Wohlfahrtshilfe für Erwerbslose. Międzynarodowa reglamentacja pomocy dla bezrobotnych nie może przejść do porządku dziennego nad sytuacją robotnika, który, wyczerpawszy świadczenia ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, czy też specjalnych urządzeń pomocy dla bezrobotnych, nie może być pozbawiony środków utrzymania z ogólnych funduszów opieki społecznej. Jeżeli możliwe jest wysuwanie obaw co do konsekwencyj rozszerzenia w tym kierunku reglamentacji, ze względu na rzekomą możliwość międzynarodowego uznania w ten sposób ogólnych świadczeń opieki społecznej za dostateczny surogat specjalnych form pomocy dla bezrobotnych, to jednak trudno przypuścić, by M. B. P. nie mogło znaleźć odpowiednich środków, które — zapobiegając niebezpieczeństwom szerokiego potraktowania pomocy dla bezrobotnych — nie pozostawiłyby w zupełności na uboczu sytuacji bezrobotnego, który wyczerpał wszelkie formy specjalnych świadczeń dla bezrobotnych. Nie chodziłoby tu przecież o nic innego jak tylko o przedłużenie pomocy po wyczerpaniu prawa do zasiłków. Przeprowadzenie tak sztucznej i pozbawionej istotnego uzasadnienia merytorycznego linji demarkacyjnej, rozgraniczającej przedmiot reglamentacji, jakiejby można doszukiwać się w części opisowej „Rapport Gris", groziłoby szczególnie dotkliwemi następstwami, o ile chodzi o uregulowanie sytuacji prawnej obywateli państw obcych, która właśnie w tej dziedzinie w całym szeregu państw europejskich wymaga szybkiego wyjaśnienia w duchu słuszności społecznej.

Pomijając sprawę zakresu świadczeń, których uprzystępnienie obywatelom państw obcych miałaby zapewnić Międzynarodwa Organizacja Pracy, nie możnaby tu pominąć również i innych zagadnień, które uwzględnia zresztą naogół — choć może nie w sposób wyczerpujący—monograficzne opracowanie M. B. P.

Sprawa pomocy dla bezrobotnych — obywateli państw obcych posiada dwa oblicza. Jedno — socjalne i drugie — w fachowem tego słowa znaczeniu — policyjne („Ausländerpolizei"). Z jednej strony bowiem nasuwa się tu z natury rzeczy postulat zrównania obywateli obcych z własnymi, o ile chodzi o obowiązek ubezpieczenia, wysokość ponoszonych z tego tytułu składek, i o ile chodzi o prawo do świadczeń ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, czy też pomocy dla bezrobotnych. Z drugiej strony jednak nawet pełne zrównanie w tym zakresie obywateli obcych z własnymi nie załatwia jeszcze w całej rozciągłości ich sytuacji, jeżeli nie łączy się z zapewnieniem, że przyznanie im prawa do powyższych świadczeń nie pociągnie za sobą ujemnych konsekwencyj, o ile chodzi o ich prawo do zachowania pobytu na obszarze danego państwa. Konsekwencje te mogą być dwojakiego rodzaju: mogą one polegać na tem, że obywatela obcego usuwa się w drodze jednostronnego wydalenia, czy też w drodze dwustronnej repatrjacji z terytorjum państwa udzielającego świadczeń nim jeszcze uzyskał prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia; mogą one jednak polegać również na tem, że, nie przeszkadzając obywatelowi obcemu w uzyskiwaniu prawa do zasiłku, usuwa się go jednak właśnie na tej zasadzie — jako obciążającego instytucję opieki społecznej — z granic państwa. Zwracając uwagę w „Rapport Gris" na str. 272 na pierwszą z dwuch przedstawionych powyżej sytuacyj, Międzynarodowe Biuro Pracy pomija jednak drugą sytuację jak się zdaje ważniejszą w praktyce i częstszą. A przecież nie może ulegać wątpliwości, że dyskusja w sprawie pomocy dla bezrobotnych obywateli obcych byłaby jednostronną i fragmentaryczną, gdyby pominęła kompleks wszystkich zagadnień na pograniczu pomiędzy polityką społeczną, a „policją obcych".

Trudno się natomiast dziwić, że Międzynarodowe Biuro Pracy nie omówiło zagadnienia wypłaty świadczeń zasiłkowych obywatelom własnym, czy obcym w razie pobytu ich poza granicami państwa udzielającego świadczeń. Uwzględnienie jakichkolwiek zobowiązań w tym kierunku nasuwałoby przy reglamentacji międzynarodowej zasadnicze trudności; conajwyżej należałoby sobie życzyć ,by jednak choćby „a titre d'information" stwierdzono przy odpowiedniej sposobności, że nie brak ustawodawstw, które idą tak daleko, że zasiłki dla bezrobotnych wypłacają zagranicą; wychodzą one ze słusznego założenia, że za bezrobocie odpowiadać musi to państwo, w którego organiźmie gospodarczym wytworzyła się sytuacja uzasadniająca udzielanie świadczenia; wypada tu wskazać przykładowo na obowiązujące w Polsce ubezpieczenie na wypadek braku pracy pracowników umysłowych, które wypłaca zasiłki zagranicę i które nawet przy dokonywanej obecnie nowelizacji oszczędnościowej, uzależnia tylko korzystanie z zasiłków w tych warunkach od zgody Zakładu na wyjazd zagranicę (art. 17 ust. 6 do 8 w nowem brzmieniu.

Zasługuje tu również na podkreślenie wspomniane mimochodem w „Rapport Gris" na str. 287 i 288 zagadnienie wzajemnego zaliczania przebytych w kilku państwach okresów ubezpieczenia na wypadek bezrobocia na czas wyczekiwania, wymagany dla uzyskania prawa do zasiłku. Nie ulega coprawda wątpliwości, że — w przeciwieństwie do ubezpieczeń emerytalnych, w których zagadnienie to odgrywa bardzo dużą rolę — sprawa konsekwencyj przechodzenia pracowników z ubezpieczenia na wypadek bezrobocia jednego państwa do tego samego działu ubezpieczeń społecznych państwa drugiego posiada stosunkowo mniejsze znaczenie; niemniej jednak wydaje się, że zagadnienie to zasługiwałoby na omówienie przy sposobności obrad na najbliższych sesjach Konferencji. Byłoby to pożądane, choćby z tego względu, że umowy dwustronne nie regulują dotąd naogół tego zagadnienia i że normowane jest ono częstokroć tylko jednostronnie w formie zaliczania okresów ubezpieczeniowych przebytych zagranicą (rozporządzenie

polskie z 2 maja 1930 r. — Dz. U. R. P. Nr. 41 poz. 360).

W przeciwieństwie do strony opisowej „Rapport Gris" pozostawia do życzenia, o ile chodzi o ujęcie punktów, wymagających konsultacji rządów. Niewątpliwie nie należy przeceniać znaczenia takiego czy innego sformułowania tych punktów, które po pierwszej dyskusji — przed przekształceniem ich w tekst oficjalnego kwestjonarjusza — mogą ulec jeszcze istotnym zmianom. W każdym razie jednak pierwsze postawienie sprawy przez Biuro może posiadać pewne znaczenie dla dalszego jej rozwoju. To też wstępne zestawienie punktów zasługuje na baczną uwagę.

Rozpatrując stosunkowo dość szczegółowo ujęte punkty, poświęcone „traktowaniu obywateli państw obcych", nie można przedewszystkiem nie zauważyć, że różnią się one jakościowo bardzo znacznie od analogicznego zestawienia punktów, dokonanego przez Biuro w roku ubiegłym przed przystąpieniem do uregulowania ubezpieczeń emerytalnych (dział X, p. 1, 2 i 3 w „Rapport Gris" z r. 1932 i pytania 45 i 46 kwestjonarjusza). Podczas gdy punkty szarego raportu w sprawie ubezpieczeń emerytalnych stawiały sprawę „égalité de traitement" w sposób bardzo mocny i zdecydowany, nie dopuszczając możliwości obejścia jej czy naruszenia, „Rapport Gris" w sprawie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia ujmuje tę zasadę przesadnie umiarkowanie i ostrożnie, zamieszczając zgóry cały szereg furtek, umożliwiających zredukowanie jej znaczenia do minimum.

Trudno zrozumieć przyczyny tych różnic. Nie pochodzą one napewno z nieskoordynowania prac w podobnym kierunku różnych sekcyj M. B. P. W Genewie napewno lewa ręka wie o tem co robi prawa. Ale napewno rozbieżności te nie wynikają również z różnic pomiędzy dwoma traktowanemi tu w tak odmienny sposób działami ustawodawstwa społecznego; różnic tych nie możnaby się tu bowiem łatwo dopatrzeć.

Skądkolwiek jednak pochodziły, w każdym razie nie może ulegać wątpliwości, że rozbieżności między dwoma „szaremi raportami" dają się w tym punkcie zauważyć na pierwszy rzut oka i że zdają się zapowiadać mniej szerokie i ścisłe zastosowanie zasady „égalitè de traitement" w stosunku do tej materji niż w zastosowaniu do normowanych obecnie ubezpieczeń emerytalnych.

Pierwsze (30) pytanie dotyczy kwestji, czy ma być uchwalona osobna konwencja, dotycząca traktowania obywateli państw obcych. Pytanie to nie wydaje się zupełnie zrozumiałe. Należy przypuszczać, że negatywna na nie odpowiedź oznaczałaby, że rządy życzą sobie łącznego uregulowania sprawy traktowania obywateli państw obcych wraz z unormowaniem wszystkich innych materjalnych zagadnień tej gałęzi polityki społecznej. Ale nie jest też niemożliwe inne rozumienie tego pytania. Czyż nie byłoby więc lepiej postawić rządom wyraźną alternatywę: uregulowanie sytuacji prawnej obywateli państw obcych 1) w formie odrębnej konwencji, czy też 2) w ramach konwecji ogólnej? Czyż zresztą pytanie, dotyczące samej formy międzynarodowej reglamentacji nie jest tu jeszcze przedwczesne? Kwestjonarjusz M. B. P. w sprawie ubezpieczeń emerytalnych nie zawiera odpowiedniego pytania. Nie jest to napewno rzeczą przypadku.

Na marginesie pytania 31 (zrównanie co do a) udziału w ciężarach i co do b) korzystania ze świadczeń) nie nasuwają się szczególne uwagi krytyczne; może byłoby celowe zamieszczenie przed dwoma temi pytaniami pytania co do podlegania obywateli obcych obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek bezrobocia; ze względu na szeroki zakres konwencji, która ma obejmować nietylko ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, ale również inne formy odszkodowania dla bezrobotnych, uznano jednak widocznie pytanie tego rodzaju za zbędne.

Poważne wątpliwości wzbudzają dopiero dwa następne pytania. Pytanie 32 stawia alternatywę zrównania zupełnego lub też ograniczonego do pewnych świadczeń. Takie ujęcie pytań wydaje się pozbawione precedensu. Możliwości ograniczenia „égalitè de traitement" do pewnych tylko świadczeń nie przewiduje ani kwestjonarjusz co do ubezpieczeń emerytalnych, ani też kwestjonarjusz z r. 1925 co do odszkodowania za wypadki. Żadne z państw imigracyjnych nie wysunęło w gorącej dyskusji, przeprowadzonej na podobny temat co do ubezpieczeń emerytalnych na XVI sesji Konferencji, możliwości zacieśnienia zasady równouprawnienia obywateli obcych z własnymi do pewnych tylko świadczeń. Sformułowanie obecne wyraźnie jak gdyby sugeruje wysunięcie rzeczowych wyjątków od tej zasady. Tymczasem nic nie zdaje się za takiemi wyjątkami przemawiać. Z artykułu p. Fussa wynikałoby, że Biuro ma tu na myśli świadczenia udzielane wyłącznie z funduszów publicznych bez składkowego udziału zainteresowanych, ponieważ „obecna praktyka w wielu krajach rozróżnia w tej mierze obywateli własnych i obcych". Przypisywanie przesadnego znaczenia udziałowi finansowemu zainteresowanych w formie składki ubezpieczeniowej nie wydawałoby się jednak zupełnie uzasadnione. Przecież również i do pokrycia kosztów innych pozaubezpieczeniowych form pomocy dla bezrobotnych przyczyniają się pośrednio w pewnej mierze również i sami zainteresowani, a w tem również obywatele obcy. Także i przegląd odnośnych przepisów, zawartych w ubezpieczeniowych i pozaubezpieczeniowych ustawodawstwach z zakresu pomocy dla bezrobotnych nie ujawnia tak znacznej rozbieżności pomiędzy różnemi temi formami pomocy dla pozbawionych pracy, o ile chodzi o sytuację prawną obywateli państw obcych.

Poważne zastrzeżenia nasuwa również pytanie następne, sformułowane w sposób następujący: „a) zrównanie pod warunkiem wzajemności, czy też bez względu na ten warunek, b) ewent. ustalenie systemu wzajemności (układy dwustronne lub porozumienie ogólne)". W pierwszym rzędzie wydaje się, że samo pojęcie wzajemności użyte tu jest w sensie nieco zbyt ciasnym i jednostronnym. Biorąc pod uwagę ogólne wywody, zawarte w § 1 rozdziału VII „Rapport Gris" przy omówieniu konwencji waszyngtońskiej, a przeciwstawiające sobie może niezupełnie słusznie pojęcia „égalité de traitement" i „réciprocité", można wyrazić zdanie, że M. B. P. ma tu na myśli nie tyle wzajemność formalną ile materjalną.

Wzajemność formalną gwarantowałoby już bowiem ewent. ograniczenie korzystania z dobrodziejstw równouprawnienia do obywateli państw ratyfikujących konwencję. Pozostawałaby więc tylko wzajemność materjalna. W świetle postanowień ustawowych i stosowanej przez poszczególne państwa praktyki, wymóg wzajemności materjalnej nie jest jednak rozumiany nigdy zbyt ściśle i dosłownie, jak to zresztą stwierdza trafnie „R. G." na str. 287. Brak bowiem dotąd objektywnej wagi, która mogłaby stwierdzić równowartość („equivalence") korzyści dwóch ustawodawstw społecznych. Przy uregulowaniu „égalité de traitement" w zakresie odszkodowania za wypadki nie wprowadzono też żadnych warunków, gwarantujących wzajemność tego rodzaju. Pomija je też celowo i świadomie kwestjonarjusz co do ubezpieczeń emerytalnych. Pośrednio gwarantowałoby materjalną wzajemność zamieszczenie klauzuli o równem traktowaniu w ogólnej konwencji, dotyczącej materjalnych podstaw pomocy dla bezrobotnych, która stwarzałaby niewątpliwie pewne międzynarodowe minimum korzyści tego działu ustawodawstwa. Trudno jednak wyobrazić sobie jakąkolwiek inną formę uzależnienia stosowania tej zasady od warunków wzajemności materjalnej przy zbiorowem i multilateralnem uregulowaniu tej materji. To też nic dziwnego, że zapuszczając się na niebezpieczną drogę sprawdzania materjalnych warunków wzajemności musiano w pytaniu następnem (b) mimowoli rozpocząć w istocie rzeczy odwrót ku szkodliwemu społecznie i wątpliwemu konstrukcyjnie rozwiązaniu, uzależniającemu skuteczność zastosowania równouprawnienia od umów dwustronnych. W pytaniu tem zamyka się błędne koło, rozpoczęte sformułowaną wadliwie i pozbawioną właściwie w praktyce większego znaczenia konwencją waszyngtońską. Wydaje się, że trzeba to powiedzieć zupełnie jasno i wyraźnie, że jeżeli już po raz drugi, nie nauczeni smutnemi doświadczeniami art. 3 konwencji waszyngtońskiej, ograniczymy się przy międzynarodowem normowaniu pomocy dla bezrobotnych obywateli państw obcych do stawiania nic nie mówiących, pięknie brzmiących zasad, których faktyczna skuteczność uzależniona będzie w całości od widzimisię poszczególnych państw, to poświęcimy wiele pracy dziełu, które ani o krok nie posunie naprzód ważnej tej i doniosłej sprawy. Jeżeli bowiem zastosowanie w praktyce „égalité de traitement" ma zależeć nadal od umów dwustronnych, to możnaby zgóry zrezygnować z jakiejkolwiek akcji w tej sprawie na terenie międzynarodowym, kontynuując w dalszym ciągu wysiłki w kierunku zawierania umów dwustronnych, równie potrzebnych przed uchwaleniem konwencji międzynarodowej, jak i po uchwaleniu konwencji o takiej treści i takiem sformułowaniu. Wychodząc z założenia, że konwencja międzynarodwa, wymagająca dla skuteczności „égalité de traitement"" dalszych umów dwustronnych nie stanowiłaby żadnej pozycji dodatniej w bilansie postępu społecznego, M. B. P. w swem sprawozdaniu co do ubezpieczeń emerytalnych zupełnie pominęło tę koncepcję, a komisja ubezpieczeniowa XVI sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy większością 27 głosów przeciw 5 odrzuciła wniosek francuski, zmierzający do uzupełnienia kwestjonarjusza w sprawie ubezpieczeń emerytalnych punktem dotyczącym zastosowania zasad równouprawnienia z obywatelami własnymi do obywateli tych państw, które zawarły między sobą „une convention particulière". Jeżeli „Rapport Gris" poprzedni punktów tego rodzaju nie przewidywał, jeżeli odnośny wniosek upadł na Konferencji tak znaczną większością głosów, to cóż mogło przemawiać za uwzględnieniem w „R. G." tej formułki w odniesieniu do powyższej materji? Łatwo przewidzieć kontrargument, że jest rzeczą pewną, że kwestja umów dwustronnych w każdym razie wysunięta będzie na Konferencji i że nie można jej wobec tego zgóry wyłączać z obrad Konferencji. Pominięcie formułki tej nie byłoby jednak równoznaczne z wyłączeniem jej z obrad; zresztą dlaczego było to możliwe w r. 1932, a jest niemożliwe w r. 1933? Przecież rezultaty konwencji waszyngtońskiej, nad któremi tak słusznie rozwodzi się na str. 268 — 271 „Rapport Gris", przestrzegały chyba wymownie przed powtórnem skierowaniem sprawy tej na fałszywe tory układów dwustronnych! Wszystkie państwa zainteresowane w uregulowaniu praw społecznych obywateli państw obcych i całe przedstawicielstwo grupy robotniczej będą musiały na najbliższej sesji przeciwstawić się temu sformułowaniu, które pozbawiałoby inicjatywę M. B. P. w powyższym kierunku wszelkiej wartości.

Pytanie ostatnie (34) zwraca uwagę na sytuację specjalną robotników granicznych („Frontaliers") zatrudnionych w jednem państwie, a zamieszkałych w drugiem. Nie przecząc, że sytuacja tej kategorji pracowników obywateli państw obcych zasługuje na szczególną uwagę, trudno jednak ocenić, w jakim celu Biuro wyodrębnia w tem miejscu ich sytuację; na bliższe rozpatrzenie zasługiwałaby conajmniej w równym stopniu sytuacja obywateli obcych — robotników sezonowych.

Konkludując należy stwierdzić, że Międzynarodowe Biuro Pracy przysłużyło się bardzo sprawie poprawienia losów bezrobotnego — obywatela obcego (a więc w praktyce głównie bezrobotnego-emigranta), wysuwając zagadnienie to w „Rapport Gris", omawiając je szeroko i dokumentując. Z drugiej strony jednak niektóre konkluzje raportu budzą pewne zastrzeżenia.

Niechżeż wolno będzie wyrazić nadzieję, że zakwestjonowane powyżej ustępy konkluzyj ulegną zmianie na korzyść nim ujrzą światło dzienne, jako „Rapport Rouge" i „Rapport Bleu".

Nadzieję tę usprawiedliwia zaufanie, jakie mamy do Międzynarodowego Biura Pracy, którego szerokie a bezstronne ustosunkowanie się do zagadnień tego rodzaju jest nam dobrze znane i które napewno nie przeciwstawi się ze swej strony poprawieniu w powyższym kierunku konkluzyj „Rapport Gris".

ZBIGNIEW ŁOMNICKI

WYSOKOŚĆ RENTY INWALIDZKIEJ W ZALEŻNOŚCI OD ZAROBKÓW UBEZPIECZONEGO

W sierpniowym numerze „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" roku ubiegłego ukazał się artykuł [1]), omawiający szczegółowo konstrukcję renty inwalidzkiej wedle projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, a w szczególności przeprowadzający porównanie wysokości tej renty z wysokością rent w pokrewnych ustawach zagranicznych.

Niniejszy artykuł ma cel nieco odmienny: jest on próbą możliwie ścisłego zanalizowania, jaki wpływ na wymiar renty inwalidzkiej wywiera przebieg zarobków uszkodzonego w ciągu ubezpieczenia. Wywody poniższe, w części dotyczącej ubezpieczenia robotniczego, można zatem uważać za rozwinięcie i uzupełnienie odnośnych uwag, podanych w artykule p. S. Balcerskiego.

Ponieważ trzeba było przedstawić w artykule niniejszym pewną całość zamkniętą, omówiono tutaj krótko kilka spraw, które poruszył już autor cytowanego powyżej artykułu.

Przepisy, normujące wymiar renty inwalidzkiej w ubezpieczeniu emerytalnem robotników, czy pracowników umysłowych, są w różnych krajach bardzo rozmaite. Odpowiednia publikacja Międzynarodowego Biura Pracy [2]) rozróżnia cały szereg metod stosowanych przy wymiarze renty. I tak np. w Anglji, Danji i w brackiem ubezpieczeniu górniczem francuskiem oraz polskiem (woj. południowe) wypłaca się renty w stałej wysokości, niezależnie od czasu trwania ubezpieczenia i od wysokości zarobków ubezpieczonego. Istnieją znów ustawodawstwa, w których renta nie zależy od zarobków ubezpieczonego, natomiast na wysokość renty wpływa długość trwania ubezpieczenia. W nowem ubezpieczeniu francuskiem wymierza się rentę zależnie od wieku w dniu przystąpienia do ubezpieczenia i od wysokości zarobków ubezpieczonego; w Z. S. S. R. o wysokości renty decyduje ostatnio pobierany zarobek. Najczęściej jednak spotyka się w ustawach wymiar renty zależny od zarobków ubezpieczonego i od czasu trwania ubezpieczenia. Takie ujęcie sprawy dopuszcza jeszcze bardzo wiele różnych rozwiązań, których jednak nie będziemy szczegółowo omawiać. Stwierdzimy jedynie, że zarówno w myśl rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jak i wedle projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, (druk sejmowy 694), wymiaru renty dokonywa się właśnie wedle tego ostatniego sposobu, biorąc pod uwagę zarówno okres ubezpieczenia (liczbę miesięcy, czy tygodni „składkowych"), jak i przeciętny zarobek ubezpieczonego.

W ubezpieczeniu emerytalnem robotników renta składa się [3]) w myśl art. 156 projektu z dwóch elementów:

1) z kwoty zasadniczej, niezależnej od indywidualnego zarobku danego robotnika, ustalanej corocznie przez Radę Ministrów w wysokości 10% — 16% średniego zarobku tych ubezpieczonych, którym przyznano rentę w roku poprzedzającym (art. 156, ust. 2—6),

2) z kwoty zmiennej (art. 156, ust. 7—9). Kwotę zmienną oblicza się od zarobku przeciętnego za cały czas trwania ubezpieczenia w wysokości 10% tego zarobku dla osób, których ubezpieczenie trwało poniżej 8 lat; każdy dalszy rok ubezpieczenia do 16-go włącznie powoduje wzrost renty o ½% tego zarobku, lata do 24 włącznie dają wzrost o 1%, każdy dalszy rok ubezpieczenia do 36-go roku włącznie powoduje wzrost tej kwoty o 1½% zarobku podstawowego, poczem wzrost ten ustaje. [4])

W ubezpieczeniu pracowników umysłowych renta składa się z dwóch elementów:

1) z kwoty zasadniczej, stanowiącej 40% zarobku przeciętnego,

2) z kwoty zmiennej, stanowiącej 2% zarobku przeciętnego za każdy rok ubezpieczenia, przebyty ponad pierwszych 10 lat. Kwota zmienna po 40 latach ubezpieczenia dochodzi do wysokości 60%, poczem wzrost ustaje. — (Art. 38 rozp. Prez. mówi o wzroście ⅙% za każdy miesiąc składkowy — dla porównania z przepisami ustawy emerytalnej robotników rozmyślnie przeliczyliśmy miesiące na lata).

Jak widać z powyższego przedstawienia istnieją znaczne różnice w sposobie wymiaru renty w ubezpieczeniu pracowników umysłowych i w ubezpieczeniu robotników. Poniżej postaramy się zanalizować zależność wysokości renty od przebiegu zarobków ubezpieczonego w ciągu trwania ubezpieczenia i wykażemy, że różnice w przepisach obu tych ustaw mają swoje głębokie uzasadnienie.

Niech x oznacza bieżący rok ubezpieczenia, n liczbę lat przebytych w ubezpieczeniu w dniu powstania prawa do renty z ubezpieczenia emerytalnego robotników, $z(x)$ zarobek ubezpieczonego w x — tym roku ubezpieczenia, $p(x)$ niech oznacza (dla $x = 9{,}10..$ ..... 36) procentowy wzrost kwoty zmiennej za x-ty rok ubezpieczenia, a niech $P(n) = 10 + \sum_{x=9}^{n} p(x)$.

[1]) *S. Balcerski.* „Wymiar renty inwalidzkiej w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem". P. U. S. 1932. Nr. 8.

[2]) Invaliden- Alters- und Hinterbliebenen-versicherung, Genf, Internationales Arbeitsamt, 1932; str. 98 i t. d.

[3]) P. również art. w Nr. 7 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z r. 1932: *Jan Zawadzki* „Ogólne uwagi krytyczne o ubezpieczeniu społecznem", który naświetla między innemi i sprawę wymiaru renty (str. 202 i 203).

[4]) Rozmyślnie nie uwzględniamy w naszych dalszych rozważaniach przewidzianej w art. 165 *dopłaty* do renty inwalidzkiej. Włączenie tej dopłaty jako trzeciego składnika renty inwalidzkiej skomplikowałoby przejrzystość poniżej umieszczonych uwag — czytelnik, któregoby interesowała zależność renty od zarobku pod tem zmienionem założeniem, posługując się rozumowaniami podobnemi do niżej podanych, potrafi i to rozstrzygnąć.

Niech a. Z będzie kwotą zasadniczą ustaloną przez Radę Ministrów, przyczem a jest liczbą między 0,10 a 0,16, a Z zarobkiem przeciętnym ubezpieczonych, którzy przeszli na emeryturę w roku poprzednim. Jeśli zarobki ubezpieczonego dane są jakąś ustaloną funkcją $z(x)$, wówczas oznaczać będziemy przez $r\,|\,z(x), n\,|$ rentę, jaka na mocy ustawy należy się ubezpieczonemu po n latach, jeżeli zarobki jego kształtowały się wedle funkcji $z(x)$.

Przy założeniach powyższych wysokość renty dla $n > 8$ dana jest wzorem:

$$(1)\quad r\,|\,z(x), n\,| = P(n).\left(\frac{1}{n}\sum_{x=1}^{n} z(x)\right) : 100 + a.Z.$$

Funkcja $P(n)$ zmiennej n, jest znana i wartości jej znaleźć można poniżej w tabl. 1, kwota $a.Z$ ustalona jest niezależnie od przebiegu zarobków danego ubezpieczonego, w powyższym więc wzorze niewiadomemi są jedynie wartości zarobków w poszczególnych latach, czyli ciąg

$$(2)\quad z(1),\ z(2),\ \ldots\ldots\ldots\ldots\ z(36).$$

Coroczne zarobki ubezpieczonego dane powyższym ciągiem mogą ulegać najrozmaitszym zmianom. Można wyobrazić sobie ubezpieczonego, dla którego liczby te będą stałe lub będą się nieznacznie zmieniać; dla innego ubezpieczonego zarobki będą stale róść, jeżeli jestto np. rzemieślnik, który staje się z każdym rokiem siłą bardziej kwalifikowaną i w konsekwencji z biegiem lat pobiera płace coraz wyższe. Naogół jednak będzie to ciąg, wykazujący szereg nieregularnych wahań, przyczem dla robotników do pewnego wieku będziemy mieli do czynienia ze wzrostem zarobku, później zaś z jego zmniejszaniem się, ponieważ praca robotnika starszego jest mniej wydajna, a zatem gorzej płatna.

Znając ciąg zarobków (2) możemy, stosując wzór (1), obliczyć ciąg liczb

$$(3)\quad r(1),\ r(2),\ \ldots\ldots\ldots\ldots\ r(36).$$

podający nam wysokość renty w każdym z lat ubezpieczenia [5]), jeżeli przebieg zarobków dany jest ciągiem (2). Zależność ta, która właściwie jest funkcją 36 zmiennych z, przyjmującą 36 wartości r jest zależnością bardzo skomplikowaną i ogólne jej badanie jest zadaniem dość trudnem. Postaramy się jednak podać kilka uwag, które rzucą światło na charakter tej zależności.

I. Jeżeli zarobek jest przez cały czas ubezpieczenia stały (albo też rośnie), wtedy ciąg (3) jest od $r(8)$ począwszy ciągiem *rosnącym;* inaczej mówiąc każdy rok przebyty w ubezpieczeniu wpływa wtedy na wzrost renty.

Widać to natychmiast z wzoru (1). Pierwszy czynnik pierwszego składnika dla $n \geq 8$ rośnie z rosnącym n, drugi czynnik pod powyższemi założeniami w każdym razie nie maleje. Co do składnika drugiego, to w rozważaniach naszych będziemy uważać ten składnik za liczbę niezależną od n, nie mogąc przewidzieć, jakim ulegnie ona zmianom.

Jeżeli $z(x) = a$, wówczas mamy:

$$(4)\quad r(a, n) = a.P(n) : 100 + a.Z.$$

Łatwo stwierdzić, że przy niezmiennych zarobkach renta w początkach ubezpieczenia jest niewielka, natomiast w miarę przebytych w ubezpieczeniu lat wzrasta i to coraz szybciej. [6])

II. Niezależnie od kształtowania się zarobków, renta z każdym rokiem przebytym w ubezpieczeniu, począwszy od szesnastego roku ubezpieczenia, wzrasta. Inaczej mówiąc okażemy, że niezależnie od tego, jakie wartości przyjmuje ciąg (2), liczby ciągu (3) od $r(16)$ począwszy tworzą ciąg rosnący.

Dla dowodu obliczymy iloraz $y : P(y)$ dla $y = 8,9\ldots\ldots\ldots\ldots 36$. Otrzymujemy:

Tabl. 1.

y	P (y)	y: P(y)	y	P (y)	y: P (y)	y	P (y)	y: P(y)
8	10	0,8000	18	16,0	1,1250	28	28,0	1,0000
9	10,5	0,8571	19	17,0	1,1176	29	29,5	0,9831
10	11,0	0,9091	20	18,0	1,1111	30	31,0	0,9677
11	11,5	0,9565	21	19,0	1,1053	31	32,5	0,9538
12	12,0	1,0000	22	20,0	1,1000	32	34,0	0,9412
13	12,5	1,0400	23	21,0	1,0952	33	35,5	0,9296
14	13,0	1,0769	24	22,0	1,0909	34	37,0	0,9189
15	13,5	1,1111	25	23,5	1,0638	35	38,5	0,9091
16	14,0	1,1429	26	25,0	1,0400	36	40,0	0,9000
17	15,0	1,1333	27	26,5	1,0189			

Z tablicy tej widać, że funkcja $y : P(y)$ rośnie osiągając dla $y = 16$ maximum, zaś dla $y > 16$ maleje. Znaczy to, że dla $n > m \geq 16$, mamy:

$$(5)\quad \frac{n : P(n)}{m : P(m)} < 1$$

Z drugiej strony, wobec tego, że ciąg (2) jest ciągiem liczb dodatnich, mamy przy $n > m$

$$(6)\quad \sum_{x=1}^{n} z(x) > \sum_{x=1}^{m} z(x)$$

Otrzymujemy z (5) i (6) nierówność:

$$(7)\quad \frac{\sum_{x=1}^{n} z(x)}{\sum_{x=1}^{m} z(x)} > \frac{n : P(n)}{m : P(m)},$$

[5]) Mamy w myśl art. 153 2) i art. 156:

$$r(1) = r(2) = r(3) = 0, < \text{dla } 4 < n < 8$$

$$r(n) = \left(\frac{1}{n}\sum_{x=1}^{n} z(x)\right) : 10.$$

[6]) Uwzględniając w myśl uwagi [4]) dopłatę do renty, jako jej trzeci składnik, — można pomyśleć taki przebieg zarobków ubezpieczonego, że *mimo rosnących zarobków* i mimo przetrwania w ubezpieczeniu *większej liczby lat*, renta zmniejszy się. Pochodzi to stąd, że, gdy przeciętne zarobki ubezpieczonego przejdą pewną określoną kwotę, dopłata do renty wydatnie się zmniejsza. Wyzyskując tę nieciągłość i ustalając zarobki około tej kwoty granicznej można skonstruować taki paradoksalny przykład.

a stąd nierówność

$$(8)\quad \left(\frac{1}{n}\sum_{x=1}^{n} z(x)\right).P(n) > \left(\frac{1}{m}\sum_{x=1}^{m} z(x)\right).P(m),$$

czyli przy założeniu, że kwota zasadnicza jest ta sama:

$$(9)\quad r(n) > r(m),$$

o ile tylko $n > m > 16$.

Zważywszy, że robotnicy starsi, a więc przebywający w ubezpieczeniu dłuższy okres czasu, pobierać mogą w miarę starzenia się z roku na rok zarobki coraz mniejsze, zrozumiemy znaczenie powyższej nierówności. Zmniejszające się zarobki wpływają *obniżająco* na zarobek przeciętny, będący podstawą wymiaru renty. Z drugiej strony przebycie coraz większej liczby lat w ubezpieczeniu *zwiększa* procentowy wymiar tej renty. Powyższa nierówność pokazuje, że dla robotników starszych, którzy przebyli w ubezpieczeniu ponad 16 lat, ten drugi czynnik przeważa i że w żadnym wypadku, choćby nawet zarobki zmniejszały się bardzo wydatnie, robotnik nie traci, trwając w pracy aktywnej. Widać z tego, że w konstruowaniu przepisów, normujących sposób obliczania renty inwalidzkiej, starano się nie krzywdzić robotników starszych, którzy już lat kilkanaście przepracowali, a którzy mogliby być w stosunku do robotników młodszych upośledzeni przy innem skonstruowaniu tych przepisów.

III. Poniżej pokażemy, że dla robotników, którzy przebyli w ubezpieczeniu *krócej niż 16 lat, możliwa jest* taka *paradoksalna sytuacja,* że mimo przebycia w ubezpieczeniu kilku lat dłużej, ubezpieczony otrzymuje taką rentę, (a nawet mniejszą od tej) [7]), jaką otrzymałby, gdyby prawo do renty powstało wcześniej. Wracając do naszych oznaczeń można podać takie ciągi zarobków (2), że w ciągu (3) rent:

$$(10)\quad r(8) = r(9) = \ldots\ldots r(16).$$

Z rozważań pktu I. wynika, że nie może to zachodzić, gdy ciąg (2) jest ciągiem rosnącym lub gdy zarobki są stałe. Ażeby więc renta pozostawała niezmienną mimo coraz dłuższego trwania ubezpieczenia zarobki muszą n a o g ó ł maleć, fakt, który w początkach ubezpieczenia, a więc przy młodym wieku ubezpieczonych, będzie dość rzadki. Sytuacja taka może być natomiast częstsza w okresie wprowadzania ustawy w życie, gdy będzie stosunkowo wielu robotników starszych o niewielkiej liczbie lat, przebytych w ubezpieczeniu.

Chcąc, aby dla dwu lat $m < n < 16$, było

$$(11)\quad r(m) = r(n),$$

wystarczy pomyśleć taki przebieg zarobków, aby były spełnione relacje (8) i (7) ze znakami równości. I tak wystarczy, aby np. dla $m = 8$, $n = 16$

$$(12)\quad \sum_{x=1}^{16} z(x) : \sum_{x=1}^{8} z(x) = 1{,}1429 : 0{,}8 = 1{,}4286;$$

czyli, ażeby zarobek za okres od 9-tego do 16-tego roku ubezpieczenia stanowił tylko 42,86% zarobków łącznych za lata od 1-go do 8-go roku ubezpieczenia. Taki spadek zarobków jest u robotnika starszego do pomyślenia.

Co więcej można ustalić ciąg „krytyczny":

Rok ubezpieczenia	9	10	11	12	13	14	15	16
zarobek w % przeciętnego zarobku za 8 pierwszych lat	57,1	52,0	47,4	43,5	40,0	36,9	34.2	31,8

Jeżeli zarobki maleją w takim stosunku, jak to wskazuje powyższy ciąg, wówczas renta z roku na rok nie zmienia się. Jeżeli maleją one słabiej, wówczas z każdym rokiem przebywania w ubezpieczeniu renta należna wzrasta. Jeżeli zaś spadek zarobków jest silniejszy, niż to wskazuje powyższy ciąg, wówczas możemy mieć do czynienia z takim faktem, że renta po przebyciu kilku lat w ubezpieczeniu, może być mniejsza, niż przed ich upływem. Ta ostatnia okoliczność może być szczególnie dotkliwa w okresie wprowadzenia w życie ustawy, ponieważ będzie bardzo wielu ubezpieczonych, u których okres starzenia się, a zatem i zarobków malejących przypadnie na czas między ósmym a szesnastym rokiem ubezpieczenia. Podobnie dotkliwie mogą odczuć ten fakt te pokolenia, u których na czas między ósmym, a szesnastym rokiem ubezpieczenia przypadnie czas złej konjunktury, czy zarobków malejących.

Zupełnie analogicznej analizie można poddać przepisy, tyczące się wymiaru renty w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Wystarczy tylko podać tablicę funkcji $y : P(y)$, przyczem $P(y)$ jest wzrostem procentowym, przewidzianym w art. 38 rozp. Prez. z dn. 24.XI.1927.

Mamy: Tabl. 2.

y	P (y)	y: P (y)	y	P (y)	y: P (y)	y	P (y)	y: P (y)
10	40	0,2500						
11	42	0,2619	21	62	0,3387	31	82	0,3780
12	44	0,2727	22	64	0,3438	32	84	0,3810
13	46	0,2826	23	66	0,3485	33	86	0,3837
14	48	0,2917	24	68	0,3529	34	88	0,3864
15	50	0,3000	25	70	0,3571	35	90	0,3889
16	52	0,3077	26	72	0,3611	36	92	0,3913
17	54	0,3148	27	74	0,3649	37	94	0,3936
18	56	0,3214	28	76	0,3684	38	96	0,3958
19	58	0,3276	29	78	0,3718	39	98	0,3980
20	60	0,3333	30	80	0,3750	40	100	0,4000

Jak widać funkcja ta nie posiada dla y mniejszego od 40 maximum, jak odpowiednia funkcja w ubezpieczeniu robotniczem. Nie zachowują zatem swej ważności wyniki podane powyżej pod pktem II; nie można tutaj twierdzić, że po przebyciu pewnego okresu w ubezpieczeniu, niezależnie od kształtowania

[7]) P. art. S. Balcerskiego, str. 230.

się zarobków renta rośnie. Natomiast prawdziwe są wnioski podane powyżej pod I. i pod III. z tem, że „ciąg krytyczny" da się konstruować poza 16-ty rok ubezpieczenia aż do roku 40-go. (W tym celu wystarczy obliczyć ciąg liczb 100. $\triangle \frac{y}{P(y)}$: 0,025 dla $y = 11, \ldots, 40$, gdzie $\triangle f(y) = f(y) - f(y-1)$. Łatwo się przekonać, że podobnie postąpiliśmy w naszych rozważaniach pod III, dzieląc $\triangle \frac{y}{P(y)}$ przez 0,1 zamiast przez 0,025). Inaczej mówiąc, można tutaj pomyśleć taki przebieg zarobków, że *mimo przesłużenia szeregu lat,* renta, do której ubezpieczony miałby prawo, zostanie *taka sama,* a nawet *mniejsza.*

Podobnie jednak jak tam, tak i tutaj, musiałby to być ciąg zarobków naogół malejący. U pracowników umysłowych taki spadek zarobków z wiekiem nie występuje tak drastycznie, jak i pracowników fizycznych, co więcej można przypuszczać, że tutaj istnieje raczej tendencja do wzrostu zarobków z wiekiem. Dlatego ustawodawca, który w projekcie ubezpieczenia robotniczego zawarował przez skomplikowanie przepisów o wymiarze renty prawa robotników starszych, mógł to pominąć w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Dotychczas omawialiśmy konstrukcję renty emerytalnej w ubezpieczeniach robotniczem i pracowników umysłowych, stojąc na stanowisku, że sposób wymierzania renty został przesądzony i staraliśmy się zilustrować konsekwencje, do jakich to prowadzi. Widzieliśmy, że w obu wypadkach zasada: „im więcej lat służby, tem wyższa renta" nie jest zawsze zachowana. To też zupełnie słuszny jest pogląd obu cytowanych artykułów krytycznych, że owa konstrukcja rent, oparta na zarobku przeciętnym za cały okres ubezpieczenia, nie jest szczęśliwa. Dla sprawiedliwego wymiaru renty najlepiej jest obliczać kwotę zmienną tak, aby każdy rok ubezpieczenia wnosił do niej składnik proporcjonalny do zarobków, osiągniętych w danym roku ubezpieczenia. Inaczej mówiąc zamiast stosować wzór:

$$(13) \quad \left(\frac{1}{n} \sum_{x=1}^{n} z(x)\right) . P(n) : 100$$

należy raczej użyć wzoru:

$$(14) \quad \sum_{x=1}^{n} z(x) . p(x) : 100$$

IV. Ze wzoru (14) natychmiast widać, że *ciąg rent*

(15) $t(9), t(10)\ldots, \ldots t(36),$

gdzie $t\,|z(x),n|$ oznacza rentę, w której kwota zmienna została obliczona wedle wzoru (14), *jest ciągiem rosnącym, i że ten wzrost istnieje zawsze niezależnie od kształtowania się zarobków ubezpieczonego.* (Por. wyżej pkt. II).

V. Podobnie widać natychmiast, że *dla zarobków stałych, $z(x) = a$, obie kwoty zmienne (13) i (14) przyjmują tę samą wartość:*

$$(16) \quad a . P(n) : 100.$$

VI. Przy zarobkach stale rosnących wymiar wedle wzoru (13) jest dla ubezpieczonego korzystniejszy; przy zarobkach malejących korzystniejsza jest metoda obliczania renty, proponowana wzorem (14).

Mamy bowiem:

$$(17) \quad r(n) = \left(\frac{1}{n} \sum_{x=1}^{n} z(x)\right) . P(n) : 100 + \alpha Z.$$

$$(18) \quad t(n) = \sum_{x=1}^{n-1} P(x) \,|(z(x) - z(x+1)|\, : 100 + P(n) . z(n) : 100 + \alpha Z,$$ [8])

przyczem wzór (18) otrzymano z wzoru (14) przez zastosowanie do tej sumy znanej tranformacji Abela. Z (17) i (18) mamy:

$$(19) \quad 100\, t(n) - 100\, r(n) = \sum_{x=1}^{n-1} P(x) \,|z(x) - z(x+1)| + \sum_{x=1}^{n} |z(x) - z(n)| \frac{P(n)}{n},$$

co, jak łatwo widać, dla zarobków malejących ma wartość dodatnią, a dla zarobków rosnących ujemną.

Zauważymy jeszcze, że pojęciowo wzór (14) jest jednoznaczny z obliczeniem kwoty zmiennej w pewnym procencie składek uiszczonych. Istotnie, jeżeli składka $w(x)$ stanowi s % uzyskanych w x-tym roku zarobków, to mamy:

$$(20) \quad w(x) = \frac{s . z(x)}{100} \quad . \quad z(x) = \frac{100 . w(x)}{s}$$

i kwota zmienna przyjmowałaby postać:

$$(20') \quad \frac{1}{s} \sum_{x=1}^{n} w(x)\, p(x),$$

a jeżeli $p(x)$ jest liczbą stałą, (jak w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdzie $p(x) = 2$ dla $x > 10$, $p(x) = 4$ dla $x \leq 10$), to wówczas mielibyśmy na wysokość renty wyrażenie:

$$(20'') \quad \frac{4}{s} \cdot \sum_{x=1}^{10} w(x) + \frac{2}{s} \cdot \sum_{x=11}^{n} w(x),$$

czyli byłaby ona proporcjonalna do sumy uiszczonych składek.

W ten właśnie sposób lub w podobny załatwia wymiar renty bardzo wiele ustaw europejskich (Niemcy, Włochy, Szwecja, Czechosłowacja, Węgry).

---

[8]) $P(y)$ w ubezpieczeniu emerytalnem robotników określamy dla $y < 8$ wzorem $P(y) = 1{,}25.y$, w ubezpieczeniu pracowników umysłowych kładziemy dla $y < 10$, $P(y) = 4.y$.

Jeżeli przyjmiemy $p(x)$, jak w projekcie ustawy emerytalnej robotniczej, to wówczas mielibyśmy np. dla n większych od 25 na kwotę zmienną wyrażenie:

$$(21)\quad \sum_{x=1}^{n} z(x) \cdot p(x) : 100 =$$

$$\left[1\tfrac{1}{4}\sum_{x=1}^{8} z(x) + \tfrac{1}{2}\sum_{x=9}^{16} z(x) + \sum_{x=17}^{24} z(x) + 1\tfrac{1}{2}\sum_{x=25}^{n} z(x)\right] : 100$$

i wtedy mogłaby być mowa o „premjowaniu robotników starszych". Dopiero bowiem przy takiem ustaleniu wymiaru renty, późne lata ubezpieczenia byłyby uprzywilejowane w stosunku do lat wczesnych, ponieważ przyczyniałyby się one stosunkowo znaczniej do wzrostu renty. Przepisy zaś obecne można jedynie uważać za rekompensatę strat, które dla robotników starszych wynikają z malejących zarobków, co jest dalekie od „premjowania" tych robotników.

Zbierając wyniki powyższych uwag sądzimy, że przepisy o wymiarze renty możnaby znakomicie dostosować do sprawiedliwego postulatu: „im więcej lat służby, tem wyższa renta" przez zarzucenie pojęcia „zarobku przeciętnego za cały okres ubezpieczenia". I tak np. w ustawie o ubezpieczeniu pracowników umysłowych wystarczyłoby ustalić, że renta miesięczna składa się:

1) z kwoty stałej, stanowiącej ⅓% sumy zarobków podstawowych przez pierwsze 120 miesięcy (10 lat) składkowych,

2) z kwoty zmiennej stanowiącej ⅙% sumy zarobków podstawowych przez następne miesiące ubezpieczenia.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że jest to niepotrzebne skomplikowanie przepisów dawnych, przy bliższem jednak wglądzie widać, że są to przepisy odmienne, odpowiadające właśnie wzorowi (14), które wprowadzają ład w wymiar renty, a które nietylko nie komplikują techniki obliczenia renty, ale nawet ją upraszczają.

W podobny sposób możnaby zmienić przepisy nowego projektu, dotyczące wymiaru emerytalnej renty robotniczej, przyczem w tem ubezpieczeniu zmiana taka byłaby jeszcze bardziej pożądana. Tutaj bowiem wobec większej chwiejności zarobków ubezpieczonego niesprawiedliwość w wymiarze renty byłaby częstsza i dotkliwsza niż u pracowników umysłowych; zmienione przepisy natomiast zezwalałyby na uniknięcie tej niesprawiedliwości.

ZAGADNIENIA ORGANIZACYJNE

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI

ZAGADNIENIE LEKARZY DOMOWYCH W KASACH CHORYCH

Dr. Henryk Niedzielski, zastępca Lekarza Naczelnego Obwodu Kasy Chorych na Pradze opracował sprawozdanie z reorganizacji lecznictwa w tym obwodzie [1]).

Sprawozdanie jest nader szczegółowo opracowane, uzupełnione licznemi tablicami statystycznemi i wykresami, które mają służyć za dowód celowości i racjonalności przeprowadzonej reorganizacji. Kasa Chorych w Warszawie przystępując do reorganizacji lecznictwa narazie na Pradze, wychodziła z założenia, że reforma ta w wynikach swych przyniesie „racjonalne lecznictwo, udostępnienie go ubezpieczonym i stosowanie akcji zapobiegawczej przez uświadomienie i bezpośredni kontakt z chorymi". W końcu reforma ta miała przyczynić się do potanienia kosztów pomocy lekarskiej i kosztów administracyjnych.

Autor sprawozdania stara się udowodnić i przekonać, że cele te zostały przez reformę osiągnięte.

Postaram się z całą ścisłością i objektywizmem zanalizować wszystkie argumenty i dowody podane przez autora tego sprawozdania Dr. Niedzielskiego.

Jak wiadomo, wybrano obszar Pragi dla przeprowadzenia planowej reorganizacji lecznictwa, która przedewszystkiem miała polegać na powierzeniu opieki nad chorymi t. zw. lekarzom domowym. Ale w psychice reorganizatorów nastąpiło jakieś załamanie, strach przed odpowiedzialnością za wyniki zamierzonej reformy, „boć — jak powiada sprawozdanie — istnienie lekarza domowego o cechach uniwersalności, typu lekarza omnibusa, byłoby rzeczą w czasach dzisiejszych nie do pomyślenia na terenie m. Warszawy, gdzie ludność jest dostatecznie uświadomiona w wyborze tej, czy innej specjalności. Wiemy, iż dzisiejsza wiedza lekarska wybitnie zmienia się w kierunku jak najściślejszej, jednostronnej, a nawet ściśle ograniczonej specjalności".

Mamy zatem przed sobą wyznanie wiary lekarskiej D-ra Niedzielskiego. Ten światopogląd lekarski podyktował mu taką a nie inną reformę lecznictwa kasowego. Wybrana droga była mojem zdaniem niewłaściwa i nie mogła dać tych wyników, których spodziewali się autorowie reformy. W chwili, kiedy przystąpiono w Kasie Chorych w Warszawie do reformy organizacji lecznictwa, istniał już ogromny materjał europejskiego piśmiennictwa lekarskiego, wskazujący na konieczność powrotu lekarza domowego, jako lekarza ogólnego, obok lekarza specjalisty. Prąd ten czerpał żywotne soki z krytyki współczesnego lecznictwa, z krytyki szkolenia na uniwersytetach przyszłych lekarzy, z krytyki nadmiernej i wybujałej specjalności. Ta „nadmierna i wybujała specjalność" stała się już przedmiotem szyderstwa nawet codziennej prasy, która pisała o „specjalistach lewego lub prawego obojczyka".

Mechaniczny pogląd na istotę choroby odbił się

[1]) Dr. med. Henryk Niedzielski: *Lekarze domowi*. Str. 56. Warszawa, 1932. Nakładem Kasy Chorych w Warszawie.

niezawodnie na rozwoju lecznictwa w Kasach Chorych. Ta mechanizacja i z nią związana nadmierna specjalizacja w lecznictwie doprowadziły do tego, że osobowość chorego, jego indywidualność zaginęły przy ocenie choroby. Odbiło się to ujemnie i na kosztach leczenia. Nowoczesna organizacja lecznictwa kasowego opierać się musi na fundamencie pełnowartościowego lekarza domowego. Lekarz specjalista jest jego doradcą oraz uzupełnieniem i obejmuje wówczas leczenie, kiedy bezapelacyjnie przypaść mu musi. Lekarz domowy powinien przeto doskonale wyczuć granice swej kompetencji, by nie skrzywdzić chorego.

Postaram się na przykładzie praktyki codziennej w kasach chorych wskazać, jak w rzeczywistości wygląda w większości przypadków lecznictwo specjalistyczne. Zgłasza się ubezpieczony do przychodni specjalistycznej z prośbą o skierowanie go do lekarza chorób ocznych. Po krótszem lub dłuższem czekaniu dostaje się do specjalisty ocznego, który stwierdza zwykły nieżyt spojówek. Lekarz zapisuje odpowiednią receptę, pielęgniarka wkrapla mu ewentualnie krople do oczu. Po godzinnem lub dłuższem czekaniu ordynacja na tę bagatelną chorobę zajęła 2 minuty lekarzowi i chory wychodzi. Ubezpieczony cierpiał równocześnie na kaszel, udaje się do drugiego okienka i prosi o numerek do lekarza wewnętrznego. Otrzymuje go i czeka cierpliwie na swoją kolej. Nareszcie dostaje się do lekarza, który stwierdza nieznaczny nieżyt oskrzeli. Otrzymuje receptę na lekarstwo. Ale ubezpieczony ma jeszcze jakieś cierpienie, gdyż od 2 tygodni źle słyszy. Udaje się znów do innego okienka i otrzymuje przekaz do lekarza chorób usznych. Czeka cierpliwie na swoją kolej. Nareszcie dostaje się do lekarza, który stwierdza badaniem gołem okiem, że zewnętrzne przewody uszne są zatkane wydzieliną woskową i wskutek tego wytworzyła się głuchota. Pielęgniarka przepłukuje ucho. Chory jest wyleczony i wychodzi. Ale ma jeszcze ostatnie cierpienie, ranę na palcu. Bierze znów numer do chirurga, do którego dostaje się zwykle dopiero na drugi dzień i tu pielęgniarka załatwia się z chorym robiąc mu potrzebny opatrunek.

Chory miał 4 banalne choroby, stracił 2 albo 3 dni, by dostać się do 4 specjalistów. Ile czasu i ile pieniędzy kosztowały te 4 porady u 4 specjalistów? Cóż wspólnego ma z prawdziwą specjalizacją tak uprawiana specjalizacja w kasach chorych? Czyż lekarz praktyczny, uniwersalnie wykształcony (pogardliwie nazwany omnibusem) i przygotowany nie załatwi tak samo tych 4 przypadków chorobowych czterech rozmaitych specjalności? Czyż to nie jest poniżeniem istotnej specjalizacji, jeżeli lekarz specjalista musi się zajmować tak banalnemi schorzeniami?

Przytoczony przypadek jest jednym z wielu warjantów pomocy lekarskiej w specjalistycznych przychodniach kasowych.

Musiałem się nieco dłużej zatrzymać nad tem zasadniczem zagadnieniem, aby wskazać na jak mylnych poglądach oparła się kasa chorych w Warszawie, przystępując do zasadniczej reorganizacji lecznictwa.

Z chwilą, kiedy projektodawcy reformy stanęli na stanowisku, że nie można przypuszczać, „aby jeden człowiek mógł opanować wszystkie działy wiedzy lekarskiej i posiadać cechy uniwersalności, nasunęła się z konieczności myśl stworzenia pojęcia lekarza domowego zbiorowego, jako zespołu (3 specjalistów)". I utworzono zespół z lekarza internisty, z lekarza internisty z dobrą znajomością małej chirurgji i lekarza chorób dziecięcych. Ten zespół ma tworzyć typ lekarza domowego. Konia z rzędem dam temu, kto to zrozumie. Jeżeli może być lekarz internista z dobrą znajomością małej chirurgji, dlaczego nie może być tenże sam lekarz internista również z dobrą znajomością małej okulistyki, ginekologji, pedjatrji i t. d. Praktyka życiowa wykazuje, że jest to możliwe. Pan Dr. Niedzielski wyraża pogląd, że taki ustrój organizacyjny w kasie chorych w Warszawie jest niemożliwy. Tymczasem wiedeńska robotnicza kasa chorych mająca blisko dwa razy tyle ubezpieczonych, co warszawska kasa chorych, posiada oddawna ten typ lekarza praktycznego, lekarza ogólnego. Miasto podzielone jest na blisko 200 rejonów i w każdym ordynuje ogólny lekarz. Do pomocy w rozpoznawaniu chorób i do skomplikowanego leczenia ma do dyspozycji przychodnie specjalistyczne.

Niema żadnych przeszkód nawet w największem mieście utworzenia organizacji lecznictwa, opartego na lekarzu ogólnym (domowym) i uzupełnionego przychodniami specjalistycznemi.

Autor sprawozdania sam wyczuwał niewłaściwość nazwania zespołu 3 lekarzy nazwą lekarza domowego, a nazwał tych lekarzy lekarzami rejonowymi.

Jest to delikatnie mówiąc pogrzeb lekarza domowego, gdyż zdaniem Dr. Niedzielskiego ustalenie nowej nazwy „lekarz domowy", „mogłoby wprowadzić pewien zamęt i dezorganizację w umysłach ubezpieczonych".

Kasa chorych dla przeprowadzenia nowych form organizacyjnych lecznictwa stworzyła 7 punktów ambulatoryjnych, które nazwano pododdziałami. Nazwa ta nie odpowiada nazwom ustalonym przez Związek Kas Chorych i państwowe władze nadzorcze. Punkty powinny się nazywać ośrodkami leczniczemi.

Sama zasada tworzenia małych przychodni jest słuszna i celowa, gdyż uprzystępniają one ubezpieczonym pomoc lekarską. O ile z tego punktu widzenia rozpatrywać będziemy problem reorganizacyjny, to Kasa Chorych postąpiła dobrze.

Jednakowoż to uprzystępnienie pomocy lekarskiej odnosi się wyłącznie do chorób wewnętrznych, chirurgji i chorób dziecięcych. O ile ubezpieczony był chory na inna chorobę, musiał szukać pomocy lekarskiej w przychodni specjalistycznej.

Jak się odbiła ta reforma na gospodarce Kasy? Sprawozdanie wymienia jako sukces reorganizacji zmniejszenie kosztów recept o 13 groszy na jednej recepcie.

Jednakowoż przeprowadzona reorganizacja nie **przyniosła zmniejszenia liczby** recept, gdyż przed organizacją w r. 1929 liczba recept wyniosła 924.921 a po reorganizacji w r. 1931 — recept 997.069, t. j. o 72.148 więcej. Zmniejszenie się kosztu recepty, wynika z tego powodu, że Kasa Chorych otworzyła na Pradze dwie nowe apteki, przeto recepty przekazywane dawniej do aptek publicznych były potem wykonywane w aptekach kasowych. Ale miarodajną

rzeczą dla oceny gospodarczych skutków reformy jest liczba recept, aczkolwiek trzeba zawsze wziąć pod uwagę, czy w danym okresie nie panowały wielkie epidemje, które mogły wpłynąć na liczbę zapisanych lekarstw.

W każdym razie zmniejszenie kosztów jednej recepty nie stoi w żadnym związku z reorganizacją lecznictwa.

Reorganizacja nie przyniosła również zmniejszenia wydatków na zasiłki. Wprawdzie w sprawozdaniu wykazana jest obniżka tych wydatków za rok 1931 w wysokości 27.7%, podczas gdy w obwodzie na ul. Wolskiej wynosi tylko 26.8%, t. j. o 0.9% mniej, a w innych obwodach jest stosunek procentowy o wiele gorszy, w obwodzie III na ul. Mławskiej jest nawet wzrost o 11.2%. Ale autor sprawozdania zbyt lekko potraktował to zjawisko, że na Solcu zmniejszenie się wydatków na zasiłki w tym samym roku wynosi 39.4%, czyli, że spadek na zasiłki w tym obwodzie jest wyższy o 11.7%, aniżeli na zreorganizowanym odcinku.

Te liczby były widocznie trochę kłopotliwe i sprawozdawca szuka wyjścia, aby dowieść, że reorganizacja przyniosła Kasie ekonomiczne korzyści. Powiada, że „odsetek, wyrażający się liczbą 39.4% nie jest realny i nie może być brany pod uwagę, gdyż oddział II (Solec) wypłacał zasiłki ubezpieczonym zamiejscowym, a od lutego 1931 r. wypłata dalszych zasiłków ubezpieczonym tej kategorji została wstrzymana i to tłumaczy tak wielki odrazu spadek zasiłków w dalszych miesiącach". Argumentacja Dr. Niedzielskiego, która służyła za obronę jego tezy, broni w całej rozciągłości mojej tezy, że reorganizacja nie przyniosła spodziewanych oszczędności. Jeżeli obwód Solec od lutego 1931 r. nie wypłacał zasiłków zamiejscowym ubezpieczonym, to w ocenie wydatków na zasiłki musi być równomiernie traktowany z innymi obwodami. I ta ocena wykazuje (należy odliczyć ewentualnie styczeń, w którym to miesiącu jeszcze wypłacono zasiłki ubezpieczonym obcych Kas), że w obwodzie drugim, gdzie nie przeprowadzono reorganizacji, spadek wypłaconych zasiłków jest najwyższy. Przeto twierdzenie Dr. Niedzielskiego, że „tak wielki spadek zasiłków na Pradze w dużej mierze przypisać należy wynikom reorganizacji" jest conajmniej wątpliwe.

O wiele wyraźniej wystąpi moja teza o braku efektu ekonomicznego przeprowadzonej reorganizacji, jeżeli się zestawi za rok 1931 wykazy ilości dni, za które były wypłacone ubezpieczonym zasiłki z powodu niezdolności do pracy („zasiłki 60%") (tabela Nr. 7). Otóż według tej tabeli w r. 1931 spadła liczba dni zasiłków 60% w obwodzie na Solcu o 34.3%, na Puławskiej o 23.9%, na Wolskiej o 23.4%, a na Pradze o 21.8%, czyli zreorganizowany obwód znajduje się dopiero na czwartem miejscu.

Ponieważ ryczałtowe liczby dni zasiłków nie dają właściwego obrazu, postarałem się zanalizować te dane według liczby ubezpieczonych. Na str. 8 sprawozdania podana jest liczba uprawnionych według obwodów. Uprościłem sobie zadanie w ten sposób, że wszędzie przyjąłem 50% członków Kasy i 50% czł. rodzin. Nie jest to zupełnie ścisłe, ale nie wpływa na ostateczny rezultat.

Otóż w r. 1931 było dni zasiłkowych

1)	na Marjańskiej	155.493	na 30.552	czł., t. j.	5.12	dni na 1 ubezp.
2)	„ Solcu	126.421	„ 22.406	„	5.64	„
3)	„ Mławskiej	138.732	„ 31.297	„	4.43	„
4)	„ Puławskiej	115.514	„ 35.811	„	3.26	„
5)	„ Wolskiej	253.340	„ 70.678	„	7.82	„
6)	„ Pradze	193.729	„ 42.366	„	4.57	„

Z zestawienia tego wynika, że najniższe liczby dni zasiłkowych miał obwód na Puławskiej, na drugiem miejscu znajduje się obwód na Mławskiej, a na trzeciem dopiero zreorganizowana Praga.

Czyż można wobec tych niewątpliwych danych jeszcze twierdzić, że reorganizacja przyniosła kasie ekonomiczne korzyści?

Jakże w rzeczywistości wygląda twierdzenie sprawozdania (str. 41), że „równorzędnie ze spadkiem zasiłków pod względem finansowym zaznaczył się również i spadek zasiłków pod względem zmniejszenia się ilości dni niezdolności do pracy".

Korzystnie przedstawia się stosunek wizyt domowych do ogółu porad, który jest na Pradze najniższy, ale w stosunku do obwodu na Marjańskiej wynosi zaledwie o 1.4% mniej, w porównaniu jednak do reszty obwodów stosunek jest dla Pragi o wiele korzystniejszy. Nie ulega wątpliwości, że ten spadek wizyt domowych na Pradze stoi w związku z reorganizacją, gdyż ciągłość pomocy lekarskiej była zapewniona dla chorób wewnętrznych i dziecięcych.

Jednakowoż dla ścisłej oceny tego faktu konieczną jest znajomość ruchu ubezpieczonych według obwodów, celem sprawdzenia, czy spadek wizyt nie pozostaje choć częściowo w łączności ze spadkiem liczby ubezpieczonych.

Również dla oceny spadku liczby godzin ordynujących potrzebny jest ruch ubezpieczonych według obwodów. Znaczny bowiem spadek liczby ubezpieczonych pociąga za sobą z natury rzeczy i spadek liczby godzin ordynacyjnych, jeśli nie odrazu, to w każdym razie po kilku tygodniach.

Jeszcze kilka słów pragnę powiedzieć o współpracy Obwodu — Praga z miejskimi ośrodkami zdrowia. „Wobec wspólnych zadań — powiada sprawozdanie — jakie posiada Kasa Chorych i powyższe instytucje, zaistniała pomiędzy niemi współpraca". Nie jest moim zwyczajem, przysięgać in verba magistri, dlatego zapewnienia o współpracy mógłbym przyjąć, gdyby sprawozdanie wymieniło, ile osób uprawnionych do świadczeń Kasy korzystało z ośrodków i z których działów, ile niemowląt, ile ciężarnych, ile chorych na gruźlicę korzystało z tych poradni, ile udzielono porad dla osób ubezpieczonych w Kasie i jakie finansowe koszty poniosła Kasa dla tych ośrodków. Dopiero wówczas mógłbym przyjąć do wiadomości ze spokojnem sumieniem dane o współpracy Kasy na Pradze z Ośrodkami zdrowia.

Dobiegam do końca i uwagi moje streszczam następująco:

1) Kasa Chorych w Warszawie nie stworzyła organizacji z typem lekarza domowego.
2) Kasa Chorych nie osiągnęła takich rezultatów finansowych, jakich się spodziewała.
3) Kasa Chorych stworzyła małe przychodnie

dla chorób wewnętrznych, dziecięcych i małej chirurgji.

Czy Kasa Chorych w Warszawie ma kontynuować tę reorganizację w innych obwodach?

Według mojego zdania powinna się wstrzymać od dalszej organizacji tego typu. Albo istnieje odwaga i rozmach w przeprowadzeniu prawdziwej reorganizacji lecznictwa, która po pewnym czasie, gdy ubezpieczeni się z nią zapoznają, wywoła niezawodne zadowolenie, albo należy zrezygnować z wszelkich reform, gdyż połowiczne załatwienie na wzór Pragi, przynieść musi tylko rozczarowanie i dalszą niechęć ubezpieczonych do tak ważnej a koniecznej instytucji ubezpieczeniowej.

Co robić dalej? Czy jest wyjście z tej sytuacji? Czy fatalistycznie przyglądać się nadal ujemnym stronom dzisiejszej organizacji lecznictwa? Musi się znaleźć wyjście. Znakomity chirurg prof. Bier w jednej z licznych swych prac wyraził się, że jest „praktycznym lekarzem i profesorem chirurgji". Bier bronił się przeciwko napaściom dowodzącym, że jako specjalista-chirurg odważa się zabierać głos w sprawach medycyny nie dotyczącej jego specjalności jak: o zapaleniu śródsierdzia, czynnościowych zaburzeniach wątroby, chorobach centralnego systemu nerwowego i t. p.

Dla rozwoju lecznictwa w przyszłości wyrażenie się prof. Biera będzie miało zapewne zasadnicze znaczenie.

Rozpatrując historję rozwoju ostatnich kilkudziesięciu lat, nie może żaden lekarz ze zdrowym rozsądkiem zaprzeczyć sukcesom z powodu podziału nauki lekarskiej na specjalności. Równocześnie musimy bezstronnie przyznać, że trzymamy w garści pojedyńcze działy medycyny, ale zginęło duchowe spoidło. Jakie wynikły z tego podziału ujemne konsekwencje? Dla lekarza zacieśnienie umysłowego horyzontu, dla chorego zbyteczne i zawsze dla zdrowia obojętne leczenie. Lekarze czasów Hipokratesa byli lekarzami pełnowartościowymi, obejmowali bardzo szeroki zakres nauki lekarskiej: choroby wewnętrzne, chirurgję, choroby kobiece, oczu, uszu i t. d. Leczyli djetą, wodą, słońcem, gimnastyką, masażem, analizą, hipnozą, wpływali psychicznie, stosowali roślinne lekarstwa i wykonywali zabiegi operacyjne. Ponadto umieli wgłębiać się w historję rodzinną chorego, w jego osobiste przeżycia, środowisko, zawód. Te piękne cechy lekarskie spotykamy jeszcze u niektórych lekarzy prowincjonalnych i małych miast. Szalejąca mechanizacja współczesnego życia usunęła ten typ lekarza. Trzeba go jednak z powrotem odrodzić, przedewszystkiem dla ubezpieczenia na wypadek choroby, które jest w tem szczęśliwem położeniu, że do pomocy domowego lekarza może mieć do dyspozycji sztab wykwalifikowanych specjalistów. Reforma taka nie może być jednak przeprowadzana z pośpiechem, masowo. Przedewszystkiem należy przygotować fundament pod tę reformę: materjał lekarski. Uniwersytety nie powinny nadal być wylęgarnią samych specjalistów, ale naukę kliniczną nastawiać do tych nowych wymagań. Studenci medycyny powinni być informowani o tych zadaniach i obowiązkach, jakie ich czekają w przyszłości. Wiedzę lekarską, kliniczną, należy uzupełnić nauką z medycyny społecznej i z medycyny pracy. Lekarze odbywający obowiązkową praktykę szpitalną powinni przejść wszystkie działy medycyny, by zdobyć uniwersalne wykształcenie i być przygotowanymi do wykonywania zadań ogólnego (domowego) lekarza.

Reforma taka da tylko wówczas niezaprzeczone korzyści moralne i materjalne, jeśli pozycja domowego lekarza w kasie chorych będzie uprzywilejowana i utrwalona, jeśli ten lekarz nie będzie nadto przeciążony pracą, jeśli będzie miał ośrodek leczniczy tylko z tysiącem ubezpieczonych (z rodzinami około 2000 głów), jeśli materjalnie będzie niezależny i zabezpieczony na starość, wreszcie, jeśli będzie miał możność dokształcania się i uzupełniania stale swojej wiedzy. Tylko w tych warunkach przeprowadzona reforma ma szanse powodzenia. Wszelkie inne kombinacje muszą spalić na panewce i stworzyć nowe rozczarowanie.

Zapewne, że nie powrócimy i powrócić nie możemy do typu lekarza czasów Hipokratesa. Bez techniki i prac laboratoryjnych już nie możemy się obejść, tak jak nie możemy się wyrzec dzisiejszych środków komunikacyjnych, światła elektrycznego, podziału pracy i innych zdobyczy cywilizacyjnych. Ale powrócić możemy i powinniśmy do duchowego oblicza lekarza czasów greckich. To oblicze zdobyć może z powrotem lekarz uniwersalnie wykształcony i lekarz specjalista z praktycznem wykształceniem z ogólnej medycyny. Powinniśmy w przyszłości mieć specjalistów takich, jak to Bier określił: lekarz praktyczny i chirurg, lekarz praktyczny i ginekolog, lekarz praktyczny i okulista i t. d. Dopiero wówczas medycyna, a zwłaszcza sztuka leczenia, wkroczy na właściwe tory.

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY. USTAWA Z DNIA 19 MAJA 1920 R. (DZ. U. R. P. Nr. 44, POZ. 272).

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 15 listopada 1932 r. Nr. I C. 263/32.

1. Przepis art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. dotyczy wyłącznie urzędników państwowych, powołanych przez nominację, a więc osób, pozostających w stosunku publiczno-prawnym do Państwa, natomiast nie może być stosowany do innych nawet publicznych funkcjonarjuszów niepaństwowych, chociażby powołanych przez nominację. Wobec tego dyrektor Izby Przemysłowo-Handlowej, będący funkcjonarjuszem Izby, jako instytucji samorządu gospodarczego, podlega obowiązkowi ubezpieczenia, chociażby został powołany na to stanowisko w drodze nominacji.

2. W myśl przepisu art. 4 ust. 1 przytoczonej ustawy zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia ze

względu na wysokość pobieranego uposażenia (ponad 7.500 zł. rocznie) dotyczy jedynie osób, reprezentujących przedsiębiorstwa przemysłowe i handlowe, a nie również inne zakłady pracy.

„Po wysłuchaniu sprawozdania sędziego-referenta, głosów rzeczników stron oraz wniosków prokuratora,

z w a ż y w s z y:

1) że Sąd Apelacyjny wyrokiem zaskarżonym, w uwzględnieniu powództwa K. B. przeciwko Kasie Ch. w Ł., uznał, iż powód, jako dyrektor Izby Przemysłowo- Handlowej w Ł., nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby, wobec czego uchylił decyzję Kasy Chorych z dnia 20 czerwca 1930 na zasadzie art. 3 i 4 ustawy z dnia 19 maja 1920 wychodząc z założenia, iż powód powołany został na dyrektora Izby Przem.-Handlowej przez nominację Ministra Przemysłu i Handlu i otrzymał uposażenie przekraczające 7.500 zł. rocznie;
2) że rzecznik Kasy Ch. w kasacji zarzuca temu wyrokowi obrazę art. 4 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. poz. 272) oraz art. 339 i 711 U. P. C.;
3) że w myśl ust. 2 art. 4 ustawy z dn. 19 maja 1920 nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia urzędnicy państwowi, powołani nie na podstawie umowy pracy, lecz przez nominację; wyjątek ustanowiony w tym przepisie od reguły, wypowiedzianej w art. 3 ust. 4 tejże ustawy, dotyczy wyłącznie urzędników państwowych, powołanych przez nominację, a więc osób, pozostających w stosunku publiczno-prawnym do Państwa, natomiast nie może być zastosowany do innych nawet publicznych funkcjonarjuszów niepaństwowych, chociażby powołanych przez nominację;
4) że sam fakt nominacji powoda przez Ministra Przemysłu i Handlu nie nadaje powodowi jeszcze charakteru urzędnika państwowego, jak również nie przyznaje mu takich cech rozporządzenie Prezydenta z dnia 15 lipca 1927 o izbach przemysłowo-handlowych (Dz. U. poz. 591), gdyż, w rozumieniu art. 3 tego rozporządzenia, dyrektor jest funkcjonarjuszem Izby, jako instytucji samorządu gospodarczego;
5) że powołana w zaskarżonym wyroku okoliczność, iż dyrektor Izby pobiera uposażenie, przekraczające 7.500 zł. jest bez znaczenia, gdyż w myśl przepisu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 19 maja 1920 zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia ze względu na wysokość pobieranego uposażenia dotyczy jedynie osób, reprezentujących przedsiębiorstwa przemysłowe i handlowe, do rzędu zaś tych przedsiębiorstw nie należy Izba Przem.-Handlowa, będąca, jak już zaznaczono wyżej, instancją samorządu gospodarczego;
6) że przeto zasadniczy wniosek Sądu Apelacyjnego, iż powód, jako dyrektor Izby Przem.-Handlowej, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia, oparty jest w myśl słusznych wywodów kasacji, na błędnej wykładni przepisu art. 4 ustawy z dn. 19 maja 1920 r., wobec czego wyrok zaskarżony ostać się nie może;

z tych zasad Sąd Najwyższy zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z powodu obrazy art. 4 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272) uchyla i sprawę do ponownego rozpoznania temuż Sądowi w innym składzie sędziów przekazuje".

Z wyroku N. T. A. z dnia 21 grudnia 1932 r. L. R. 2592/30.

Członkowie Zarządu (dyrektorzy) spółdzielni nie pozostają w stosunku służbowym, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia według art. 3 ustawy z 19 maja 1920 r., chociażby pełnili swoje czynności na zasadzie umowy ze spółdzielnią i za wynagrodzeniem.

„Zarząd Pow. Kasy Chorych w Trembowli podciągnął zatrudnionych w Spółdzielczym Zakładzie Kredytowym w B. dyrektorów Abrahama H. i Fabjana E. pod obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby i wymierzył składki ubezpieczeniowe za czas od 1 stycznia 1926 do 31 maja 1929 w łącznej kwocie 331 zł. 50 gr. Na skutek rekursu wymienionego Zakładu Kredytowego Starosta Powiatowy w Trembowli orzeczeniem z 10 maja 1929 uchylił obowiązek ubezpieczenia powyższych dyrektorów, gdyż dochodzenia wykazały, że zostali oni powołani do pełnienia swoich funkcyj przez walne zgromadzenie członków spółdzielni, będąc równocześnie członkami tej spółdzielni i wskutek tego stosunek ich do spółdzielni nie może być podciągnięty pod przepisy art. 3 ustawy z 19 maja 1920 r. Wojewoda tarnopolski orzeczeniem z 9 stycznia 1930 uchylił na skutek rekursu Kasy Ch. w T. decyzję starosty i przywrócił moc prawną orzeczeniu Kasy Chorych

Na to orzeczenie wniósł Spółdzielczy Zakład Kredytowy w B. skargę do N. T. A., który rozważył, co następuje:

W uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia podniesiono, że wymienieni dyrektorowie, chociaż pochodzą z wyboru, pozostają do Spółdzielni w stosunku służbowym, czego dowodzi spisana z nimi przez Radę Nadzorczą 20 grudnia 1925 r. umowa służbowa, określająca ich prawa i obowiązki oraz wysokość wynagrodzenia, wobec czego podlegają oni na podstawie art. 3 ustawy z 19 maja 1920 obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby. Pozwana władza wyszła zatem z założenia, że między dyrektorami, t. j. członkami zarządu Spółdzielni, a Spółdzielnią istnieje stosunek służbowy.

Zapatrywanie to, jak słusznie zarzuca skarga, jest błędne. Według postanowień ustawy z 29 października 1920 r. o spółdzielniach (Dz. Ustaw poz. 733), zarząd względnie dyrekcja jest organem spółdzielni, reprezentującym ją jako osobę prawną nazewnątrz (art. 33). Przez czynności Zarządu spółdzielni nabywa prawa i przyjmuje zobowiązania (art. 37). Zakres praw i obowiązków członków zarządu, jako przedstawicieli spółdzielni, określają ustawa i statut, nie

zaś umowy, zawierane z członkami zarządu przez radę nadzorczą, m. i. co do wysokości wynagrodzenia. Okoliczność, że członkowie zarządu wzgl. dyrektorowie pobierają wynagrodzenie, nie zmienia ich charakteru jako przedstawicieli spółdzielni, nie stanowi również istotnej cechy stosunku służbowego. Ponieważ zatem stosunek wybranych przez walne zgromadzenie członków spółdzielni członków zarządu, względnie dyrektorów, do spółdzielni nie jest stosunkiem służbowym a ustawowem przedstawicielstwem, wobec czego i umowa zawarta w niniejszym wypadku przez Radę Nadzorczą skarżącego Zakładu Kredytowego z wymienionymi na wstępie dyrektorami (zarządem) nie stwarza stosunku służbowego, a dotyczy w istotnych swych postanowieniach tylko wynagrodzenia tych dyrektorów, należało zaskarżone orzeczenie uchylić, jako prawnie nieuzasadnione".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 1932 r. Nr. III. Rw. 2129.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wyp. choroby nie unieważniła istniejących w chwili wejścia w życie tej ustawy pragmatyk służbowych dla pracowników poszczególnych Kas Chorych na obszarze b. zaboru austrjackiego.

Przepis art. 73 p. V powyższej ustawy dotyczy jedynie tych regulaminów służbowych, których uchwalenie nastąpiło po wejściu w życie tej ustawy.

(uzasadnienie pomijamy. — Red.).

Z wyroku N. T. A. z dnia 3 czerwca 1932 r. L. Rej. 6992/29.

Obowiązek płacenia składki w ubezpieczeniu na wypadek choroby kończy się, z zastrzeżeniem postanowień ust. III art. 51, dopiero z dniem zawiadomienia Kasy Chorych o zaprzestaniu pracy przez ubezpieczonego.

P o w o d y

J. S. pismem z dnia 6 paźdz. 1928 r. zażądał od Pow. Kasy Chorych w L. zwrotu składki ubezpieczeniowej, zapłaconej za służącą M. K. za czas od 9 względnie 16 lipca 1928 r. oraz odpisania składki ubezpieczeniowej, wymierzonej mu za tę samą służącą za czas od 1 do 25 sierpnia 1928 r., ponieważ służąca ta z dniem 8 lipca 1928 r. zaprzestała u niego pracować. Urząd Ubezpieczeń w L., któremu Kasa Chorych przedłożyła sprawę do decyzji, orzeczeniem z dnia 29 listopada 1928 r. L. dz. 1084/28-14-V. oddalił powyższe żądanie jako nieuzasadnione, a Wyższy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu orzeczeniem z 27 sierpnia 1929 r. L. 6. U. K. 29 wydanem w załatwieniu odwołania, wniesionego przez J. S., zatwierdził orzeczenie Urzędu Ubezpieczeń.

Na to orzeczenie W. U. U. wniósł J. S. skargę do N. T. A., który rozważył, co następuje:

Skarżący wymeldował M. K. w Kasie Chorych dopiero dnia 25 sierpnia 1928 r. Sporną jest wykładnia postanowień zawartych w art. 51 I ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272), według których składki winny być wpłacane aż do dnia zawiadomienia (zgodnie z art. 15 ustęp I) o zaprzestaniu pracy przez ubezpieczonego. W art. 15 I postanowiono, że pracodawcy obowiązani są w ciągu 3 dni od daty przyjęcia lub zwolnienia pracownika, (a jeżeli przedsiębiorstwo znajduje się w innej miejscowości niż Zarząd Kasy w ciągu 5 dni), zawiadomić o tem piśmiennie Zarząd Kasy. Art. zaś 52 ustęp II tej samej ustawy głosi, że składki za ubezpieczonych winni wnosić i nadsyłać na swój koszt sami pracodawcy.

Zaskarżone orzeczenie oparto na tem, że z treści przytoczonych wyżej postanowień, zawartych w art. 51 I i w art. 52 II wynika, że pracodawca obowiązany jest za podlegającego ubezpieczeniu pracownika opłacać składki dopóty, dopóki nie zawiadomi Kasy o zaprzestaniu pracy przez niego i że wnioskowi temu nie stoi bynajmniej na przeszkodzie zawarta w art. 51 I wzmianka o art. 15.I., gdyż przez wzmiankę tę ustawodawca chciał jedynie przypomnieć, że jak przy zgłoszeniu pracownika tak i przy jego wymeldowaniu obowiązuje pracodawcę termin 3 względnie 5-dniowy. W zaskarżonem orzeczeniu zaznaczono zarazem, że celem art. 51 I. jest ochrona Kasy przed stratami, jakie mogłyby dla niej powstać przez udzielanie świadczeń pracownikowi, który zaprzestał pracy. Skarżący wywodzi, że art. 51 I. należy tłumaczyć nie oderwanie, lecz w łączności z innemi postanowieniami ustawy. W związku z tem skarżący podnosi, że podstawą członkostwa Kasy Chorych względnie podstawą praw do świadczeń ze strony Kasy Chorych jest zatrudnienie, określone w art. 13 ustawy z 19 maja 1920 r., że wskutek tego osoba nie mająca takiego zatrudnienia nie może być członkiem Kasy Chorych, że Kasa Chorych nie ma w stosunku do takiej osoby żadnych obowiązków, a temsamem nie może mieć żadnych roszczeń do zabezpieczenia się przed stratami, że co do pracownika, który przestał być zatrudnionym i nie pobiera żadnej płacy, brak podstawy do wymierzania składki ubezpieczeniowej, gdyż według art. 19 powyższej ustawy dla określenia wysokości tejże składki jest właśnie płaca miarodajna, i że gdyby wobec tego ustawodawca zamierzał obciążyć pracodawcę obowiązkiem uiszczania składki poza okres faktycznego zatrudnienia pracownika, to byłby nie ograniczył się w tym względzie tylko do postanowień zawartych w art. 51.I., lecz byłby to w oddzielnym przepisie wyraźnie wypowiedział. Skarżący zaznacza również, że gdyby uznać stanowisko Wyższego Urzędu Ubezpieczeń co do wykładni art. 51 I. za trafne, to w razie zaniechania przez pracodawcę wymeldowania pracownika, Kasa Chorych byłaby władną zażądać od pracodawcy składek ubezpieczeniowych także za pracownika, który zaprzestał pracy z powodów takich jak śmierć, emigracja, zmiana stanowiska pracobiorcy na stanowisko pracodawcy i t. p., takie zaś żądanie byłoby, jeżeli nie sprzeczne z powołanemi wyżej przepisami ustawy, to w każdym razie wielce niesprawiedliwe. Opierając się na powyższem skarżący dochodzi do wniosku, że za pracownika, który przestał pracować, pracodawca także w razie niezameldowania tegoż zaprzestania pracy, nie jest obowiązany uiszczać składek ubezpieczeniowych poza dzień tego zaprzestania względnie poza tydzień, o którym mowa w art. 51 III.

Ten wniosek skarżącego jest mylny. Jak okazuje się z przytoczonych wyżej postanowień, zawartych w art. 51 I, ustawodawca postanowił, że składki

winny być wpłacane aż po dzień zawiadomienia o zaprzestaniu pracy przez ubezpieczonego. Z zawartego w tych postanowieniach słówka „aż" wynika, że ustawodawca widocznie miał na myśli także jakieś inne okoliczności wcześniejsze od zawiadomienia Kasy o zaprzestaniu pracy, a więc przedewszystkiem poprzedzające zwyczajnie to zawiadomienie faktyczne zaprzestanie pracy, lecz nie to zaprzestanie, a dopiero aż zawiadomienie o niem uznał za okres obowiązku płacenia składki. Stylizacja art. 51 I. jest wobec tego nie przypadkowa, lecz następstwem widocznych rozważań ustawodawcy i właśnie wyrazem ich wyniku.

Wola ustawodawcy, że obowiązek płacenia składki kończy się dopiero z dniem zawiadomienia Kasy o zaprzestaniu pracy (oczywiście z zastrzeżeniem tygodnia, o którym mowa w ustępie III tego samego art. 51) została w tym art. tak wyraźnie wypowiedzianą, że z tego przepisu co do tej woli nie może powstać żadna wątpliwość.

Inne zaś postanowienia tej samej ustawy mogłyby służyć za podstawę do wątpliwości co do powyższej woli ustawodawcy oczywiście tylko w tym razie, gdyby pozostawały w istotnej sprzeczności z art. 51 I. Takiej sprzeczności N. T. A. w ustawie o której mowa nie mógł się jednak dopatrzeć.

W szczególności nie jest z art. 51 I sprzeczny art. 3 na który się skarżący powołuje. Chodzi o osoby nie dobrowolnie ubezpieczone (art. 8) lecz podlegające obowiązkowi ubezpieczenia. W art. 3 przyjęto wprawdzie za podstawę obowiązku ubezpieczenia zatrudnienie określone w tym artykule. W art. zaś 10 i 13 postanowiono, że obowiązkowo ubezpieczeni stają się członkami Kasy od dnia rozpoczęcia zatrudnienia uzasadniającego członkostwo z wyjątkiem nie stale zatrudnionych, którzy stają się członkami z chwilą wpisania ich na listę ubezpieczonych, i że obowiązkowo ubezpieczony przestaje być członkiem Kasy, gdy porzuca zatrudnienie, na podstawie którego podlegał obowiązkowi ubezpieczenia, przyczem jednak zachowuje prawo do świadczeń przewidzianych w art. 36 I i II.

Ustawodawca nie stoi zatem na stanowisku, że z chwilą ustania obowiązku ubezpieczenia ustają wszelkie jego skutki, lecz przewiduje pewne skutki ubezpieczenia także w czasie po ustaniu jego obowiązku. Art. 3 dotyczy tylko obowiązku ubezpieczenia, nie zaś także skutków ubezpieczenia po ustaniu jego obowiązku. Gdy zaś art. 51 I. reguluje właśnie te skutki, a w szczególności obowiązek dalszego płacenia składek, przeto dotyczy kwestji nie unormowanych w art. 3 i z tego powodu nie może pozostawać z tym artykułem w żadnej sprzeczności.

W art. zaś 19 na który skarżący również powołuje się, określono podstawę dla obliczenia składek ubezpieczeniowych przyjmując za nią zarobek pracownika. Z artykułu tego wynika, że pracodawca ma uiszczać składki za czas, za który wypłacał danemu robotnikowi zarobek. Zasada ta nie wyklucza jednak wyjątku, a właśnie taki wyjątek ustanowiono w art. 51 I.

Na tym samym stanowisku pod względem istotnym N. T. A. stanął już także w wyroku z 26 czerwca 1931 r. L. Rej. 1456/29 w sprawie ze skargi Pow. Kasy Chorych w Andrychowie na orzeczenie Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie z 5 stycznia 1929 r. L. O. S. 4508/2.28 w przedmiocie ubezpieczenia A. Z.

Kierując się temi rozważeniami należało skargę oddalić jako nieuzasadnioną".

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. ROZP. PREZ. RZPLITEJ Z DNIA 24 LISTOPADA 1927 R. (DZ. U. R. P. Nr. 106, POZ. 911).

Dyrektywa Związku Zakładów U. P. U. w sprawie stosowania art. 24 ust. 3 i 4 rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uchwalona na posiedzeniu Rady Zarządzającej Związku w dn. 31.I.33 r.

XXVII. I. „Odroczenie pobierania renty starczej na zasadzie art. 24 ust. 3 i 4 przez uprawnionego, który nie osiągnął 480 miesięcy składkowych i pozostaje w zatrudnieniu, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia, następuje na mocy wyraźnego pisemnego żądania ubezpieczonego, zgłoszonego do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w terminie właściwym dla zgłoszenia o ustaniu obowiązku ubezpieczenia z powodu uzyskania prawa do renty starczej. Żądanie zgłoszone po powyższym terminie jest nieważne.

Odroczenie pobierania renty starczej ustaje.

1) w razie zgłoszenia przez pracownika roszczenia o rentę starczą,

2) w razie osiągnięcia przez ubezpieczonego 480 miesięcy składkowych,

3) w razie ustania obowiązku ubezpieczenia.

Pobieranie renty starczej w wypadku jej odroczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po dniu zgłoszenia żądania wypłaty renty (art. 49 ust. 2). Przedawnienie roszczenia o rentę starczą w wypadku odroczenia jej pobierania biec zaczyna od momentu, określonego w części I-ej ust. 2, p. 2 i 3 niniejszej dyrektywy.

II. W wypadku niezgłoszenia wyraźnego pisemnego żądania ubezpieczonego o odroczeniu pobierania renty starczej, obowiązek ubezpieczenia ustaje z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym uprawniony ukończył 65 lat życia (art. 7, ust. 2). Od powyższego terminu Zakład nie ma prawa przyjmowania składek ubezpieczeniowych za danego pracownika, zawiadamiając pracodawcę i pracownika o ustaniu obowiązku ubezpieczenia.

Ewentualnie pobrane składki podlegają zwrotowi jako nienależnie pobrane (art. 105, ust. ost.).

W razie nieodroczenia pobierania renty starczej prawo do tej renty powstaje z chwilą ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat życia i od tej chwili biec zaczyna przedawnienie roszczenia. Raty renty za okres pomiędzy powstaniem prawa a zgłoszeniem roszczenia podlegają wypłacie, o ile nie uległy przedawnieniu w myśl przepisów prawa cywilnego (art. 56)".

Uzasadnienie.

I. W myśl art. 24 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, odroczenie pobierania renty starczej może nastąpić pod warunkami następującemi:

1) na żądanie uprawnionego,
2) o ile uprawniony pozostaje w zatrudnieniu, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia,
3) o ile uprawniony nie osiągnął jeszcze czterystu osiemdziesięciu miesięcy składkowych.

Powstaje pytanie, jak należy rozumieć warunek „na żądanie uprawnionego", czy celem uzyskania odroczenia pobierania renty starczej uprawniony powinien złożyć wyraźne oświadczenie, czy też żądania takiego należy się domniemywać na zasadzie czynności konkludentnych.

Art. 7 ust. 2 ustala zasadę, że obowiązek ubezpieczenia ustaje z końcem miesiąca, w którym osoba ubezpieczona uzyskała prawo do renty starczej, dopuszczając wyjątek od tej zasady jedynie na mocy postanowień art. 24 ust. 3 i 4. Przepisy art. 24 ust. 3 i 4 posiadają również charakter wyjątkowy, czyniąc odstępstwo od zasady ustalonej w ust. 1 i 2 art. 24, że prawo do renty starczej przysługuje ubezpieczonemu po ukończeniu 65 lat życia, niezależnie od pozostawania nadal na posadzie.

Wyjątek, zawarty w art. 24 ust. 3 i 4 jest jednak uzależniony od „żądania uprawnionego". Postawienie takiego żądania pociąga za sobą obok wyjątku od postanowień art. 24 ust. 1 i 2 w postaci odroczenia pobierania renty starczej również wyjątek od postanowień art. 7 ust. 2, mianowicie dalsze trwanie obowiązku ubezpieczenia i dalszy obowiązek opłaty składek ubezpieczeniowych.

Ze względu na to, że „żądanie uprawnionego" przewidziane w art. 24 ust. 3 pociąga za sobą szereg wyjatków od zasad, ustalonych w rozp. Prezydenta Rzplitej, uznać należy, że żądanie to musi posiadać charakter wyraźny, powinno to być wyraźne a nietylko domniemane oświadczenie woli ubezpieczonego.

Zajęcie bowiem stanowiska, że żądania odroczenia pobierania renty starczej należy się domniemywać w wypadku niezgłoszenia przez ubezpieczonego roszczenia o rentę starczą z jednoczesnem pozostawaniem nadal w ubezpieczeniu po ukończeniu 65 lat życia, zmieni zasadniczy charakter renty, przewidzianej w art. 24. Dla odroczenia bowiem pobierania renty starczej przy pozostaniu nadal w ubezpieczeniu nie będzie potrzebny żaden akt woli ubezpieczonego, wystarczy jedynie niewymeldowanie pracownika z ubezpieczenia przez pracodawcę.

Zamiast więc wymaganego przez rozporządzenie żądania pracownika o odroczeniu pobierania renty starczej, decydować będzie pracodawca i to zupełnie niezależnie od woli ubezpieczonego, często zresztą zupełnie przypadkowo przez niewymeldowanie pracownika w przepisanym terminie.

Niewymeldowanie pracownika z ubezpieczenia posiadać będzie w tym wypadku charakter konstytutywny zarówno dla pracownika (nieposiadającego formalnie żadnego wpływu na decyzję pracodawcy niewymeldowania pracownika z ubezpieczenia), gdyż pociągnie dla niego odroczenie pobierania renty starczej jak i dla pracodawcy, bowiem stworzy dla tego ostatniego obowiązek dalszej opłaty składek ubezpieczeniowych. W myśl zaś ogólnych postanowień rozp. Prezydenta Rzplitej obowiązek opłaty składek powstaje i gaśnie ipso facto et ipsa lege — niezależnie od zgłoszenia.

W wypadku odroczenia pobierania renty starczej, art. 24 ust. 3 i 4 wyraźnie uzależnia obowiązek pracodawcy opłaty składek od żądania pracownika odroczenia pobierania renty starczej — gdy tymczasem przy omawianej interpretacji odroczenie pobierania renty starczej przez pracownika byłoby uzależnione od tego, czy pracodawca przyjął na siebie dalszy obowiązek opłaty składek. Należy również wskazać na to, że pozostanie uprawnionego do renty starczej w ubezpieczeniu po ukończeniu 65 lat życia (a właściwie pozostawienie go w tem ubezpieczeniu przez pracodawcę) pociągnąć za sobą może niekorzystne skutki dla ubezpieczonego. Ubezpieczony bowiem zacznie pobierać rentę starczą od terminu późniejszego, a jednocześnie zaś, o ile nie osiągnął 120 miesięcy składkowych, okres ubezpieczenia po ukończeniu przez niego 65 lat życia nie będzie miał żadnego wpływu na wzrost renty, a jedynie tylko na podstawę wymiaru renty.

Z wyżej wymienionych względów zająć należy stanowisko, że odroczenie pobierania renty starczej nastąpić może jedynie na mocy wyraźnego oświadczenia woli ubezpieczonego. Oświadczenie takie powinno być skierowane do Zakładu bezpośrednio lub za pośrednictwem pracodawcy. W wypadku zgłoszenia takiego oświadczenia bezpośrednio do Zakładu, Zakład powinien o tem zawiadomić pracodawcę ze względu na obowiązek pracodawcy dalszego opłacania składek ubezpieczeniowych za pracownika, odraczającego pobór renty starczej.

Oświadczenie wyżej wymienione powinno być zgłoszone przed powstaniem prawa do renty starczej, gdyż żądanie odroczenia pobierania renty starczej nie może odnosić się do okresu już przebytego, lecz dotyczyć wyłącznie może okresu późniejszego.

Za moment ustania odroczenia pobierania renty starczej należy uznać z istoty rzeczy zgłoszenie roszczenia o rentę. W braku jednak takiego zgłoszenia, odroczenie pobierania renty ustać musi z chwilą osiągnięcia 480 miesięcy składkowych, gdyż na zasadzie art. 24 ust. 3 z chwilą osiągnięcia przez pracownika wyżej wymienionej liczby miesięcy składkowych ustaje zarówno uprawnienie pracownika do odroczenia pobierania renty, jak również i obowiązek pracodawcy dalszego uiszczania składek ubezpieczeniowych.

Odroczenie pobierania renty ustaje również z chwilą ustania zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, gdyż z tą chwilą brak jest jednego z warunków, koniecznych do odroczenia pobierania renty starczej oraz ustaje obowiązek opłaty składek ubezpieczeniowych, ściśle związany w myśl ust. ost. art. 24 z odroczeniem pobierania renty starczej.

Zgodnie z art. 49 ust. 2 wypłata odroczonej renty starczej rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po dniu zgłoszenia żądania wypłaty renty.

W myśl art. 56 roszczenie o rentę przedawnia się z upływem pięciu lat od chwili powstania uprawnienia. W wypadku odroczenia pobierania renty starczej uprawnienie do odroczonej renty powstaje z chwilą ustania jej odroczenia, od tej chwili przeto rozpoczyna się bieg przedawnienia (z wyjątkiem na-

turalnie wypadku, gdy ustanie odroczenia pobierania renty następuje na skutek zgłoszenia roszczenia).

II. W wypadku niezgłoszenia przez pracownika wyraźnego oświadczenia o odroczeniu pobierania renty starczej, obowiązek ubezpieczenia ustaje w terminie, określonym w art. 7 ust. 2 i Zakład nie ma prawa przyjmowania od pracodawcy dalszych składek ubezpieczeniowych za pracownika, niepodlegającego obowiązkowi ubezpieczenia.

Zakład powinien przeto prowadzić ewidencję osób, kończących 65 lat życia, mających przebyty okres wyczekiwania i w razie niewymeldowania tych pracowników z ubezpieczenia zawiadamiać zainteresowanych o ustaniu obowiązku ubezpieczenia. W wypadku zaś przyjęcia składek, składki te powinny, po ewentualnem późniejszem stwierdzeniu stanu rzeczy, ulec zwrotowi jako nienależnie pobrane na zasadzie art. 105 ust. ost. i odpowiednie miesiące nie podlegają zaliczeniu do ubezpieczenia.

W wypadku nieodroczenia pobierania renty starczej na zasadzie wyraźnego oświadczenia woli powstaje pytanie, od jakiej chwili powinna być wypłacana renta starcza, czy momentem decydującym będzie ukończenie 65 lat życia, czy też chwila zgłoszenia roszczenia.

W myśl art. 49 ust. 1 wszystkie renty wypłaca się miesięcznie zgóry od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po powstaniu prawa do renty.

W myśl art. 46 prawo do świadczeń powstaje w razie ziszczenia się wszystkich warunków, od których rozporządzenie Prezydenta Rzplitej uzależnia uzyskanie tego prawa.

W myśl art. 16 ust. ost. i art. 24 prawo do renty w wypadku, któremu jest poświęcona niniejsza dyrektywa, uzależniona jest od warunków następujących:

1) przebycia 60-miesięcznego okresu wyczekiwania,
2) ukończenia 65 lat życia.

Prawo do renty starczej nie jest jednak stwierdzane przez Zakład z urzędu, dla zrealizowania tego prawa konieczne jest zgłoszenie roszczenia.

Art. 49 ust. 2 uzależnia moment rozpoczęcia wypłaty renty starczej od chwili zgłoszenia roszczenia jedynie w wypadku odroczenia pobierania renty starczej. Z art. 48 ust. 1 wynika, że początek prawa do renty inwalidzkiej jest uzależniony od dnia zgłoszenia roszczenia, jedynie w wypadku, gdy w postępowaniu dla stwierdzenia niezdolności nie ustalono innego dnia, jako początku powstania tego prawa.

Z uwagi na brak specjalnych przepisów, uzależniających początek powstania prawa do renty starczej od terminu zgłoszenia roszczenia, jak również ze względu na to, że powstanie prawa do renty da się zawsze stwierdzić niezależnie od chwili zgłoszenia roszczenia, należy w myśl postanowień art. 46 uznać, że prawo do renty starczej powstaje z chwilą ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat życia, a w myśl art. 49 ust. 1 raty renty należą się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po osiągnięciu tego wieku.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 1932 r. Nr. III. 1. Rw. 55/32.

Nie należy do pracowników umysłowych w rozumieniu rozp. Prez. Rzplitej z dn. 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. poz. 323) [1] *ten, kto jest tylko kierownikiem robót i dozorcą robotników, jeżeli nie kieruje on technicznie pracą ani nie jest za całość pracy odpowiedzialny.*

(Uzasadnienie pominięto. — Red.).

MATERJAŁY

Mgr. S. RDZANEK

WYTYCZNE DLA LEKARZY I KAS CHORYCH W NIEMCZECH W SPRAWIE OSZCZĘDNEGO PRZEPISYWANIA LEKÓW

W Nr. 12 z 1932 roku miesięcznika „Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung" zostały podane wytyczne niemieckiej Komisji (Reichsausschuss) dla lekarzy i kas chorych w sprawie oszczędnego przepisywania leków. Wytyczne te nie różnią się zasadniczo od warunków, jakie powinny być przestrzegane przez lekarzy ordynujących w kasach chorych naszego Państwa, to też podajemy je w obszernem streszczeniu, a nawet niektóre punkty w dosłownem tłumaczeniu. Zalecenia i przykłady zaopatrujemy własnemi uwagami (wydrukowanemi kursywą).

I. Zasady wytyczne.

1. Podczas gdy w prywatnej praktyce lekarskiej chory ponosi sam i bezpośrednio koszty leków, w ubezpieczeniu na wypadek choroby opłata za lek obciąża głównie osobę trzecią, mianowicie kasę chorych.

Ta cecha, wypływająca z przepisów ustawowych, musi być ściśle brana pod uwagę przy ordynowaniu w kasach chorych.

Według ustawy ubezpieczony ma prawo do wystarczającej i celowej opieki lekarskiej. Opieka lekarska, do której należy i przepisywanie leków, nie powinna jednak przekraczać granic rzeczywistej potrzeby.

2. Oszczędne przepisywanie leków jest częścią oszczędnej opieki lekarskiej. Oszczędne przepisywanie leków należy rozumieć w ten sposób, że ze wszystkich dostępnych naukowych metod leczniczych, profilaktycznych lub łagodzących, stosować należy te, które, po uwzględnieniu cech fizycznych, psychicznych, socjalnych i zawodowych chorego, usuną najradykalniej i najszybciej chorobę i niezdolność do pracy.

[1]) Analogicznie można zastosować do postanowień art. 3 p. 1 rozp. Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. o ubezp. prac. umysł.

3. Lekarz kasowy jest obowiązany leczyć chorego dostatecznie i celowo. Leczenie nie powinno przekraczać granic rzeczywistej potrzeby. Lekarz kasowy nie powinien stosować leczenia zbędnego lub które stało się już zbędnem, powinien oszczędnie przepisywać środki lecznicze, szczególniej leki i środki wzmacniające, zarówno co do jakości, jak i co do ilości, oraz naogół przy spełnianiu swych obowiązków zawodowych — powinien chronić kasę przed wydatkami o tyle, o ile pozwalają na to jego czynności zawodowe. Lekarz, który nie stosuje się do tych wymagań, musi zwrócić kasie wynikłe stąd szkody.

Jakość środków leczniczych nie należy, naszem zdaniem, rozumieć jako dobroć, gatunek leku, gdyż stosowanie leku w gorszym gatunku, a tem samem tańszego, pomimo osiągnięcia doraźnego efektu pieniężnego, nie byłoby oszczędnem leczeniem, gdyż lekarz ordynujący w przypadku zastosowania leku w nieodpowiedniej jakości, mógłby nie osiągnąć pożądanej zmiany w stanie chorobowym, to też jakość leku należałoby rozumieć jako:

a) stosowanie odpowiedników chemicznych, t. j. nazw naukowych (Acidum acetylo-salicylicum), zamiast preparatów patentowanych (Aspirin oryg.),

b) stosowanie leków w postaci czystej jako proszki lub roztwory wodne (Kalium sulfoguajacolicum), zamiast specyfików (Sirolin),

c) przepisywanie leków prostych in subst. (Acidum bocicum cryst.), zamiast roztworów (Sol. Acidi borici).

4. Wymagana oszczędność nie powinna pogarszać pomocy lekarskiej. Jeżeli jednak cel leczenia może być osiągnięty zapomocą tańszych środków leczniczych lub zabiegów, to lekarzowi nie wolno przepisywać droższych środków nawet wówczas, gdy wymaga ich ubezpieczony.

5. Zastępcy, asystenci i lekarze czasowi powinni być pouczeni o zasadach i prawidłach oszczędnego ordynowania leków z chwilą objęcia swych czynności. Za ich wykroczenia lekarz odpowiada jak za własne.

Zrozumiałe, do pewnego stopnia, jest obarczenie odpowiedzialnością lekarza za czynności asystenta, natomiast czynienie go odpowiedzialnym za czynności zastępcy wydaje się niesłuszne, tembardziej, że ewentualne wykroczenia zastępcy będą miały miejsce w czasie nieobecności lekarza stałego, który nie będzie mógł kontrolować zastępcy.

II. Zasady ordynacji.

1. Nie każda porada lekarska wymaga recepty. Bardzo często leki mogą być zastąpione prostemi środkami higjenicznemi, fizycznemi lub djetetycznemi, dlatego też lekarz kasowy powinien zbadać, przed napisaniem recepty, czy w danym wypadku nie da się pominąć ordynacji leku.

Gdy ordynacja nie może być zastąpiona innym środkiem, należy przepisać lek o ile możności najprostszy, pomijając nieoszczędne i zbędne mieszanki.

2. Ordynacje, mające na celu głównie działanie sugestywne, mogą być stosowane jedynie w wyjątkowych wypadkach i tylko wówczas, gdy jest to niezbędne. Przy takich ordynacjach należy przestrzegać szczególną oszczędność.

3. W zasadzie ordynacja nie powinna zawierać więcej niż jeden środek, służący do jednego celu. Powinno się unikać o ile możności jednoczesnego przepisywania kilku podobnych lub jednakowo działających leków.

4. Z pośród podobnych lub jednakowo działających środków należy wybierać zawsze najbardziej skuteczny w oszczędnej formie i ilości.

Przepisywanie najskuteczniejszych, nie mieszanych, nie dzielonych środków bez sposobu użycia na piśmie — jest oszczędną ordynacją (sprzedaż odręczna).

Przykład:

Compr. Dimethylaminophenason 0,3 N X = 0,35 m. n.

a nie:

Pyramidon 0,3 d. tal. dos. N X = 2,10 m. n.

(forma proszków i ochrona nazwy powodują wyższe ceny).

Acid. hydrochlor. dil. 10,0 = 0,20 m. n.

a nie:

Acid. hydrochlor. dil. 6,0 sir. simpl. 10,0

Aq. destill. ad 200,0 = 0,75 m. n.

Stosownie do obowiązującej w Polsce taksy aptekarskiej, ceny leków podanych w przykładzie wyniosą:

Tabl. Amidopyrini 0,3 N X = 0,78 zł.

Pyramidon 0,3 d. t. d. N X = 1,02 zł.

Różnica ceny między temi dwiema formami leku jest mniej znaczna, aniżeli w Niemczech, co spowodowane jest tem, że u nas w grę wchodzi jedynie taksa za pracę, wówczas gdy w Niemczech, przy tym sposobie przepisania leku, niezależnie od taksy za pracę, obliczana jest należność za preparat oryginalny. Natomiast w Polsce, stosownie do rozporządzenia Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 28 sierpnia 1930 r. o określaniu cen aptecznych, należność za preparat oryginalny może być obliczona jedynie wówczas, jeżeli lekarz uzupełni receptę, dopisując obok nazwy środka, firmę wytwórczą np. „Meister Lucius" lub słowem „oryg.", t. j. jeżeli recepta napisana jest jak następuje:

Pyramidon „oryg." lub „Meister Lucius" 0,3 d. t. d. N X = 3.26 zł.

Acidi hydrochlor. dil. 10,0 = 0,21 zł.

Acidi hydrochlor. dil. 6,0 sir. simpl. 10,0

Aq. destill. ad 200,0 = 1,17 zł.

Do leków, które mogą być wydawane w aptekach w sprzedaży odręcznej, zgodnie z rozporządzeniem M. S. W. z dn. 28/VIII-1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz. U. R. P. Nr. 6 z dn. 26/I-1931 r., poz. 30) należą: środki nieoznaczone w taksie aptekarskiej krzyżykiem, oraz wyszczególnione w załączniku Nr. 2 do podanego wyżej rozporządzenia.

Ponieważ wyszczególnienie tych środków, z powodu braku miejsca w „Przeglądzie" jest utrudnione, przeto zmuszeni jesteśmy do ogólnikowego określenia tej grupy leków, zaznaczając, że do grupy środków, nieoznaczonych w taksie krzyżykiem należy większość leków w aptece, których przechowywanie dozwolone jest bez zachowania specjalnych środków ostrożności (środki silnie działające, trujące i odurzające).

Do częściej stosowanych środków, pomieszczonych w załączniku Nr. 2 należą: Acetum Sabadillae, Acidum carbolicum purum, Amidopyrinum aa 0,3, Antipyrinum aa 0,3 Chloroformium w mieszankach do 20%, Formalinum, Phenacetinum aa 0,3. Proszki od bólu głowy dla dorosłych o określonym składzie. Proszki od kaszlu dla dorosłych, Santoninum w postaci pastylek, Sirupus Ipecacuanhae, Tinct. Jodi, Tinct. Sabadillae i Zincum sulfuricum.

5. Ilość przepisanego środka powinna być podana w dokładnych liczbach (a nie „paczka", „pół porcji" i t. d.). Jej określenie uzależnione być powinno od przewidywanego okresu, w którym chory będzie potrzebował lekarstwa. Zbyt wielkie ilości prowadzą do marnotrawstwa leków, lecz i zbyt małe mogą być nieoszczędne.

Przy chorobach chronicznych przepisuje się w zasadzie ilość wystarczającą na tydzień, przy cierpieniach przejściowych — na parę dni.

Łatwo psujące się leki (np. Inf. Digitalis) mogą być zapisywane tylko na krótki okres.

Powino się brać w rachubę rodzaj i ilość leku, zużytego przez chorego, jak również uważać na wypadki nadużywania leku (narkotyki).

6. Silnie działające tinctury i wyciągi płynne należy przepisywać w ilości 10 — 15 g.

Leki sproszkowane — w ilości 10 — 30 g.

W projekcie przepisów ogólnych dla lekarzy kas chorych, które mają być pomieszczone w spisie środków leczniczych i opatrunkowych, opracowanym przez Komisję Lekarską Związku Kas Chorych zaleca się przepisywać tinctury silnie działające w ilości 5 — 10 g, zaś słabiej działające, jak Tinct. Valerianae i t. p. — 15 — 20 g.

7. Przy każdem określaniu ilości leku należy ściśle przestrzegać objętość naczyń. Określenie „ad" = „ad dos." zaokrągla ilość leku do objętości naczynia. Gdy bez tego określenia objętość naczynia zostanie przekroczona choćby o 1 miligram, wówczas aptekarz oblicza koszt następnej wielkości naczynia, nawet wówczas gdy go nie stosuje.

Przykład:
Zinci sulfurici 0.5
Aq. destill. ad 200.0 = 1.05 m. n.
a nie:
Zinci sulfurici 0.5
Aq. destill. 200.0 = 1.15 m. n.

Lekarz powinien pouczyć chorego co do ilości oraz godzin, zarówno jak co do okresu przyjmowania leku.

Podany w punkcie 7 przykład dla warunków istniejących u nas nie jest istotny, gdyż jak w pierwszym tak i drugim wypadku cena lekarstwa będzie ta sama. Spowodowane to jest tem, że polska taksa aptekarska nie uwzględnia flaszek o pojemności 200 g. (najbliższe wielkości 180 i 240 g).

Zasadniczo aptekarz u nas powinien obliczyć i często oblicza cenę flaszki faktycznie użytej, tem nie mniej ma prawo policzyć za następną wielkość, w wypadku przekroczenia przez lekarza ilości leku ponad pojemność podanej w taksie wielkości flaszki; to też wytyczne podane w powyższym punkcie powinny być zastosowane również w kasach chorych w Polsce.

Dla orjentacji podajemy maksymalne pojemności najczęściej stosowanych naczyń aptecznych, pomieszczonych w polskiej taksie: flaszki o pojemności 20, 30, 90, 120, 180, 240, 360 i 500 g., słoiki do maści o pojemności 20, 30, 50, 100 i 200 g.

8. Taksa za pracę aptekarza powinna być uwzględniana przy wyznaczaniu ilości przepisywanego leku.

Polska taksa aptekarska przewiduje opłatę za przyrządzanie pigułek w ilościach po 30 szt., t. j. 30, 60, 90 i t. d. to też przy przepisaniu 20 szt. oblicza się należność jak za 30 szt. przy przepisaniu 40 szt. — jak za 60 szt. i t. p.

9. Przy lekach przepisywanych w formie recept należy podawać na piśmie sposób użycia.

10. Przy środkach sprzedaży odręcznej (nie roztwory, nie mieszanki, nie dzielone) i lekach w gotowem opakowaniu (specyfiki) pisemne określenie sposobu użycia i każdorazowej dawki lub też czasu przyjmowania i dawki pociąga za sobą zwiększenie się kosztu leku o 10 fenigów.

Przykład:
Fol. Uvae Ursi 100.0 = 0.25 m. n.
a nie:
Fol. Uvae Ursi 100.0 S.×3dziennie 1 filiż. nap. = 0.35 m. n.

Przy środkach obojętnych pisemny sposób użycia nie powinien być stosowany z wyjątkiem wypadków możliwości pomieszania lub błędnego użycia. Naogół wystarcza pouczenie chorego przez lekarza — w razie potrzeby na piśmie. Przy środkach nie obojętnych należy zawsze podać na recepcie sposób użycia, przy ordynowaniu środków pochodnych opium podanie sposobu użycia na piśmie jest nakazane przez ustawę.

Określenie postaci środków sprzedaży odręcznej jest w naszych warunkach nieścisłe z następujących powodów: płyn Burov'a jest niczem innem jak roztworem octanu glinu w wodzie, spirytus kamforowy — roztworem kamfory w spirytusie i t. p.

Aspirin 0,5; Chininum hydrochl. 0,3 i t. p. są środkami dzielonemi, tem nie mniej mogą być wydawane z aptek w sprzedaży odręcznej.

Uwzględniając warunki obowiązujące u nas należałoby zastosować następujące określenie: „jako środki sprzedaży odręcznej należy uważać leki nieoznaczone w taksie krzyżykiem i podane w zał. Nr. 2 (patrz uwaga w punkcie 4), przepisywane w dawkach i ilościach bez sposobu użycia i z wyjątkiem roztworów lub mieszanek dwuch lub więcej środków".

Koszt leku, w zależności od sposobu przepisania przez lekarza, podanego w przykładzie, według polskiej taksy aptekarskiej wynosi zł. 0,32 i zł. 0,82 (opak. — torebka papierowa), a więc podanie na recepcie sposobu użycia powoduje podrożenie leku o zł. 0,50.

Podanie lub niepodanie sposobu użycia przy przepisaniu mieszanki (nie jest lekiem odręcznej sprzedaży), mimo, że składać się będzie ze środków obojętnych, nie wpływa na koszt leku, gdyż będzie on obliczony przez aptekarza jako recepta, to też w tym wypadku, jak również w razie przepisywania środków silnie działających lub odurzających, wskazane a nawet konieczne jest podawanie na recepcie pisemnego sposobu użycia.

11. Powtórzenie nie powinno być przepisywane dowolnie, przed powtórzeniem lekarz powinien szczególnie starannie zbadać, czy stosowanie leku jest jeszcze potrzebne oraz czy zużyta ilość odpowiada przewidzianemu okresowi. Niezbędne powtórzenia powinien lekarz przepisywać na papierze receptowym. Przepisywanie powtórzeń „reiteretur" na sygnaturach, pudełkach i t. p. jest niedozwolone. Przy wszystkich powtórzeniach powinno się dodawać na recepcie „s. v." (sine vitro).

Chory powinien być obowiązany do zwrotu naczynia. Niedopuszczalne jest zbyt częste przepisywanie powtórzeń. Przy większości chronicznych chorób należy przestrzegać okresowych przerw w powtarzającem się przepisywaniu tych samych środków.

12. Z pośród kilku jednakowo kosztownych i jednakowo działających leków należy wybierać te, które wystarczą na czas dłuższy. Pigułki i tabletki wystarczają na dłużej, aniżeli roztwory.

13. Forma leku ma duży wpływ na jego cenę.

Napary (Infus.), odwary (Decoct.), proszki dzielone,

kapsułki i t. p. są drogie. Mogą one być zapisywane tylko wówczas, gdy nie można ich zastąpić inną formą danego leku.

Płynne wyciągi (Extract. fl.) i t. p. preparaty gotowe są oszczędniejsze i trwalsze, niż infusa i dekokta.

Infusa i dekokta środków obojętnych jak Flores Chamomillae, Cort. Frangulae, Fol. Uvae Ursi, Fol. Sennae i t. p. powinny być wykonane przez samego pacjenta, o ile pozwalają na to jego warunki domowe i można przypuszczać, że to potrafi.

Przykład:
Phenacetini tabl. 0.5 N 10. = 0.30 m. n.
a nie:
Phenacetini 0.5 d. tal. dos. X = 1.00 m. n.
Przykład:
Elixir. Ipecac. F.M.B. 20.0 = 0.74 m. n.
a nie:
Infus. Ipecac. 0.5 : 175.0
Liq. Ammon. anis. 5.0
Sir. simpl. ad 200.0 = 1.50 m. n.

Należność za fenacetynę według polskiej taksy aptekarskiej wyniesie:

Phenacetini tabl. 0.5 N X = 1.00 zł.
Phenacetini 0.5 d. t. dos. N X = 1.14 zł.

Znacznie mniejsza różnica ceny, w stosunku do cen w Niemczech, spowodowana jest tem, że fenacetyna w podanej dawce, tak w jednym jak i w drugim wypadku, nie należy do środków sprzedaży odręcznej, a więc cena uzależniona jest tylko od formy leku.

14. Sole bromowe należy przepisywać w substancji, a chory sam powinien je rozpuszczać.

15. Sole jodowe powinny być przepisywane w substancji, którą rozpuści sam chory.

Przykład:
Kal. jodat. 10.0 = 1.50 m. n.
a nie:
Sol. Kal. jodati 10.0/200.0 = 1.95 m. n.

Polska taksa aptekarska:
1) Kal. jodat 10.0 = 2.09 zł.
2) Sol. Kal. jodat. 10.0/200.0 = 3.37 zł.

16. Przepisywanie mieszanki obojętnych środków dozwolonych do sprzedaży odręcznej, jest zasadniczo niedopuszczalne, gdyż podraża znacznie koszt leku.

17. Zioła powinien chory sam mieszać.

Przykład:
1) Fol. Menth. pip. 20.0 = 0.30 m. n.
Rad. Valerian 20.0 = 0.20 m. n.
Fol. Trifol. 20.0 = 0.10 m. n.
Razem 0.60 m. n.
a nie:
1) Fol. Menth. pip.
Rad. Valerian.
Fol. Trifol. aa 20.0 = 1.15 m. n.

Polska taksa aptekarska:
1) Fol. Menth. pip. 20.0 = 0.34 zł.
Rad. Valerian. 20.0 = 0.39 zł.
Fol. Trifolii 20.0 = 0.16 zł.
Razem 0.89 zł.
2) Fol. Menth. pip.
Rad. Valerian.
Fol. Trifolii aa 20.0 = 1.44 zł.
Zalecenie to nie odnosi się do mieszanek oficjalnych jak: Species diureticae, Species pectorales i t. p.

18. Wcierania (szczególnie spirytusowe) mogą być przepisywane tylko w wyjątkowych wypadkach.

19. Proszki dzielone i mikstury powinny być, o ile możności, zastąpione przez tabletki.

Gdy przepisywane są tabletki nie w gotowych opakowaniach, wówczas wydawane są one pojedyńczo i obliczane drożej, aniżeli gotowe w opakowaniu, zawierającem większą ilość leku niż przepisana.

Przykład:
Natr. bromat. 1.0 — 10 szt. = 0.35 m. n.
a nie:
Natr. bromat. 1.0 d. tal. dos. X = 0.85 m. n.
a tymbardziej nie:
Sol. Natr. bromat. 10.0/200.0 = 0.95 m. n.
Przykład:
Acid. acetylosalicyl. tabl. 0.5 — 10 szt. = 0.15 m. n.
a nie.
Acid. acetylosalicyl. 0.5 — d. tal. dos. X = 1.00 m. n.

Celem wykazania różnicy cen w złotych, zmuszeni jesteśmy zastosować przykład z Natr. salicylicum — zamiast Natr. bromatum, ponieważ polska taksa aptekarska nie przewiduje tego artykułu w postaci pastylek.
1) Natr. salicyl. 0.5 tabl. X = 0.39 zł.
Natr. salicylic. 0.5 d. t. d. Nr. X = 0.67 zł.
Sol. Natr. salicyl. 5.0/180.0 = 1.35 zł.
2) Acid. acetylosalicyl. tabl. 0.5 Nr. X = 0.48 zł.
Acid. acetylosalicyl. 0.5 d. t. d. Nr. X = 0.71.
Wysokość cen, podanych w polskiej taksie aptekarskiej za tabletki wydawane pojedyńczo, w stosunku do takiej samej ilości w opakowaniu gotowem nie wykazują żadnej lub minimalną różnicę, to też w naszych warunkach wskazane jest przepisywanie tylko koniecznej ilości tabletek.
Operowanie minimalną ilością towaru jest tembardziej wskazane, ponieważ w znacznej większości są to artykuły pochodzenia obcego.

20. Jeżeli w aptece brak przepisanego leku w tabletkach, to apteka może wydać lek w proszku lub w innej droższej formie.

21. Niedopuszczalne jest przepisywanie tabletek w formie recepty.

Zalecenie powyższe w naszych warunkach nie da się zastosować do wszystkich leków w tabletkach, gdyż w wypadku przepisania środka odurzającego (Pulv. Doveri), lub niedozwolonego do sprzedaży odręcznej (Salipyrin tabl., Hexamethylentetramin tabl., Salol tabl. i t. p.) aptekarz, mimo niepodania przez lekarza pisemnego sposobu użycia, może obliczyć należność jak za receptę, a więc brak pisemnego sposobu użycia nie spowoduje niższego kosztu przepisanego leku.

22. Specyfiki (środki w opakowaniu oryginalnem) nie mogą być przepisywane w mieszankach lecz tylko w ustalonej formie, nie mogą być również przepisywane jako dodatek do innych leków. Zasadniczo przepisywać należy specyfiki w opakowaniu kasowem w małych paczkach.

23. Przy przepisywaniu tabletek i t. p. w opakowaniu oryginalnem należy oprócz określenia ilości podać również wagę każdej poszczególnej tabletki.

Przykład:
Dimethylaminophenason tabl. 0.1 Nr. X opak. oryg.
a nie:
Dimethylaminophenason 1 rurka.

24. Zamiast nazw opatentowanych należy stosować nazwę chemiczną lub potoczną leku. Określenie „namiastka" jest niedopuszczalne.

Przykład:
Hexamethylentetramin tabl. 0.5 N XX opak. oryg. = = 0.28 m. n.
a nie.
Urotropin—namiastka 0.5 Nr. XX opak. oryg. = 1.87 m. n.

Przepisywanie recepty w Polsce z dopiskiem „opakowanie oryginalne" może nasuwać aptekarzowi pewne wątpliwości przy wydawaniu, gdyż Hexamethylentetramin jest niczem innem jak nazwą chemiczną środka o nazwie patentowanej Urotropin, podobnie jak Dimethylaminophenason — nazwą chemiczną środka patentowanego Pyramidon.

Ponieważ na recepcie znajduje się dopisek „opak. oryg.", więc między temi dwoma określeniami można się dopatrzeć pewnej sprzeczności, ponieważ trudno uważać jako opakowanie oryginalne tylko sposób opakowania t. j. rurkę lub pudełko.

Celem usunięcia powyższej wątpliwości wskazane jest przepisywanie podobnych recept jak następuje:

Hexamethylentetramin tabl. 0.5 Nr. XX 1 rurka,
Dimethylaminophenason tabl. 0.1 Nr. X 1 rurka i t. p.

25. Przy przepisywaniu pigułek pozostawia się aptece dowolny wybór masy pigułkowej.

Przykład:
Fol. Digital. pulv. 3.0 mass. pil. q. s. m. f. pil. Nr. XXX.

26. Zamiast środka w kapsułkach lub opłatkach należy przepisywać osobno środek leczniczy, a osobno kapsułki lub opłatki.

Zalecenie to osiągnie zamierzony cel jedynie wówczas, gdy lekarz przepisze środek leczniczy w formie niedozowanej (Carbo ligni 10.0), w przeciwnym bowiem razie zamierzonej oszczędności nie uzyskamy, ponieważ różnica między dawką proszku w kapsułce papierowej a w opłatku wynosi 1—2 gr. za sztukę. Z tego względu przepisanie dawki leku (Chininum hydr. 0.3) w kapsułce papierowej i dodatkowe przepisanie opłatka nie da żadnej oszczędności, ponieważ apteka obliczy należność za opłatek.

27. Dodatków, służących do polepszenia smaku leku należy w zasadzie unikać, a w razie ewentualnej potrzeby stosować Sirupus simplex, natomiast dodatki farbujące lek są niedozwolone do stosowania.

28. Jako podstawę do maści należy używać Vaselinum flavum, Lanolin i Adeps lanae anhydricus, Eucerin, Unguentum molle, Unguentum simplex, a do maści ocznych Vaselinum album.

W spisie środków leczniczych, wydanym przez Z. K. Ch. w Polsce Eucerin nie jest pomieszczony.

29. Należy przestrzegać dużej oszczędności w przepisywaniu wcierań drażniących skórę.

Wolno je ordynować tylko w granicach do 100 gr. zależnie od konsystencji i ceny. Nie wolno mieszać kilku tego rodzaju środków. Do masaży używać należy talku.

Przykład:
Spirit. camphorat. 50.0 = 0.63 m. n.
a nie.
Spirit. camphorat.,
Spirit. Sinapis,
Spirit. Formicar. aa 15.0 = 0.88 m. n.

Par. 18 przepisów ogólnych, pomieszczonych na wstępie spisu środków leczniczych zaleca przepisywać nacierania spirytusowe w formie leków pojedyńczych, w ilościach nie przekraczających 50 gr. i to tylko w wypadkach wyjątkowych.

Cena leków, podanych w przykładzie według polskiej taksy aptekarskiej wynosi z. 1.47 i zł. 2.56.

31. Z pośród przeparatów żelaza należy stosować tylko leki stałe (proszki, tabletki, pigułki).

32. Nowe środki lecznicze mogą być stosowane tylko wówczas, jeżeli ich skuteczność, po gruntownych naukowych badaniach w klinikach lub większych zakładach leczniczych, została uznana.

33. Preparaty jajnikowe nie mogą być stosowane bezkrytycznie. Przy cierpieniach klimakterycznych należy je stosować z wielką ostrożnością, w lżejszych przypadkach można się bez nich obejść.

Preparatów jajnikowych nie wolno stosować dłużej niż przez przeciąg miesiąca, najwyżej dwuch; potem należy zarządzić przerwę. Jeżeli cierpienie w ciągu paru tygodni nie zmniejszy się, to dalsze stosowanie leku jest bezcelowe.

34. Środki przeciw zapłodnieniu i luksusowe nie mogą być ordynowane.

Wskazana jest duża ostrożność w ordynowaniu takich środków, które są reklamowane dla laików, lub które fabrykant reklamuje, jako zastępujące inne środki.

35. Nie wolno zapisywać środków kosmetycznych.

36. Nie należy stosować zastrzyków w przypadkach, gdy można je skutecznie zastąpić czem innem.

37. O ile instrumenty muszą być dezynfekowane w spirytusie, należy do tego celu przepisywać tylko spirytus skażony.

38. Spirytus wolno przepisywać tylko oszczędnie i w stanie rozcieńczonym. (Stosowanie spirytusu skażonego, jako środka leczniczego jest ustawowo wzbronione).

39. Środki lecznicze do okładów, płukania oraz płukanki do gardła, powinny być przepisywane albo w formie stałej (in subst.) lub w skoncentrowanym roztworze. Pacjent winien sam przygotować odpowiedni roztwór.

Przykład:
1. Acidi borici 30.0 = 0.15 m. n.
a nie:
Sol. Acid. borici 30.0 : 1000.0 = 1.75 m. n.
2. Liquor Alum. acetic. 100.0 = 0.25 m. n.
a nie:
Sol. Liq. Alum. acetic. 20.0/200.0 = 0.65 m. n.

Ceny leków, podanych w przykładach według u nas obowiązującej taksy wynoszą:

1. Acidi borici 30.0 = 0.26 zł.
Sol. Acidi borici 30.0/1000.0 = 2.67 zł.
2. Liq. Alum. acetici 100.0 = 0.56 zł.
Sol. Liq. Alum. acetici 20.0/200.0 = 1.16 zł.

40. Należy oszczędnie dysponować środkami opatrunkowemi. Waty należy przepisywać nie więcej niż 25—50 g., waty ocznej najwyżej 10 g. Bandaże (opaski) używane mogą być stosowane w dalszym ciągu po uprzednim ich wypraniu. Należy dokładnie podać gatunek i szerokość bandaża.

W handlu spotykamy opaski nietylko różnej szerokości lecz i różnej długości, to też wskazane jest podawanie obok gatunku i szerokości również długość opaski

1 opaska muśl. 5 × 250 cm.
1 opaska kalikot. 8 × 400 cm.
1 opaska elast. „Ideal" 10 × 500 cm.

42. Kroplomierze patentowane (z korkami szkl.) wolno stosować jedynie przy silnie działających środkach (naprz. krople arszenikowe). W innych wypadkach wystarczą flaszki z dzióbkiem i zwykłym korkiem.

III. Alkaloidy narkotyczne i środki nasenne.

Lekarz jest szczególnie poważnie odpowiedzialny za przepisywanie środków pochodnych opium i kokainy, oraz silnie działających środków nasennych.

Prawdopodobnie chodzi tu o grupę środków wywołujących szkodliwe skutki dla zdrowia t. j. środki odurzające. Objęcie tej grupy środków ogólnym mianem pochodnych opium nie byłoby słuszne, gdyż kodeina, dionina, papaweryna są środkami pochodnemi opium, a jednak nie są zaliczone do grupy środków odurzających.

Uwagi końcowe.

Przytoczone w wytycznych przykłady dotyczą jedynie form leków, wybór nazw środków nie ma na celu jednostronnego zalecania tego lub innego środka leczniczego.

Dr. med. ANTONI FIDLER

STATYSTYKA PRZYCZYN INWALIDZTWA I LECZNICTWA ZAPOBIEGAWCZEGO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W WARSZAWIE

Zakończenie 5 letniego okresu istnienia Zakładu Ubezp. Prac. Umysłowych w W-wie było dla mnie pobudką do opracowania niniejszej statystyki za okres 1928 — 1932 r., a to w celu zdania sobie sprawy z dotychczasowych przyczyn inwalidztwa. Statystyka ta choć niezbyt obfita opiera się jednak na materjale rodzimym, osobach zamieszkujących znaczny obszar Rzplitej; przedstawia zatem tę wartość, że uwzględnia polskie warunki bytowania, a tem samem może dać lepsze oświetlenie zagadnienia ryzyka ubezpieczeniowego z punktu widzenia chorobowego, aniżeli statystyki zagraniczne. Materjał mój obejmuje 863 jednorazowych odpraw, przyznanych ubezpieczonym z tytułu trwałej niezdolności do wykonywania zawodu i jest zestawiony w tablicach, zawierających podział odpraw według częstości chorób, wieku i płacy. Poszczególne pozycje roczne różnią się nieco od sum ogólnych, zamieszczonych w rocznych sprawozdaniach Zakładu, gdyż materjał mój grupowałem z punktu widzenia lekarsko-ubezpieczeniowego. Rok 1928 i 1929 potraktowałem łącznie ze względu na niewielką liczbę wypłaconych odpraw, zaś przy latach 1930 — 1932 zamieściłem jednocześnie sprawozdanie z lecznictwa zapobiegawczego, które Zakład w ramach ścisłego planu leczniczego, ustalonego przez Związek Zakładów Ubezp. Prac. Um., w tych właśnie latach stosował. Procenty obliczono w przybliżeniu, gdyż znaki dziesiętne nie posiadają tu oczywiście istotnego znaczenia. Sprawozdanie za rok 1932 nie obejmuje kilkunastu spraw, których ze względów formalnych nie załatwiono do czasu ukończenia niniejszych zestawień.

Rozpatrując tabl. 1 mamy możność, wskutek rozbicia jej na poszczególne lata, śledzić dynamikę zjawisk statystycznych, zaś tablica zbiorcza, obejmująca okres 1928 — 1932 (ostatnia rubryka t. 1) pozwala na statystyczne ujęcie przedmiotu. Rzut oka na inwalidzką część tej tablicy pozwala stwierdzić, iż % przyczyn inwalidztwa w danej grupie chorobowej jest we wszystkich latach prawie jednakowy, że zatem istnieje pewna stała kolejność przyczyn, którą też wskazują liczby porządkowe tablicy. Najczęstszemi i najliczniejszemi przyczynami inwalidztwa są: 1. gruźlica płuc i 2. choroby układu krążenia (rubr. 2, 3 i 6), które razem obejmują około 67% przypadków. W lecznictwie zapobiegawczem odpowiednia liczba dla tych samych chorób wynosi około 40%, natomiast przewagę wykazują te stany chorobowe, które w inwalidztwie nie odgrywają wielkiej roli: mianowicie przewlekłe zapalenie stawów i psychonerwice (rubr. 8 i 9) wynoszą, o ile chodzi o przyczyny w inwalidztwie, około 6% przypadków, zaś w lecznictwie wynoszą 50% ogółu leczonych.

Z danych statystycznych, nie zestawionych tutaj w postaci tablicy, wynika jeszcze jedno ciekawe zjawisko, a mianowicie, że o ile stosunek ubezpieczonych oraz pobierających świadczenia emerytalne mężczyzn do kobiet wynosi około 70 : 30, to w lecznictwie zapobiegawczem stosunek ten jest wprost odwrotny i wynosi około 70 kobiet na 30 mężczyzn.

Tablica 2 ułożona wedle tych samych zasad co t. 1 wykazuje, że prawie cztery grupy chorób, w których czynnik naczyniowo-sercowy wybija się na naczelne miejsce, powodują utratę zdolności zarobkowych w wieku naogół niezbyt późnym. Przyczynę tego zjawiska należy, być może, poza innemi czynnikami, upatrywać w niedostatecznej stałej opiece lekarskiej oraz w tempie i trudnościach współczesnego życia. Należy jednak zauważyć, że jest to wiek mniej więcej odległy o 10 lat od wieku, uprawniającego do renty starczej. Natomiast gruźlica płuc, liczbowo największa, powoduje inwalidztwo b. wcześnie, bo już w 34 r. życia, zabiera zatem z ubezpieczenia ludzi będących w okresie rozkwitu sił życiowych.

Tablica 3 nie wykazuje tej jednolitości w poszczególnych latach, co tablice poprzednie, gdyż wahania przeciętnych płac są duże, choć nie tak zbyt wielkie, by nie można było mówić o pewnych choćby najogólniejszych regułach. I tak jest rzeczą niewątpliwą, że gruźlica płuc wykazuje najniższą prawie płacę, wynoszącą przeciętnie 290 zł. miesięcznie. Natomiast choroby układu krążenia, a także nerwowe organiczne i zapalenie stawów obracają się w granicach wyższych. Z zestawienia tych danych z danemi tabl. 2 wynika, że wyższe płace wiążą się z wyższym wiekiem, z doświadczeniem zatem, specjalizacją i odpowiednim stanowiskiem. W wymienionych ostatnio rozważaniach statystycznych wziąłem za podstawę obliczeń istotną płacę, a nie grupę płac, a to w tym celu, by zorjentować się w istotnych warunkach życiowych, a nie schematycznych.

W opracowaniu niniejszym podaję tylko konieczne wyjaśnienia zasad ogólnych i tablic aby dać możność czytelnikowi objektywnej oceny faktów na zasadzie suchych form przedstawionych danych.

Skutki i przyczyny inwalidztwa oraz celowość lecznictwa zapobiegawczego w dotychczasowej postaci wymagają osobnego określenia.

Tablica 1. Przyczyny inwalidztwa oraz przyczyny zastosowania lecznictwa zapobiegawczego

L. porządkowa	Nazwa choroby	Rok: 1928/1929		1930 r.				1931 r.				1932 r.				okres 1928-1932 r.		okres 1930-1932 r.	
		inwalidztwo		inwalidztwo		lecznictwo zapobiegawcze		inwalidztwo		lecznictwo zapobiegawcze		inwalidztwo		lecznictwo zapobiegawcze		inwalidztwo		lecznictwo zapobiegawcze	
		przypadki		przypadki		przypadki		przypadki		przypadki		przypadki		przypadki		przypadki			
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	Gruźlica płuc	28	28	69	34,0	196	47,0	83	36,0	204	36,0	110	33,7	298	35,0	290	33,0	698	38,5
2	Choroby serca organiczne	24	24	43	22,0	20	4,8	42	18,0	19	3,3	62	19,0	43	5,5	171	20,0	82	4.0
3	Choroby naczyń (zwł. miażdżyca)	6	6	16	8,0	—	—	19	8,2	—	—	33	10,0	—	—	74	8,6	—	—
4	Choroby nerwowe organiczne	7	7	14	7,0	—	—	18	8,0	—	—	32	9,8	—	—	71	8,0	—	—
5	Choroby umysłowe	4	4	13	6,0	—	—	18	8,0	—	—	17	5,2	—	—	52	6,0	—	—
6	Porażenie połowicze	11	11	10	5,0	—	—	8	3,2	—	—	14	4,3	—	—	43	5,0	—	—
7	Choroby oczu	5	5	7	3,5	—	—	7	3,0	—	—	8	2,6	—	—	27	3,4	—	—
8	Przewlekłe choroby stawów (zapalenia)	4	4	6	3,0	110	26,4	6	2,4	203	36,0	9	2,7	261	31,0	25	2,9	574	31,5
9	Psychonerwice	3	3	4	2,0	67	16,1	4	1,4	113	20,7	6	2,0	155	19,0	17	1,8	335	19,0
10	Choroby narządu oddechowego z wył. gruźlicy	—	—	7	3,5	5	1,2	4	1,4	9	1,6	4	1,2	34	4,0	15	1,9	48	2,0
11	Przewlekłe zapalenia nerek	—	—	4	2,0	—	—	4	1,4	—	—	—	—	—	—	8	0,9	—	—
12	Choroby przemiany materji	—	—	—	—	19	4,5	—	—	15	2,4	—	—	46	5,5	—	—	90	5,0
13	Inne	8	8	9	4,0	—	—	22	9,0	—	—	31	9,5	—	—	70	8.5	—	—
14	Razem	100	100.0	202	100,0	417	100,0	235	100,0	563	100,0	326	100,0	837	100,0	863	100,0	1817	100,0

Tablica 2. Przyczyny inwalidztwa według wieku ubezpieczonego

L. porządkowa	Nazwa choroby	Rok 1928/1929			1930 r.			1931 r.			1932 r.			okres 1928 — 1932 r.	
								WIEK							
		od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	przeciętnie
1	Choroby naczyń (zwł. miażdżyca) .	51—60	58—60	57	47—63	52—62	57	33—63	55—63	54	46—64	60—64	60	54—60	56
2	Porażenie połowicze	28—61	53—61	58	34—62	51—62	52	48—63	55—63	56	21—64	52—64	51	51—58	54
3	Przewlekłe zapalenie nerek . .	—	—	—	50—58	—	53	48—56	52—56	53	—	—	—	—	53
4	Choroby serca organiczne	25—60	50—60	48	28—62	50—62	54	24—67	52—67	50	28—64	55—64	55	48—55	52
5	Przewlekłe choroby stawów. . . .	31—60	—	48	32—61	50—61	52	29—60	—	47	26—63	52—63	52	47—52	50
6	Choroby nerwowe organiczne . . .	32—54	32—48	41	40—62	40—49	54	29—62	44—59	52	24—60	36—49	47	41—54	48
7	Choroby narządu oddechowego z wył. gruźlicy	—	—	—	32—62	54—62	48	33—62	—	47	28—60	—	46	46—48	47
8	Psychonerwice	38—59	—	43	22—52	—	41	39—59	50—59	51	29—56	50—56	46	41—51	45
9	Choroby umysłowe	44—54	—	52	26—59	34—48	49	27—53	32—46	39	23—61	30—45	40	39—52	45
10	Choroby oczu	20—60	44—54	45	25—51	25—47	41	31—63	49—56	46	27—57	47—57	40	41—46	43
11	Gruźlica płuc	21—54	21—38	35	19—60	21—39	30	22—63	22—39	35	28—62	20—39	36	30—36	34

Tablica 3. Przyczyny inwalidztwa według płacy ubezpieczonego

L. porządkowa	Nazwa choroby	Rok 1928/1929			1930 r.			1931 r.			1932 r.			okres 1928 — 1932 r.	
					P Ł A			C A W			ZŁ.				
		od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	przeciętnie
1	Przewlekłe zapalenie nerek . . .	—	—	—	325— 648	—	441	180— 620	—	497	—	—	—	441—497	469
2	Choroby naczyń (zwł. miażdżyca) .	143—1100	—	681	100— 770	203—444	360	60—1363	200—400	373	165— 850	200—390	402	360—681	456
3	Choroby nerwowe organ.	285— 600	285—485	448	198—1000	300—660	451	200— 800	300—480	440	40— 900	200—390	410	410—451	437
4	Przewlekłe choroby stawów (zapalenia)	245— 575	—	440	298—1200	—	541	92—1234	--	406	140— 450	200—370	300	300—541	420
5	Porażenie połowicze	126— 900	—	394	200— 850	200—300	433	187— 644	300—465	380	60—1000	235—400	380	380—433	397
6	Choroby umysłowe	208— 600	—	350	180— 750	275—525	457	100—1500	200—450	420	85—1100	250—390	330	330—457	390
7	Choroby serca organiczne	50—1000	212—575	375	120—1544	200—490	400	100—1250	220—450	368	90—1482	200—390	400	368—400	385
8	Choroby narządu oddech. z wył. gruźlicy	—	—	—	75— 465	150—250	255	220— 800	—	484	200— 480	—	331	255—484	360
9	Psychonerwice	300— 575	—	350	223— 600	—	353	200— 290	—	230	100— 603	—	400	230—400	333
10	Gruźlica płuc	150— 720	260— 460	367	50— 730	100—290	223	46— 700	100— 350	260	75—1000	150—390	300	223—367	290
11	[illegible] by oczu	90— 332	—	210	75— 600	200—300	285	204— 459	204— 300	320	250— 340	—	295	210—320	280

K. ROŻNIEWICZ

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW M. ST. WARSZAWY W KASIE CHORYCH

Od chwili powołania do życia kas chorych istnieje spór pomiędzy warszawską Kasą Chorych a stołecznym magistratem o przymus ubezpieczenia w tej Kasie pracowników miejskich.

Magistrat warszawski posiadający, jak wiadomo, własną organizację pomocy lekarskiej, utrzymuje, że jest ona lepsza i tańsza, niż pomoc udzielana ubezpieczonym w warszawskiej Kasie Chorych i broni się dotychczas przed ubezpieczeniem w Kasie swych pracowników. Również sami pracownicy, z których większość przeważająca nie orjentuje się najwidoczniej należycie w tem zagadnieniu lub też jest wprowadzana w błąd obliczeniami i danemi niezupełnie zgodnemi z istotnym stanem rzeczy, występuje energicznie przeciwko przymusowi ubezpieczania ich w Kasie Chorych.

Gdy w r. 1929 wypłynęła sprawa projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, magistrat warszawski zwrócił się (w październiku 1929 r.) do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Spraw Wewnętrznych oraz do Związku Miast Polskich o wprowadzenie zmian do projektu tej ustawy i zwolnienie pracowników komunalnych od przymusu należenia do Kasy Chorych.

Obecnie w związku z uchwaleniem przez ciała ustawodawcze nowej ustawy ubezpieczeniowej (scaleniowej) zarówno magistrat warszawski, jak i organizacje pracowników miejskich wszczęły ponowną akcję przeciwko przymusowi należenia do Kasy Chorych.

Jak dalece całe to zagadnienie oparte jest na jakiemś dziwnem nieporozumieniu i pomijaniu istotnego stanu rzeczy, może świadczyć przedewszystkiem treść art. 297 projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Artykuł ten przewiduje, że instytucje, które przed wejściem w życie ustawy udzielały swym pracownikom, podlegającym w myśl ustawy obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, pomocy we własnym zakresie, zlikwidują organizację tej pomocy, a korzystający z niej pracownicy zostaną z dniem likwidacji przejęci przez właściwe ubezpieczalnie. Rada Ministrów ustali dla poszczególnych instytucyj termin likwidacji pomocy lekarskiej, udzielanej pracownikom. Treść tego artykułu legalizuje poniekąd obecny nieprawny stan, istniejący na terenie magistratu, gdyż zgodnie z treścią art. 3 ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z 19 maja 1920 r. pracownicy samorządowi dawno powinni być już ubezpieczeni w Kasach Chorych bez żadnych specjalnych dodatkowych zarządzeń. Wejście w życie nowej ustawy scaleniowej legalizuje, jak zaznaczono wyżej, obecny stan, który może być zlikwidowany dopiero mocą specjalnego zarządzenia Rady Ministrów.

W tem miejscu należy też podkreślić, że nowa ustawa scaleniowa przewiduje w art. 128, iż przychodnia ubezpieczalni społecznej może być przeznaczona bądź dla ogółu ubezpieczonych w danej ubezpieczalni, bądź dla pewnych ich kategoryj według zawodów, miejsc zamieszkania ubezpieczonych, zakładów pracy i t. d.

Treść tego artykułu umożliwia nawet pozostawienie obecnej organizacji lecznictwa w magistracie (kategorja pracowników jednego zakładu pracy — magistratu) prawie, że w niezmienionej formie. Tak np. jak istnieje specjalna przychodnia dla członków kasy chorych, ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Jak widać z powyżej przytoczonego, walka przeciwko ubezpieczaniu pracowników komunalnych w kasach chorych na terenie Warszawy jest zupełnie niecelowa i nikomu nie przyniesie korzyści.

Jeden z argumentów magistratu stanowi twierdzenie, że świadczenia lekarskie w kasie chorych są droższe, niż w obecnej organizacji magistrackiej. Jest to twierdzenie oparte na nieścisłych obliczeniach i błędach logicznych, a więc niezgodne z istotnym stanem rzeczy. Okazują to wyraźnie liczby zaczerpnięte z budżetu magistratu m. Warszawy na r. 1931/32. Magistrat podał, iż wydatkował 2 396 172 zł na samą tylko pomoc lekarską dla części pracowników miejskich i że wysokość wkładek do kas chorych za tych pracowników wyniosłaby 6 318 017 zł. Jest to zestawienie liczb niewspółmiernych, gdyż pierwsza z nich podaje ilość złotych wydanych na pomoc lekarską pewnej części pracowników miejskich, druga zaś obejmuje oprócz kosztów lecznictwa wszystkich pracowników miejskich również świadczenia dla członków rodziny, inwestycje i koszta administracyjne. Do sumy 2 396 172 zł, o ile chce się ją porównywać z sumą ewent. wkładki ubezpieczeniowej do kasy chorych, należałoby dodać: koszt leczenia pracowników tramwajowych i autobusów, gazowni, świadczenia pieniężne (zasiłki chorobowe 60 — 75%, połogowe 100%, pogrzebowe, szpitalne i t. p.) pobytu na kolonjach letnich dzieci pracowników miejskich, sum dopłat pracowników do kosztów leczenia (np. tramwajarze dopłacają do lekarstw 15%, do kolonij letnich 50%), koszty administracyjne, organizacji lecznictwa i t. d. Według obliczeń magistratu warszawskiego, koszt leczenia względny na jednego pracownika wraz z rodziną wynosił w r. 1926 — 116,61 zł, w 1927 r. — 85,35 zł, w 1928 r. — 105,62 zł, w 1929 r. — 136,89 zł, przeciętnie za 4 lata 111,12 zł, podczas gdy w Kasie Chorych m. Warszawy: w r. 1926 — 88,85 zł, w 1927 r. — 99,43 zł, w 1928 r. — 99,50 zł i w 1929 r. — 113,61 zł, przeciętnie zł 100 gr 32. Przyczem w sprawozdaniu magistratu, gdzie podane są te cyfry, opuszczone zostały koszty leczenia pracowników tramwajowych co wysokość przeciętnej podniosłoby nieco. Również należy zwrócić uwagę, że według obliczeń magistrackich w 1928 r. na jednego pracownika miejskiego wypadało przeciętnie w 1928 r. 9,97 porad, a w 1929 r. — 11,9, gdy na członków kasy chorych w 1928 r. — 14,47 i w 192 r. — 14 porad. Jak widać członkowie kasy chorych korzystają z pomocy lekarskiej w szerszym zakresie, niż pracownicy miejscy.

Również charakterystycznym dla przedstawienia tej sprawy jest fakt stałego wzrostu wydatków na pomoc lekarską dla pracowników miasta. Gdy w 1925 r. wynosiły one 544.967 zł, w 1926 r. — 785 432 zł, w 1927 r. — 1 299 345 zł, w 1928 r. — 1 694 067 zł, w 1929/30 r. — 2 164 064 zł, to w r. 1930/31 wzrosły już do 2 396 172 zł, przyczem wzrost tych wydatków magistrat wyjaśnił chęcią „dostosowania" t. j. podniesienia świadczeń leczniczych miejskiej pomocy lekarskiej do poziomu świadczeń leczniczych, jakie Kasa Chorych m. Warszawy udzielała swym członkom. Rzecz oczywista, że gdyby lecznictwo magistrackie stało wyżej i szerzej, niż w kasach chorych, nie staranoby się o podniesienie świadczeń do wysokości kasy chorych.

Nie będzie nikt twierdził, że lecznictwo w kasach chorych jest idealne, nikt też nie powie tego o lecznictwie organizacji magistrackiej. I jedno i drugie posiada swoje wady i zalety. Wszyscy zainteresowani zdają sobie z tego bardzo

dobrze sprawę i gorącem pragnieniem mas ubezpieczonych jest, by lecznictwo to stało na jak najwyższym poziomie. Każdy jednak musi przyznać, że im instytucja ubezpieczająca na wypadek choroby jest większa, im więcej posiada członków, a więc i zasobów materjalnych, tem lepszą może okazywać pomoc i w znacznie szerszym zakresie.

Zbyteczne jest chyba omawiać organizacje lecznictwa w kasach chorych i ogromną wartość leczniczą i materjalną gabinetów roentgenowskich, urządzeń dla naświetlań, diatermji, hydropatji, różnych kąpieli, szeregu zakładów leczniczych we wszystkich ważniejszych miejscowościach zdrowotnych i t. d. Tak wielkiego aparatu leczniczego i zapobiegawczego, jaki posiada warszawska kasa chorych, a który może być znacznie powiększony po przyłączeniu się do tej kasy pracowników komunalnych organizacja pomocy leczniczej magistratu nie będzie mogła nigdy zdobyć przy tych środkach materjalnych, jakiemi magistrat może rozporządzać zarówno dzisiaj w dobie kryzysu, jak i w okresie nawet najlepszej konjunktury.

Nic ulega wątpliwości, że ścisłe i dokładne zestawienie obliczeń kosztów lecznictwa w magistracie i w kasie chorych i zapoznanie się z temi obliczeniami, jak również z danemi porównawczemi zakresu jednej i drugiej pomocy wyjaśni ogółowi pracowników miejskich, iż walka ich przeciwko ubezpieczeniu w kasie chorych jest bezpodstawna, oparta na zasadniczem nieporozumieniu i nieznajomości istotnego stanu rzeczy i szkodliwa pod każdym względem dla samych pracowników.

ZOFJA DRWĘSKA-DOERINGOWA.

SZKOŁA — UZDROWISKO

Uczelnie na wolnem powietrzu dla dzieci wątłych rozwijają się u nas, w stosunku naprzykład do tempa chociażby organizacyj kolonij wypoczynkowych, znacznie powolniej, niżby tego wymagała istotna potrzeba.

Są wprawdzie zakłady wychowawcze na otwartem powietrzu, jak np. Ojców Jezuitów w Chyrowie — męski, Urszulanek, Sercanek. Niepokalanek—żeńskie, również w Małopolsce. Są to jednak zakłady o zakresie gimnazjalnym, dostępne tylko dla warstw zamożnych. Z żeńskich szkół o pokrewnym typie — istnieje gimnazjum św. Teresy w Rabce, szkoła żeńska — w Świdrze, o normalnym programie szkół średnich dla dzieci wątłych, z męskich — gimnazjum Giżyckiego w Wierzbnie. Internaty koedukacyjne istnieją w Konstancinie, w Milanówku i Skolimowie pod Warszawą. Jeszcze przed wojną zapoczątkował w połączeniu z Macierzą Szkolną podobny typ uczelni ks. Godlewski pod Warszawą.

Najbardziej jednak odpowiadającym typem byłaby szkoła sanatoryjna w Busku im. Dr. Rektora Brudzińskiego.

Cały szereg powyżej wymienionych szkół na otwartem powietrzu, jakkolwiek pokrewnego typu sanatoryjnemu, nie odpowiada jednak najistotniejszemu celowi — **szkołom powszechnym leczniczo-wychowawczym dla dzieci najbiedniejszych,** których to szkół w Polsce brak daje się odczuwać dotkliwie.

Pierwszą szkołą uzdrowiskową o zakresie szkół powszechnych dla Ziem Zachodnich jest nowozorganizowany przez Okręgowy Związek Kas Chorych zakład w Kiekrzu (woj. poznańskie), na wsi oddalonej o 15 klm. od Poznania.

Zanim jednak przystąpimy do bliższego zaznajomienia się z zaletami owej pożytecznej placówki, godzi się również podać, jak przedstawia się zagranicą sprawa podobnych szkół.

Przedewszystkiem Szwajcarja jest tym krajem, który ideę szkół na wolnem powietrzu propaguje w najszerszem tego słowa znaczeniu. Biuro Międzynarodowe Szkół na Wolnem Powietrzu z siedzibą w Genewie egzystuje już od lat 12-tu.

Następnym krajem, który poparł ruch organizacji szkół sanatoryjnych, jest Francja zagrożona niebezpieczeństwem wyludnienia.

Dalej wymienić należy Belgję i Anglję, gdzie rozpowszechniły się rozmaite odmiany szkół sanatoryjnych. Głębokie przeświadczenie o celowości powstawania takich szkół zatacza w tych krajach coraz szersze kręgi. Obecnie Londyn organizuje już i przedszkola na świeżem powietrzu. Poza wymienionemi krajami idą Niemcy i Austrja.

Jak bardzo doniosłą jest sprawa podobnych instytucyj zrozumie każdy. Naprawa i utrwalenie zdrowia dziecka, rozbudzanie umysłu i duszy przez obcowanie z przyrodą, odrębny indywidualnie stosowany w podobnych szkołach regulamin tak w nauce, jak i wychowaniu fizycznem, dostosowany do wątłych organizmów — oto, co się składa na kulturę ciała i ducha w tych zakładach.

Sakramentalne słowa: „światła, powietrza i przestrzeni dla dzieci" tu dopiero nabierają należytego oddźwięku. Wśród dusznych murów miast, w suterenach i na poddaszach urodzone i wegetujące dzieci proletarjatu, na krótki czas przynajmniej przeniesione zostają z szarzyzny życia, z jezdni, bram i ścieków ulicznych w przepych słońca, powietrza, zieleni, czystości, zdrowego odżywiania, zgodnego, kulturalnego obejścia. To dużo, to bardzo dużo dla tych najbiedniejszych, wynędzniałych, pożałowania godnych istotek ludzkich! To pewnie nawet więcej, niż sami twórcy na początku przypuszczali.

Lekarze stwierdzają, iż taki kilkumiesięczny pobyt w uczelni sanatoryjnej zmienia wprost zasadniczo wynędzniałe chorowite dziecko, przeistacza nieledwie rasę.

Po tym wstępie przystępujemy do omówienia pierwszej placówki na terenie województwa poznańskiego, szkoły leczniczo-wychowawczej powszechnej w Kiekrzu, pod Poznaniem. Zawdzięcza ona swą egzystencję, jak już wyżej zaznaczyliśmy, Okręgowemu Związkowi Kas Chorych, który mimo kryzysu gospodarczego i tendencyj oszczędnościowych zdołał w przeciągu krótkiego czasu zorganizować placówkę, mogącą służyć za wzór dla podobnych poczynań.

Zakład mieści się na przestrzeni 20-to morgowego parku, w pobliżu kolei. Pobliskie jezioro służy do plażowania. Ubikacje mieszczą się w dawniejszym dworku z dobudówką (przeprowadzono niezbędne urządzenia, jak elektryczność, kanalizację, centralne ogrzewanie, wykopano nową studnię, gdyż w starej woda okazała się niezdrowa).

Pomieszczenie urządzone jest na 80 dzieci, nauka prowadzona jest w zakresie programów normalnych szkół powszechnych, tak iż dziecko bez żadnych zaległości w nauce, po przeprowadzeniu kuracji, może w dalszym ciągu uczęszczać do szkoły, z której zostało przysłane.

Podczas miesięcy wakacyjnych przekształca się sanator-

jum na kolonje letnie i wówczas liczba dzieci dochodzi do 150.

Oczywiście, przebywające dzieci rekrutują się z najuboższych warstw społecznych i przedstawiają najczęściej opłakany stan zarówno pod względem zdrowotnym, jak i wychowawczym, nie mówiąc już o najprymitywniejszych zasadach higjeny (dziecko przybywa nieraz dosłownie w jednej tylko brudnej koszulinie, a ciało nosi nader wyraźne ślady niestykania się nigdy z wodą i mydłem). Obok powszechnie znanych walorów szkoły podkreślić należy odrazu ogromne znaczenie wychowawcze zakładu w zakresie propagandy higjeny. Dziecko bowiem, przyzwyczaiwszy się do codziennych zabiegów toaletowych, używania szczoteczki do zębów, o której dawniej nie miało pojęcia, własnych kubeczków, ręczników, zmiany bielizny i t. p., powróciwszy z zakładu do domu, nietylko że samo automatycznie w dalszym ciągu spełnia te czynności, ale jeszcze przeszczepia je na otoczenie domowe, które w wielu wypadkach chętnie to przyjmuje.

Chorowite dziecko kieruje do zakładu Kasa Chorych, która je wysyła, a następnie o przyjęciu decyduje lekarz, stale przebywający w Kiekrzu. Przyjmowane są dzieci jedynie o niedorozwoju fizycznym. Upośledzone psychicznie, gruźlicze i t. p. oczywiście nie są tu dopuszczane. Dziecko przebywa w zakładzie w okresie ustanowionym przez Komisję Lekarską, nie mniej jednak, jak 3 miesiące.

Lekarzowi pomagają w pracy dwie higjenistki, doskonale obznajmione z zasadami pedologji, pod których opieką pozostają dzieci przez cały dzień. Do obowiązków higjenistek należą starania o czystość ciała, ubrania, otoczenia dziecka, dalej mierzenie ciepłoty, zabiegi lecznicze, dozór przy leżakowaniu. Wyniki badania dziecka, notatki o stanie zdrowia prowadzone są w specjalnej księdze i uzupełniane systematycznie uwagami. Prócz tego każde z dzieci ma swą kartę (system kartotekowy) leczniczą.

Prócz stałego lekarza i higjenistek w najbliższym czasie będzie stale na miejscu i dentysta.

Na urządzenie wewnętrzne lekarskie · składają się tak zw. izolatorki dla dzieci słabujących, gabinet lekarski z apteczką, wyposażoną w instrumenty, materjał opatrunkowy i środki potrzebne do udzielania pierwszej pomocy. Do zabiegów leczniczych służą przyrządy fizykalnego lecznictwa, jak: lampa kwarcowa Sollux'a, aparat do elektryzacji, nie mówiąc już o kąpielach (wody obfitość, łazienki, umywalki, natryski).

W organizacji szkoły na pierwszy plan wysunięte są sprawy lecznictwa i higjeny, a nie cele wychowawcze, jak to jest zwykle w normalnych zakładach szkolnych, z upośledzeniem troski o zdrowie. Powyższe cechy występują wyraźnie w regulaminie wewnętrznym.

Na lekcje szkolne przeznaczone są tylko 3 godziny przed południem (w tem 1 godz. wychowania fizycznego) i 1 godzina po podwieczorku. Natomiast reszta pozostałych godzin poświęcona jest gimnastyce, grom i zabawom, przyczem w zajęciach tych i rozrywkach uwzględniane są indywidualne cechy poszczególnych dzieci ze względu na ich niedorozwój fizyczny, powodujący szybsze zmęczenie i wyczerpanie.

W przeprowadzaniu porządków w salach sypialnych również występuje na pierwsze miejsce pierwiastek higjeny. Okna prawie cały dzień są otwarte (centralne ogrzewanie) a łóżek nie ściele się wcześniej, niż o 12-tej w południe, celem intensywnego wywietrzenia pościeli. Na każdym kroku, jak widzimy w organizacji zakładu, brane są pod uwagę względy higjeny.

Przy takiej organizacji życia w zakładzie pod znakiem higjeny i przy odpowiedniem odżywianiu (mięso 6 razy w tygodniu, jarzyny i mleko w obfitości) rezultaty pobytu w zakładzie są widoczne, a dziecko już w pierwszych tygodniach znakomicie się odradza. Łaknienie najwyższe występuje najczęściej w ciągu pierwszych 7 dni po przybyciu do zakładu, co jest zrozumiałe zresztą, gdyż dzieci w wielu wypadkach przybywają istotnie zagłodzone; potem przestaje być nadmierne i zamienia się w normalne. Chorób zakaźnych w zakładzie nie było.

W akcji wychowawczej Zakładu uwzględniony jest specjalny kierunek pedagogiczny. Celem przeszkolenia odpowiednich sił nauczycielskich zorganizowany był specjalny kurs. Jak zaznaczyliśmy powyżej, na przedmioty ogólno-kształcące poświęcone jest maksimum 4 godziny dziennie i to z przestrzeganiem odpowiednich przerw, co jest zrozumiałe, gdyż dziecka wątłego nie można przeciążać nauką.

Personel nauczycielski składa się z kierownika i 2 nauczycielek. Oprócz zajęć szkolnych, slöjd'u, godziny robótek lub pisania listów, dzieci mają jeszcze poza przechadzkami prace na wolnem powietrzu. Każde bowiem z nich ma małą działkę w parku, gdzie pod przewodnictwem kierownika samo ją uprawia. Należy przyklasnąć szczerze tej pięknej inicjatywie, nic bowiem tak nie uszlachetnia, jak przebywanie z przyrodą i podobne beznamiętne współzawodnictwo w pracy. To też dzieci są pełne radości, gdy dowiadują się np. podczas obiadu, że to właśnie z ich zagonków spożywana jest kapusta, groszek lub inna jarzyna. Zajadają też wówczas z podwójnym apetytem!

Dziecko stosunkowo łatwo uszczęśliwić, wystarczy bowiem ażeby było zdrowe, a następnie, by miało odpowiednie zajęcie. Te dwie zasady są w zakładzie bardzo przestrzegane. To też nastrój dzieci jest doskonały. Przeciętnie nie robią nawet wrażenia chorych i smutnych. Przesiąkają chętnie dobremi manierami, nie zapominając nawet o nich później w domu. Wyczuwa się u nich szczerą sympatję do wychowawców i niewymuszoną swobodę. Objawia się to chociażby w takich drobiazgach: dzieci np. samorzutnie skupiają się w oknach, żegnając kogoś z odjeżdżających po zwiedzeniu ich zakładu, uśmiechają się życzliwie, kiwają rączkami. Nikt im tego nie mówi, nikt nie każe. W ogrodzie znów, gdy gromadka idzie parami na przechadzkę, uprzejmie uchylają czapeczki, bez przypomnienia witają. To drobiazgi, ale świadczące, że dziecku jest dobrze.

We wrześniu ub. r. zwiedziła zakład wycieczka chińska, wynosząc jaknajlepsze wrażenie z tej pierwszej tego rodzaju na Ziemi Zachodniej placówki. Wycieczka składała się z delegatów Ministerstwa Oświecenia Chin oraz delegatów Ministerstwa W. i O. P. i złożyła swe podpisy w pamiątkowej księdze zakładowej.

Starania o poziom i dobro szkoły są ciągłą troską jej opiekunów, którzy systematycznie wprowadzają liczne ulepszenia.

Mając obecnie pogląd na całokształt zadań i pracy w tego rodzaju szkołach, śmiało twierdzić możemy, że jesteśmy w przededniu, **kiedy problem powszechnego leczenia dzieci niedorozwiniętych fizycznie stanie się zupełnie tak samo doniosłym — jak dzisiaj powszechnego nauczania.**

Dzieci zaniedbane fizycznie stają się najczęściej w przyszłości jednostką nieproduktywną, a Polskę nie stać na to. Odwrotnie, dbając o stan zdrowia takich dzieci, nie można coprawda, mimo najlepszej pomocy i opieki, obdarzyć ich pełnemi siłami, ale można uczynić z nich jednostki pożyteczne społecznie i dopomóc im w osiągnięciu szczęścia osobistego.

KRONIKA KRAJOWA

DALSZE LOSY USTAWY SCALENIOWEJ.

Ustawa sceleniowa, po jej przyjęciu przez Sejm w brzmieniu zaproponowanem przez Komisję Ochrony Pracy, została przekazana do Senatu, gdzie wprowadzono kilkaset poprawek bądź to po części merytorycznych bądź też czysto stylistycznych.

Ponieważ Senat nie przyjął ustawy w brzmieniu uchwalonem przez Sejm przeto zgodnie z postanowieniami Konstytucji ustawa scaleniowa wróciła do Sejmu, który wypowie się ostatecznie co do brzmienia jej poszczególnych przepisów, zmodyfikowanych przez Senat. Ostateczne czytanie na plenum Sejmu odbyło się 28 marca r. b.

Wobec tego, że całkowity tekst ustawy będzie znany prawdopodobnie dopiero za kilka lub nawet kilkanaście dni, omówienie dalszych modyfikacyj ustawy, jakoteż szczegółowe jej streszczenie Redakcja jest zmuszona odłożyć do następnego numeru.

Niezależnie od powyższego ustawa scaleniowa zostanie oświetlona w szeregu artykułów.

UCHWALENIE PRZEZ SEJM I SENAT NOWELIZACJI UBEZPIECZENIA PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

(Zmiany w projekcie rządowym).

Projekt rządowy nowelizacji ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych, który wpłynął do Sejmu w styczniu r. b., został ostatecznie uchwalony przez Sejm (17 marca) i Senat (22 marca) w brzmieniu zmienionem w kilku miejscach przez sejmową Komisję Ochrony Pracy. Postanowienia noweli wchodzą w życie z dniem ogłoszenia w Dzienniku Ustaw.

Ponieważ treść projektu rządowego była szczegółowo omówiona w poprzednim numerze Przeglądu, przeto tutaj zajmiemy się tylko zmianami, wprowadzonemi w pierwotnym projekcie w toku uchwalania go przez izby ustawodawcze.

Komisja Ochrony Pracy, która zmiany zaproponowała, poszła po linji wytkniętej przez referenta ustawy posła P. Gettla, a więc w szczególności szukania nowych źródeł dochodów dla ubezpieczenia, aby w następstwie złagodzić najbardziej ostre postanowienia projektu, który zwłaszcza między innemi przewidywał możliwość bardzo daleko idącej obniżki świadczeń (do 53%), gdyby wpływy nie wystarczały na wypłacanie tych świadczeń w dotychczasowej wysokości. Poza tem p. poseł P. Gettel wysunął sprawę przywrócenia 9-miesięcznego okresu zasiłkowego dla pozostających bez pracy pracowników umysłowych.

Zmiany są następujące:

1) Już projekt rządowy przewidywał podniesienie najwyższej płacy podstawowej, służącej do wymiaru składek i świadczeń w zakresie ubezp. na wyp. braku pracy pracowników umysłowych, z 560 zł. do zł. 720, a to w celu zwiększenia wpływów ze składek, przyczem związane z tem podniesienie się wysokości zasiłków dla najwyżej ubezpieczonych miało być w obecnym okresie kryzysowym usunięte przez zastosowanie wyższej stopy progresywnej obniżki zasiłku.

Sejmowa Komisja Ochrony Pracy poszła tu znacznie dalej i wprowadziła *na stałe* pobieranie składek od ubezpieczonych z wynagrodzeniem przekraczającem zł. 720 miesięcznie, nie od kwoty zł. 720, jak przewidywał projekt rządowy lub od zł. 560, jak to było dotychczas, lecz od faktycznego wynagrodzenia z tem jednak zastrzeżeniem, że od części wynagrodzenia ponad zł. 720 będzie płacił składkę tylko ubezpieczony, oczywiście w przypadającej na niego części składki (3/5). Natomiast podstawą wymiaru świadczeń z powodu braku pracy dla tej kategorji pracowników pozostaje zł. 720.

Streszczone tu postanowienie jest nowością w konstrukcji ubezpieczenia pracowników umysłowych, ugruntowanej na zasadzie, iż istnieją jednolite ciężary, którym odpowiadają równe prawa.

Ustawodawca poszedł tu po linji społecznych potrzeb, nie wahając się złożyć na lepiej wynagradzanych znaczniejszego ciężaru, chociaż bez wzajemnego ekwiwalentu w postaci wymiaru świadczeń od takiej kwoty zarobku od jakiej opłacają składkę.

O ile zwiększą się wpływy Z. U. P. U. z tego źródła trudno narazie ustalić.

2) Projekt rządowy pozbawiał świadczeń z powodu braku pracy ubezpieczonych, którzy utracili zajęcie z własnej winy lub ustąpili z zatrudnienia bez uzasadnionego powodu. Komisja Ochrony Pracy uznając, iż w życiu mogą się często zdarzać przypadki opuszczenia zajęcia z powodów, które trudno wyjaśnić, zmieniła projekt rządowy w tym sensie, iż w czasie dobrowolnego opuszczenia zajęcia bez uzasadnionego powodu następuje tylko zawieszenie wypłaty świadczeń przez 3 miesiące.

3) Pewne pogorszenie w stosunku do projektu rządowego i stanu obecnego wprowadziła Komisja Ochrony Pracy w zakresie praw bezrobotnego z Kasy Chorych. Obecnie bezrobotny, uprawniony do świadczeń z Z. U. P. U. był ubezpieczony w Kasie Chorych od takiej kwoty, aby w razie zachorowania mógł otrzymać zasiłek chorobowy równy zasiłkowi z powodu braku pracy, wypłacanemu przez Z. U. P. U., który na ten czas wstrzymuje wypłatę zasiłku. Według postanowień ostatnio uchwalonej noweli pozostający bez pracy będzie ubezpieczony w Kasie Chorych od kwoty pobieranego z Z. U. P. U. zasiłku z powodu braku pracy, w czasie zachorowania więc zasiłek chorobowy nie będzie się już równał zasiłkowi z Z. U. P. U., lecz będzie wynosił 60% tej kwoty. Należy tu jednak zaznaczyć, iż okres pobierania zasiłków chorobowych z Kasy Chorych nie skraca według noweli normalnego okresu zasiłków z Z. U. P. U., które będą mogły być wykorzystane przez pełny okres 6 lub 9 miesięczny.

Zmiana powyższa miała na celu zmniejszenie wydatków Z. U. P. U. na cele ubezpieczenia bezrobotnych w Kasie Chorych i była dokonana w tem przeświadczeniu, że bezrobotni naogół mało korzystali ze świadczeń Kasy, a w każdym razie, że w nielicznych tylko wypadkach pobierali zasiłki chorobowe.

4) Projekt rządowy w ślad za obecnemi postanowieniami art. 57 ust. 2 rozporządzenia przewidywał możność przedłużenia okresu zasiłkowego z 6 do 9 miesięcy. Przedłużenie to było dokonywane przez wprowadzenie odpowiedniego postanowienia do statutu Zakładu Ubezpieczeń. Komisja Ochrony Pracy uznała ten sposób postępowania za niepraktyczny, zmieniła go przeto, dając upoważnienie do przedłużania zasiłków bezpośrednio Ministrowi Opieki Społecznej, który będzie mógł z tego uprawnienia korzystać, jeżeli stan funduszów ubezpieczenia na to pozwala.

5) Odrębny nieco charakter mają zmiany przyjęte na wniosek referenta do art. 102 i 103 rozporządzenia.

Artykuły te określały dokładnie wysokość składki zarówno w dziale ubezpieczenia na wyp. braku pracy, jak i w dziale emerytalnym na przeciąg pierwszych pięciu lat, poczem winna być składka zrewidowana stosownie do wyniku badań asekuracyjno-technicznych za ten okres. Ponieważ moment zmiany wysokości składki zbiega się tu w czasie z momentem, od którego po zebraniu danych można zacząć dopiero badania, przeto wnioski przyjęte przez Komisję Ochrony Pracy zmierzają do usunięcia powyższych trudności.

6) W związku z zaprojektowaną przez Komisję Ochrony

Pracy podwyżką wpływów (wyżej pod 1 i 3), Komisja zmniejszyła obniżkę zasiłków przewidzianą na wypadek, gdyby dochody ubezpieczenia nie wystarczyły na pokrycie wydatków, z 13 — 53% na 5 — 30%, przy równoczesnem zatrzymaniu postanowienia, iż wogóle nie podlegają obniżce zasiłki wymierzane od kwoty niższej od zł. 120.

7) Komisja upoważniła Ministra Opieki Społecznej do ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z uwzględnieniem zmian, wprowadzonych późniejszemi przepisami prawnemi.

Niezależnie od przytoczonych powyżej zmian, Komisja Ochrony Pracy wysunęła propozycję, aby Rząd opierając się na postanowieniu art. 102 ust. 2 rozporządzenia podniósł składkę w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy pracowników umysłowych o 0,8% (do 2,8%), z podziałem 0,6% na pracowników i 0,2% na pracodawców, oraz, aby przedłużył okres zasiłkowy z 6 do 9 miesięcy.

Do chwili złamania numeru omawiana nowela nie ukazała się jeszcze w Dzienniku Ustaw.

DZIAŁALNOŚĆ BIURA OPIEKI LEKARSKIEJ DLA BEZROBOTNYCH WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO W TARNOWSKICH GÓRACH W ROKU 1932.

W miarę pogłębiającego się światowego kryzysu gospodarczego i, co zatem idzie, pogarszającej się konjunktury przemysłu górnośląskiego, wzrastała coraz to bardziej liczba bezrobotnych na G. Śląsku. Ludność, pozostająca bez pracy, była skazana na opiekę lekarską ze strony właściwych urzędów gminnych wzgl. magistratów, przyczem koszty leczenia pokrywał Skarb Śląski, w miarę stojących do dyspozycji funduszów. Decentralizacja akcji leczniczej na poszczególne gminy wiejskie i miejskie była jednak zbyt kosztowną, wobec czego Śląski Urząd Wojewódzki, dążąc drogą centralizacji do możliwego obniżenia jej kosztów, powierzył z mocą od 1 stycznia 1932 r. kierownictwo akcji Spółce Brackiej, która przedewszystkiem mogła być do tego powołana, zwłaszcza że taką samą akcję prowadziła już w latach 1926 — 1929. Zamierzony cel został, o ile chodzi o rok 1932, osiągnięty całkowicie. Bowiem, podczas gdy w pierwszym kwartale 1932 r. Spółka Bracka opiekowała się tylko bezrobotnymi górnośląskiej części województwa Śląskiego, otrzymując w zamian za to od Urzędu Wojewódzkiego 1 zł. miesięcznie za 1 bezrobotnego razem z rodziną, to z dniem 1 kwietnia 1932 r. rozciągnęła ona swą działalność również na cieszyńską część województwa Śląskiego, przyczem odszkodowanie zostało ustalone w kwotach ryczałtowych, a mianowicie za kwiecień na 90 000 zł, zaś od maja począwszy na 70 000 zł miesięcznie. A więc z jednej strony szerszy zakres działania i w związku z tem oraz w wyniku dalszego wzrostu bezrobocia znaczny wzrost liczby osób, mających prawo do opieki lekarskiej, z drugiej strony bardzo poważny spadek funduszów. Rzecz jasna, że w takim stanie rzeczy akcja lecznicza musiała być dostosowana do stojących do dyspozycji środków; niemniej jednak Spółka Bracka wywiązywała się z przyjętych zobowiązań bez zarzutu, udzielając na zasadach, uzgodnionych z Urzędem Wojewódzkim pomocy lekarskiej i leczniczej we wszystkich wypadkach, w których zachodziła istotna potrzeba.

Akcja pomocy lekarskiej i leczniczej obejmowała: poradę i leczenie przez lekarzy okręgowych, lekarzy-specjalistów i lekarzy-dentystów, leczenie w szpitalach i klinikach, operacje i wszelkiego rodzaju zabiegi lekarskie jak naświetlania, zdjęcia i prześwietlania rentgenowskie, zabiegi elektro-medyczne, pomoc lekarską przy poronieniach oraz lekarstwa i drobniejsze środki lecznicze jak okulary, opaski rupturowe, opaski na żylaki i t. p. W razie koniecznej potrzeby ponoszono również koszty przewozu chorych do lekarza lub do szpitala, jako też koszty odwiedzin lekarza w domu chorego. Nie poprzestając jednak na spełnianiu zobowiązań, przejętych wobec Urzędu Wojewódzkiego, można było z oszczędności budżetowych przeprowadzić u szeregu osób ciężko chorych leczenie w zakładach zdrojowych i w sanatorjach a ponadto wysłać około 190 dzieci na kolonje letnie i do uzdrowisk.

Do świadczeń z akcji pomocy lekarskiej i leczniczej dla bezrobotnych mieli prawo bezrobotni i ich rodziny (żony oraz dzieci do 15 roku życia).

Akcja była prowadzona za pomocą specjalnego biura pod nazwą Biuro Opieki Lekarskiej dla Bezrobotnych, w skróceniu B. O. L. B., mieszczącego się w gmachu Dyrekcji Spółki Brackiej i działającego pod naczelnem kierownictwem dyrektora Spółki Brackiej. Personel B. O. L. B. składał się początkowo z 5 pracowników, która to liczba w miarę wzrostu liczby bezrobotnych powiększyła się do 12 w końcu roku sprawozdawczego, ponadto kilku fachowych urzędników Spółki Brackiej było zatrudnionych w B. O. L. B. pobocznie.

Ilość wpływów w roku sprawozdawczym wynosiła 20 043, t. j. 67 na 1 dzień pracy. Wysłano zaś razem 12 222 pism, druków i paczek.

Poniższe zestawienie wykazuje według poszczególnych miesięcy roku sprawozdawczego z jednej strony wysokość funduszów, płaconych przez Urząd Wojewódzki na akcję B. O. L. B, z drugiej strony ilość bezrobotnych oraz ilość wszystkich uprawnionych do pomocy lekarskiej, jakoteż przeciętną wysokość wydatku na 1 bezrobotnego względnie na osobę uprawnioną.

Miesiąc	Fundusz Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego	Ilość bezrobotnych według danych urzędowych	Przeciętnie przypadało na 1 bezrobotnego	Ilość wszystkich uprawnionych według danych urzędowych	Przeciętnie przypadało na 1 osobę uprawnioną
	zł. gr.		zł. gr.		zł. gr.
1932 r.					
styczeń . .	76 198,—	79 281	0,96	175 217	0,43
luty . . .	76 162,—	86 693	0,88	204 781	0,37
marzec . .	103 838,—	94 092	1,10	224 461	0,46
kwiecień .	90 000,—	109 501	0,82	272 881	0,33
maj . . .	70 000,—	109 181	0,64	272 056	0,26
czerwiec .	70 000,—	110 861	0,63	272 948	0,26
lipiec . .	70 000,—	113 864	0,61	278 350	0,25
sierpień . .	70 000,—	114 170	0,61	284 725	0,25
wrzesień .	70 000,—	115 257	0,61	287 163	0,24
październik	70 000,—	117 761	0,59	294 533	0,24
listopad . .	70 000,—	119 385	0,59	295 785	0,24
grudzień .	70 000,—	123 185	0,57	305 100	0,23
razem: .	906 198,—	1 293 231	0,70	3 168 000	0,29

Widać z tego, że stawka miesięczna, przypadająca na 1 osobę uprawnioną, już z początku roku stosunkowo niska, spadała z miesiąca na miesiąc i wynosiła w grudniu prawie tylko 50% stawki styczniowej.

Opieki lekarskiej udzielało B. O. L. B. za pośrednictwem 98 lekarzy okręgowych, z tego 80 na górnośląskiej, 18 na cieszyńskiej części Województwa, oraz 24 lekarzy specjalistów. Wszystkim tym lekarzom razem płacono 35% funduszu, otrzymywanego z Urzędu Wojewódzkiego. W ten sposób wynosiło łączne honorarjum lekarskie — wszystkich lekarzy — w pierw-

szych 3 miesiącach roku 0,35 zł miesięcznie, w miesiącu kwietniu 0,29, w maju 0,22, w grudniu 0,205 zł na 1 bezrobotnego.

Poniższe zestawienia wykazują ilość bezrobotnych i członków ich rodzin w poszczególnych powiatach Województwa Śląskiego (zestawienie a), ilość osób, uprawnionych do opieki lekarskiej, przypadających na 1 lekarza (zestawienie b) i ilość wydanych przekazów do lekarza (zestawienie c), według poszczególnych miesięcy.

a) Ilość bezrobotnych oraz osób z ich rodzin w poszczególnych powiatach Województwa Śląskiego.

Miesiąc		Lubliniec	Tarn. Góry	Świętochłowice	Katowice	Pszczyna	Rybnik	Bielsko	Cieszyn	m. Katowice	m. Król. Huta	m. Bielsko	Ogółem
styczeń	a) *)	1 982	5 476	15 466	17 659	9 756	13 361	—	—	7 967	7 614	—	79 281
	b) **)	5 455	2 327	18 331	18 427	13 203	22 678	—	—	8 458	7 057	—	95 936
luty	a)	2 071	6 158	17 481	17 973	10 406	14 663	—	—	9 751	8 190	—	86 693
	b)	5 768	4 757	22 809	22 239	15 639	26 754	—	—	10 325	9 497	—	118 083
marzec	a)	2 097	6 342	20 661	19 116	11 168	15 791	—	—	9 913	9 004	—	94 092
	b)	4 547	7 869	27 860	23 423	18 978	27 629	—	—	10 053	10 010	—	130 369
kwiecień	a)	2 139	6 308	21 729	20 506	11 141	15 869	5 485	5 815	10 010	8 896	1 603	109 501
	b)	4 672	10 621	29 186	25 377	18 755	28 537	9 932	15 007	10 566	9 386	1 341	163 380
maj	a)	2 145	6 122	22 726	21 254	10 439	15 932	5 137	4 922	10 025	9 020	1 459	109 181
	b)	4 672	10 251	31 155	26 113	17 410	29 536	9 739	12 561	10 782	9 352	1 304	162 875
czerwiec	a)	2 008	6 048	24 676	21 102	11 248	16 099	4 663	4 826	10 217	8 562	1 412	110 861
	b)	4 404	10 207	32 918	25 231	19 531	29 399	8 546	10 474	10 983	9 258	1 136	162 087
lipiec	a)	1 898	6 198	24 124	22 885	11 523	17 092	4 410	4 762	11 000	8 630	1 342	113 864
	b)	4 619	10 115	33 904	27 256	19 656	30 213	8 299	9 077	12 063	8 241	1 043	164 486
sierpień	a)	1 892	6 114	23 647	23 520	11 494	16 745	4 031	4 702	11 245	9 450	1 330	114 170
	b)	4 521	10 709	34 959	29 275	21 899	29 339	8 651	8 028	12 282	9 838	1 054	170 555
wrzesień	a)	1 940	6 215	23 689	24 125	11 382	17 045	3 696	4 695	11 803	9 651	1 015	115 257
	b)	5 359	10 388	36 042	29 436	20 783	30 586	7 786	7 478	12 789	10 447	812	171 906
październik	a)	2 078	6 479	23 409	25 441	11 501	17 703	3 607	4 702	12 050	9 633	1 158	117 761
	b)	5 599	11 145	36 056	31 746	21 046	31 303	8 418	6 981	13 109	10 452	917	176 772
listopad	a)	2 035	6 744	23 516	24 909	11 869	18 030	3 974	5 045	12 267	9 790	1 206	119 385
	b)	5 879	10 865	33 081	32 298	21 790	32 071	8 149	7 273	13 411	10 623	960	176 400
grudzień	a)	2 861	6 938	23 524	24 475	11 912	19 133	4 297	5 808	12 751	10 135	1 351	123 185
	b)	6 734	11 435	32 653	31 692	20 518	32 558	7 351	9 096	14 397	14 256	1 225	181 915

*) a — ilość bezrobotnych.

**) b — ilość osób z ich rodzin.

b) Ilośc osób, przypadających na 1 lekarza.

Miesiąc	Ilość osób, uprawnionych do opieki	Ilość lekarzy	Na 1 lekarza okręgowego przypadało przeciętnie
styczeń	175 217	72	2 434
luty	204 781	76	2 694
marzec	224 461	78	2 878
kwiecień	272 881	94	2 903
maj	272 056	94	2 894
czerwiec	272 948	94	2 904
lipiec	278 350	94	2 961
sierpień	284 725	94	3 029
wrzesień	287 163	94	3 055
październik	294 533	95	3 100
listopad	295 785	96	3 081
grudzień	305 100	98	3 113

c) Ilość wydanych przekazów do lekarza.

Miesiąc	Liczba wydanych przekazów	Liczba lekarzy	Przeciętnie przypadało na 1 lekarza przekazów
styczeń	9 320	72	129
luty	9 760	76	128
marzec	11 117	78	143
kwiecień	11 297	94	120
maj	10 762	94	114
czerwiec	11 294	94	120
lipiec	12 001	94	128
sierpień	12 116	94	129
wrzesień	11 550	94	123
październik	11 704	95	123
listopad	12 596	96	131
grudzień	13 783	98	141
przeciętnie miesięcznie.	11 442	90	127

Razem leczyło się w roku sprawozdawczym

u lekarzy okręgowych	121 803	chorych
„ specjalistów	2 847	„
ogółem:	124 650	„

Do leczenia w szpitalach i klinikach bezrobotni i ich rodziny mają prawo, o ile zachodzi konieczność zabiegu operacyjnego lub w razie ciężkiego zachorowania, wymagającego koniecznie leczenia szpitalnego. Zasadniczo na umieszczenie chorego w szpitalu wymagana jest uprzednia zgoda B. O. L. B., w nagłych wypadkach jednak może lekarz okręgowy lub lekarz specjalista przekazać chorego bezpośrednio do szpitala i zażądać dodatkowego zezwolenia.

Ogółem leczyło się w szpitalach w roku sprawozdawczym 1 743 osób przez razem 28 574 dni, czyli przeciętnie przypadało na 1 chorego 16 dni leczenia szpitalnego, przyczem najkrótszy czas trwania leczenia chorego wynosił 1 dzień, najdłuższy 186 dni. Jeżeli po wykonaniu zabiegu operacyjnego dalsze leczenie szpitalne lub kliniczne nie było potrzebne, wówczas chory bywał zwolniony ze szpitala a dalszej opieki udzielał mu lekarz w ambulatorjum szpitala lub kliniki aż do wyleczenia.

Wydatki na leczenie szpitalne i ambulatoryjne w szpitalach i klinikach wynosiły w roku sprawozdawczym:

a) w szpitalach	168 868,61	zł.
b) w ambulatorjach szpitali i klinik	28 463,24	„
razem:	197 331,85	„

Przeciętne koszty leczenia i utrzymania w szpitalu na dzień i chorego wynosiły 5,91 zł.

Dla ustalenia dokładnej djagnozy przekazywano chorych do lekarzy specjalistów oraz do instytutów rentgenologicznych celem prześwietlenia i wykonania zdjęć rentgenowskich.

Koszty przewozu chorych do szpitali i lekarzy ponosiło B. O. L. B. Wynik leczenia 1 743 osób umieszczonych w szpitalach był następujący: wyzdrowiało 1 001, zwolniono jako polepszonych 573, zmarło 81, pozostawało w dniu 31 grudnia 1932 r. w kuracji 88 osób.

Jak już na wstępie nadmieniono, B. O. L. B. dzięki bardzo racjonalnej i oszczędnej gospodarce zdołało w roku sprawozdawczym wysłać większą ilość osób do różnych zdrojów i letnisk.

I tak umieszczono 7 mężczyzn, chorujących na gruźlicę płuc, w lecznicy przeciwgruźliczej w Wodzisławiu. Na gościec stawowy, ischias i inne dolegliwości mięśni leczono w letnisku brackiem w Jastrzębiu Zdroju 60 mężczyzn i 20 kobiet razem przez 2 347 dni, nakładem kosztów razem 18 768,50 zł, czyli na 1 chorego przypadało 234,61 zł. 15 chłopców i 7 dziewcząt, u których zachodziły specjalne ciężkie wypadki gruźlicy kości, kręgosłupa i t. p., leczono w sanatorjum Kolonji Dziecięcej w Busku Zdroju łącznym nakładem kosztów 5 665,15 zł. Dalej umieszczono 146 dzieci rachitycznych, niedokrwistych i nienależycie odżywianych w letnisku brackiem w Goczałkowicach, gdzie przebywały przeciętnie każde przez 28 dni. Wydatki na ten cel wraz z kosztami podróży wyniosły 13 898,90 zł czyli na 1 dziecko 95,20 zł. Dzieci te, wysłane przez rodziców do letniska, nie posiadały po większej części ani ubrań należytych, ani bielizny, wobec czego kupiono dla nich kosztem 1 480 zł specjalne ubranka, które oddano im po ukończeniu kuracji na własność. Ponadto wysłano do letniska miasta Katowic w Gorzycach 18 dzieci, które przebywały tam przez 28 dni, kosztem 1 350 zł. W końcu udzielono Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi w Katowicach zapomogi w wysokości 2 500 zł na rzecz Kolonij letnich w Rabce i Jastrzębiu-Zdroju, gdzie przebywały w większych ilościach dzieci bezrobotnych, wysłane tam przez inne instytucje społeczne lub urzędy gminne.

Leczenia zębów udziela B. O. L. B. tylko wówczas, jeżeli zachodzi konieczna potrzeba. Zezwolenie na rwanie zębów nie jest wymagane, lecz przekazanie do lekarza-dentysty może nastąpić wyłącznie przez lekarza okręgowego. Na plombowanie zębów wymagana jest uprzednia zgoda B. O. L. B., przyczem Biuro ustala w każdym wypadku wysokość swego udziału w kosztach. Razem przekazano w roku sprawozdawczym do lekarzy-dentystów i dentystów 3 034 osoby. W 558 wypadkach zezwolono na plombowanie zębów przy przejęciu co najmniej połowy kosztów na B. O. L. B. Łączne wydatki na dentystykę wyniosły 9 050,78 zł.

Bezrobotni i ich rodziny mają prawo do bezpłatnych lekarstw, koniecznie potrzebnych do leczenia. Ponadto lekarze B. O. L. B. mogą przepisywać inne lekarstwa, wprawdzie nie koniecznie potrzebne, jednak pożądane do przyśpieszenia wyleczenia, z tem jednak, że bezrobotni ponoszą połowę kosztów takich środków. W roku sprawozdawczym przepisano ogółem lekarstw dla 124 650 chorych na 158 588 receptach ogólnym kosztem 202 603,70 zł. Przeciętne koszty lekarstw wyniosły na 1 chorego 1,63 zł. na 1 receptę 1,28 zł. Wenerycznie chorym udzielali pomocy lekarze okręgowi i w cięższych wypadkach lekarze specjaliści. Środki potrzebne do leczenia chorób wenerycznych wolno lekarzom zapisywać bez ograniczenia. Ogółem leczono 4 328 wenerycznie chorych, zaś koszty lekarstw, przepisanych dla nich, wyniosły razem 31 770,94 zł czyli na 1 chorego przypadało 7,34 zł. Tytułem mniejszych środków leczniczych dostarczono w roku sprawozdawczym 124 okularów, 4 protez ocznych, 70 opasek różnego rodzaju ogólnym kosztem 1 700,48 zł.

Dla zakończenia sprawozdania umieszczamy poniżej rachunek działalności B. O. L. B. na rok 1932, z którego wynika, że B. O. L. B. zamknęło rok ten pewną nadwyżką, z której jednak pewna część przeznaczona jest na pokrycie zaległości tegoż roku.

Dochody

Tytuł	Oznaczenie dochodów	Kwota Zł.	gr.
„ III	Wpłaty Śl. Urzędu Wojew.	906 198	—
IV	Odsetki	7 044	20
I—X	Zwroty	1 074	98
		914 317	18

Rozchody

Tytuł	Oznaczenie rozchodów	Kwota Zł.	gr.	Przypada %
V	Odszkodowanie lekarzy okręgowych i lekarzy specjalistów	311 554	99	34,08
VI	Lekarstwa i mniejsze środki lecznicze	204 304	18	22,34
VII	Leczenie szpitalne wraz z kosztami zabiegów wszelkiego rodzaju oraz kosztami przewozu chorych do szpitali . .	197 331	85	21,58
VIII	Leczenie dentystyczne . .	9 050	78	0,99
IX	Wydatki nieprzewidziane (koszty podróży do lekarzy, zdjęcia rentgenowskie i t. d.)	20 059	06	2,19
IXa	Wysyłka bezrobotnych do Jastrzębia - Zdroju oraz ich dzieci do letnisk i zdrojów .	39 503	26	4,32
X	Koszty administracyjne: 1) osobowe . 38 649,67 zł.			4,23
	2) rzeczowe . 12 991,03 zł.	51 640	70	1,42
XI	Zaległości bierne oraz nadwyżka budżetowa roku 1932 do przeniesienia na rok 1933	80 872	36	8,85
		914 317	18	100%

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZALNI KRAJOWEJ W POZNANIU.

Ubezpieczalnia Krajowa prowadzi dwa działy ubezpieczenia na obszarze woj. poznańskiego i woj. pomorskiego, mianowicie ubezpieczenie robotników na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci oraz ubezpieczenie od wypadków przy pracy. Ostatnio ukazało się sprawozdanie ubezpieczalni za 1931 r., ze sprawozdania tego podajemy ważniejsze dane, obejmujące dział ubezpieczenia inwalidzkiego; uzupełniając je danemi z 1930 r. i posiadanemi już danemi z 1932 r.

Dochód ze składek w ciągu tych trzech lat obniżał się stale i wynosił:

w roku 1930 — 12.462.216,98 zł.
w roku 1931 — 10.969.980,05 „
w roku 1932 — 9.293.622,98 „

Natomiast wydatki na renty zwiększały się, wzrost jednak w 1932 r. był już niewielki. Wydatek na renty wynosił (bez dodatku Skarbu Państwa):

w roku 1930 — 9.172.222,61 zł.
w roku 1931 — 10.400.872,67 „
w roku 1932 — 10.650.272,80 „

Wydatków na leczenie z rokiem 1930 porównać nie można, ponieważ wskutek utworzenia w 1931 r. odrębnych budżetów eksploatacji zakładów leczniczych, obecnie wykazuje Ubezpieczalnia Krajowa tylko wydatki na leczenie własnych ubezpieczonych; wydatki te wynosiły:

w roku 1931 — 513.714,75 zł.
w roku 1932 — 430.345,36 „

Koszty administracyjne, obejmujące koszty osobowe, koszty rzeczowe i koszty kontroli, wykazujące stałe obniżanie się w liczbach bezwzględnych, wynosiły:

w roku 1930 — 1.284.916,96 zł., czyli 10.3% składek
w roku 1931 — 1.199.610,07 „ „ 10.9% „
w roku 1932 — 951.125,66 „ „ 10.2% „

Dochód z majątku wynosił:

w roku 1930 — 2.322.346,57 zł.
w roku 1931 — 2.391.111,86 „
w roku 1932 — 2.148.853,97 „

Przyrost majątku, będący odbiciem coraz bardziej pogarszającego się stanu finansowego Ubezpieczalni, wynosił:

w roku 1930 — 4.219.296 zł.
w roku 1931 — 2.787.576 „
w roku 1932 — 117.192 „

Stan majątku wynosił z końcem 1932 r. 37.577.527,53 zł.

Majątek był ulokowany w końcu 1931 r. w sposób następujący (w nawiasach liczby za rok 1932):

Kasa i sumy do dyspozycji 4.113.488,97 zł. (2.795.564,73 zł.).
Lokaty w instytucjach finansowych 7.327.900,— zł. (5.483.053,10 zł.).

Dłużnicy (Skarb Państwa za wydziały reemigrantów i renty górnicze, Wydział ubezpieczeń od wypadków, Kasy Chorych, zaległe odsetki, zaległe czynsze, nadebrane z Ubezpieczalni renty i t. p.) . . . . . 1.355.093,21 zł. (3.111.057,60 zł.)
Papiery wartościowe . . . 8.322.978,84 „ (8.162.203,77 „)
Pożyczki hipoteczne . . 11.359.041,04 „ (11.324.873,86 „)
Nieruchomości . . . . . 5.972.383,21 „ (6.230.900,53 „)

Pozostały majątek stanowią zapasy w zakładach leczniczych, ruchomości i t. p.

Wniosków o renty wpłynęło w 1931 r. 20.389 (w 1930 r. 19.175); z tych (wraz z pozostałemi z r. 1930 — 6.973) załatwiono przez przyznanie rent 11.588, odrzucono 7.205.

Stan rent wypłacanych w końcu 1931 r. (w końcu 1930 r.) wynosi:

rent inwalidzkich 38.284 (34.821),
„ chorych 440 (429),
„ starczych 12.866 (13.998),
„ wdów i wdowców 15.716 (13.969),
„ wdów—chorych 170 (167),
„ sierocych (według gniazd) 7.380 (8.105),

zatem ogólny stan rent, wypłacanych w końcu 1931 r. (w końcu 1930 r.) wynosił 74.856 (71.489).

Sprawozdanie Ubezpieczalni Krajowej obejmuje również zestawienia rachunkowe Wydziału ubezpieczeń od wypadków, które ogłosimy w następnym numerze, a to ze względu na będące w toku prace nad repartycją składki. Zakończenie tych prac może dać dopiero pogląd na sytuację finansową tego działu ubezpieczenia

DZIAŁALNOŚĆ KAS CHORYCH W R. 1932.

Ponieważ działalność Kas Chorych w 1932 roku będzie omówiona i scharakteryzowana obszerniej w jednym z następnych numerów „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", a to po sporządzeniu przez Kasy Chorych rocznych zamknięć rachunkowych za ten okres, w notatce niniejszej ograniczę się do krótkich uwag i wyjaśnień podanych w tablicach liczb, zebranych z miesięcznych bilansów surowych za miesiąc grudzień 1932 r. Liczby te obejmują działalność całoroczną, jednakże niekompletną, gdyż po pierwsze — bilanse surowe zostały sporządzone w styczniu, a niektóre w lutym 1933 r., zaś po tym terminie nadal jeszcze są księgowane pod datą 31.XII 1932 r. różne pozycje uzupełniające, jak z opóźnieniem nadesłane rachunki szpitali, aptek i innych dostawców, poprawki wynikłe z uzgadniania kont i t. d., po drugie — ponieważ w bilansach surowych brak niektórych pozycyj memorjałowych, dokonywanych przez Kasy Chorych przeważnie raz do roku, a to przy sporządzaniu rocznych zamknięć rachunkowych, a więc: odpisów amortyzacyjnych od ruchomości i nieruchomości, odpisów na fundusz zapasowy, odpisów strat na nieściągalnych składkach i t. p.

Przeciętną liczbę ubezpieczonych wyprowadzono na podstawie liczby podawanych w miesięcznych bilansach surowych z całego roku. Ponieważ w ten sposób obliczano przeciętną liczbę ubezpieczonych i w latach poprzednich, liczba ta nieulegnie już zmianie. W porównaniu z rokiem 1931 liczba ubezpieczonych w kasach chorych spadła o 167 tys. osób.

W rubryce kapitałów płynnych podano poza gotówką w kasie i na lokatach — również papiery wartościowe i weksle. Pozatem niektóre kasy chorych wykazały w lokatach pożyczki udzielone innym kasom chorych. Wziąwszy to pod uwagę, należy przyjąć, że z wykazanej sumy 7.750 tys. zł. nie wszystko jest rzeczywiście płynne.

Należności od pracodawców w kwocie 120 milj. zł. — równają się 7½ miesięcznemu przypisowi składek; w ciągu roku sprawozdawczego wzrosły one o 14 milj. zł.

Należności inne obejmują zaliczki udzielone różnym dostawcom i personelowi, należności za leczenie od różnych instytucji społecznych i samorządowych, oraz od Skarbu Państwa, pożyczki, udzielone innym kasom i Związkowi Kas Chorych i t. p.

Jak podaje kolumna ostatnia tablicy pierwszej, w r. 1932 spłaciły kasy chorych ogółem zobowiązań — na kwotę 11 milj. zł., z czego wykupione akcepty wynoszą 1 milj. zł. Ważniejsze-

mi pozycjami wśród zobowiązań kas chorych są—poza długami hipotecznemi — należności aptek, szpitali, Związku Kas Chorych i zaległe uposażenia lekarskie. W niektórych Kasach, poszczególne z tych zobowiązań tworzą zaległość w wysokości kilkumiesięcznego wydatku.

Przypis składek w r. 1932 wykazał nadal tendencję zniżkową, spadając do kwoty 195 milj. zł., a więc mniej o 41 milj. zł. aniżeli w 1931 r. w złotych zaś na jednego ubezpieczonego o 12.— zł. mniej, a to ze 109,40 zł. w r. 1931, do 97,83 zł. w r. 1932. Wpływ w ciągu roku wyniósł 187 milj. zł., jednakże z kwoty tej pewna część weszła z powrotem na konta pracodawców za zaprotestowane weksle.

W innych dochodach są wykazane kary i odsetki (kwoty nieznaczne), zwroty od Skarbu Państwa za leczenie bezrobotnych i za wypłacone zasiłki połogowe, zwroty od Kas obcych za leczenie ich członków (odpowiednik w kwocie rubryki „szpitale i zakłady obce"), czynsze we własnych nieruchomościach i inne.

Ogółem świadczenia wyniosły 154 milj. zł., z czego przypada na świadczenia pieniężne (zasiłki) 33 milj. zł. — 21,8%, zaś na świadczenia lecznicze 121 milj. zł. — 78,2%. Ze świadczeń najpoważniejszą pozycję tworzą wydatki na pomoc leczniczą — 33,7% ogółu świadczeń. Najwięcej wyniosły one zarówno w stosunku do przypisu składek, jak i w złotych na jednego ubezpieczonego w Kasach Okręgu Warszawskiego, zaś najmniej w Kasach Okręgu Poznańskiego. O rozbieżności wysokości zarówno dochodów jak wydatków przypadających na jednego ubezpieczonego, między Kasami Okręgu Poznańskiego a kasami innych okręgów, była mowa w poprzednich notatkach o działalności Kas Chorych.

Pozycja leków i opatrunków obejmuje wydatki na apteki własne, oraz środki lecznicze i opatrunkowe z aptek obcych. Procentowo najwięcej wydają na ten dział wydatków kasy Okręgu Poznańskiego, a nawet w złotych na jednego ubezpieczonego przewyższały one kasy Okręgu Lwowskiego, pomimo znacznie niższych składek.

Na leczenie w szpitalach, sanatorjach i wszelkich zakładach leczniczych, własnych, związkowych i obcych, wydały kasy chorych w roku sprawozdawczym 32 milj. zł., czyli 16,4% przypisu składek. W kwocie tej figuruje również leczenie ambulatoryjne w innych kasach chorych na podstawie przekazów.

W kwocie innych świadczeń mieszczą się wydatki na profilaktykę i propagandę, oraz na przewozy chorych i lekarzy.

Koszty administracji personalne i rzeczowe wyniosły 22 milj. zł. Jestto o 4 milj. zł. mniej niż w roku 1931, jednakże procentowo do zmniejszonego przypisu składek są wyższe o 0,3%.

Koszty ogólne w roku 1931 wyniosły 9,4% przypisu, co nastąpiło wskutek bardzo znacznych odpisów na straty nieściągalnych składek. Podana w bilansach surowych za 1932 r. kwota 12 milj. zł. (6,2%) będzie również prawdopodobnie wyższą w/g zamknięć rocznych. Jedną z poważniejszych pozycyj w tym rachunku, szczególnie w kasach budujących z pożyczek, są odsetki od długów hipotecznych.

Wykazana nadwyżka w wysokości 11,4% byłaby wystarczającą na dokonanie odpisów amortyzacyjnych i na fundusz zapasowy. Można jednakże przewidywać, że w rzeczywistości będzie ona niższą i że ogólny rachunek działalności kas chorych za r. 1932 zamknie się niedoborem.

A. U.

Tablica I. Bilanse Kas Chorych z dn. 31.XII 1932 r.

w z ł o t y c h

Okr. Urząd Ubezp.	Przeciętna ilość ubezpieczonych	Kapitały płynne	Należności		Zobowiązania		Spłata zobowiązań
			od pracodawców	inne	akcepty	inne	
w Warszawie . . .	774.387	3,497.194	64,399.701	9,489.492	323.779	28,502.508	5,767.161
w Poznaniu	500.691	1,010.396	19,924.145	6,717.093	287.225	15,872.684	2,048.769
we Lwowie	717.798	3,243.194	36,145.262	9,589.086	441.307	19,513.267	3,202.587
Ogółem . . .	**1,992.876**	**7,750.784**	**120,469.108**	**25,795.671**	**1,052.311**	**63,888.459**	**11,018.517**

Tablica II. Rachunki działalności Kas Chorych za r. 1932.

w z ł o t y c h

Okr. Urząd Ubezp.	składki		Inne dochody	Świaczenia	Koszty		Nadwyżka
	wpływ	przypis			administr.	ogólne	
w Warszawie . . .	87,402.161	92,800.979	8,351.113	74,094.295	10,069.730	5,569.171	11,374.792
w Poznaniu	36,109.161	38,222.450	2,904.486	30,367.984	4,416.834	2,072.983	4,269.135
we Lwowie	63,550.767	63,961.418	5,099.871	50,044.362	7,895.575	4,539.155	6,582.197
Ogółem . . .	**187,062.089**	**194,984.847**	**16,355.470**	**154,506.641**	**22,382.139**	**12,181.309**	**22,226.124**

Tablica III. Wydatki Kas Chorych na świadczenia w r. 1932.

w z ł o t y c h

Okr. Urząd Ubezp.	Zasiłki	Pomoc lecznicza	Środki lecznicze i opatrunki	Szpitale i zakłady		Inne świadczenia	Razem
				własne	obce		
w Warszawie . . .	15,065.011	27,778.355	13,093.471	6,231.009	8,810.875	3,115.574	74,094.295
w Poznaniu	5,685.381	8,981.649	6,393.411	1,935.585	5,216.317	2,155.641	30,367.984
we Lwowie	12,926.487	16,273.605	8,307.421	3,877.469	5,859.543	2,799.837	50,044.362
Ogółem . . .	**33,676.879**	**53,033.609**	**27,794.303**	**12,044.063**	**19.886,735**	**8,071.052**	**154,506.641**

Tablica IV. Dochody i wydatki Kas Chorych w %% przypisu składek w r. 1932.

Okr. Urząd Ubezp.	Dochody		Wydatki na świadczenia							Koszty		Nadwyżka
	przypis składek	inne dochody	zasiłki	pomoc leczn.	środki leczn. i opatr.	Szpitale i Zakł. własne	Szpitale i Zakł. obce	inne świadczenia	razem świadczenia	administr.	ogólne	
w Warszawie . .	100,—	8,9	16,2	29,9	14,1	6,7	9,5	3,4	79,8	10,8	6,—	12,3
w Poznaniu . . .	100,—	7,6	14,9	23,5	16,7	5,1	13,6	5,6	79,4	11,6	5,4	11,2
we Lwowie . . .	100,—	8,—	20,2	25,4	13,—	6,1	9,2	4,4	78,3	12,3	7,1	10,3
Ogółem . .	**100,—**	**8,3**	**17,3**	**27,2**	**14,2**	**6,2**	**10,2**	**4,1**	**79,2**	**11,5**	**6,2**	**11,4**

Tablica V. Dochody i wydatki Kas Chorych przypadające na 1 ubezpieczonego w r. 1932.
w złotych

Okr. Urząd Ubezp.	Dochody		Wydatki na świadczenia							Koszty		Nadwyżka
	przypis składek	inne dochody	zasiłki	pomoc leczn.	środki leczn. i opatr.	Szpitale i zakł. własne	Szpitale i zakł. obce	Inne świadczenia	ogółem świadczenia	administr.	ogólne	
w Warszawie . .	119,77	10,78	19,45	35,87	16,91	8,05	11,38	4,02	95,68	13,—	7,19	14,69
w Poznaniu . . .	76,34	5,80	11,35	17,94	12,77	3,87	10,42	4,30	60,65	8,82	4,14	8,53
we Lwowie . . .	89,11	7,10	18,02	22,67	11,57	5,40	8,16	3,90	69.72	11,—	6,32	9,17
Ogółem .	**97,83**	**8,20**	**16,90**	**26,61**	**13,95**	**6,04**	**9,98**	**4,05**	**77,53**	**11,23**	**6,11**	**11,16**

KRONIKA ZAGRANICZNA

STOSUNKI MIĘDZY LEKARZAMI A UBEZPIECZENIAMI SPOŁECZNEMI WE FRANCJI

Ustawa francuska z dn. 30 kwietnia 1930 r. o ubezpieczeniu społecznem reguluje w sposób bardzo korzystny dla lekarzy sprawę organizacji lecznictwa w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Zastosowana została w całej pełni zasada wolnego wyboru lekarza. Pomoc lekarska udzielana jest zasadniczo w domu chorego lub w gabinecie prywatnym lekarza. (System ambulatoryjny istnieje jedynie w bardzo rzadkich wypadkach). Wysokość honorarjum pozostawiona została do swobodnego porozumienia między lekarzem a pacjentem: kasa chorych zwraca jedynie ubezpieczonemu część kosztów wizyty lekarskiej, w postaci zwrotu 80—85% stawek, przewidzianych w taryfie danej kasy na pomoc lekarską. Tajemnica lekarska jest ściśle przestrzegana. Lekarze nie są związani żadnemi ograniczeniami i zarządzeniami kas co do sposobu leczenia.

Usuwając wszelki nadzór kas ubezpieczeń społecznych nad lekarzami, ustawa zapewnia natomiast lekarzom odpowiedni wpływ na działalność kas, zobowiązując je do przestrzegania wskazówek lekarzy w sprawie organizacji i funkcjonowania zakładów leczniczych, jakie budują względnie prowadzą kasy. Wreszcie ustawa postanawia, że jedynie organizacje i związki lekarzy, które są aprobowane przez ogólnopaństwowe organizacje lekarskie, mogą zawierać umowy z instytucjami ubezpieczeniowemi, to znaczy, że jedynie zrzeszeni lekarze mogą być dopuszczeni do praktyki kasowej.

Współpraca między organizacjami lekarzy i kasami oparta więc jest zasadniczo na umowach. Tego rodzaju umowy zostały już zawarte w znacznej większości departamentów. Zawieranie ich nie natrafia na poważniejsze trudności, ponieważ poza organizacją kontroli, wykonywaną przez zrzeszenie lekarskie nad poszczególnym lekarzem, zawierają one jedynie przepisy, dotyczące formalności, jakie winni wypełniać lekarze wobec kasy i ubezpieczonego, ażeby umożliwić mu uzyskanie świadczeń, do jakich ma prawo według ustawy i statutu.

W artykule, jaki się ukazał w numerze listopadowym z 1932 r. „Revue politique et parlementaire" pod tytułem „La mutualité, le corps médical et les assurances sociales" p. Pierre Laroque pisze — „że w żadnem innem państwie ustawodawca nie okazał wobec lekarzy tak daleko idących dowodów zaufania. Wszystkie bowiem zasady medycyny tradycyjnej, polegające na zaufaniu chorego do swego lekarza są ściśle respektowane, a nawet formalnie uświęcone".

Takie uregulowanie w ustawie stosunku między lekarzami a kasami ubezpieczeniowemi stwarza jednak dla ubezpieczeń społecznych poważne trudności, a równocześnie — co wydaje się szczególnie charakterystyczne — nie stwarza jeszcze całkowitego zadowolenia wśród lekarzy, którzy stale wysuwają coraz nowe roszczenia, powodujące niejednokrotnie bardzo poważne rozbieżności między niemi a kasami.

Przedewszystkiem podkreślić należy bardzo trudną sytuację, jaką wytwarza zarówno dla ubezpieczenia, jak w szczególności dla ubezpieczonych brak umownego uregulowania między kasami i lekarzami sprawy wysokości honorarjów.

Kasa ubezpieczeniowa zwraca w myśl ustawy ubezpieczonemu 80% lub 85% kosztów wizyty lub zabiegu lekarskiego, przyczem ze względu na ograniczone środki, pozostające do dyspozycji, kasa ustala maksymalne granice swej odpowiedzialności, które nie przekraczają w żadnym wypadku 15 fr. za wizytę lub zabieg. Ponieważ jednak lekarze żądają od pacjentów znacznie wyższych honorarjów, przeto powstaje taki stan rzeczy, że ubezpieczony otrzymuje niejednokrotnie drobne tylko odszkodowanie w stosunku do poniesionych wysokich kosztów leczenia.

„Jest to bardzo trudna sprawa — pisze p. Laroque—która może przy dalszem jej trwaniu rozwinąć głębokie niezadowolenie wobec ubezpieczeń społecznych". P. Laroque nie chce obciążać pod tym względem odpowiedzialnością, ani lekarzy, *„którzy pobierają zbyt wysokie honorarja"*, ani też kas ubezpieczeniowych, które ze względów ostrożności *„zbyt nisko ustalają swe taryfy odpowiedzialności"*, uważa jednak za konieczne, aby już

w krótkim czasie dostosowane były stawki kas chorych do honorarjów lekarskich (czy też może odwrotnie?), które winny być pozatem ujęte w pewne ściśle określone normy, przynajmniej, jeśli chodzi o honorarja za wizytę w domu u chorego lub w gabinecie lekarza.

O wiele większe jeszcze trudności powstają przy organizacji pomocy leczniczej dla ubezpieczonych leczonych w szpitalach. Ustawa nie precyzuje ściśle tego zagadnienia, pozostawiając tę sprawę umownemu unormowaniu między lekarzami i kasami ubezpieczeniowemi. Należy podkreślić przytem bardzo charakterystyczne żądania lekarzy francuskich, a mianowicie — w obawie, aby szpitale nie czyniły lekarzom konkurencji — wystąpili oni z postulatami, aby również *w zakresie lecznictwa szpitalnego wprowadzono w całem tego słowa znaczeniu wolny wybór lekarza,* aby *szpital przestrzegał ściśle poleceń poszczególnego lekarza* oraz, aby *sprawa wysokości honorarjum za opiekę nad chorym w szpitalu pozostawiona była do umowy między lekarzem a chorym.*

Po długich dyskusjach i sporach uzyskali nawet lekarze w pewnym stopniu satysfakcję w postaci okólnika Ministrów Pracy i Zdrowia Publicznego z dn. 1.X.1931, który dopuszcza — pod pewnymi warunkami — wolny wybór lekarza przy leczeniu szpitalnem.

W związku z powyższem pisze p. Laroque:

„Koła lekarskie dają przez to wyraz swemu pragnieniu przestrzegania zasad tradycyjnej indywidualistycznej medycyny nietylko w stosunku do pomocy leczniczej udzielanej w mieszkaniu chorego lub w gabinecie lekarza... ale również wprowadzenia tych zasad do tych placówek kolektywnej i „nieosobowej" medycyny, jaką stanowi szpital publiczny. W ten sposób wyraża się jeszcze jeden raz rozbieżność między temi dwiema koncepcjami medycyny. Jeśli uwzględnić obie te koncepcje medycyny w stosunku do ubezpieczeń społecznych, koncepcja medycyny tradycyjnej prowadzi logicznie do ograniczenia roli ubezpieczeń społecznych do instytucji wypłacającej, prawie automatycznie, koszty świadczeń ubezpieczeniowych. Kasy ubezpieczeniowe stają się więc jedynie organizacjami ubezpieczeniowemi w ścisłem tego słowa znaczeniu, a cała działalność społeczna wymyka się z pod ich zakresu działania. Wysuwa się więc kwestja, której wagę zbytecznie jest nawet podkreślać, czy niema antynomji między rolą społeczną, jaką ustawodawca chciał powierzyć kasom ubezpieczeniowym, a zasadami tradycyjnej medycyny, równocześnie akceptowanemi przez ustawę. Medycyna społeczna jest medycyną kontrolowaną, zorganizowaną i w szerokiej mierze kolektywną. Celem jej jest w mniejszym stopniu leczenie indywidualne, jak walka z chorobą — jako taką — działalność prewencyjna".

Przedstawiwszy powyższe zagadnienie i trudności, jakie się gromadzą przed ubezpieczeniami społecznemi, p. Laroque wskazuje na wysiłki ostatnio uczynione zarówno ze strony kas jak i organizacyj lekarskich w kierunku pogodzenia z sobą tych dwóch sprzecznych koncepcyj. P. Laroque podkreśla fakt dojścia do prowizorycznego porozumienia między kasami i lekarzami w sprawie wykonywania przez kasę kontroli nad działalnością poszczególnych lekarzy, dotyczącego tajemnicy lekarskiej.

„Kasy ubezpieczeniowe winny posiadać — pisze p. Laroque — odpowiednią kontrolę nad działalnością lekarzy. Ta kontrola nie może być jednak wykonywana w zadawalający sposób, o ile lekarz-praktyk nie udziela odpowiednich potrzebnych informacyj lekarzowi kontrolującemu z ramienia kasy. Czy jednak zasada tajemnicy lekarskiej pozwala na to?" Rada Zjazdu związków lekarzy francuskich zgodziła się zasadniczo na złamanie tej zasady, podejmując następującą uchwałę:

„Lekarz-praktyk *może w porozumieniu z chorym* udzielać technicznych informacyj, potrzebnych lekarzowi kontrolującemu, który jednak sam *zobowiązany być musi do przestrzegania tajemnicy lekarskiej*".

Pozatem Rada Zjazdu związków lekarskich uznała w zasadzie za wskazane skierowanie działalności ubezpieczeń społecznych w kierunku akcji profilaktycznej (rozbudowa szpitali, uzdrowisk i t. d.) z tem jednak, że organizacja tych instytucyj kolektywnego lecznictwa będzie dokonywana na zasadach uzgodnionych między lekarzami i kasami chorych.

Propozycje w kierunku wprowadzenia kontroli nad lekarzami (ograniczającej się zresztą do pozostawienia lekarzowi praktykującemu *możności nie przestrzegania* — według swego uznania — tajemnicy lekarskiej w stosunku do lekarza kontrolującego z ramienia kasy) oraz dotyczące rozbudowy akcji profilaktycznej natrafiają dotychczas jeszcze nadal na bardzo poważny opór szerokich kół lekarskich, wobec czego wątpliwe jest czy wogóle uda się wprowadzić te uchwały w życie.

R. S.

REFORMA SYSTEMU RENT BEZSKŁADKOWYCH W AUSTRALJI.

Budżet na rok finansowy 1932—1933, przyjęty przez parlament australijski w d. 24 września 1932 r. przewiduje zmniejszenie kredytów na bezskładkowe renty inwalidzkie i starcze, jakoteż obniżenie wysokości rent. Postanowienia te weszły w życie w d. 12 października 1932 r.

Początki reformy. — System rent bezskładkowych został wprowadzony w Australji ustawą Commonwealth'u z r. 1908, która weszła w życie 1 lipca 1909 r. System ten był parokrotnie zmieniany w ciągu lat następnych. Maksymalna wysokość rent, ustalona początkowo na 10 szylingów tygodniowo, była następnie podwyższana w latach 1916, 1919, 1923 i 1925 — po 2 szyl. 6 pensów. Spadek kosztów utrzymania, który nastąpił potem, pociągnął obniżkę renty o 2 szyl. 6 pensów w r. 1931. Wydatki ogólne wyniosły w r. 1931 — 1932 — 11.126.000 funtów, wydatek na głowę 34 szyl. 1 pensa.

W początkach września 1932 r. rząd zaproponował Izbie przedstawicieli ponowną obniżkę rent o 2 szyl. 6 pensów. Wniosek swój rząd uzasadniał z jednej strony koniecznością zrównoważenia budżetu z drugiej zaś faktem, że renciści korzystają na skutek spadku kosztów utrzymania z renty, której zdolność nabywcza przewyższa takąż zdolność renty, przewidzianej przez ustawę z 1908 r. Wniosek ten wywołał opozycję nawet wśród partji narodowej, jak również liczne sprzeciwy ze strony partji robotniczych, związków zawodowych i samych rencistów. Rząd jednakże nie odstąpił od swej decyzji i została powołana przez gabinet podkomisja do zreorganizowania na nowych podstawach systemu rent inwalidzkich i starczych.

Dn. 16 września nastąpiło ostateczne uzgodnienie reformy, umożliwiające tymczasowe zastosowanie środków oszczędnościowych, których się rząd domagał.

Nowe postanowienia. Podczas gdy początkowo wszystkie renty miały być obniżone z 17 szyl. 6 pensów do 15 szylingów tygodniowo, rząd zgodził się nie zmieniać wysokości rent osób, nie posiadających innych środków utrzymania lub mających mniej niż 2 szyl. 6 pensów dochodu tygodniowo. Gdy dochód tygodniowy rencisty wynosi mniej niż 2 szyl. 6 pensów, renta dodana do dochodu nie powinna przekraczać 17 szylingów 6 pensów na tydzień. Renciści umieszczeni w zakładach pobierać mają 3 szylingi 9 pensów na tydzień, zamiast 5 szyl., a zakłady otrzymywać będą w przyszłości 11 szyl. 3 pensy tygodniowo zamiast 12 szyl. 6 pensów.

Inną, ważną zmianę systemu stanowi żądanie od krewnych rencisty wpłacania do funduszu rentowego pewnych sum według skali, ustalonej w stosunku do ich dochodu, przyczem zgłoszone dochody podlegają kontroli. Ten udział krewnych w ciężarach rentowych stanowi inowację.

Wreszcie tekst nowoprzyjęty postanawia, że ze śmiercią rencisty ogólna suma wypłaconych rent stanowi dług spadkobierców względem państwa. Jeżeli spadkobiercy sami korzystają z rent starczych lub inwalidzkich lub jeżeli mają lat 60 (mężczyźni) lub 55 (kobiety), spłata długu zostaje odroczona do ich śmierci. Toż samo tyczy się uprawnionych członków rodziny, którzy znajdują się w ciężkiem położeniu finansowem.

Znaczenie reformy. — Nowy system, przeciwko któremu żywo powstawał p. Scullin, przywódca opozycji robotniczej, uważany jest przez jego zwolenników za krok naprzód do wprowadzenia rent składkowych. Ograniczenie wydatków, początkowo obliczone na 1.100.000 funtów, zostałoby osiągnięte nietylko przez zmniejszenie wysokości rent, ale również przez zmniejszenie liczby rencistów. Zwolennicy reformy uważają, że znaczna liczba osób będzie wolała w przyszłości utrzymywać starych lub niedołężnych krewnych, aniżeli opłacać za nich składki obowiązkowe.

(„Informations sociales" Nr. 9/XLIV/32).

ZMIANY W UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH NIEMIEC, WPROWADZONE PRZEZ RZĄD HITLERA.

Od chwili objęcia rządów przez koalicję Hitler—Papen wydane zostały 2 ważniejsze rozporządzenia w dziedzinie ubezpieczeń społecznych,

1) Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z dn. 18 lutego 1933 r. w sprawie złagodzenia szczególnie uciążliwych sytuacyj w dziedzinie ubezpieczeń społecznych oraz w sprawie pomocy państwowej dla inwalidów (R. G. Bl. I, str. 69);

2) Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy o ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 1 marca 1933 r. (R. G. Bl. I, str. 97).

Rozporządzenie z dn. 18 lutego 1933 r. przewiduje, że o ile na podstawie dawnego Notverordnung z dn. 8 grudnia 1931 r. renta, pobierana z ubezpieczenia inwalidzkiego, pracowników umysłowych oraz ubezpieczenia górniczego spoczywa przy zbiegu ze świadczeniami otrzymywanemi z tytułu opieki nad inwalidami wojennymi lub przy zbiegu z dochodami, otrzymywanemi z zatrudnienia, niepodlegającego ubezpieczeniu, to spoczywająca część renty nie może przekraczać ⅔ tej renty lub też 50 marek mies. W stosunku do poprzedniego stanu rzeczy stanowi to o tyle poprawę sytuacji ubezpieczonych, że na podstawie Notverordnung z dn. 8 grudnia 1931 r. renty ubezpieczeniowe inwalidzkie, górnicze i pracowników umysłowych przy zbiegu z dochodami z tytułu renty inwalidzkiej wojennej lub też przy zbiegu z innemi dochodami mogły całkowicie spoczywać, o ile dochody otrzymywane przez uprawnionych z tych tytułów były równe lub też przekraczały wysokość rent pobieranych z ubezpieczenia inwalidzkiego, górniczego lub pracowników umysłowych.

Praktyczne znaczenie i wartość realna nowego prawa są nieznaczne. Przeciętna wysokość rent inwalidzkich (robotniczych) wynosi około 30 Mk. miesięcznie, górniczych zaś — około 40 Mk. miesięcznie. W pierwszym wypadku ubezpieczeni otrzymają więc na podstawie powyższego rozporządzenia przeciętnie 10 Mk. miesięcznie, w drugim zaś przeciętnie około 13 Mk. miesięcznie.

Według prowizorycznych obliczeń, ogólna suma wydatków na ten cel nie przekroczy prawdopodobnie w ciągu roku 20 milj. Mk. Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy postanawia, iż na pokrycie wspomnianych wydatków ubezpieczenie inwalidzkie (robotnicze) będzie otrzymywać co roku ze skarbu Rzeszy kwotę 15 milj. Mk. Natomiast ubezpieczenie pracowników umysłowych i ubezpieczenie górnicze będą pokrywały powstałe w ten sposób wydatki wyłącznie z własnego majątku i dochodów.

Charakterystyczny jest natomiast sens społeczno-polityczny tego rozporządzenia. W artykule, jaki się ukazał na temat omawianego rozporządzenia w „Reichsarbeitsblatt" (urzędowym organie Ministerstwa Pracy Rzeszy) z 5 marca r. b., autor zaznacza, iż rząd obecny, pragnąc usunąć krzywdzące postanowienia, jakie znalazły się w nadzwyczajnych rozporządzeniach Prezydenta Rzeszy, pierwsze swe usiłowania w tym względzie skierował w stronę inwalidów wojennych. „W trosce o poprawę sytuacji życiowej ofiar wojny, dawnych żołnierzy, jakoteż członków ich rodzin i pozostałych — pisze autor — łączą się usiłowania Ministra Pracy Rzeszy, pełne zrozumienia sprawy stanowisko Ministra Skarbu, oraz jednolite pragnienie w tej mierze całego rządu Rzeszy, przy szczególnie wybitnem zainteresowaniu się tą sprawą Prezydenta Rzeszy".

Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z dn. 1 marca 1933 r. odnosi się wyłącznie do spraw ubezpieczenia na wypadek choroby. Najistotniejszą zmianą, przeprowadzoną w tem rozporządzeniu, jest obniżenie opłaty za kartę do lekarza (krankenscheingebühr) do 25 fen., zamiast dotychczas pobieranych (od czasu Notverordnung z dn. 26 lipca 1930) — 50 fen. Z obniżenia opłaty mają korzystać również członkowie rodziny.

Pozatem rozporządzenie rozszerza zakres osób całkowicie zwolnionych od opłacania karty do lekarza. O ile dotychczas, na podstawie Notverordnung z dn. 1 grudnia 1930, zwolnieni byli od tego bezrobotni, renciści ubezpieczeń społecznych, gruźlicy i chorzy wenerycznie, — obecnie zwolniono od tej opłaty również i członków rodzin wymienionych osób.

W zakresie pobieranych dotychczas opłat za lekarstwa rozporządzenie pozostawia naogół dawny stan rzeczy, wprowadzając jedynie, jak to zdaje się wynikać z treści rozporządzenia (co nie jest jednak zbyt jasno sformułowane) zwolnienie od opłat za lekarstwa członków rodziny bezrobotnych, rencistów ubezpieczeń społecznych, gruźlików i wenerycznie chorych.

Według danych z r. 1931, terytorjalne Kasy Chorych w Niemczech pobrały od ubezpieczonych tytułem opłat za porady lekarskie 15,6 milj. Mk. Gdyby pomimo zniżenia opłat liczba porad nie uległa zmianie, obniżka dochodów dla wymienionej kategorji Kas wyniosłaby rocznie około 7,5 milj. Mk.

Nie ulega wątpliwości, że w stosunku do ogółu wydatków Kas Chorych w Niemczech kwota powyższa nie powinna odgrywać większej roli. Ze zmianą tą jednak łączy się niebezpieczeństwo znacznego zwiększenia liczby zgłoszeń o leczenie, a przez to mogą poważnie wzróść wydatki na koszty lecznicze, w szczególności zaś na lekarstwa. To zaś mogłoby już stanowić w ciężkiej sytuacji finansowej niemieckich Kas Chorych poważne niebezpieczeństwo.

Obniżając opłaty za korzystanie z pomocy leczniczej Rząd Hitlera uświadamiał sobie skutki, jakie to może pociągnąć dla równowagi finansowej kas chorych.

W komunikacie z posiedzenia gabinetu Rzeszy w dn. 21 lutego 1933 r., na którym zajmowano się sprawami ubezpieczenia na wypadek choroby, zaznaczono, iż, aby uzyskać całkowite zniesienie opłaty za kartę leczniczą, potrzebna jest reorganizacja Kas Chorych, która musi pociągnąć za sobą znaczne obniżenie kosztów administracyjnych. Ponadto musi być również — według zapatrywań Rządu — poddany cały system finansowy Kas Chorych grutownej rewizji. Rząd Rzeszy zamierza uzyskać

powyższe cele znacznem rozszerzeniem nadzoru państwowego nad Kasami Chorych.

Refleksem tej uchwały gabinetu jest art. 2 rozporządzenia z dn. 1 marca 1933 r., który przewiduje rozszerzenie nadzoru rządowego nad instytucjami ubezpieczenia na wypadek choroby w kierunku zapewnienia celowej i ekonomicznej gospodarki. Dla przeprowadzenia potanienia i uproszczenia gospodarki Kas Chorych, Rząd został upoważniony do wydawania szczególnych rozporządzeń.

PROBLEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W U. S. A.

Zagadnienie ubezpieczeń społecznych w Stanach Zjednoczonych, w miarę pogłębiania się bezrobocia, wchodzi w nową fazę. Jak dotąd, ciągle jeszcze walczą w U. S. A. dwa kierunki: rzecznicy wprowadzenia, na modłę europejską, społecznego ustawodawstwa ubezpieczeniowego i z drugiej strony przeciwnicy ingerencji państwa w kwestję ubezpieczeń społecznych. W kraju takim, jak Stany Zjednoczone, gdzie liczba bezrobotnych waha się dziś od 13 do 14 miljonów osób, należałoby oczekiwać presji w kierunku wprowadzenia ubezpieczeń społecznych. Jest jednak faktem, że żądanie takie, jak dotąd, wychodzi tylko z kół socjologów i ekonomistów amerykańskich, natomiast znajduje słaby oddźwięk w kołach zainteresowanych, wśród miljonowych rzesz bezrobotnych. W społeczeństwie amerykańskiem, podobnie jak i w W. Brytanji panuje zdecydowana niechęć do stałego korzystania z t. zw. wzgardliwie „dole", czyli z jałmużny, za jaką uchodzi pomoc ubezpieczeniowa ze strony państwa.

Próby przeszczepienia angielskiego systemu ubezpieczenia na wypadek braku pracy do Stanów Zjednoczonych, naogół zawiodły; przeciętny, bezrobotny Amerykanin nie uważa bowiem obecnej depresji za długotrwałą, i wychodząc z założenia, że katastrofa ekonomiczna, jaką obecnie przeżywa Ameryka, nie powtórzy się już więcej (depresja wydaje mu się izolowaną katastrofą, podobnie jak trzęsienie ziemi), nie pragnie ubezpieczać się na stałe przeciw powrotowi tego rodzaju katastrofy, jaką jest bezrobocie. Ta przesłanka psychologiczna, z której wynika negatywne ustosunkowanie się miljonowych rzesz bezrobotnych w USA do problemu ubezpieczenia społecznego, sprawia, że tylko w wyjątkowych wypadkach idea ubezpieczeń społecznych toruje sobie prawo obywatelstwa na gruncie amerykańskim. N. p. stan kalifornijski utworzył państwową komisję bezrobocia, pod prezesurą arcybiskupa Hanna. Komisja przestudjowała system ubezpieczeń społecznych w Anglji, jednakże w ostatecznych zaleceniach odrzuciła projekt państwowego ubezpieczenia bezrobocia, wysuwając natomiast idee t. zw. „rezerw bezrobocia" („Unemployment reserves"). System ten zasadza się na stworzeniu funduszu zaopatrzenia na wypadek bezrobocia, wyłącznie ze składek pracodawców i pracowników, a z pominięciem całkowitem pomocy ze strony skarbu państwa. Na podstawie tego systemu, każda fabryka, czy instytucja, stworzy swój własny, odrębny fundusz pieniężny na rzecz swych bezrobotnych kolegów. Co tygodnia, lub z początkiem każdego miesiąca, odkładana będzie do „rezerwy bezrobocia" suma odpowiadająca 2% całkowitej sumy uposażeń pracowników w danem przedsiębiorstwie. Gdy fundusz osiągnie sumę równą 50 dolarom na głowę każdego pracownika, nastąpi automatycznie redukcja składek z 2% na 1%. Wreszcie gdy rezerwy dojdą do wysokości *75 dolarów na każdego pracownika instytucji, czy fabryki, zniknie obowiązek dalszego płacenia składek* i nie musi być ten obowiązek przywrócony, dopóki bezrobocie w danej fabryce nie zaczyna naruszać nagromadzonych „rezerw bezrobocia". Dodatkowo, do sumy składki 2 dolary na każde 100 dolarów uposażenia, pobiera się — do tego „poolu" bezrobocia — 20 centów na koszta administracyjne. W ten sposób pobiera się faktycznie 2.20 do „poolu" na każde 100 dol. zarobków, czy pensyj. Z sumy tej pracodawca płaci składkę dol. 1.50, a pracownik 70 centów. Skoro pracownik, czy robotnik, traci swe zajęcie, otrzymuje on z tego funduszu dol. 10 tygodniowo, albo 50 procent swej płacy. Ale tracącemu pracę nie przysługuje prawo pobierania zasiłku dłużej niż przez 10 tygodni w ciągu jednego roku, ani nie może pobierać zaopatrzenia z jakiego innego funduszu, jak tylko z funduszu stworzonego przez fabrykę, czy instytucję, w której pracował.

Plan ten, przy lokalnem bezrobociu na krótką metę, działałby niewątpliwie b. sprawnie, natomiast nie może sprostać zadaniu przy chronicznem bezrobociu ogólnem. Jego dobrą stroną jest to, iż w dużym stopniu zabezpiecza pracowników, nakłada minimalne zobowiązania na pracodawcę, a więc nie nakłada żadnych obowiązków na fundusze publiczne. Obliczono, że gdyby tego rodzaju plan „rezerw bezrobocia" działał tylko w jednym stanie Kalifornia w okresie „prosperity", w latach 1923—1929, to rezerwy bezrobocia osiągnęłyby — do chwili pojawienia się pierwszych zwiastunów kryzysu i depresji — b. poważną sumę 93 miljonów dolarów. W praktyce, każde przedsiębiorstwo osiągnęłoby „limit" dol. 75 na pracownika, składki już nie wpływałyby, ale fundusz rezerwowy 93 miljonów dolarów stałby do dyspozycji na wypadek pojawienia się pierwszych oznak kryzysu. Oczywiście, że depresja na metę dłuższą, bo na szereg lat, wyczerpałaby nawet całkowicie spłacony „pool". Ale amerykanie żywią nadzieję, że kryzys obecny przeminie wkrótce i że podobnej katastrofy bezrobocia obecne i przyszłe pokolenie nie doświadczy więcej. Liczą się jednak z tem w USA, że pewien odsetek bezrobocia pozostanie, nawet po powrocie życia do równowagi, normalnem zjawiskiem społecznem w Ameryce.

L. Ch.

OCHRONA PRZED SKUTKAMI BEZROBOCIA W ANGLJI

W W. Brytanji min. pracy Sir Betterton zajęty jest obecnie analizą raportu królewskiej komisji ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Zwłoka we wprowadzeniu zmiany w ustawodawstwie ubezpieczeń społecznych, spowodowana jest faktem, iż rząd angielski jest zajęty obecnie w pełni problemami międzynarodowemi.

Min. pracy Sir Betterton w oświadczeniu, złożonem w Izbie Gmin, wyjaśnił, że jednym z głównych obowiązków, jakie wzięło na siebie min. pracy jest poszukiwanie raczej pracy dla bezrobotnych, niż zajmowanie się wyłącznie płaceniem zasiłków. W ciągu ostatnich 2 lat — stwierdził min. Betterton — min. pracy wynalazło pracę, za pośrednictwem giełd pracy (Labour Exchanges), dla 2 miljonów ludzi. Ministerstwu udało się również znaleźć pracę dla b. poważnej liczby chłopców i dziewcząt. Min. pracy zorganizowało na wielką skalę kursa instrukcyjne dla młodych bezrobotnych. W ciągu ostatnich 12 miesięcy na kursa te uczęszczało 150 tysięcy młodocianych bezrobotnych, dla których odebrane przeszkolenie stanowiło znakomity środek zapobiegawczy przeciw demoralizującym konsekwencjom przydługiego bezrobocia z jednej, a możność osiągnięcia pracy z drugiej strony. Również min. pracy zorganizowało podobne kursa instrukcyjne dla dorosłych bezrobotnych. Blisko 90 procent uczestników tych kursów uzyskało następnie ponownie pracę. B. dobre rezultaty dało również przeszkolenie bezrobotnych chłopców i dziewcząt.

W debatach nad bezrobociem, w Izbie Lordów, najwybitniejsi mówcy zwracali uwagę na stronę moralną permanencyjnego bezrobocia, na konieczność roztoczenia opieki społecznej nad pozbawioną pracy młodzieżą obojga płci, w wielkich centrach przemysłowych W. Brytanji. Rozbudowa kursów, przeszkoleń, jako treningu do przeciwdziałania załamywaniu się charakterów, na skutek chronicznego bezrobocia, stanowi jedno z najważniejszych posunięć w polityce społecznej, jaką prowadzi angielskie min. pracy. Jak stwierdziły bowiem badania, młodociany bezrobotny może znieść ubóstwo, złe warunki mieszkaniowe, złe zdrowie, ale już po kilku tygodniach bezrobocia, popada w beznadziejność, apatję i charakter jego wykazuje znamiona popsucia i degeneracji.

L. Ch.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

BEZROBOCIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W POLSCE W LATACH 1927—1932. Str. 104. Warszawa, 1933.

Pod tym tytułem ukazała się ostatnio praca pp. Jana Derengowskiego i Tadeusza Czajkowskiego. Praca została wydana przez Instytut Spraw Społecznych, fundację instytucyj ubezpieczeń społecznych, jako pierwsza z cyklu prac, poświęconych zagadnieniom rynku pracy i bezrobocia.

Bezrobocie pracowników umysłowych jest zjawiskiem zupełnie nowem i niespotykanem zasadniczo przed wojną, szczególnie w tak wielkich rozmiarach. Warstwa najemnych pracowników umysłowych stanowi warstwę młodą, której rozwój datuje się od niedawna. Tworzy się ona jako skutek pewnych procesów rozwojowych w ustroju gospodarki kapitalistycznej oraz w przemianach zadań instytucyj publiczno-prawnych. Po wojnie w Polsce nastąpił bardzo poważny rozrost warstwy pracowników umysłowych. Odbudowa warsztatów pracy, organizowanie aparatu państwowego i samorządowego wymagały zatrudnienia licznych rzesz pracowników umysłowych. Obserwowaliśmy ciekawy proces przenoszenia się całych mas robotniczych lub drobnomieszczańskich do warstwy urzędniczej. Było to pewnego rodzaju awansem społecznym dla tych mas. Warstwa urzędnicza bowiem stanowi w obecnym ustroju elitę w świecie pracy najemnej. Taki zbiorowy awans miał jednakże tę złą stronę, iż spowodował dopływ do warstw urzędniczych wielkiej ilości osób, nieprzygotowanych do swej roli. Ludzie ci, wyrzuceni podczas obecnego kryzysu na bruk, znaleźli się w sytuacji beznadziejnej. Nie mogą konkurować z ludźmi młodymi, posiadającymi odpowiednie przygotowanie do pracy umysłowej. Trudno im wracać do swych zawodów poprzednich. Stanowi to bowiem dla nich w chwili obecnej niejednokrotnie pewnego rodzaju degradację społeczną.

Prac z dziedziny bezrobocia najemnej pracy umysłowej w Polsce nie znajdujemy. Praca pp. Derengowskiego i Czajkowskiego jest pierwszą próbą ujęcia tego zagadnienia w literaturze naukowo-statystycznej. Może jest i pierwszą pracą tego rodzaju w literaturze światowej. Nie spotkaliśmy bowiem dotychczas ujęcia tego przedmiotu zagranicą.

Brak dotychczas w Polsce odpowiednich materjałów z dziedziny zatrudnienia i bezrobocia pracowników umysłowych w poważnym stopniu utrudniał opracowanie powyższej monografji. Badacz musi zbierać ułamki z różnych źródeł, szacować, uzupełniać, aby uchwycić właściwy obraz całości. Czy autorzy spełnili swe zadania? Z całą świadomością twierdzimy, że tak. Dali bowiem po raz pierwszy istotny obraz rynku pracy umysłowej, ujęli statystycznie, naukowo zagadnienie bezrobocia w Polsce; utorowali drogę dla przyszłych badaczy, dali społeczeństwu książkę, która zapoznaje z ogromnem zagadnieniem bezrobocia pracowników umysłowych w Polsce.

Głównem źródłem, na którem oparli się autorzy monografji, były materjały statystyczne Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych oraz Związku tych Zakładów. Materjały te były przedewszystkiem podstawą do ustalenia przebiegu zatrudnienia pracowników umysłowych w latach 1927 — 1932. Do materjałów tych wprowadzono nieznaczne poprawki, aby ustalić właściwą linję zatrudnienia.

Pewne zastrzeżenia może budzić fakt, czy stwierdzony przez autorów w drugiem półroczu 1929 i w pierwszym kwartale 1930 roku niewielki wzrost zatrudnienia odpowiada rzeczywistości. Był to już okres pogarszania się konjunktury. Samo zaś liczbowe zwiększenie masy ubezpieczonych pracowników umysłowych mogło być spowodowane wzmożoną kontrolą ze strony ubezpieczeń i przymusowem ubezpieczeniem pracowników oddawna zatrudnionych, a niezgłoszonych jeszcze przez pracodawców.

Materjał, dotyczący zatrudnienia pracowników, niepodlegających ubezpieczeniu w zakładach ubezpieczeń pracowników umysłowych, jest wogóle bardzo skąpy. Prawdopodobnie tutaj autorzy nie rozporządzali bardziej wyczerpującemi danemi, wobec zaniedbania prowadzenia statystyk stanu zatrudnienia przez władze państwowe i samorządowe. W każdym razie podane spostrzeżenia są ciekawe. Okazuje się, iż w Polsce około 60% pracowników umysłowych pozostaje na służbie państwowej i samorządowej. Typową więc karjerą pracownika umysłowego u nas jest służba państwowa bądź samorządowa.

Interesujące są, podane przez autorów, liczby napływu nowych kandydatów do pracy umysłowej. W roku 1929 napływ ten wyraził się cyfrą 41.000 osób. Nie obejmuje on jednak napływu do zawodów urzędniczych, niepodlegających ubezpieczeniu w zakładach ubezpieczeń. Przypuszczalnie całkowity napływ waha się w granicach znacznie większych. Liczba ta jest poważna i wobec małej chłonności naszego rynku zmuszać winna do radykalnych posunięć, przeciwdziałających jej zwiększaniu się. Kwestja ta poruszona jest w zakończeniu pracy. Młode siły, opuszczające zakłady naukowe, stanowią poważną konkurencję dla sił starszych, już częściowo zużytych. Przyczyniają się one do obniżenia wynagrodzeń i dochodów pracowniczych, — tworzą poważną armję rezerwową pracy, która jest niebezpieczna dla życia społecznego i politycznego.

Bardzo ciekawe liczby znajdujemy również w kwestji obrotu pracowników umysłowych. Zagadnienie to zostało u nas po raz pierwszy właściwie oświetlone. Zbyteczny obrót jest pewnego rodzaju stratą energji w organiźmie społecznym. Pracownik, który nie może się ustabilizować i ciągle zmuszony jest zmieniać swoje stanowisko, nigdy nie będzie mógł być właściwie wyzyskany. Człowiek taki nietylko nie rozwija całkowicie swoich możliwości, ale niejednokrotnie wogóle marnuje się. Autorzy stwierdzili, że obrót mężczyzn ulega w ostatnich latach pewnemu zmniejszaniu, kobiet zaś — zwiększeniu.

Także poraz pierwszy w niniejszej monografji znajdujemy oświetlenie zagadnienia udziału kobiet w najemnej pracy umysłowej. Stwierdzony został ciągle wzrastający odsetek kobiet-pracowników umysłowych. Brak jest tylko omówienia pracy młodocianych. Wynikł on prawdopodobnie z tego powodu, że

w Polsce niema żadnych materjałów, dotyczących pracy młodocianych w zawodach pracowników umysłowych.

Część druga pracy poświęcona jest szczegółowej analizie struktury bezrobocia pracowników umysłowych. Wyczerpująco omówiony został przebieg bezrobocia w Polsce i jego charakterystyczne objawy. Przedewszystkiem znajdujemy wyprowadzoną właściwą liczbę całkowitego bezrobocia pracowników umysłowych. Bezrobocie to autorzy szacują na koniec września 1932 roku na 120.000 osób, dochodząc do liczby tej w sposób następujący.

Głównem źródłem, jak zaznaczyliśmy wyżej, są dane wszystkich Z. U. P. U. Według tych danych na terenie całej Polski *w końcu grudnia 1930 r. było 87.786 osób zachowujących uprawnienia do świadczeń emerytalnych.* Zaznaczyć należy, że liczby zachowujących uprawnienia nie obejmują bezrobotnych pracowników, niepodlegających ubezpieczeniu w Z. U. P. U. Przypuszczając jednakże, że w roku 1930, wobec słabego jeszcze w tym czasie przebiegu redukcji (zwłaszcza w urzędach państwowych i samorządowych), bezrobocie wśród tych pracowników było niewielkie, *przyjęto liczby zachowujących uprawnienia w grudniu 1930 r. za wykazujące stan przypuszczalny ówczesnego bezrobocia pracowników umysłowych.* Powstały stąd być może błąd in minus równoważy się jednak prawdopodobnie odłamem osób, które wchodząc w skład zachowujących uprawnienia, nie pozostają bez pracy w ścisłem znaczeniu tego wyrazu np. chorzy, odbywający służbę wojskową i t. p. Posługując się *minimalnemi liczbami bezrobocia, ustalonemi na podstawie danych o stanie zachowujących uprawnienia oraz zmianami w stanie zatrudnienia ubezpieczonych,* autorzy otrzymali *na koniec grudnia 1931 r. liczbę 108.000 pozostających bez pracy pracowników umysłowych, w marcu 1932 — 113.000, w czerwcu — 117.000 i we wrześniu — 120.000 osób.* Jak widać z powyższego statystyka Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy ujmuje drobny zaledwie ułamek faktycznego bezrobocia pracowników umysłowych.

Czy otrzymane liczby bezrobotnych odpowiadają rzeczywistości? Sądzić należy, że tak, a może nawet są one zbyt ostrożnie wyprowadzone. Nie wliczone są bowiem tutaj liczby młodzieży, która już od dwóch lat nie może znaleźć zajęcia. Z drugiej strony część bezrobotnych pracowników umysłowych prawdopodobnie przeszła do innych zawodów, o czem są wzmianki w pracy (np. majstrowie włókienniczy zakładają własne przedsiębiorstwa).

Groźnem zjawiskiem jest, że olbrzymie rzesze bezrobotnych przeważnie utraciły już swe prawa do zasiłków. Okres zasiłkowy najdłużej trwał 9 miesięcy, zaś kryzys ciągnie się już od czterech lat. Ubezpieczenie więc nie może spełnić swego zadania w okresie długotrwałego kryzysu. Ostatnio zaledwie 19% bezrobotnych korzysta z zasiłków, — reszta, t. j. 81% jest ich pozbawiona.

Z oświetlenia działalności Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy wynika, że nie spełniają one swej roli na rynku pracy umysłowej. Zapośredniczenia pracowników umysłowych przez te urzędy są poprostu nikłe.

W dalszym ciągu pracy rozpatrywane są zagadnienia rozmieszczenia terytorjalnego bezrobocia, bezrobocia wśród kobiet, bezrobocia według gałęzi przemysłu, zawodów, wykształcenia, wieku, długości ostatniego zatrudnienia, stosunków rodzinnych bezrobotnych, wysokości i czasu pobierania zasiłku i stosunku bezrobotnych pobierających zasiłki do ogółu bezrobotnych.

Wszystkie te kwestje zostały dosyć szczegółowo opracowane i są do pewnego stopnia rewelacją w naszej literaturze społeczno-statystycznej. Raz jeszcze wskazać należy, że przy opracowaniu niektórych zagadnień, wobec braków w materjale statystycznym, napotykano na znaczne trudności. Szczególnie jeśli chodzi o oświetlenie bezrobocia według zawodów, co jest niezmiernie ważne z punktu widzenia polityki społecznej. I tutaj na miejscu będzie wysunąć dezyderat rozszerzenia opracowania statystycznego przez Związek Z. U. P. U., jako instytucję, rozporządzającą najlepszym i najodpowiedniejszym materjałem w tej dziedzinie. Również kwestja posiadania danych o wykształceniu bezrobotnych jest doniosła, zwłaszcza wobec zwiększenia się wymogów w tej dziedzinie ze strony pracodawców.

W zakończeniu zaznaczamy, że omówiona powyżej praca stanowi poważną pozycję w literaturze ubezpieczeniowej. Daje ona nam bowiem stosunkowo gruntowną analizę stanu zatrudnienia i strukturę bezrobocia pracowników umysłowych. Wyrażamy nadzieję, że jako pierwsza tego rodzaju praca, obudzi szerokie zainteresowanie i da impuls do powstania dalszych opracowań w tej dziedzinie. *T. Bartnicki.*

LE PLACEMENT DES FONDS DES ASSURANCES SOCIALES (Lokaty funduszów ubezpieczeń społecznych). Artykuł D. V. Klumpara, Dyrektora Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Pradze. Revue du Travail Nr. 1. Janvier, 1933.

Na tle podanych w streszczeniu lub w oryginale ustawowych przepisów, dotyczących lokowania funduszów przez zakłady ubezpieczeń społecznych, stwierdza Dr. Klumpar duże różnice w metodach i sposobie lokowania funduszów przez te instytucje w poszczególnych państwach oraz wyprowadza podstawowe zasady, którym powinny odpowiadać lokaty funduszów ubezpieczeń społecznych.

Instytucje ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza długoterminowych, posiadają kapitały, które w zależności od krajów osiągają setki miljonów a nawet miljardy. Lokaty tych kapitałów wywierają znaczny wpływ na wysokość stopy procentowej na rynku finansowym i przedstawiają wielką wagę nie tylko dla ubezpieczonych ale również i dla narodowej a nawet światowej gospodarki.

W zarządzaniu gromadzonemi przez zakłady ubezpieczeń funduszami rozróżnia Dr. Klumpar dwie metody.

Według pierwszej instytucje ubezpieczeń społecznych posiadają zupełną swobodę przy lokowaniu funduszów i w granicach dozwolonych przez odpowiednie przepisy prawne same decydują o najlepszym sposobie pupilarnego ich lokowania, przy równoczesnym jednak obowiązku ulokowania pewnej części funduszów w państwowych papierach procentowych. Przy tej metodzie działalność państwa, jako władzy nadzorczej, ogranicza się do badania zgodności gospodarki zakładów z przepisami prawnemi.

Jeśli chodzi o rodzaje lokat, to (z pewnemi zastrzeżeniami) w poszczególnych państwach ustawy o sposobie pupilarnego lokowania funduszów ubezpieczeniowych przewidują naogół następujące lokaty funduszów:

1) papiery o stałym dochodzie, zarówno państwowe jak i przez państwo gwarantowane,

2) pożyczki dla państw, samorządów i ich konsorcjów, osób prawa publicznego i osób prywatnych z ustalonym terminem wymagalności lub amortyzacyjne, pożyczki na walory, wymienione w p. 1,

3) kupno i budowa nieruchomości,

4) depozyty w bankach, publicznych kasach oszczędności, jako lokaty terminowe lub bezterminowe — à vista płatne, przeznaczone na pokrycie bieżących zobowiązań zakładów ubezpieczeń.

Ustawy o lokatach niektórych państw określają wymaganą wysokość poszczególnych rodzajów lokat. Ustawa niemiecka ustaliła wysokość lokat w państwowych papierach procentowych na 25% ogólnej sumy funduszów, angielska na 50% ogól-

nej sumy funduszów, przekazanych rachunkowi lokat, dawna austrjacka i czechosłowacka — 20%. Nadto lokaty w walorach, przyjętych dla lokat majątków pupilarnych i osób pod kuratelą, przewiduje ustawa angielska w wysokości 50% sumy przekazanej rachunkowi lokat, dawna ust. austrjacka 15% ogółu nadwyżki, a czechosłowacka 10% nadwyżki do ulokowania. Wysokość lokat w nieruchomościach ustaliły ustawy włoska i węgierska: pierwsza na $^1/_5$ a druga na 30% funduszów.

Przeznaczenie lokat określają wyraźnie ustawy włoska, czechosłowacka i francuska. Pożyczki w Italji mają być udzielane samorządom na meljoracje, i inne cele produktywne, w Czechosłowacji — na cele użyteczności publicznej, na elektryfikację i na inne cele za aprobatą właściwych ministrów i pod pewnemi warunkami, we Francji na mieszkania lub ogrody robotnicze. Ustawy włoska i czechosłowacka używają przy lokatach (pożyczkach) terminu „produktywny"; wyraz ten nieznany jest innym ustawom, — dotyczącym sposobu lokowania funduszów przez zakłady ubezpieczeń.

Przy lokatach w papierach wartościowych określają ich rodzaj ustawy włoska i francuska, wymieniając wyraźnie lokaty w obligacjach kolejowych.

Przy lokatach w nieruchomościach określa ich przeznaczenie ustawa francuska, przewidując wyraźnie lokaty na budowę lub przygotowywanie zakładów opiekuńczych i leczniczych.

Według drugiej metody zarządzania funduszami ubezpieczeniowemi zakłady ubezpieczeń społecznych nie posiadają zupełnie lub tylko częściowo prawa administracji majątkiem, przekazanej wtedy administracyjnym władzom państwowym, które ubezpieczeniowych funduszów używają na cele publicznego budżetu.

Jako przykłady zastosowania tej metody w administracji ubezpieczeniowemi funduszami przytacza Dr. Klumpar ustawę angielską i szwedzką.

Według angielskiej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby (1911 r.) sumy zainkasowane tytułem składek oraz kredyty i zapomogi skarbu państwa, udzielone ubezpieczeniom na podstawie tej ustawy, składane są w funduszu narodowym ubezpieczeń. Komisarze tego funduszu określają perjodycznie wysokości sum, które mogą być ulokowane. Sumy przeznaczone na lokaty przekazywane są na rachunek lokat (Investment Account), administrowany przez komisarzy długu narodowego, któremi są kanclerz Skarbu oraz gubernator i wicegubernator Banku Angielskiego.

Według ustawy szwedzkiej lokowanie funduszów ubezpieczeniowych powierzone jest komitetowi niezależnych ekspertów federalnego departamentu.

Autor, nie negując dobrych stron administracji funduszami ubezpieczeniowemi według drugiej metody, wypowiada się za pierwszą, autonomiczną formą administracji temi funduszami, jako pozwalającą rozłożyć odpowiedzialność za politykę finansową na większą liczbę organów i osób, których skład powinien być tego rodzaju, by zapewnił całkowicie używanie tych wielkich sum społecznych zgodnie z przepisami, interesem ubezpieczonych i gospodarką narodową.

Przechodząc do zasad lokowania funduszów ubezpieczeniowych autor porusza następujące zagadnienia:

1) Bezpieczeństwo lokat funduszów ubezpieczeniowych, jako równowartości uprawnień setek a nawet miljonów osób ubezpieczonych, należących do najsłabszych klas społecznych. Z bezpieczeństwem lokat w pożyczkach łączy się kwestja szacunków nieruchomości, zabezpieczających pożyczki.

2) Rentowność ulokowanych funduszów, mimo jej wielkiej wagi dla funduszów ubezpieczeniowych, nie powinna być osiągana w żadnym wypadku z uszczerbkiem dla bezpieczeństwa lokat. Stopa procentowa lokat zakładów nie powinna być jednak niższą od stopy pobieranej przez inne instytucje finansowe, których lokaty powinny przedstawiać zabezpieczenie pupilarnych lokat. Zdaniem autora byłoby nawet niesprawiedliwe i nieracjonalne narzucać zakładom ubezpieczeń niższe oprocentowanie ich lokat, co jednak nie wyklucza udzielania w drodze wyjątków bardziej korzystnych warunków kredytowych, gdy chodzi o przeznaczenie lokaty na cele, analogiczne do celów zakładów ubezpieczeń społecznych, jak np. pożyczki dla samorządów z przeznaczeniem na budowę szpitali, ochronek, zakładów sanitarnych, przytułków dla starców i t. p.

3) Kwestję płynności funduszów długoterminowego ubezpieczenia uważa autor za mniej ważną. W zasadzie fundusze ubezpieczeniowe mogą być udzielane na dłuższe terminy.

4) Fundusze ubezpieczeniowe powinny być tak racjonalnie lokowane, by mogły przynosić korzyść narodowej gospodarce, jeśli przyszłe świadczenia nie mają obciążać jedynie produkcji i konsumpcji.

5) Celowe wykorzystanie znacznych funduszów ubezpieczeniowych do wykonania wielkich przedsiębiorstw interesu publicznego z zachowaniem rentowności i bezpieczeństwa tych funduszów, np. przebudowa dróg, wykonanie wielkich robót kanalizacyjnych, wodociągowych i t. p.

6) Dostarczanie ubezpieczonym tanich, małych a zdrowych mieszkań dla zaradzenia wogóle nędzy mieszkaniowej i zwalczania chorób. Na małe domki mieszkaniowe dla ubezpieczonych udzielają pożyczek zakłady we Francji i Czechosłowacji. W Austrji Zakład budował nieruchomości na własny koszt. W Niemczech po wojnie stworzono Towarzystwo, którego celem było dostarczanie po taniej cenie mieszkań. Budowy tego towarzystwa finansują zakłady ubezpieczeń, udzielając mu pożyczek do wysokości 40% kosztów budowy; dla pożyczek zaś udzielanych ponad tę wysokość żądana jest gwarancja gminy, na której obszarze te budowle są wznoszone. Takie samo towarzystwo stworzono obecnie w Pradze. Dotychczasowa działalność tego towarzystwa daje dobre rezultaty.

7) Formę udzielania pożyczek przemysłowych i trudności przy ich zabezpieczaniu, przyczem podaje autor, że praktyka zastosowana przez zakład czechosłowacki, polegająca na udzielaniu tego rodzaju pożyczek za pośrednictwem instytucyj finansowych, — daje dobre rezultaty.

Dr. T. Lechowicz.

IX SPRAWOZDANIE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO ZA ROK 1931. Królewska-Huta, str. 93.

Sprawozdanie poświęcone jest przedstawieniu działalności w 1931 r. Zakładu Ubezpieczenia od wypadków i Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Król.-Hucie. Obok bilansów i rachunków działalności sprawozdanie zawiera część opisową, uzupełnioną licznemi tablicami statystycznemi i wykresami, przyczem szczególnie wyczerpująco podana jest statystyka wypadków przy pracy.

PRAWO PRACY W ŚWIETLE ORZECZEŃ SĄDOWYCH. Tezy orzeczeń Sądu Najwyższego. Włodzimierz Szczepański. Adwokat. Nakładem Unji Związków Zawodowych Pracowników Umysłowych. Warszawa, 1933 r., str. 171.

Praca powyższa zawiera około 500 tez orzeczeń Sądu Najwyższego z zakresu ustawodawstwa pracowniczego, wydanych w przeciągu ostatnich 15 lat i zamieszczonych w czasopismach prawniczych i zbiorach urzędowych. Praca nie obejmuje ubezpieczeń społecznych, jedynie wśród orzeczeń, dotyczących pojęcia umowy o pracę, umieszczone zostały również

orzeczenia Sądu Najwyższego, analizujące pojęcie stosunku służbowego lub robotniczego, na którem opiera się ustawa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE. Dr. I. Gliksman. Str. 148. Warszawa — 1933. Nakładem księg. F. Hoesicka.

Pracy tej poświęcimy obszerniejszą recenzję w następnym numerze „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych".

PRODUKCJA KWASÓW SOLNEGO I OCTOWEGO ZE STANOWISKA BEZPIECZEŃSTWA I HIGJENY PRACY. Edward Olszewski. Instytut Spraw Społecznych. Warszawa, 1933, str. 120.

Praca ta stanowi zapoczątkowanie przez Instytut Spraw Społecznych cyklu opracowań monograficznych, obejmujących badania nad środkami usuwania przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych w różnych gałęziach wytwórczości.

ZAPOBIEGANIE WYPADKOM PRZY PRACY A CZYNNIK FINANSOWEGO ZAINTERESOWANIA PRZEDSIĘBIORSTW. Andrzej Mazurkiewicz. Instytut Spraw Społecznych. Warszawa, 1933, str. 35.

Odbitka z Nr. 3/1932 r. „Pracy i Opieki Społecznej".

PRACOWNICY MŁODOCIANI W ŚWIETLE BADAŃ KAS CHORYCH. — **Prof. Leon Waściszakowski.** Wstęp Dr. Henryka Kłuszyńskiego. — str. 40. Nr. 39 Bibljoteczki „Wiadomości Kas Chorych".

POLSKA GOSPODARCZA. Tygodnik. Zeszyt 5 z 4 lutego 1933 r.

Działalność ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Notatka zawiera krótkie omówienie działalności ubezpieczenia pracowników umysłowych w 1930 r., 1931 r. i w ciągu pierwszych 3 kwartałów 1932 r., oparte na danych zamieszczonych w Nr. 10 i 12 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z 1932 r.

Zeszyt 8 z dn. 25 lutego 1933 r.

System finansowy a polityka lokacyjna zakładów ubezpieczeń społecznych. — J. K.

Autor analizuje i omawia trzy zasadnicze systemy finansowe w ubezpieczeniach długoterminowych t. j. system premjowy, system kapitałowego pokrycia zapadłych świadczeń ubezpieczeniowych oraz system czystej repartycji. Na tle powyższych systemów, przedstawia autor znaczenie i charakter funduszów, gromadzonych przez zakłady ubezpieczeń społecznych, poczem omawia zasady, jakim powinna odpowiadać polityka lokacyjna tych zakładów, wysuwając na pierwszy plan zasadę bezpieczeństwa lokat. Następnie przeprowadza autor klasyfikację poszczególnych rodzajów lokat, biorąc za podstawę ich bezpieczeństwo i dochodowość.

Zeszyt 10 z dn. 11 marca 1933 r.

Gospodarcza strona zagadnienia dostarczania pracy. — Zygmunt Rawita - Gawroński.

Zeszyt 11 z dn. 18 marca 1933 r.

Fundusz Pracy. — W. M.

LEKARZ POLSKI. Miesięcznik. Nr. 3. Warszawa, 1933 r.

Nowa ustawa scaleniowa. — Dr. Wiktor Gosiewski.

Artykuł zawiera referat, wygłoszony w Sejmie przez autora, w charakterze sprawozdawcy Komisji Ochrony Pracy w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Referat przedstawia ważniejsze postanowienia projektu ustawy, w szczególności zaś omawia i charakteryzuje zmiany poczynione przez Komisję w rządowym projekcie.

INFORMATOR UBEZPIECZENIOWY PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH I PRACODAWCÓW. Miesięcznik Nr. 2. Lwów. Luty 1933 r.

Jednorazowa odprawa dla ubezpieczonego.

Szczegółowe informacje o warunkach uzyskania odprawy i o jej wysokości.

RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY. Kwartalnik. Zeszyt 1. Poznań. 1933 r.

O koncepcji prawa społecznego. Prof. Makowski Wacław.

ROBOTNICZY PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Miesięcznik. Nr. 2. Warszawa. Luty 1933 r.

Wobec projektu ustawy „scaleniowej".

Treść deklaracji złożonej przez przedstawicieli P. P. S. podczas dyskusji w Sejmie nad projektem ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

PRZEGLĄD ORGANIZACJI. Miesięcznik. Nr. 3. Warszawa. Marzec. 1933 r.

Uwagi o nowoczesnym systemie układania instrukcyj biurowych. Mgr. K. Barliński.

DIE PENSIONSVERSICHERUNG. Nummer 1. Prag. 1933.

Die Pensionsversicherung in Jugoslavien. (Ubezpieczenie pensyjne w Jugosławji). Dr. Janko Vrancic.

Das Dienstverhältnis in der Pensionsversicherung. (Stosunek służbowy w ubezpieczeniu pensyjnem). — Dr. Walfried Schmiedl.

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR SOZIALVERSICHERUNG. Heft 1. Prag. Januar. 1933.

Neue Ergebnisse der Kommission zur Revision der schwedischen Pensionsversicherung. (Nowe sprawozdanie komisji powołanej do rewizji szwedzkiego ubezpieczenia pensyjnego). — T. Askelöf.

Die Bestrebungen zu einer Vereinigung der Unfallversicherung mit der Inwalidenversicherung in der Tschechoslowakei. (Usiłowania połączenia ubezpieczenia od wypadków z ubezpieczeniem inwalidzkiem w Czechosłowacji).

Die Krankenfürsorge für die Arbeitlosen in der Tschechoslowakei. (Opieka lecznicza nad bezrobotnymi w Czechosłowacji).

Der Jahresbericht 1931 der deutschen Knappschaftsversicherung. (Sprawozdanie niemieckiego ubezpieczenia brackiego za 1931 r.)

Geburtenüberschuss und Sterblichkeit in den Kulturstaaten. (Przewaga urodzeń i śmiertelność w państwach kulturalnych).

REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Nr. 2. Genève. Février. 1933.

Les problemes du logement et la crise. (Zagadnienie budowy mieszkań a kryzys). — G. Méquet.

CHRONIQUE DE LA SÉCURITÉ INDUSTRIELLE. Nr. 6. Genève. Novembre — Décembre. 1932.

La statistique allemande des accidents pour les années 1928 — 1930. (Niemiecka statystyka wypadków za lata 1928 — 1930). — Dr. F. Ritzmann.

SOZIALE PRAXIS. Heft 9. 2 März 1933.

Sozialversicherung. Einschränkung der Ruhensvorschriften in der Sozialversicherung. (Ograniczenie postanowień o spoczywaniu świadczeń w ubezpieczeniu społecznem).

Heft 11. 16 März 1933.

Herabsetzung der Krankenscheinsgebühr und Erweiterung des Aufsichtsrechts in der Krankenversicherung. (Obniżenie opłat za kartę do lekarza i zwiększenie prawa nadzoru w ubezpieczeniu na wypadek choroby).

DIE REICHSVERSICHERUNG. *Heft 1. 1933.*

Die Grundfragen der Neugestaltung der Sozialversicherung — Rentenversicherung und Krankenversicherung. (Podstawowe zagadnienia reformy ubezpieczeń społecznych — ubezpieczenie rentowe i ubezp. na wypadek choroby). — Ministerialrat Dr. Knoll.

Zur Neuordnung der Versicherungsämter, Oberversicherungsämter und des Verfahrens in der Reform der Sozialversicherung. (W sprawie reorganizacji urzędów ubezpieczeń, wyższych urzędów ubezpieczeń i postępowania w związku z reformą ubezpieczeń społecznych).—Regierungsdirektor Kroschewski.

Krankenkasse und Arbeitsamt. (Kasa Chorych a urząd pracy). — Dr. med. W. Rink.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 22.II do 22.III 1933 r.

1) *Rozporządzenie* Rady Ministrów z dn. 22 lutego 1933 r. *o obniżeniu kar za zwłokę* przy egzekucjach należności *w postępowaniu przymusowem w administracji.* (Dz. U. R. P. Nr. 14, poz. 94).

Kary za zwłokę pobierane od należności pieniężnych w trybie art. 53 ust. 1 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu przymusowem w administracji (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 342) obniżone zostały z 1½% do 1% miesięcznie.

2) *Ustawa* z dnia 15 grudnia 1932 r. *w sprawie ratyfikacji konwencji pomiędzy Rzeczypospolitą Polską a Królestwem Belgijskiem,* mającej na celu ustanowienie wzajemności pomiędzy Polską a Belgją w zakresie udzielania korzyści, wynikających z ustawodawstwa obydwóch państw, dotyczącego *emerytur górniczych,* podpisanej wraz z protokółem podpisania w Brukseli dnia 7 listopada 1931 r. (Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 102).

Wyrażenie zgody na ratyfikację konwencji podanej w tytule ustawy.

3) *Zmiany statutu Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie.* (Monitor Polski Nr. 66 z dn. 21.III 1933 r.).

Uchwalone przez Walne Zgromadzenie Delegatów zmiany, uchylające dotychczasowe brzmienie §§ 3, 38, 42, 44 i 45 statutu, dotyczą prawa podpisywania dokumentów, umów majątkowych i innych pism, formalności przy zgłaszaniu pracowników do ubezpieczenia, (nowe formularze) oraz wypłaty świadczeń dla pozostających bez pracy pracowników.

Zmiany powyższe, zatwierdzone przez Ministra Opieki Społecznej reskryptem z dn. 3 marca b. r., weszły w życie z dniem ogłoszenia ich w Monitorze.

DZIAŁ URZĘDOWY

ZARZĄDZENIA ZWIĄZKU KAS CHORYCH od 20 lutego — 21 marca 1933 r.

OKÓLNIKI DO KAS CHORYCH.

Unormowanie przesyłania przez Kasy Chorych sprawozdań.

Okólnik Nr. 26/33 z dnia 1 marca 1933 r.

„Związek Kas Chorych, powołując się na § 4 lit. b i c oraz § 5 swego statutu, zwraca się do Kas Chorych o nadsyłanie w terminach poprzednio ustalonych bądź przez **Władze Nadzorcze,** bądź przez **Związki Kas,** następujących materjałów:

1) Odpisy zarządzeń Komisarza Kasy,
2) „ decyzji Komisji Rozjemczej,
3) „ protokułów Komisji Rozjemczej,
4) „ uchwał dyrekcji,
5) „ wewnętrznych zarządzeń i okólników Kasy,
6) Sprawozdania finansowe (bilansowe),
7) Plany finansowe,
8) Sprawozdania statystyczne.

Materjały powyższe należy przesyłać w dwóch egzemplarzach do Centrali Związku w W-wie ul. Nowy-Świat 23/25. **Ponadto** Kasy, przydzielone do Oddziałów Związku, winny wysyłać wszystkie powyższe sprawozdania w tych samych terminach **w jednym** egzemplarzu do odnośnych Oddziałów Związku.

Pod **„wewnętrznemi zarządzeniami i okólnikami Kasy"** rozumieć należy te zarządzenia, które regulują wewnętrzną działalność ogólną Kasy lub też w poszczególnych jej dziedzinach, a które nie zostały w całości umieszczone w odpisach zarządzeń Komisarza lub w odpisach uchwał dyrekcji Kasy.

Zarządzenia i okólniki swe Kasa winna nadsyłać bezzwłocznie po ich wydaniu.

Związek Kas Chorych, znając wszelkie przejawy działalności Kas, będzie mógł normować w należyty sposób funkcjonowanie administracji i lecznictwa w Kasach Chorych.

Kasy Chorych więc, działając w dobrze zrozumianym własnym interesie, winny nadsyłać do Związku i jego Oddziałów wymienione w niniejszym Okólniku materjały terminowo".

Dyrektor: (—) Z. Klemensiewicz.
Komisarz: (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Wyjaśnienie do planów finansowo-gospodarczych.

Okólnik Nr. 27/33 z dnia 1 marca 1933 r.

Okólnik podaje szereg szczegółowych wyjaśnień, dotyczących układania planów finansowo-gospodarczych.

Kontrola recept.

Okólnik Nr. 28/33 z dnia 2 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych przypominając, że do jego zadań należy przeprowadzanie kontroli recept i rachunków aptekarskich za środki lecznicze, wydane na rachunek Kas Chorych przez apteki publiczne, zawiadamia, że dla systematycznego i stałego przeprowadzania kontroli recept zostaje zorganizowany „Dział kontroli recept" w Centrali Związku w Warszawie oraz w Oddziałach: w Krakowie, we Lwowie i Poznaniu.

Okólnik wymienia, dokąd poszczególne kasy mają przesyłać recepty i rachunki aptekarskie. Kontrola recept jest przymusowa dla Kas i odpłatna w wysokości 1½% od wartości skontrolowanych recept.

Kursy dla lekarzy organizowane przez Uniwersytet Warszawski.

Okólnik Nr. 29/33 z dnia 6 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia lekarzy Kas Chorych, że w dniach 20 marca 1933 r. do 8 kwietnia 1933 r. odbędzie się kurs dokształcający dla lekarzy praktyków, zorganizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego.

Kwestjonarjusz w sprawie pracowników rolnych.

Okólnik Nr. 30/33 z dnia 7 marca 1933 r.

W związku z uchwaleniem przez Sejm ustawy o ubezpieczeniu społecznem, Związek Kas Chorych przesyła Kasom do opracowania kwestjonarjusz w sprawie pracowników rolnych.

Cennik za porady i zabiegi dla członków innych Kas Chorych.

Okólnik Nr. 31/33 z dnia 7 marca 1933 r.

„Związek Kas Chorych po zbadaniu wniosków b. Okręgowych Związków jakoteż Kas Chorych opracował jednolity dla wszystkich Kas Chorych cennik porad i zabiegów leczniczych. Cennik ten na podstawie art. 49, p. 7. Rozp. Prez. R. P. z dnia 27.X 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 814) i § 4, p. 10 statutu Związku Kas Chorych nadanego Związkowi reskryptem Min. O. S. Nr. 5151/U. Ch. z dnia 31.XII 1932 r. Związek Kas Chorych poleca do wyłącznego stosowania go dla rozliczeń z tytułu leczenia członków bratnich Kas Chorych.

Przy ustalaniu cen Związek uczynił wyjątek dla klimatycznej Kasy Chorych w Zakopanem, gdzie cennik przewiduje za porady i zabiegi lekarskie (z wykluczeniem zabiegów, akuszerek, pielęgniarek i dentystów oraz kosztów leków) ceny o 50% wyższe, gdyż Kasa ta zmuszona jest rozbudowywać swe lecznictwo ponad miarę własnych potrzeb, a to dla leczenia licznie przybywających członków obcych Kas i ponosi z tego tytułu nadmierne wydatki. Ten podwyższony dla Kasy Chorych w Zakopanem cennik obowiązuje wyłącznie tylko samo Zakopane, a nie dotyczy innych miejscowości do Kasy Chorych w Zakopanem należących, jak np. Limanowa, N. Targ, Rabka, Gdów, Dobczyce i t. p.

Cennik ten wchodzi w życie z dniem **15-go marca 1933 roku".**

Dyrektor: (—) Z. Klemensiewicz. Komisarz: (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Lekarz Naczelny: (—) Dr. H. Wilczyński.

CENNIK

porad i zabiegów leczniczych dla rozliczeń między Kasami z tytułu leczenia członków Kas Bratnich.

I. Postanowienia ogólne.

§ 1. Niniejszy cennik obowiązuje wszystkie Kasy z wyjątkiem Kasy Chorych w Zakopanem.

§ 2. Kasa wymieniona w § 1 ma prawo obliczać za porady i zabiegi lekarskie opłaty o 50% wyższe od wymienionych w niniejszym cenniku, nie może jednak nic doliczać do cen za leki i za pomoc akuszerki, lub pielęgniarki.

§ 3. Przy obliczaniu opłat za porady i zabiegi lecznicze wolno jest liczyć każdą cenę pojedyńczo, albo za poradę, albo za zabieg samodzielny.

Nie można natomiast nigdy liczyć oddzielnie za poradę, gdy policzono cenę za zabieg i odwrotnie, nie wolno liczyć opłat za zabieg, choćby to był zabieg operacyjny, skoro policzono ryczałt za poradę.

Nie mogą być również liczone żadne dodatkowe opłaty za różne metody i sposoby badania, z wyjątkiem badań laboratoryjnych, rentgenologicznych i niektórych badań klinicznych, szczególnie trudnych lub wymagających kosztownych, zużywających się łatwo przyrządów (bronchoscopia, cystoscopia i t. p.) i wymienionych w cenniku jako zabiegi samodzielne.

II. Badania i porady lekarskie, dentystyczne, felczerskie i akuszeryjne.

§ 4. Pod poradą lekarską rozumie się całkowite lub częściowe zbadanie chorego, niezbędne dla postanowienia rozpoznania i udzielenia właściwej pomocy. Porada obejmuje wszystkie metody bez przyrządów, lub z przyrządami powszechnie stosowanemi lub specjalnemi, z wykluczeniem badań przewidzianych w ustępie 2-im § 3-go.

Do porady należy zapisanie leków, środków opatrunkowych lub pomocniczych w leczeniu oraz objaśnienie sposobów ich użycia.

Do porady należy również wszelki zabieg, wykonany przy poradzie, o ile nie obliczono go według cen jak za zabiegi samodzielne.

§ 5. Cennik niniejszy nie przewiduje porad i informacyj lekarskich zaocznych, przez osoby trzecie i telefonicznych lub pisemnych, za porady takie żadne opłaty pobierane być nie mogą.

§ 6. Cena porady udzielonej w przychodni (poradni) lub w gabinecie prywatnym wynosi:

a)	lekarza ogólnego lub domowego	2.00 zł.
b)	„ specjalisty	2.50 „
c)	„ dentysty	1.50 „
d)	akuszerki, felczera, pielęgniarki	1.00 „

Uwaga: Za porady w przychodniach i gabinetach nie dolicza się więcej za wizyty udzielane w godzinach nocnych ani w dnie świąteczne.

§ 7. Cena za porady w domu chorego w dzień (od 8-ej rano do 8-ej wieczór) wraz z ewentualnemi kosztami przejazdu i stratą czasu, o ile odległość od właściwego punktu pomocy lekarskiej do domu chorego nie przekracza 1 kilometra wynosi:

a)	lekarza ogólnego lub domowego	4 zł.
b)	„ specjalisty	6 „
c)	„ dentysty	3 „
d)	akuszerki, felczera, pielęgniarki	2 „

§ 8. Gdy odległość od właściwego punktu pomocy lekarskiej do domu chorego wynosi więcej niż 1 klm. dolicza się do opłat jak w § 7 za koszty przejazdu i stratę czasu za każdy ki-

lometr (licząc całą odległość od punktu pomocy lekarskiej do domu chorego pojedyńczo):

a) przy wizycie lekarza ogólnego zł. 2.00 za kilometr
b) „ „ „ specjalisty „ 2.50 „ „
c) „ „ „ dentysty „ 2.00 „ „
d) „ „ akuszerki, felcz., pielęg. „ 1.50 „ „

§ 9. Przy udzielaniu pomocy w domu chorego, prócz wymienionych w §§ 7 i 8 nie dolicza się żadnych innych opłat za stratę czasu, za pobranie materjałów do badania laboratoryjnego lub za zabieg. Te ostatnie mogą natomiast być obliczone według cen jednostkowych, ale wtedy nie liczy się opłaty za poradę.
Tak samo nie dolicza się opłat dodatkowych za pośpiech względnie za wezwanie pogotowia lekarskiego.

§ 10. Przy udzielaniu pomocy w domu chorego w nocy (po 8-ej wieczór i do 8-ej rano) wszystkie stawki wymienione w § 7 i 8 oblicza się podwójnie.

§ 11. Przy udzielaniu pomocy kilku chorym w jednym domu pełne opłaty w myśl §§ 7 i 8 oblicza się tylko dla jednego chorego; za pomoc dla każdego dodatkowego chorego w tym samym domu dolicza się tylko za poradę jak w § 7.

§ 12. Za udział w naradzie lekarskiej w przychodniach (poradniach) Kasy i w gabinetach lekarskich, oraz za udział w komisjach lekarskich opłaty dla każdego lekarza pozostają takie same, jak w § 6.
Za udział w naradach lekarskich w domu chorego stawki dla każdego członka narady oblicza się jak w § 7 podwójnie.
Jednakże koszty przewozu członków narady pozostają, jak w § 8 niezmienione.

III. Leki, środki opatrunkowe i pomocnicze w leczeniu, oraz protezy i aparaty podtrzymujące.

§ 13. Za każdą receptę, niezależnie od liczby przepisanych leków, lub środków opatrunkowych opłata wynosi 2.00 zł.

§ 14. Za środki pomocnicze w leczeniu jak okulary, opaski przepuklinowe, pęcherze na lód i t. p. oraz za protezy opłata wynosi tyle co koszt własny w/g rachunku.

§ 15. Opłata za protezy zębów Kasa Chorych oblicza:
jeżeli nie wykonuje protez we własnym zakresie — rzeczywisty koszt protezy według rachunku.

IV. Zabiegi lecznicze ogólne i specjalne rentgenologiczne, przyrodolecznicze i analizy.

Uwagi ogólne.

§ 16. Za zabiegi wykonywane przez lekarzy, ustala się opłaty jednakowe, niezależnie od tego, czy wykonuje je lekarz ogólny czy specjalista.

§ 17. W razie wykonywania odrazu kilku zabiegów, mających, ten sam cel bezpośredni i topograficznie zbliżonych jak np. zatamowanie krwotoku, podwiązanie naczynia, usunięcie odłamków kości, zaszycie rany, ustalenie złamanej kończyny i nałożenie opatrunku — wszystko razem oblicza się jako jeden zabieg.
Jeżeli jednak 2 (lub więcej) zabiegi zastosowane równocześnie są odmiennej natury lub są topograficznie niezależne jak np. nastawienie zwichniętej ręki, opatrunek stopy i zeszycie rany twarzy — każdy zabieg oblicza się oddzielnie.

§ 18. Wszystkie opłaty obliczone są za zabieg wraz z ewentualną asystą, narkozą lub znieczuleniem, opatrunkiem i materjałem użytym do opatrunku.

§ 19. Opłaty ustalone w cenniku obliczane są inaczej za zabiegi w przychodniach (poradniach) i gabinetach lekarskich, inaczej w razie wykonywania ich w domu chorego.

§ 20. Opłaty za zabiegi wykonywane w nocy w przychodniach (poradniach) i gabinetach lekarskich oblicza się 50% drożej a w domu chorego 100% drożej.

§ 21. Cennik przewiduje jedynie zabiegi, które mogą lub powinny być wykonywane w przychodniach lub gabinetach lekarskich z wykluczeniem zabiegów wykonywanych w zakładach leczniczych zamkniętych.

§ 22. W razie wykonywania zabiegu w domu chorego i wtedy gdy opłatę oblicza się za zabieg a nie za wizytę lekarską, dolicza się dodatkowo na koszty przejazdu jak w § 8.

§ 23. W razie obliczania opłat za zabiegi, nie mogą być równocześnie liczone opłaty za porady.

Cennik szczegółowy zabiegów samodzielnych z zakresu medycyny wewnętrznej, małej chirurgji i ortopedji (wykonywanych w przychodniach i gabinetach:

	Cena za zabieg	
	w gabin. lekarza lub w przych. kasy	w domu chorego
	Złotych	
§ 24. Zastrzyki podskórne i śródmięśniowe, odczyny skórne (Pirquet, Mantou, Schick, Dick i t. p.) i szczepienie ochronne (ospy, duru brzusznego, gruźlicy) za każdy zabieg (z uwzględnieniem p. 20) . . . . . (za obow. sprawdzenie odczynu nie liczy się jako za zabieg oddzielny)	1.00	2.00
§ 25. W razie szczepień, zastrzyków i prób zbiorowych, gdy liczba zabiegów wynosi nie mniej niż 10 za każdy zabieg. . .	0.50	1.00
§ 26. Zastrzyki dożylne lub wlewania leków podskórne i śródmięśniowe, do guzów, jam naturalnych ciała i t. p. . . .	3.00	6.00
§ 27. Postawienie baniek suchych, pijawek, podwiązanie metodą Bier'a i inne małe zabiegi bezkrwawe za zabieg . . .	1.00	2.00
§ 28. Postawienie baniek ciętych . . .	2.00	3.00
§ 29. Znieczulenie (przez zastrzyk) nerwu .	3.00	6.00
§ 30. Znieczulenie zwoju nerwowego . . .	5.00	10.00
§ 31. Zastrzyki lub punkcje (wyssanie lub wypuszczenie płynów) kanału lędźwiowego, opłucnej i otrzewnej i innych jam naturalnych lub też guzów ropnych krwawych lub torbieli wraz z ewentualnym przemyciem i zastrzykiem leku .	7.50	15.—
§ 32. Oględziny zwłok z wystawieniem krótkiego świadectwa: opłata jak za wizytę lekarską wg. §§ 7 i 8.		
§ 33. Wystawienie krótkiego zaświadczenia o chorobie	2.00	4.00
§ 34. Dokładny opis choroby lub orzeczenie lekarskie (np. na żądanie Kasy, Zakładu ubezpieczeń i t. p.)	5.00	10.00
§ 35. Upust krwi (venaesectio)	5.00	10.00
§ 36. Zastrzyk krwi, licząc zarazem pobranie jej do zastrzyku od tego samego lub innego osobnika	5.00	10.00
§ 37. Przetoczenie krwi	15.00	30.00
§ 38. Dopełnienie odmy sztucznej . . .	10.00	20.00
§ 39. Zgłębienie przełyku i żołądka, wraz z ewentualnym wydobyciem płynu do badania lub przepłukaniem . . .	5.00	10.00
§ 40. Zgłębienie dwunastnicy z ewentualnem pobraniem płynu do badania lub wprodzeniem leku	7.50	15.00
§ 41. Wlewanie lub stosowanie miejscowe leków do odbytnicy	2.00	4.00
§ 42. Opatrunek małej rany, wliczając w to oczyszczenie i założenie opatrunku .	2.00	4.00
§ 43. Opatrunek rany większej, głębszej lub silnie krwawiącej albo też silnie zanieczyszczonej — np. zgniecenie palców, rozerwanie tkanki na przestrzeni wielkości dłoni i t. p.	4.00	8.00
§ 44. Opatrunek ran rozległych, głębokich lub mocno zanieczyszczonych	7.50	15.00
§ 45. Zaszycie małej rany wraz z opatrunkiem	5.00	10.00
§ 46. Zaszycie rany większej (na przestrzeni dłuższej niż 6 cm.) lub też wymagającej uprzedniego wycięcia jej brzegów, wraz z opatrunkiem	7.50	15.00
§ 47. Przecięcie ropnia powierzchownego, niezbyt wielkiego wraz z opatrunkiem . .	3.50	6.00
§ 48. Przecięcie ropnia dużego lub głęboko umieszczonego z ewentualnem założeniem sączka, wraz z opatrunkiem . .	5.00	10.00
§ 49. Przecięcie rozległej ropowicy (flemony), rozległego karbunkułu, ropnia piersi i t. p. lub też usunięcie ciał obcych z rany, odłamków kości przez ranę, wraz z opatrunkiem	7.50	15.00

	Cena za zabieg	
	w gabin. lekarza lub w przych. kasy	w domu chorego
	Złotych	
§ 50. Usunięcie ciał obcych lub niewielkich nowotworów łatwo dostępnych z tkanek drogą operacji, wraz ze znieczuleniem do operacji i nałożeniem opatrunku	10.00	15 00
§ 51. Usunięcie ciał obcych z otworów naturalnych drogą bezkrwawą (z nosa, ucha przełyku, pochwy, cewki moczowej, odbytnicy)	3 00	6.00
§ 52. Zestawienie i unieruchomienie złamanych palców jednej ręki lub nogi wraz z opatrunkiem	3.00	6.00
§ 53. Nastawienie i opatrzenie złamań kości twarzy, łopatki lub żeber, oraz nadgarstka, przedramienia, stopy i stawu skokowego	7.50	10.00
§ 54. Nastawienie i opatrzenie złamanych kości barku, obojczyka, ramienia, miednicy, uda, podudzia i rzepki	15.00	25.00
§ 55. Założenie wyciągu stałego (a nie zwykłych szyn ustalających, używanych do opatrunku)	6 00	10.00
§ 56. Usunięcie paznokcia, wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem	7 50	15.00
§ 57. Odjęcie palców lub części palców u rąk albo nóg albo chirurgiczne rozdzielenie palców	10.00	15.00
§ 58. Nastawienie z ewentualnym opatrunkiem zwichniętej szczęki dolnej	4.00	8.00
§ 59. Nastawienie i opatrunek zwichniętego dużego palca lub palucha	3.00	5.00
§ 60. Nastawienie i opatrunek zwichniętego stawu skokowego lub nadgarstka	5.00	10.00
§ 61. Nastawienie i opatrunek zwichniętego stawu łokcia, barku, kolana lub biodra	10.00	15 00
§ 62. Przecięcie ścięgna podskórne lub otwarte	10.00	—
§ 63. Zeszycie ścięgna lub mięśnia	7.50	15.00
§ 64. Zeszycie kilku ścięgien lub mięśni	12.00	20.00
§ 65. Nałożenie większego opatrunku ustalającego z szyn	4.00	8.00
§ 66. Nałożenie większego opatrunku ustalającego klejowego	6.00	10.00
§ 67. Nałożenie większego opatrunku ustalającego gipsowego mniejszego (ręka, noga, przedramie, przedudzie)	12 00	15.—
§ 68. Nałożenie opatrunku ustalającego gipsowego dużego (bark, ramie, kolano, udo, podudzie, biodro)	15.00	25.00
§ 69. Założenie gorsetu prostującego	25.00	35.00
§ 70. Dopasowanie większych aparatów ortopedycznych	5.00	—
§ 71. Odlew gipsowy mały (ręka, stopa, przedramie, staw skokowy)	7.50	10.—
§ 72. Odlew gipsowy duży (podudzie, ramie, bark, udo, biodra, szyja, tułów)	15.00	—
§ 73. Otwarcie tchawicy z ewentualnem założeniem rurki	25.00	35.00
§ 74. Małe operacje plastyczne (powieki, wargi)	15.00	25.00
§ 75. Rozcięcie blizn wadliwych, wraz z opatrunkiem	10.00	—
Zabiegi ginekologiczne i położnicze.		
§ 76. Przepłukanie pochwy	1.50	3.00
§ 77. Tamponowanie pochwy (jako zabieg sadzielny)	2.00	4.00
§ 78. Wycięcie błony dziewiczej	5 00	10.00
§ 79. Przepłukiwanie, tamponowanie lub stosowanie leków lub pręcików (rozszerzających lub leczniczych) w jamie macicznej	5.00	10.00
§ 80. Tamponowanie pochwy lub macicy po porodzie	12.00	20.00
§ 81. Bezkrwawe rozszerzenie ujścia macicy	7.50	15.00
§ 82. Odprowadzenie wypadniętej macicy	4.00	8.00
§ 83. Zeszycie pęknięcia szyjki macicznej	10.00	20.00
§ 84. Usunięcie polipów macicy	15.00	20.00
§ 85. Masaż lub faradyzacja macicy i przydatków	1.50	3.00
§ 86. Wyskrobanie macicy (wraz z zabiegami przygotowawczemi i opatrunkiem)	20.00	30.00
§ 87. Pomoc przy porodzie prawidłowym, zwykłym, lub bliźniaczym	—	15.00
§ 87. *bis.* Ryczałt za całkowitą pomoc akuszerki przez cały czas połogu	—	25.00
§ 88. Sztuczny poród zapomocą zabiegu ręcznego, przy położeniu pośladkowem obrotu, nałożenie kleszczy, oraz przy łożysku przodującem	—	30.00
§ 89. Wymóżdżenie lub poćwiartowanie	—	40.00
§ 90. Cesarskie cięcie na zmarłej	—	20 00
§ 91. Poronienie sztuczne lub oczyszczenie po poronieniu	15.00	25.00
§ 92. Zeszycie rozdarcia krocza	10.00	20.00
§ 93. Zeszycie rozdarcia krocza rozległego, sięgającego aż do odbytnicy	15.00	25 00
Zabiegi urologiczne i dermatologiczne.		
§ 94. Cewnikowanie zwykłe, u mężczyzn lub kobiet wraz z ewentualnem płukaniem lub stosowaniem leków do cewki lub pęcherza	2.00	4 00
§ 95. Cewnikowanie lub rozszerzenie cewki przy zwężeniu cewki (ewentualnie połączone z elektrolizą)	4.00	6.00
§ 96. Mięsienie lub przyżeganie stercza	3.00	6.00
§ 97. Uretroskopja (przednia lub tylnia) lub usunięcie ciał obcych z cewki	15.00	25.00
§ 98. Cystoscopia	15.00	20.00
§ 99. Operacja w pęcherzu pod kontrolą wziernika	25.00	30.00
§ 100. Cewnikowanie moczowodów z ewentualnem przepłukaniem miedniczek nerkowych	15.00	25.00
§ 101. Odprowadzenie zadzierzgniętej stulejki (paraphimosis)	3.00	5.00
§ 102. Operacja stulejki	10.00	15.00
§ 103. Epilacja znacznej liczby włosów szczypcami	3 00	
Zabiegi z zakresu chorób uszu, nosa i gardła.		
§ 104. Przedmuchnięcie trąbki met. Politzera jako zabieg samodzielny	1.00	—
§ 105. Cewnikowanie trąbki, wraz z ewentualnem przedmuchnięciem lub wprowadzeniem leków	5.00	—
§ 106. Mała operacja w kanale zewnętrznym ucha lub paracenteza	4.00	7.00
§ 107. Mała operacja w uchu środkowem	7.50	10.00
§ 108. Tamponowanie lub przyżeganie w nosie z przodu	3.00	5.00
§ 109. Tamponowanie nosa z tyłu	5.00	10.00
§ 110. Wycięcie lub wypalenie termo lub galvanokauterem muszli nosowych	10.00	15.00
§ 111. Wycinanie polipów, gruczołów jamy noso-gardzielowej lub migdałków	12.00	25.00
§ 112. Usunięcie przegrody nosa	15.00	25.00
§ 113. Przepłukanie zatok nosowych	5.00	10.00
§ 114. Przecięcie ropnia lub przyżeganie migdałka	5.00	10.00
§ 115. Stosowanie leków w krtani	3.00	5.00
§ 116. Operacja w krtani	25.00	35.00
§ 117. Tracheo, broncho lub oesophagoscopia	15.00	25.00
§ 118. " " " " wraz z usunięciem ciał obcych	25.00	35.00
§ 119. Usunięcie bezkrwawe ciał obcych z przełyku, z jamy nosowej lub z ucha	5.00	10.00

		Cena za zabieg	
		w gabin. lekarza lub w przych. kasy	w domu chorego
		Złotych	
	Zabiegi okulistyczne.		
§ 120.	Usunięcie włosów szczypcami lub za pomocą prądu	3.00	5.00
§ 121.	Wyciśnięcie lub wypalenie ziarenek jaglicznych z jednego lub obu oczu	3.00	5.00
§ 122.	Wycięcie załamka spojówki	7.50	10.00
§ 123.	Operacja gradówki	7.50	10.00
§ 124.	Usunięcie skrzydlika	12.00	15.00
§ 125.	Cewnikowanie przewodu łzowego	4.00	6.00
§ 126.	Przecięcie przewodu łzowego	7.50	10.00
§ 127.	Usunięcie ciała obcego ze spojówki	2.00	5.00
§ 128.	Usunięcie ciała obcego z rogówki lub zeskrobanie nabłonka rogówki	5.00	10.00
§ 129.	Tatuowanie rogówki	10.00	—
§ 130.	Dobranie i założenie sztucznego oka	2.00	—
§ 131.	Przystawienie sztucznych pijawek	2.00	5.00
§ 132.	Zastrzyki pod spojówkę lub wgłąb oka	3.00	5.00
	Zabiegi przyrodoleczniczе.		
§ 133.	Seans gimnastyki leczniczej lub masażu mechanoterapeutycznego	1.50	—
§ 134.	To samo przy zabiegach zbiorowych	1.00	—
§ 135.	Masaż zwykły lub wibracyjny	1.00	—
§ 136.	Zabiegi wodoleczнicze częściowe lub kąpiel zwykła	1.50	—
§ 137.	Kąpiel solankowa (wraz z obsługą i nadzorem)	2.50	—
§ 138.	Kąpiel kwaso-węglowa lub borowinowa	3.50	—
§ 139.	Okład borowiny	2.50	—
§ 140.	Kąpiel tlenowa	4.00	—
§ 141.	Kąpiel gorącego powietrza	1.50	—
§ 142.	Użycie Feonu	1.50	—
§ 143.	Kąpiel świetlna, częściowa	1.50	—
§ 144.	Kąpiel świetlna pełna	2.50	—
§ 145.	Użycie prądu stałego lub zmiennego, wzgl. prądu d'Arsonwal'a	1.50	—
§ 146.	Kąpiel czterokomorowa	2.50	—
§ 147.	Naświetlanie lampą kwarcową, Sollux-em, Kroomayer'a i t. p.	1.00	—
§ 148.	Nagrzewanie diatermią	2.50	—
§ 149.	Kąpiel elektryczna częściowa	1.50	—
§ 150.	Kąpiel elektryczna pełna	3.00	—
§ 151.	Naświetlanie lecznicze promieniami Roentgena powierzchowne	6.00	—
§ 152.	Naświetlanie lecznicze promieniami Roentgena głębokie	10.00	—
§ 153.	Prześwietlanie promieniami Roentgena kończyny bez zdjęcia, ale z ewent. ołówkowym roentgenogramem i opisem wyniku badania (np. dla stwierdzenia obecności ciała obcego)	3.00	—
§ 154.	Prześwietlenie klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy lub głowy, bez kliszy (z ewentualnym roentgenogramem ołówkowym) i opisem wyniku badania	6.00	—
§ 155.	Wykonanie zdjęcia Roentgenowskiego w zależności od wielkości kliszy lub papieru fotograficznego:		
	a) zdjęcie zębów	6.00	—
	b) palców dłoni, stopy, przedramienia lub połowy podudzia, stawu skokowego lub barkowego	10.00	—
	c) zdjęcie kończyny, barku, stawu biodrowego, szyi	15.00	—
	d) zdjęcie klatki piersiowej, miednicy, brzucha, głowy lub uda i t. p. dużej części ciała	20.00	—
	Wszystko liczone za jedną kliszę (papier).		
§ 156.	W razie użycia masy kontrastowej jak przy prześwietlaniu przewodu pokarmowego, bronchografja, pyelografja i t. p. dolicza się do opłaty za zdjęcie rzeczywisty koszt masy kontrastowej.		

		Cena za zabieg	
		w gabin. lekarza lub w przych. kasy	w domu chorego
		Złotych	
	Zabiegi dentystyczne (Ceny dla lekarzy dentystów).		
§ 157.	Wyrwanie zęba bez znieczulenia	2.00	—
§ 158.	Wyrwanie zęba ze znieczuleniem	4.00	—
§ 159.	Plomba porcelanowa lub emaljowa wraz z leczeniem	4.00	—
§ 160.	Plomba prowizoryczna lub założenie leku do zęba (jako zabieg niezależny od plombowania)	2.00	—
§ 161.	Sztuczny ząb w kauczuku	4.00	—
§ 162.	Sztuczny ząb lub korona w metalu plus rzeczywisty koszt użytego materjału	5.00	—
§ 163.	Ssawka lub klamra do protez kauczukowych	3.00	—
§ 164.	Usunięcie kamienia zębowego	2.00	—
§ 165.	Resekcja korzenia	10.00	—
§ 166.	Naprawa dostawki lub płytki kauczukowej	4.00	—
§ 167.	Przeróbki używanych protez, za każdy ząb	0.50	—
	Analizy i badania laboratoryjne (kliniczne, bakterjologiczne lub histologiczne)		
§ 168.	Badania mikroskopowe preparatów wraz z jego przygotowaniem, ewentualnie z pobraniem materjałów do badania — badanie proste, bez barwienia lub metod specjalnych	2.00	—
§ 169.	Jak wyżej z barwieniem lub w ciemnem polu widzenia	3.00	—
§ 170.	Badania mikroskopowe połączone z hodowlą bakteryjną lub hodowla bakteryjna	5.00	—
§ 171.	Odczyn na zwierzętach laboratoryjnych, wraz z ceną zwierzęcia	10.00	—
§ 172.	Odczyny serologiczne (Widal, Weil-Felix, Wasserman i t. d.)	4.00	—
§ 173.	Badanie chemiczne jakościowe (kału, moczu, na cukier, białko, na obecność krwi i t. p.)	2.50	—
§ 174.	To samo połączone z badaniem mikroskopowem (osad, jaja pasorzytów itp.)	4.00	—
§ 175.	Badania ilościowe moczu, krwi, soku żołądkowego i t. p.)	5.00	—
§ 176.	Badania przemiany podstawowej	10.00	—

Rady lekarskie w Kasach Chorych.

Okólnik Nr. 32/33 z dnia 13 marca 1933 r.

Nawiązując do postanowień art. 26 rozp. Prez. Rzpl. z dnia 29 listop. 1930 r. (Dz. U. Nr. 81/635) i § 53 wzorowego statutu, według których Kasy Chorych mają obowiązek utworzyć przy lekarzu naczelnym rady lekarskie, Związek Kas Chorych zapytuje, czy i ew. od jakiego czasu Rada Lekarska w poszczególnych Kasach już funkcjonuje.

Czasowe zamknięcie Sanatorjum „Excelsior".

Okólnik Nr. 33/33 z dnia 16 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, że ze względu na konieczność przeprowadzenia remontu, przyjmowanie chorych do Sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu zostaje wstrzymane na czas od 1 kwietnia do 10 maja r. b.

Okresy ukazywania się czasopisma „Droga do zdrowia"

Okólnik Nr. 34/33 z dnia 17 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, że czasopismo „Droga do zdrowia", które wychodziło dotąd w okresie miesięcznym, będzie aż do odwołania ukazywać się co dwa miesiące.

Sprawozdania z akcji profilaktycznej

Okólnik Nr. 35/33 z dnia 18 marca 1933 r.

Do Wszystkich Kas Chorych.

„Związek Kas Chorych, załączając wzór sprawozdania z działalności profilaktycznej Kasy (z wyłączeniem kolonji letnich i jaglicy, objętych sprawozdaniami odrębnemi) prosi o wypełnienie go i nadesłanie **w terminie do dnia 31 marca każdego roku, a za rok ubiegły do 15 kwietnia b. r.**

W odpowiedzi żadna pozycja nie może być pominięta. W razie braku niektórych danych należy w odpowiedniej rubryce napisać „brak danych", zakreślić ją lub zaznaczyć, że Kasa danej akcji nie prowadzi.

W tabelach, przewidzianych dla poradni (dla niemowląt, dla ciężarnych i dla chorych na gruźlicę), należy w pionowych rubrykach podawać dane, dotyczące wyłącznie uprawnionych do świadczeń Kasy, a nie całkowity ruch chorych, jak w poradniach obcych lub prowadzonych przez Kasę wspólnie z innemi instytucjami.

W pytaniach „Ile godzin poradnia była czynna dziennie", w razie gdy było kilka poradni (czynnych różną liczbę godzin), należy wpisywać dane dla każdej poradni oddzielnie.

W rubrykach: „spostrzeżenia i uwagi" należy podawać opinje lekarza naczelnego Kasy oraz wnioski co do planów na przyszłość, określenie stosunku prawnego do instytucyj, z któremi Kasa współpracuje (umowny, wspólny zarząd i t. p.) etc.

Do sprawozdania należy dołączyć po 1-ym egzemplarzu każdego wydawnictwa propagandowego, wydanego staraniem Kasy".

Dyrektor: (—) Z. Klemensiewicz

Komisarz: (—) Doc. Dr. K. Czarnocki

Lekarz Naczelny: (—) Dr. H. Wilczyński

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI PROFILAKTYCZNEJ

(prócz kolonij letnich i zwalczania jaglicy) Kasy Chorych w ..... w r. 1932.

Średnia roczna liczba członków Kasy ..... członków rodzin .....

Ogólna suma preliminowana na akcję profilaktyczną .....

„ „ wydana „ „ „ .....

a według działów: I II III IV V VI VII VIII

I. Szczepienia ochronne.

A. Szczepienia przeciw durowi brzusznemu

1. W ilu i w jakich (gdzie) ośrodkach (punktach) dokonywano szczepień .....
2. Ogólna liczba osób zaszczepionych .....
3. Ile było w ciągu roku przypadków duru brzusznego wśród szczepionych[1]). .....
4. Ile było przypadków (i w których ośrodkach) duru brzusznego wśród nieszczepionych[2]). .....
5. W jaki sposób zachęcano do poddawania się szczepieniom, jak je organizowano i kto je przeprowadzał, względnie dopilnowywał zastrzyków, wgzl. przyjęcia pigułek szczepionek .....

B. Szczepienia przeciwbłonicze (przeciwdyfteryczne) anatoksyną:

1. W ilu ośrodkach (punktach) i jakich (gdzie) dokonywano szczepień .....
2. Ile osób (dzieci) zaszczepiono:

Bez badania odczynu Schicka	Po uprzedniem badaniu odczynu Schicka	Odczyn Schicka pozostał dodatni po szczepieniu
1 raz	1 raz	1 krotnem .....
2 razy	2 razy	2 krotnem .....
3 razy	3 razy	3 krotnem .....

Uwaga: [1]) i [2]). W sprawozdaniu za rok 1932 i następne lata na p. 3 i 4 odpowie tylko jedna Kasa Chorych, t. j. Kasa Chorych w Lublinie.

3. Ile dzieci zachorowało (i w których ośrodkach) wśród szczepionych?[1]) .....

1 raz ..... 2 razy ..... 3 razy ..... ; wśród nieszczepionych? .....

Ile umarło na błonicę szczepionych ..... nieszczepionych .....

4. W jaki sposób propagowano i organizowano szczepienia przeciwbłonicze .....

C. *Czy i jakie stosowano inne szczepienia?*

i ile osób szczepiono .....

D. *Spostrzeżenia i uwagi* .....

II. Poradnie dla niemowląt:

L. p.	Wyszczególnienie danych	Poradnie własne	Poradnie wspólne z inn. instytucjami	Poradnie obce
1	Liczba poradni z których korzystali uprawnieni do świadczeń Kasy			
2	Ile niemowląt korzystało z opieki poradni			
3	Ile porad udzieliły poradnie			
4	Jak często przewidywano okresowe badania zapobiegawcze niemowląt (co 2, 3, 4 tygodnie)			
5	Czy i ile poradni udziela porad leczniczych (prócz zapobiegawczych)			
6	Ilu lekarzy zatrudniały poradnie			
7	Ile wywiadów domowych przeprowadziły pielęgniarki poradni			
8	Do którego roku życia opiekują się poradnie dziećmi			
9	Ile stwierdzono przypadków krzywicy			

Uwaga: [1]) W sprawozdaniu za rok 1932 i następne lata na p. 3 odpowie tylko Kasa Chorych w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia o działalności poradni i jej wynikach .....

III. Poradnie dla ciężarnych.

L. p.	Wyszczególnienie danych	Własne	Prowadzone wspólnie z inn. instytucjami	Obce
1	Ile było czynnych poradni, z których mogły korzystać ciężarne, uprawnione do świadczeń Kasy			
2	Ilu lekarzy pracowało w tych poradniach			
3	Ile położnych było zatrudnionych w poradniach			
4	Ile pielęgniarek			
5	Ile kobiet ciężarnych korzystało z opieki poradni a) członków Kas b) „ rodzin			
6	Ile uzyskały one porad			
7	Ile wywiadów domowych przeprowadziły pielęgniarki			
8	U ilu kobiet badano krew na odczyn Wassermann'a			
9	W ilu wypadkach odczyn Wassermann'a był dodatni			

Uwagi i spostrzenia o działalności poradni dla ciężarnych (wymienić również najczęstsze przypadki patologji ciąży, o ile możności, liczbowo) .....

IV. Poradnie przeciwgruźlicze.

L. p.	Wyszczególnienie danych	Własne	Wspólne z inn. instytucjami	Obce
1	Ile poradni było czynnych dla chorych na gruźlicę			
2	Ile poradni posiada aparaty Roentgena			
3	Ilu lekarzy zatrudniają poradnie			
4	Ile pielęgniarek zatrudniają poradnie			
5	Ile osób korzystało z opieki poradni a) członków Kasy: kobiet mężczyzn b) członków rodzin: kobiet mężczyzn			
6	Ile porad udzieliły poradnie			
7	Ile przypadków leczyły poradnie odmą (dopełnienie)			
8	U ilu chorych stwierdzono prątki			
9	Ile wywiadów domowych przeprowadziły poradnie			

Spostrzeżenia i uwagi o akcji przeciwgruźliczej poradni .....

V. Zwalczanie chorób wenerycznych.

1. Ile Kasa posiada poradni lub gabinetów specjalnie przeznaczonych dla chorych wenerycznych?
2. Ilu zatrudnia Kasa lekarzy specjalistów chorób wenerycznych?
3. Ile Kasa zatrudnia sił pomocniczo-lekarskich w poradniach i gabinetach dla chorych wenerycznych?
   a) mężczyzn
   b) kobiet
4. Ile wywiadów domowych przeprowadziła u chorych wenerycznych?
5. Ilu chorych wenerycznych leczono w Kasie Chorych w 1932 r.
   a) na rzeżączkę mężczyzn
      kobiet
   b) na kiłę mężczyzn
      kobiet

Uwagi i spostrzeżenia o akcji zwalczania chorób wenerycznych i jej wynikach, a w szczególności o stosowaniu okólnika Związku Kas Chorych Nr. 28/31 z 23 kwietnia 1931 r. L. dz. 5318 zwłaszcza p. 18 — 20

VI. Zakłady kąpielowe i wodolecznicze.

1. Czy i ile posiada Kasa własnych zakładów?
2. Ilu uprawnionych do świadczeń Kasy korzystało z nich?
3. Ile dokonano zabiegów
4. Czy i ile uprawnieni opłacali za jedną kąpiel

Uwagi i spostrzeżenia

VII. Propaganda.

1. Wymienić wydawnictwa, które Kasa wydała sama lub rozdawała między uprawnionych, według niżej podanego wzoru oraz **dołączyć po 1-ym egzemplarzu** każdego wydawnictwa własnego:

L. p.	Tytuł wydawnictwa	Rodzaj (ulotka, plakat, broszur.)	Ile egz. wydano lub rozdano	Wydawca	Jeżeli wydanie własne	
					Ile wyniósł nakład	Ile kosztował nakład

2. Ile wygłoszono odczytów i pogadanek

a) przez lekarzy ..... ile osób korzystało z nich .....

b) przez pielęgniarki „ „ „ „

3. Tematy odczytów

4. Ile i jakie wyświetlano obrazy kinematograficzne

ile razy ..... ile osób korzystało z nich

5. Ile razy posługiwano się lampami projekcyjnemi

Spostrzeżenia i uwagi

VIII. Subwencje i zapomogi na cele higjeny profilaktyki.

Wyliczyć szczegółowo kwoty, cel i instytucje, jakim udzielono subwencji: 1) ..... 2) ..... 3)

Ewidencja lekarzy administracyjnych

Okólnik Nr. 36/33 z dnia 18 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych przypomina Okól. Nr. 15 z 27.III 1931 w sprawie zgłaszania Związkowi wszelkich zmian na stanowiskach lekarzy administracyjnych oraz wzywa do przestrzegania tego okólnika.

Druki dla działu inkasa

Okólnik Nr. 37/33 z dnia 18 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych przesyła wzory druków przeznaczonych dla działu inkasa i prosi o wypowiedzenie się względnie przesłanie zamówienia wprost do Biura Wydawniczego Związku w Krakowie, Batorego 5 do dnia 15 kwietnia r. b.

Sprawa zakupywania maszyn rachujących.

Okólnik Nr. 38/33 z dnia 18 marca 1933 r.

Okólnik przestrzega Kasy przed zakupywaniem maszyn do rachowania, o ile nie jest to dla Kas konieczne, oraz o ile wprowadzenie używania wspomnianych maszyn byłoby nierentowne.

Kolonje letnie w r. 1933.

Okólnik Nr. 39/33 z dnia 21 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych ustala dla wszystkich Kas szczegółowy kontyngent dzieci na kolonje letnie w r. 1933 i podaje szereg wyjaśnień z tem się wiążących.

Przyjazd K. Müllera z Jeny do Polski.

Okólnik Nr. 40/33 z dnia 21 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia Kasy o przyjeździe do Polski Karola Müllera z Jeny, specjalisty w zakresie wykonywania i dopasowywania sztucznych oczu oraz podaje dokładny plan jego pobytu w Polsce na wypadek, gdyby Kasy chciały z tego skorzystać. K. Müller będzie w Polsce w czasie od 25 kwietnia do 20 maja r. b.

Nowy wzór bilansu surowego.

Okólnik Nr. 41/33 z dnia 21 marca 1933 r.

Okólnik zawiera wyjaśnienia do nowego wzoru bilansu surowego.

Nowy wzór bilansu zamknięcia i r-ku działalności.

Okólnik Nr. 42/33 z dnia 21 marca 1933 r.

Okólnik podaje wskazówki i wyjaśnienia w sprawie zamknięć rachunkowych (za r. 1932).

NADESŁANE

Produkcja waty hygroskopijnej z włókna lnianego.

Inicjatywa Min. Spr. Wojsk. odnośnie stosowania surowców krajowych do wyrobu artykułów przemysłowych zatacza coraz szersze kręgi. Przedstawieciele Min. Spr. Wojsk. w osobach szefa Departamentu Zdrowia Min. Spr. Wojsk., Gen. Dr. Roupperta, oraz pułk. dr. Gorczyckiego, pułk. mag. Krupińskiego i ppułk. Jabłonowskiego, zwiedzili ostatnio fabrykę waty hygroskopijnej „Alba" w Warszawie, w której, po szeregu prób, podjęto już na większą skalę produkcję waty hygroskopijnej ze lnu z zupełnie dobrym wynikiem, świadczącym, iż przemysł nasz zdolny jest szybko i łatwo przystosować się do nowych warunków i metod pracy. Dzięki tej akcji wata hygroskopijna do celów leczniczych w Polsce wyrabiana jest całkowicie z surowca krajowego, przyczem cena jej nie przekracza ceny waty bawełnianej i jakość jej również nie ustępuje tej ostatniej.

Chinina w nowej postaci.

Jak już jest wiadomem, ostatnio Indyjsko-Holenderski Przemysł Farmaceutyczny na wyspie Jawie i w Holandji, stojąc na czele Międzynarodowej Konwencji Chininowej, wprowadził do lecznictwa chininę, t. j. Chinin. Sulfuric. Puriss. w nadzwyczaj cennej postaci, a mianowicie w specjalnych pigułkach po 0,05 najczystszego gatunku chininy, zawartej w luźnym stanie, czyli w proszku pod b. cienką warstewką cukru mlecznego. Pigułki te znajdują się w sprzedaży p. n. „Chinin-Pulver-Pillen „Original".

Biorąc pod uwagę doniosłość wspomnianej inowacji, pragniemy podzielić się z P. T. Czytelnikami wiadomością, że lekarze zagranicą i w Polsce stwierdzili, iż ta nowa postać chininy w pigułkach „Original" przynosi nieocenione usługi w praktyce lekarskiej, tak w chirurgji, pedjatrji, ginekologji, jak i w terapji oraz daje możność przeprowadzenia dużych oszczędności, szczególnie instytucjom wojskowym, komunalnym i kas chorych, zwłaszcza w lecznictwie szpitalnem.

Między innymi, znany chirurg oraz naczelny lekarz szpitala kasy chorych w Warszawie, p. dr. med. W. Kozłowski po przeprowadzeniu doświadczeń w szerszym zakresie z pigułkami „Original", pisze w piśmie z dn. 20.II r. b. Nr. 88, co następuje:

„Na skutek pisma WPanów komunikuję niniejszem, że pigułki „Original" z chininą w proszku, dostarczone ostatnio w większych ilościach przez Centralę Zakupów dla Kas Chorych w opakowaniu klinicznem, stosowane są w szpitalu Kasy Chorych na Solcu z bardzo dobrym wynikiem, szczególnie przy różnych chorobach z przeziębienia.

Pigułki „Original" są również szeroko stosowane na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala, przyczem uważam takowe za bardzo cenny preparat oraz jednocześnie dający duże oszczędności w lecznictwie szpitalnem".

W związku z powyższem należy zaznaczyć, że pigułki „Original" w klinicznem opakowaniu przy nabywaniu ich luzem na wagę, t. j. po 100, 250 i 500 gramów, a nie w oryginalnych rurkach, zawierających tylko po 50 pigułek, kalkulują się znacznie taniej, niż wogóle chinina w proszku luzem.

Pigułki „Original" w opakowaniu klinicznem, t. j. na wagę wszystkie kasy chorych w Polsce otrzymują wyłącznie przez Centralę Zakupów dla Kas Chorych w Warszawie, po cenie, podanej w cenniku Centrali Zakupów dla Kas Chorych (patrz rubryka soli chininowych). Szpitale wojskowe zaopatrywane są przez Wojskowy Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego, Warszawa—Powązki, zaś szpitale komunalne przez Apteczną Składnicę Miejską oraz Zrzeszenie Spółdz. Gosp. Inwest. Samorządów Powiatowych, ul. Dobra 28, Warszawa.

Wyrok

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Wyrok zaoczny.

Sąd Grodzki w Poznaniu w składzie: 1) as. sąd. Jerzego Giertycha j. przewodniczącego, 2) apl. sąd. Kazimierza Zabłockiego j. protokulanta. Przy udziale zast. osk. pryw. adw. Gidyńskiego, na posiedzeniu publicznem dnia 23 listopada 1932 r. po rozpoznaniu sprawy Mieczysława Grochowskiego, oskarżonego o to, że w dniu 17.III.32 r. w biurze Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Poznaniu znieważył Kasę Chorych w Poznaniu, używając pod jej adresem słów: „Kasa Chorych jest złodziejską instytucją", czyli o czyn przewidziany w § 185 k. k. z 1871 r.

o r z e k ł:

I. Oskarżonego Mieczysława Grochowskiego zamieszk. w Warszawie uznaje się winnym dokonania wyżej opisanego czynu i na mocy § 185 k. k. z 1871 r. w związku z art. 2 § k. k. z 1932 r. skazać go za to przestępstwo na karę grzywny w kwocie 600,— zł. (sześćset złotych) z zamianą w razie nieściągalności na 40 dni aresztu.

II. Koszty postępowania w sprawie oraz opłaty sądowe w kwocie zł. 60,— (sześćdziesiąt) ponosi oskarżony.

III. Jednocześnie na mocy art. 4. § 1 p. b. Rozp. Prezydenta R. P. z dnia 21.X.1932 r. o amnestji (Dziennik Ustaw R. P. Nr. 81 poz. 782) orzeczoną karę grzywny darowuje się oskarżonemu w całości dla upamiętnienia wprowadzenia z dniem 1 września 1932 r. jednolitego polskiego kodeksu karnego i prawa o wykroczeniach.

U z a s a d n i e n i e.

Na podstawie okoliczności ujawnionych w toku przewodu sądowego, w szczególności zaś na podstawie zeznań świadków Kazimierza Różyckiego, referendarza Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Poznaniu, zostało w sposób nienasuwający wątpliwości ustalone, że oskarżony Mieczysław Grochowski przybył w dniu 17.III.1932 r. do biura wspomnianego wyżej Urzędu i składał zażalenie na decyzję Kasy Chorych w Poznaniu w przedmiocie odmownego załatwienia prośby oskarżonego o świadczeniu na wypadek choroby na rzecz jego żony. W toku rozmowy ze świadkiem Różyckim, jako urzędnikiem sprawującym władzę nadzorczą nad Kasą Chorych w Poznaniu, dopuścił się zniewagi Kasy Chorych, używając pod jej adresem kilkakrotnie słów: „Kasa Chorych w Poznaniu jest złodziejską instytucją". O zajściu tem świadek Różycki powiadomił swą władzę przełożoną oraz Kasę Chorych w Poznaniu. Wobec powyższego wina oskarżonego została w zupełności udowodniona.

Czy oskarżonego należy zakwalifikować z § 185 k. k. z r. 1871 jako łagodniejszego dla sprawcy zgodnie z art. 2 § 2 k. k. z r. 1932. Sąd zastosował karę grzywny względem oskarżonego jako karę wystarczającą, przyczem, ze względu na przestępstwo, popełnione względem instytucji prawa publicznego, zastosował najwyższy ustawowy wymiar tej kary oraz stosując dobrodziejstwa amnestji — karę tę Sąd całkowicie oskarżonemu darował. Kary dodatkowej, w postaci ogłoszenia w pismach wyroku, Sąd nie orzekł ze względu na to, że zniewaga nie została publicznie wobec większej ilości osób rozgłaszana.

O kosztach postępowania orzeczono po myśli art. 578 k. p. k. oraz art. 61 tymczasowych przepisów o kosztach sądowych.

(—) Giertych.

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 30.—
Kwartalnie . . . „ 7.50
Numer pojedyńczy „ 2.50

Dla pracowników instytucyj ubezpiecz społ. i urzędników państwowych cena w prenumeracie zł. 2 mies.

Ceny ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 250 zł.
III i IV strona okładki 350 zł.
Instytucje ubezpiecz. społ. płacą w stos. zł. 100.— za stronę druku.

Redakcja i Administracja: Nowy Świat 23/25, telefon 637-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150

Redaktor odpowiedzialny: St. Balcerski. **Redakcja: St. Balcerski i J. Zieliński.**

Wydawca: ZWIĄZEK KAS CHORYCH W WARSZAWIE

Druk L. Bogusławskiego i Ski, Warszawa, Świętokrzyska 11, tel. 795-52.

Nagrodzona na IV Międzynarodowej Wystawie Sanitarno - Higjenicznej
w Warszawie 1927 Srebrnym Medalem, w Paryżu 1927 r. Złotym Medalem.

Pierwsza wytwórnia parowa opłatków aptecznych i cukierniczych

Krużyński, Ostrowski i S-ka SPÓŁKA FIRMOWA

w Warszawie, ul. Płocka Nr 45. Tel. 515-33. poleca po cenach konkurencyjnych

Capsulae Amylaceae (higjeniczne) do zamykania na sucho w 6 wielkościach, najpraktyczniejsze formaty.
Opłatki apteczne płaskie, krajane, okrągłe lub kwadratowe.
Opłatki pod ciastka „Cukiernicze" w arkuszach, w 3 wielkościach, oraz **Opłatki wigilijne.**

UWAGA: Posiadamy zawsze na składzie stały zapas towaru. Na żądanie wysyłamy próby.

Przedstawiciel na Pomorze: **Tadeusz Czarnocki. Bydgoszcz, ulica Gamma Nr 2.**

FABRYKA
WATY HYGROSKOPIJNEJ
„ALBA"
SP. AKC.
w WARSZAWIE
ULICA CHEŁMSKA Nr 13, TEL. 9-00-46

wata hygroskopijna
lniana i bawełniana

gaza, opaski
i wszelkie środki
opatrunkowe

DOSTAWY
dla wojska, Kas Chorych, szpitali i instytucji sanitarnych, państwowych i komunalnych.

Mydło do prania i mycia
Mydło szare (maziste)
Mydło płynne
Mydło benzynowe
Mydło toaletowe
ZAPRAWA DO PODŁÓG I ŚWIECE

W. Adamczewski
i S-ka
WARSZAWA — KOPERNIKA 5
TELEFON 609-73, 681-77

Laboratorjum środków opatrunkowych
„KOMETA"
Magistra farmacji Z. PRUŻAŃSKIEGO
Warszawa, ul. Leszno 27
Telefon 11-89-44 Konto czekowe P. K. O. 3.789

Gazy i waty opatrunkowe. Opatrunki wyjałowione (sterylizowane). Opatrunki dla wojska. Bandaże wszelkiego rodzaju. Bandaże z zakończonemi brzegami (bez strzępów). Bandaże dla laryngologji z zakończonemi brzegami. Bandaże aseptyczne i antyseptyczne dla ginekologji z zakończonemi brzegami. Apteczki ratownicze: autobusowe, drogowe i sportowe.

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

Czytajcie

miesięcznik

„Droga do zdrowia".