

PRZEGŁĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 1

P-467

WARSZAWA, DN. 1 STYCZNIA 1927.

Dr. HENRYK KLUSZYŃSKI.

Z ZAGADNIENÍ LECZNICTWA W KASACH CHORYCH.

I. Jakich chorych należy wysyłać do sanatoriów gruźliczych?

Kasy Chorych w Polsce posiadają bardzo skromną ilość miejsc przeznaczonych do leczenia gruźlicy płucnej. Przeto lekarze kasowi ponoszą wielką odpowiedzialność za swoje orzeczenia, kwalifikujące chorych do leczenia sanatoryjnego. Nie potrzebujący leczenia zakładowego zabiera miejsce drugiemu, rzeczywiście potrzebującemu, z krzywdą dla niego. Kasy Chorych ponoszą materialne straty już to opłacając koszty leczenia sanatoryjnego za chorego, który tego leczenia nie potrzebuje, powtórnie wypłacając zasiłki chorobowe znacznie dłużej temu, który na czas z powodu braku miejsca nie był wysłany do sanatorium.

Zapewne, że niejednokrotnie ocena leczenia sanatoryjnego chorego na gruźlicę jest zależna, zwłaszcza w wypadkach wątpliwych, od subiektywnego zapatrywania ordynującego lekarza. Odgrywa niejednokrotnie bardzo poważną rolę społeczny i gospodarczy punkt widzenia. Ale takie przypadki powinny należeć do wyjątkowych, w regule ocena konieczności leczenia sanatoryjnego powinna być, o ile to możliwe, ścisła. Wymaga tego dobro chorego na gruźlicę i interes Kasy Chorych.

Sprawą tą, tak dla Kas Chorych ważną, zajmowały się dwa kongresy przeciwgruźlicze: polski i niemiecki. Na polskim zjeździe przeciwgruźliczym, odbytym we wrześniu 1926 r., Dr. Sterling z Łodzi w referacie na temat zapobiegania gruźlicy i jej zwalczaniu w Kasach Chorych, stwierdza, że weszliśmy na fałszywą drogę, że „w każdym przypadku niedomagania ogólnego, osłabienia, niedokrwistości” już z podejrzeniem na gruźlicę wysyłamy do sanatoriów, tymczasem dla takich chorych wystarcza zupełnie przerwa w pracy, krótki pobyt na wsi, lepsze odżywianie i tacy chorzy nie mają prawa zabierania miejsc dla prawdziwie chorych gruźliczych. Do tego zupełnie słusznie żąda Dr. Sterling, aby Kasy Chorych leczyły w sanatoriach i uzdrowiskach **wyłącznie chorych z suchotami płucnymi w okresie postępującym, natu-**

ralnie o ile dają widoki poprawy. Wszystkich innych chorych należy bezwarunkowo wykluczyć z leczenia sanatoryjnego, gdyż dla tych chorych zupełnie wystarczający jest pobyt na wsi.

Również bardzo obszernie zajął się tą kwestją kongres przeciwgruźlicy w Düsseldorfie, odbyty w maju 1926 r. Referent tego punktu porządku obrad stwierdził, że w sanatoriach niemieckich conajmniej 20 — 30% chorych przebywa, którzy leczenia zakładowego nie potrzebują. Przeto lekarze pod odpowiedzialnością winni chorego, skierowanego do zakładu natychmiast wypisać, jeżeli 14-dniowa obserwacja wykaże, że nie zachodzi potrzeba leczenia sanatoryjnego. Lekarz postępujący inaczej, działa sprzecznie z sumieniem lekarskim i zasadami nauki lekarskiej.

Istniejący podział w nauce lekarskiej — powiada referent — na czynną i nieczynną gruźlicę, nie rozwiązuje zagadnienia, kogo wysyłać, a kogo nie wysyłać do sanatorium.

O czynnej gruźlicy mówimy wówczas, gdy w organizmie znajdują się prątki gruźlicze, a reakcja na tuberkulinę wypadła dodatnio.

A przecież nie każdy człowiek z reakcją pozytywną potrzebuje leczenia sanatoryjnego.

Albowiem czynna gruźlica może być korzystna i szkodliwa. Korzystna chroni przed nowem zakażeniem, szkodliwa jest wyrazem choroby. Przeto przy określaniu konieczności leczenia sanatoryjnego nie decyduje sama aktywność gruźlicy, lecz głównie fakt, czy organizm ponosi szkodę. Najpewniejszą próbą potrzeby leczenia sanatoryjnego stanowi obciążenie chorego normalną pracą. Jeżeli stan płuc i ogólny stan nie pogarsza się przy regularnej pracy, wówczas taki chory nie potrzebuje leczenia sanatoryjnego. Obserwacja powinna trwać 4 tygodnie i w tym okresie czasu zwykle pogorszenia występują. Ścisła i regularna obserwacja wagi ciała podczas pracy daje pewne i dane wskazówki dla wydania odpowiedniego sądu. Stały ubytek wagi ciała wskazuje nieza-

przeczenie na istnienie choroby. Chory potrzebujący leczenia sanatoryjnego nie będzie przybywał na wadze podczas pracy.

To samo odnosi się do mierzenia ciepłoty.

Nie każdy stan podgorączkowy wymaga leczenia. W każdym razie tacy chorzy muszą być dłuższy czas w obserwacji.

Dażyć przedewszystkiem należy, by chory gruźliczy w pierwszym okresie chorobowym miał stosowne leczenie i by zamknięta gruźlica dla ogółu ludności bezpieczna i łatwo uleczalna, nie zmieniła się w nieuleczalną, dla ogółu niebezpieczną. Należy naturalnie ratować i ciężko chorych, ale w leczeniu gruźlicy, jako choroby masowej, należy przedewszystkiem zwracać uwagę na leczenie lekko chorych, mających warunki wyleczenia.

Obydwa zatem kongresy przeciwgruźlicze wy-

powiedziały się jasno, jakich chorych gruźliczych Kasy Chorych mają wysyłać do sanatoriów. Poglądy referentów obydwóch zjazdów są prawie zbliżone do siebie, uzupełniają się nawzajem i mają jeden wspólny cel: nie wypełniać sanatoriów chorymi, którzy tego leczenia nie potrzebują, a postarać się o ścisłą selekcję chorych, dla których leczenie sanatoryjne jest wskazane i konieczne. Dla Kas Chorych są wskazówki te nader cenne, gdyż wydatki na leczenie chorych gruźliczych stale wzrastać będą i dla tego racjonalne ujęcie celowości leczenia sanatoryjnego chorych gruźliczych ma doniosłe znaczenie. Ekonomiczna gospodarka lecznictwa w Kasach Chorych przy jej rozległych zadaniach dzisiejszych i na przyszłość, wysuwa się przeto na pierwszy plan. Do tej sprawy, wymagającej szczegółowego omówienia, wróć w niedalekiej przyszłości.

Dr. RAFAŁ BUBER.

NOWA USTAWA O OPLATACH STEMPLOWYCH A KASY CHORYCH.

Dnia 1 stycznia 1927 r. wchodzi w życie ustawa z dnia 1 lipca 1926 o opłatach stemplowych Nr. 98, poz. 570, Dz. U. Rzp. P. („ust. stempl.“).

Na liczne zapytania, jakie ustawa ta ma znaczenie dla Kas Chorych, a w szczególności, czy i o ile zmienia ona przepis art. 92 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby („ust. o K. Ch.“) wyjaśniam co następuje:

I.

Art. 92 ust. o K. ch. postanawia:

„Od opłat stemplowych i bezpośrednich wolne są wszelkie pisma i dokumenty, potrzebne do uzasadnienia i rozwikłania stosunków prawnych między założeniami na podstawie tej ustawy Kasami chorych z jednej strony, a ubezpieczonymi lub ich pracodawcami, obowiązany do ubezpieczenia z drugiej strony, jak również orzeczenia sądowe i orzeczenia Komisji Rozjemczej oraz Komisji Pojednawczej dla spraw z lekarzami, następnie doniesienia i wykazy, które według ustawy niniejszej mają być przedkładane przez pracodawców, lub przez Kasy chorych, oraz wszystkie inne podania wraz z załącznikami, wreszcie umowy między Kasami chorych (Związkami Kas) i ich lekarzami“.

O ile zatem idzie o podania potrzebne do uzasadnienia i rozwikłania stosunków prawnych między Kasami chorych a ubezpieczonymi wzgl. pracodawcami — to według art. 92 ust. o K. ch. wolne są od opłat stemplowych wszelkie podania (oraz załączniki) wnoszone tak do sądu, jakoteż do innych władz i urzędów.

Nowa ustawa o opłatach stemplowych, która nie stosują się do podań wnoszonych do Sądów (art. 141/1), lecz tylko do podań wnoszonych do innych urzędów państwowych, postanawia w art. 171 ust. że z dniem wejścia jej w życie tracą moc obowiązującą wszelkie inne przepisy dotychczasowe w przedmiotach unormowanych ustawą niniejszą.

Z zestawienia tych dwóch przepisów (art. 141/1

i 171 ust. stempl.) wynika, że nowa ustawa o opłatach stemplowych uchyla art. 92 ust. o K. ch. tylko o tyle, o ile nim przyznano Kasom chorych uwolnienie od opłat stemplowych dla podań wnoszonych do innych (nie sądowych) urzędów państwowych, natomiast o ile idzie o podania wnoszone przez Kasy chorych do Sądu — przepis art. 92 ust. o K. ch. nie został uchylony nową ustawą o opłatach stemplowych.

Podania zatem sądowe wnoszone przez Kasy chorych (i załączniki) wolne są i nadal od opłat sądowych, tak samo jak orzeczenia sądowe, orzeczenia komisji rozjemczej oraz komisji pojednawczej dla spraw z lekarzami, wreszcie doniesienia i wykazy, które według ustawy o K. ch. mają być przedkładane przez pracodawców lub przez Kasy chorych, gdyż w tych przedmiotach nowa ustawa o opl. stempl. żadnych norm nie zawiera, a temsamem art. 92 cyt. nie uchylili.

II.

Co do podań wnoszonych przez Kasy chorych do urzędów państwowych (z wyjątkiem sądów) zamiast uchylonego art. 92 ust. o K. ch., obowiązuje obecnie z ważnością od dnia 1 stycznia 1927 przepis art. 144/2 ust. stempl., który „Związkom komunalnym i innym związkom przymusowym“ (a zatem i Kasom chorych Dr. R. B.) na obszarze Rzeczypospolitej przyznaje uwolnienie osobiste od opłat stemplowych, przewidzianych w rozdziale 30-tym, t. j. od podań, załączników, protokołów zastępujących podania (wraz z załącznikami), tudzież od pokwitowań z przyjęcia podania t. zw. rubrów i to bez względu na to, czy podania te potrzebne są do uzasadnienia i rozwikłania stosunków prawnych między Kasami chorych a ubezpieczonymi lub ich pracodawcami lub też nie.

III.

Art. 92 ust. o K. ch. zwalnia dalej od opłaty stemplowej pisma i dokumenty potrzebne do uzasad-

nienia i rozwikłania stosunków prawnych między Kasami chorych a ubezpieczonymi lub ich pracodawcami jakoteż umowy między Kasami chorych (Związkami Kas) i ich lekarzami.

Ustawą stemplową (art. 171 ost. ustęp) zwolnienie wspomnianych pism i dokumentów zostało uchylone; pisma i dokumenty, o których wspomina art. 92 ust. o K. ch. będą odtąd podlegały opłacie w ustawie stemplowej przewidzianej.

Wreszcie co do umów z lekarzami wskazać należy na przepis art. 91/1 ust. stempl., według którego wolne od opłaty są pisma stwierdzające umowę między służbodawcą a pracownikiem. Od dnia 1 stycznia 1927 zatem umowy zawierane przez Kasy chorych (Związki Kas chorych) nie tylko z lekarzami, ale wogóle z wszystkimi pracownikami nie będą podlegały opłacie.

SANATORJUM ZWIĄZKOWE DLA CHORYCH NA PŁUCA W LUDWIKOWIE POD POZNANIEM.

Wśród zadań, które ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby nałożyła na Związki Kas Chorych, na pierwsze miejsce wysuwa się „podejmowanie lub popieranie wszelkiego rodzaju środków, mających na celu podniesienie stanu zdrowotności w kraju”.

W tych słowach mieści się wytyczna dla pracy Związków kasowych, wyniki osiągnięte w tej dziedzinie są miarą wartości Związków. Podejmowanie akcji, zdążających do podniesienia stanu zdrowotności w kraju, w naszych warunkach jest sprawą pierwszorzędną wagi, ale jednocześnie i zadaniem bardzo trudnym.

Konieczne jest ze względu na stałe panoszenie się „chorób społecznych”, na stałe zwiększanie się liczby gruźlików a bardzo trudne ze względu na nieprzerwany łańcuch kłopotów finansowych, uniemożliwiających w dużej mierze realizowanie zamierzeń.

Zdając sobie sprawę z wartości sanatorjów w walce z tą najgroźniejszą z chorób społecznych—gruźlicą, mimo przewidywanych trudności, Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu przystąpił do budowy pierwszego na ziemiach województwa zachodnich kasowego sanatorium dla chorych na płuca.

Na ten cel nabyto w roku ubiegłym od Polskiego Banku Handlowego gmach wraz z sąsiadującymi gruntami w Ludwikowie pod Mosiną w odległości dwudziestu kilku kilometrów od Poznania za cenę 214 tysięcy złotych.

Gmach ten służył poprzednio jako pensjonat i letnisko, wymagał więc gruntownej przebudowy i dostosowania do celów, którym ma służyć. Położenie jego, według jednogłośnej opinii fachowców, jest nadzwyczaj korzystne, leży bowiem na wzgórzu piaszczystem, przeszło 300 m. nad poziomem morza i otoczony jest wokoło lasem iglastym. W pobliżu znajduje się duże jezioro Góreckie.

Można zatem śmiało twierdzić, że sanatorium w Ludwikowie wypełni swe zadanie znakomicie

Kas chorych tyczą się pośrednio lub bezpośrednio jeszcze następujące przepisy ustawy o opłatach stemplowych:

Wolne są od opłaty stemplowej ustanowionej w art. 96 wpłaty i wypłaty dokonywane z tytułu ubezpieczenia przymusowego (z wyjątkiem ubezpieczenia od ognia, gradu i ubezpieczeń transportowych) (§ 97 ust. stempl.).

Wolne są dalej od opłat stemplowych podania wnoszone przez kogokolwiek do urzędów państwowych w sprawach ubezpieczenia przymusowego (art. 142/11 ust. stempl.).

Wolne są wreszcie od opłaty świadectwa wydawane przez kogokolwiek w sprawach przymusowego ubezpieczenia oraz świadectwa wydawane instytucjom przymusowego ubezpieczenia (art. 160 i 2 ust. stempl.).

i stanowić będzie prawdziwą ulgę dla cierpiących na gruźlicę.

Jak już wyżej powiedziano, sanatorium wymagało gruntownej przebudowy. Przebudowa zmieniła w głównej mierze układ pokoi, sal i wszelkich ubikacji, tak by odpowiadały wszelkim wymogom nowoczesnych sanatorjów.

Pomijając poszczególne fazy prac około budowy omawianego sanatorium, podać należy obecny jego wygląd zewnętrzny i wewnętrzny.

Gmach sanatoryjny leży w kompletnym odosobnieniu, najbliższy dom mieszkalny oddalony jest co najmniej o półtora kilometra.

Ludwikowo posiada własną stację kolejową, położoną o 5 minut drogi od sanatorium, do którego prowadzi aleja wytyczona we własnym parku, wielkości 90 morgów.

Obok sanatorium znajduje się obszerna leżalnia, leżalnię drugą Związek projektuje w najbliższym czasie wybudować.

W pewnym oddaleniu są budynki administracyjne oraz elektrownia, służąca wyłącznie dla potrzeb sanatorium.

W budynkach mieszczą się: stajnia i wozownia, suszarnia oraz mieszkania dla służby.

Obok stajni, zapoczątkowana już pralnia własna i oddział dezynfekcyjny.

Do budynków przylegają dwa warzywne ogrody, pozatem drzewa owocowe oraz szmat roli.

Wnętrze gmachu podzielone na dwa piętra, prócz parteru i obszernych piwnic, na pierwszy rzut oka przedstawia obraz nadzwyczaj pociągający. Wzorowa czystość uwidoczniła w całej pełni. Ściany białe, olejno malowane, podłogi kryte linoleum. We wszystkich pokojach i salach centralne ogrzewanie. W ubikacjach dolnych pomieszczono paleniska do centralnego ogrzewania, kotły do ciepłej wody, wreszcie kuchnie i spiżarnie. Gotowanie odbywać się będzie częściowo przy pomocy pary.

Parter zajęty jest przez dwie sale jadalne, salę rekreacyjną, czytelnię, pozatem gabinet naczelnego lekarza oraz asystenta, aptekę, wreszcie biuro. Po-

zostałe pokoje stanowią część pokoiów dla chorych. Ogółem pokoiów około czterdzieści z ogólną ilością łóżek przeszło 100.

Pokoje rozmieszczone są na parterze i obu piętrach. Na kilka poszczególnych pokoiów przypada obszerna umywalnia, urządzona według najnowszych wymagań higienicznych. Obok umywalni są łazienki z prysznicami na każdym piętrze. Umeblowanie pokoiów składa się z łóżek, szaf, stoliczków nocnych, spluwaczek nowoczesnych, oddzielnych. Prócz tego każdy z leczących ma do dyspozycji nowoczesny sprężynowy leżak z materacem.

Wszystkie sprzęty są nowe, lakierowane na biało. Oświetlenie elektryczne.

Sanatorium ma gabinet roentgenologiczny, salę operacyjną, pozatem uposażenie kompletne, a więc przyrządy lekarskie, lampę kwarcową i t. d. W całym gmachu są telefony, pozatem dla użytku leczących się radio.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach urządzenie wewnętrzne sanatorium. Dodać trzeba, że zarówno pokoje obszerne i widne o podwójnych oknach, z balkonami, jak i wszystkie ubikacje dalsze rozmieszczono z myślą uczynienia pobytu pacjentom jaknajwygodniejszego i pozbawionego jakichkolwiek trudności.

Sanatorium obecnie jest niemal kompletnie przygotowane do użytku, uzupełnia się jedynie niezbędne drobiazgi i przygotowuje się do otwarcia w najbliższym czasie.

Lekarzem naczelnym jest specjalista lekarz, który poprzednio zajmował podobne stanowiska w sanatoriach dla płucno - chorych.

Obecnie angażuje się lekarza asystenta oraz personel fachowy, pomocniczy. Przebudowę sanatorium rozpoczęto w końcu roku ubiegłego, trudności finansowe stawały niejednokrotnie na przeszkodzie i przyczyniały się do osłabienia tempa przebudowy, w dalszym zaś ciągu również uniemożliwiały chwilowo zakup urządzenia wewnętrznego.

Pożyczka 100-tysięczna z Ubezpieczalni Krajowej nie wystarczyła na pokrycie wszystkich wydatków.

Z wydatną pomocą przyszły wówczas Związkowi poszczególne Kasy Chorych, tak że dziś w przyspieszonym tempie zdołano już ukończyć względnie w najbliższych tygodniach ukończy się ostatnie prace.

Sanatorium przyjmować będzie tylko członków Kas Chorych i to mężczyzn z gruźlicą uleczalną.

DR. MED. J. WEINBAUM.

W SPAWIE NOWELIZACJI USTAWY O KASACH CHORYCH.

Kryzys gospodarczy w kraju wywołał gorączkową pracę, mającą na celu zniszczenie fundamentów ustroju Kas Chorych. Zaroilo się od reformatorów ubezpieczenia społecznego; projekty nowelizacji ustawy z dnia 19. 5. 1920 sypią się jak z rogu obfitości. Z jednej strony stronnictwa sejmowe wnoszą projekty, w których interesy pracujących, ubezpieczeniu społecznemu podlegających, absolutnie nie są uwzględnione, natomiast broni się kieszeni warstw społeczeństwa, reprezentowanych przez te stronnictwa. Z drugiej strony organizacje zawodowe chcą przebudować Kasy Chorych według swego planu.

Projekt Naczelnej Izby Lekarskiej, proponuje rozczłonkowanie Kasy Chorych, jako instytucji, oddając ogólne kierownictwo w sprawach lecznictwa w Kasach Chorych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, pozostawiając nadzór nad udzielaniem zasiłków w rękach Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

W ten sposób robi się pierwszy krok, mający na celu rozbić niepodzielnej funkcji Kas Chorych, t. j. leczenia i udzielania zasiłków pieniężnych chorobowych. Po pierwszym, idzie krok drugi, który pociąga za sobą likwidację świadczeń na ubezpieczenia socjalne, przeciw którym występuje wielki kapitał i jego poplecznicy, którzy za przyczynę dzisiejszego kryzysu ekonomicznego, uważają zbytnie obciążenie produkcji temi świadczeniami. Poco plebejuszom sanatoriów, szpitali własnych, aparatów Röntgena, lekarzy - specjalistów? Przecież racjonalniejszym jest dawny „dobry” zwyczaj udzielania porad lekarskich, nawet nie przez lekarzy, na podwórz fabrycznym i leczenia wszelkich chorób aspiryną i olejkami rycynowymi.

Za temi metodami leczenia przemawiają ci wszyscy, którzy występują otwarcie i potajemnie przeciw instytucji Kasy Chorych niezależnej od Państwa.

Projekt Naczelnej Izby Lekarskiej oddaje ogólne kierownictwo lecznictwem w Kasach Chorych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych czyli lecznictwo Kasowe z wszelkimi właściwościami tej dziedziny ma zginąć z powodu spraw zdrowotnych, związanych z Departamentem zdrowia publicznego tracąc samodzielny charakter, do którego faktycznie ma wszystkie prawa.

Lecznictwo kasowe t. j. leczenie pracownika fabryk, zakładów przemysłowych, warsztatów itp., zdrowie a nawet życie którego bywa narażone na niebezpieczeństwa ma odrębne cechy. Doświadczenia lekarzy fabrycznych w Europie dało impuls do stworzenia osobnego działu medycyny, który obejmuje z jednej strony leczenie chorób, powstałych w związku z pracą, z jednej strony higienę zawodową, której zadaniem jest badanie wpływów ujemnych pracy na zdrowie i ochrona zdrowia przed szkodliwosciami pracy. Lekarz Kasy Chorych ma obowiązkiem nie tylko leczyć chorobę, wnikając przytem w specyficzne warunki pracy danego robotnika, ale i wyjaśnić choremu ujemne skutki choroby ściśle związane z jego pracą. Metoda ta ma na celu ochronę i troskę o życie i zdrowie jednostki pracującej. Lekarz Kasy Chorych musi od czasu do czasu badać robotników danego przedsiębiorstwa i wyjaśnić wpływ warunków pracy na ich zdrowie; musi mieć nawet prawo usuwania go z tego zakładu, bo tem samem polepsza warunki zdrowotne całego społeczeństwa. Lekarz winien mieć prawo badania zakładu fabryki albo warsztatu, starać się po-

lepszy sanitarnie i higieniczne warunki pracy zapobiegając tem samem powstawaniu chorób zawodowych. Słowem, lekarz Kasy Chorych musi się zapoznać także z higieną zawodową. Takim sposobem praca lekarza Kasy Chorych różni się bardzo od pracy lekarza prywatnego, którego obowiązkiem jest tylko postawienie diagnozy i zaordynowanie lekarstwa. Z tych powodów leczenie kasowe ma swoje cechy charakterystyczne i nie może być podległe nadzorowi Ministerstwa Spraw Wewn.

Udzielanie zasiłków, podległe Ministerstwu Pracy, utraci wówczas swój właściwy charakter gdyż zachodzi wówczas obawa iż może być połączone z zasiłkami, udzielanymi inwalidom, wdowom i biednym, którzy otrzymują je na zupełnie innej podstawie prawnej.

W pierwszym i drugim wypadku robotnik, ubezpieczony w Kasie, pełnoprawny członek organizacji, w której powinien mieć głos, zamienia się w obywatela, którego Państwo łaskawie leczy, któremu udziela zasiłków, stawiając go na równi z biednymi wszelkiego rodzaju, otrzymującymi pomoc Państwa na innych zasadach.

Kasy Chorych mogą rozwijać się i zadośćuczynić potrzebom członków tylko wtedy, gdy są samodzielne, kiedy każdy członek Kasy może przez swych przedstawicieli kontrolować jej działalność, może w każdej chwili wskazać na konieczność rozwoju lub ograniczenia tego, czy innego działu Kasy. Pełna autonomia i niezależność od rządu stwarza wielką elastyczność, co wyraża się w szybkim przystosowaniu do wszelkich zmian w istniejących warunkach i natychmiastowem reagowaniu na potrzeby ubezpieczonych. Inaczej przedstawia sobie zagadnienia ubezpieczenia — praktyczny robotnik, a inaczej treść tych zagadnień ujmują rozporządze-

nia władz nadzorczych. Ciągłe skarżymy się na biurokracizm urzędów, który niszczy samodzielność i inicjatywę prywatną, traci dużo czasu na rozstrzyganie każdej kwestji. Możemy sobie uprzytomnić, wiele stracą Kasy uzależniane od urzędów państwowych. Ta zawistość zmieni także Kasę Chorych w organizm biurokratyczny z jego wszelkimi brakami. A gdzie pojawia się zagadnienie zdrowia, tam wszelka zwłoka sprowadza groźne następstwa a nawet śmierć.

Projekt Naczelnej Izby Lekarskiej proponuje rozdzielenie funkcji Kas Chorych między dwa Ministerstwa. Tę rodzaju organizacja bezwarunkowo bardziej obciąży działalność Kasy, a szkodliwie odbije się na świadczeniach Kasy dla ubezpieczonych. Instytucja, której pracownik daje część swego zarobku i w zamian korzysta z jej usług, powinna stanowić z pracownikiem nierozdzielalną całość, zwłaszcza wobec dążeń, mających na celu centralizację w Kasach Chorych wszelkiego rodzaju ubezpieczeń. Dzielenie funkcji tych Kas jest nonsensem, ponieważ centralizacja wszelkich ubezpieczeń w jednej instytucji automatycznie zmniejsza koszt administracji, a tem samem zmniejsza składki.

Co się zaś tyczy kontroli Kas — a temu sprzeciwić się nie można — to Państwo przez Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, zawsze może zmienić każde zarządzenie tej czy innej Kasy niezgodne z prawem.

Jedynie zupełna autonomia Kas Chorych, jako instytucji zapewniających pomoc lekarską i zasiłek w czasie choroby, daje możliwość ich rozwoju i spełnienia zadań, które się im stawia w pierwszym rzędzie przez robotników, w drugim — przez Państwo, która troszczyć się musi o masy pracujące, żyjące, zwłaszcza w Polsce, w najcięższych warunkach materialnych i higienicznych.

ORZECZENIA SĄDU NAJWYŻSZEGO.

I. Czy lekarza Kasy Chorych należy uważać za urzędnika w rozumieniu cz. 4 art. 636 Kod. Kar. 1903 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 16-go lipca 1925 r. uznał lekarzy Kasy Chorych: D-ra N.N. i Dr. X. X. winnymi, że 20 lutego 1925 r., powołując się na zatarg między nimi, a Kasą Chorych, a więc na przyczynę, nie zasługującą na uwzględnienie, odmówili przybycia samochodem Kasy Chorych do mieszkania ubezpieczonej w tejże Kasie chorej na krwotok maciczny w 3-im miesiącu ciąży. J. S..., celem udzielenia jej pomocy lekarskiej, godząc się natomiast przybyć dorożką, względnie tramwajem wraz z uiszczeniem wygórowanego wynagrodzenia, którego zażądali, a którego chora nie byłaby w możności uiścić i skazał ich za to z cz. 2 art. 497 K. K. po 20 złotych grzywny każdego, z zamianą tej kary, w razie niemożności jej uiszczenia, na miesiąc aresztu dla każdego. Skarga kasacyjna żąda uchylecia rzeczonoego wyroku, zarzucając mu obrazę: a [art. 497 K. K., art. 14 Ust. z dn. 2.XII 1921 roku, Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762] i art. 119 u. p. k. przez skazanie oskarżonych z pierwszego z pomienionych przepisów, pomimo nieustalenia czy wypadek, do którego byli wzywani oskarżeni, jako lekarze należał do nagłych, grożących chorej śmiercią, b) tychże przepisów przez niewzwwanie znawcy

i rozstrzygnięcie sprawy bez jego opinii, c) tychże przepisów przez oparcie wniosku o winie oskarżonych na sprzecznym z zeznaniem świadka A. ustaleniu, jakoby stan chorej był niebezpieczny, d) tychże przepisów przez pominięcie istotnej okoliczności, stwierdzonej przez świadka A., iż choroeba S... nie wymagała natychmiastowej pomocy, e) tychże przepisów przez nieustalenie, iż oskarżeni odmówili pomocy chorej, f) art. 159 u. p. k. przez niesłuszną odmowę zbadania świadka N., którego, wbrew żądaniu oskarżonych, nie zbadał sąd pokoju.

Sąd Najwyższy w komplecie zwyczajnym, mając na względzie, że w sprawie niniejszej powstaje zasadnicze pytanie, — czy lekarzy Kasy Chorych należy traktować narówni z innymi pracownikami Zarządu Kasy Chorych, jako urzędników w rozumieniu cz. 4 art. 636 K. K., wymagające miarodajnego wyświeślenia, uchwałą z dnia 14 stycznia 1926 roku sprawę niniejszą, na mocy art. 2 Dekretu z dn. 8 lutego 1919 r. o ustroju Sądu Najwyższego (Dz. Pr. 1919 r. Nr. 15 poz. 199), przekazał do kompletu całej Izby II.

Sąd Najwyższy w komplecie całej Izby II-ej po

wysłuchaniu wniosku prokuratora zważył, co następuje:

1) Wobec tego, że odnośne przepisy obowiązujące, ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. 1920 r. Nr. 44 poz. 272) oraz statut ogólny Kasy Chorych (Monitor Polski 1920 r. Nr. 255 — 264) nie określają wyraźnie stanowiska służbowego lekarzy Kasy Chorych, należy szukać rozstrzygnięcia podniesionej kwestji na podstawie rozważenia istoty i zadań Kasy Chorych, jako instytucji, oraz charakteru służbowego, praw i obowiązków jej lekarzy.

2) W orzeczeniu w sprawie X. (Zb. Orz. S. N. II 1923 Nr. 284) Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż ustawa z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. 1920 Nr. 44 poz. 272) o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby, tworząca podstawę bytu Kasy Chorych, nadała tym Kasom charakter samorządowych instytucyj prawa publicznego, i że urzędnicy Kas Chorych należą do urzędników na służbie państwowej lub samorządowej, o jakich mówi art. 636 K. K. i że wraz z jednakowymi prawami, i jednakowe na nich ciążą obowiązki i jednakowa za przestępstwa służbowe grozi im odpowiedzialność.

3) Sąd Najwyższy również już wyjaśnił (Zb. Orz. 1920 r. Nr. 135 i 1921 Nr. 168), że za urzędnika, w rozumieniu cz. 4 art. 636 K. K. uważać należy każdą osobę, która bądź stale pełni obowiązek, bądź tymczasowo wykonywa zlecenia w zakresie służby państwowej, lub samorządowej, niezależnie od rodzaju i wagi tej służby oraz od trybu mianowania i sposobu wynagrodzenia—przyczem stały lub czasowy charakter czynności służbowej, płaca etatowa lub od dnia, złożenie lub niezłożenie przysięgi, stanowisko ważne lub podrzędne, — nie decydują o tem, czy dana osoba jest, lub też nie jest urzędnikiem w rozumieniu rzeczzonego przepisu karnego.

4) Głównem zadaniem Kas Chorych, wedle powołanej wyżej ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (poz. 272), jest udzielanie ubezpieczonym członkom pierwszej pomocy lekarskiej, dokonywane „przez dyplomowanych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy posiadają przyznane przez polskie władze państwowe prawo praktyki i przyjęli odpowiednie obowiązki drogą pisemnej umowy z Kasą” (art. 42), tym sposobem lekarze ci są niezbędnymi organami, które wypełniają główną funkcję, wchodzącą w zakres obowiązku i uprawnień Kasy, jako instytucji państwowej - samorządowej, wykonywują zlecenia Zarządu Kasy w tym zakresie i te ich czynności w zakresie leczenia podlegają nadzorowi odnośnych organów władzy państwowej (art. 99). Naczelnym zaś lekarz bierze ponadto udział w posiedzeniach Zarządu Kasy (art. 69) przy decydowaniu kwestji czysto administracyjnych.

5) Z powyższych rozważań wynika, że w rozumieniu cz. 4 art. 636 K. K. lekarze Kasy Chorych są, analogicznie do kontraktowych funkcjonariuszy państwowych, o których mowa w ustawie z dnia 31 marca 1925 r. (Dz. U. 1925 Nr. 32 poz. 224), kontraktowymi urzędnikami samorządowej instytucji państwowej, jaką jest, jak wyżej wyjaśniono, Kasa Chorych; a przeto narówni z urzędnikami Kasy w art. 73 Ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (poz. 272) wspomnianymi, ulegają w razie popełnienia przestępstwa służbowego odpowiedzialności na mocy przepisów, zawartych w cz. 37 K. K.

6) Zarzucony oskarżonym czyn, polegający na odmowie bez usprawiedliwiającej przyczyny przez nich, jako urzędników Kasy Chorych, udania się do ubezpieczonej w tejże Kasie osoby chorej, dostarczonemu przez Kasę samochodem, z jednoczesnym nieprawym zażądaniem za udzielenie pomocy lekarskiej wynagrodzenia od chorej, podpada pod art. 639 K. K. sprawa więc o takie przestępstwo, w myśl art. 2 i 3 przepisów przechodnich do u. p. k. nie należała do właściwości Sądu Pokoju, który przeto nieprawie je osądził, miał przekazać ją w trybie art. 117 u. p. k. prokuratorowi przy właściwym sądzie okręgowym.

7) Sąd Okręgowy, w myśl wyraźnego brzmienia art. 168 u. p. k., był obowiązany, niezależnie od żądania stron, pogwałconą właściwość sądu przywrócić, wbrew jednak temu, ku jawnej obrazie wspomnianego przepisu, nie spełnił rzeczzonego obowiązku, owszem osądził sprawę niniejszą w drugiej instancji, a zatem i sam pogwałcił zasadę przedmiotowej właściwości sądu.

8) Takie przekroczenie przedmiotowej właściwości sądu, stanowiące pogwałcenie zasadniczych podstaw wymiaru sprawiedliwości, obraża interes publiczny i przeto, w myśl ust. b. art. 3 Dekr. z dn. 8 lutego 1919 r. o ustroju Sądu Najwyższego (Dz. Pr. Nr. 15 poz. 199) zniwala Sąd Najwyższy do naprawienia dostrzeżonej w tym względzie usterki w postępowaniu sądów obu instancji.

9) Powyższa tak istotna obraza ustawy, stanowiąca pogwałcenie ustrojowych zasad wymiaru sprawiedliwości, w myśl ust. 3 art. 174 u. p. k. odbiera zaskarżonemu wyrokowi Sądu Okręgowego, wydanemu z takim pogwałceniem właściwości Sądu moc i powagę orzeczenia sądowego, czyniąc nieważnem całe postępowanie sądowe, poczynwszy od rozpisania rozprawy w Sądzie Pokoju i wymaga przeto jego uchylenia.

Z tych zasad Sąd Najwyższy

na mocy ust. b) art. 3 dekretu z dnia 8 lutego 1919 roku poz. 199 o ustroju Sądu Najwyższego wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 16 lipca 1925 r. wraz z całym postępowaniem sądowym poczynwszy od rozpisania rozprawy w Sądzie Pokoju, z powodu obrazy art. 168 u. p. k. w związku z art. 639 K. K. uchyła i sprawę, celem właściwego jej skierowania, temuż Sądowi Okręgowemu w Ł. przekazuje. (Orzeczenie z dn. 22.IV.1926 r. Nr. 2130/25).

II. Dopuszczalność egzekucji sądowej w Małopolsce.

Sąd Najwyższy w sprawie egzekucyjnej (III R. 934/26) Pow. Kasy Chorych w Kołomyi, wierzycielki prowadzącej egzekucję przeciwko N. N. zobowiązanym o 491 zł. 56 gr. zpn. na rekurs rewizyjny wierzycielki od uchwały Sądu Okręgowego w Kołomyi jako Sądu rekursowego z dnia 4 września 1926 roku L. cz. R. III 390/26/1, którą uchwałę Sądu powiatowego w Gwoźdzu z dnia 31 maja 1926 roku L. cz. R. 544/26/1 a rekurs zobowiązanego zmieniono postanowił:

1) przychylić się do rekursu, zmienić uchwałę Sądu rekursowego i przywrócić do mocy prawnej zmienioną uchwałę Sądu pierwszej instancji.

2) przyznać wierzycielce kosztu rekursu rewizyjnego.

Uzasadnienie:

Sąd Najwyższy nie podziela zapatrywania Sądu rekursowego jakoby ściągnięcie należności Kasy Chorych w drodze egzekucji sądowej było niedopuszczalne. Przeciwnie art. 107 z dn. 2 ustawy z 19 maja 1920 r. poz. 272 D. U. R. P. stanowi wyraźnie, że w przedmiocie ściągnięcia należności Kas Chorych pozostają w b. zaborze austriackim w mocy obowiązujące przepisy prawne, dotyczące postępowania cywilno - sądowego wraz z egzekucyjnym.

Według tych zaś przepisów wkładki na rzecz Pow. Kas Chorych jako podpadające pod pojęcie świadczeń na cele publiczne, korzystały z egzekucji sądowej w myśl przepisów z art. III zaprowadzają-

cych ordynację egzekucyjną, jak to szczegółowo wyjaśniono i uzasadniono w orzeczeniach plenarnych Sądu Najwyższego w Wiedniu z 7.II.1899 r. Prez. 486 Ks. J. 144 urz. 124 i z 16 października 1912 r. Prez. 195 Ks. J. 251 Zb. urz. 1783. Gdy nadto ściągano dochodzonych przez Kasę Chorych należności jest prawidłowe w myśl przepisów § 1 L. 13 i 154 ust. 2 ord. egz. przez właściwe władze administracyjne potwierdzona, przywrócono do mocy prawnej trafną uchwałę Sądu pierwszej instancji.

(P. Dr. Rafał Buber uzasadnił już na łamach naszego pisma (Nr. 1 str. 91 cz.), że mylnie było zapatrywanie Izby małopolskiej S. N. jakoby egzekucja składek w Małopolsce była niedopuszczalna. Podane przez nas orzeczenie potwierdza słusność stanowiska Kas w tej sprawie). Red,

Dr. EUGENJA PRAGIEROWA.

POMOC DLA BEZROBOTNYCH W POLSCE.

Klęska bezrobocia, która dotknęła podczas obecnego, przewlekłego przesilenia życie gospodarcze, wysunęła na czoło spraw najpilniejszych zorganizowaniu władz Funduszu Bezrobocia.

Do r. 1919 tylko w Anglii bezrobotni korzystali z zasiłków, wypłacanych na mocy ustawy, opartej na przymusie ubezpieczeniowym. Obecnie ustawy takie istnieją i poza Anglią, także w Austrii, we Włoszech, w Luxemburgu i w Polsce. Nadto zorganizowana jest systematyczna akcja pomocy dla bezrobotnych w Niemczech i w Czechosłowacji.

W Polsce już w r. 1919 wydano ustawę tymczasową o pomocy dla bezrobotnych. Zasiłki przewidziane przez tę ustawę były jednak wobec stałej dewaluacji marki tak niewspółmierne z kosztami utrzymania, że już od dnia 1-go maja 1920 r. począwszy, ustawa ta nie była stosowana, gdyż straciła wszelki sens praktyczny. Gdy jednak dalszy wzrost bezrobocia czynił sprawę pomocy dla bezrobotnych nadal aktualną, uchwalono w lipcu 1924 r. nową ustawę o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Ustawa ta z dnia 18 lipca 1924 r. weszła w życie z dniem 31 sierpnia tegoż roku, zaś w listopadzie nastąpiło uruchomienie właściwej akcji ubezpieczeniowej. Do tego czasu bezrobocie zmogło się do tego stopnia, że rząd już po uchwaleniu, lecz przed uruchomieniem wydawania akcji zasiłków z tytułu tej ustawy, zmuszony był do udzielania doraźnej pomocy bezrobotnym.

W dniu 16 lipca 1924 r. uchwaliła Rada Ministrów rozpocząć akcję pomocy doraźnej, którą zlikwidowano dopiero w listopadzie tegoż roku po zorganizowaniu władz Funduszu Bezrobocia.

W ciągu tych kilku miesięcy wypłacono ogółem 4310.622 zł. Z zasiłków korzystało tylko 83.988 bezrobotnych. Środki czerpano z zaliczek Skarbu Państwa na rachunek Funduszu Bezrobocia.

Wykonanie ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. nastąpiło bardzo szybko. Organy wykonawcze uruchomiono jeszcze przed terminem ustawowo przewidzianym. Ustawa ta niezupełnie czyni zadość potrzebom życia, wynikającym z przewlekłego charakteru obecnego przesilenia gospodarczego. To też już w kilka miesięcy po jej wejściu w życie zaszła potrzeba wprowadzenia zmian. Na pierwsze

miejsce wysunęła się sprawa rozszerzenia zakresu jej stosowania. Ustawie z dnia 18 lipca podlegają tylko robotnicy dorośli, zatrudnieni w zakładach przemysłowych, zatrudniających powyżej pięciu robotników. Zasada powszechności ubezpieczenia nie znalazła tedy w tej ustawie zastosowania. Pozbawieni zostali prawa korzystania z zasiłków robotnicy rolni, chałupnicy, służba domowa, pracownicy umysłowi, i robotnicy młodociani.

Ustawa z dnia 28. 10. 1925 r. zmieniająca ustawę z dnia 18 lipca 1924 r. rozciąga zabezpieczenie na wypadek bezrobocia na pracowników umysłowych, których dochód miesięczny nie przekracza 500 złotych.

Pracownicy ci, których bezrobocie objęło w równym stopniu co robotników, już przed wejściem w życie tej ustawy, korzystali z pomocy doraźnej, zorganizowanej przez rząd. Już w dn. 19. 12. 1924 roku wydało Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej instrukcję w sprawie przyznania jednorazowej pożyczki bezprocentowej pracownikom umysłowym, na co rząd wyasygnował 500.000 złotych powiększając w roku następnym o dalsze 500.000 zł. Pożyczki te przyznano na termin półroczny. W marcu r. 1925 przyznano pracownikom pomoc doraźną w postaci pożyczki zwrotnej lub zasiłku. Początkowo akcja ta prowadzona była na terenie Warszawy i Krakowa, w r. 1925 uruchomiono ją w całym kraju.

Obecnie staje się potrzebą dnia rozciągnięcie ubezpieczenia na robotników młodocianych. Jest to tembardziej uzasadnione, że przy obliczaniu zasiłków rodzinnych, dzieci powyżej lat 16-tu nie są brane w rachubę.

W sposób oryginalny ustawa polska normuje sprawę zasiłków dla robotników, zatrudnionych w zakładach państwowych lub samorządowych. Podczas gdy na zachodzie państwo i gmina są wzorem dla instytucji prywatnych pod względem ubezpieczenia bytu ich pracowników, w Polsce ustawa uzależnia wypłacenie zasiłków od wydania przez właściwe władze specjalnego rozporządzenia.

W stosunku do robotników sezonowych i tych, którzy pracują tylko przez kilka dni w tygodniu

ustawa lipcowa wymaga zmian znacznych. Udzielanie świadczeń częściowo bezrobotnym uzależnione jest od decyzji Ministerstwa Pracy, zaś określenie kategorii robotników sezonowych, od rozporządzenia Ministerstwa Pracy i Op. Społ. Procedura przy udzielaniu tych zasiłków jest tedy nader skomplikowana i uciążliwa dla tych, którzy je pobierają.

Fundusze ubezpieczenia na wypadek bezrobocia czerpie się ze składek przedsiębiorców i robotników oraz z dopłat Skarbu Państwa. Przedsiębiorcy płacą $\frac{3}{4}$, robotnicy $\frac{1}{4}$ sumy, wynoszącej 2 proc. od każdorazowo wypłacanych zarobków robotników. Ustawa ustala jednak górną granicę zarobków, od których oblicza się procent, przyczem ustala ją dla robotników tylko na 5 zł. zarobku dziennego. W ten sposób zakłady pracy płacą faktycznie mniej, niż dwa procent wypłacanych zarobków robotnika. Dla pracowników umysłowych wydatki na świadczenia ubezpieczeniowe pokrywane są tylko ze składek przedsiębiorców i pracowników. Składka wynosi 2,5 proc. z czego 1,5 proc. płacą przedsiębiorcy, 1 proc. — pracownicy. Najwyższy zarobek, od którego oblicza się składka, wynosi 8 zł. dziennie. W zastosowaniu do pracowników umysłowych Skarb Państwa, — w przeciwieństwie do ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. na mocy której dopłaca on 50 proc. kwoty wpłaconej przez zakłady pracy, — nie bierze udziału w pokryciu tej części niedoboru, która powstała wskutek wykonania ubezpieczenia na mocy ustawy z dn. 28. 10. 1925 roku.

Tutaj fundusze osiągnięte ze składek mają pokryć całą kwotę wypłacanych zasiłków. Stąd też uruchomiono dość późno akcję ubezpieczeniową, gdyż trzeba było poprzednio drogą ściągnięcia składek zebrać fundusze.

Jakkolwiek ustawa weszła w życie 3.1. 1926 r. dopiero w maju tego roku nastąpić mogło uruchomienie normalnej akcji wydawania zasiłków z tytułu ustawy. Wymiar składek jest w myśl ustaw polskich, jednolity dla wszystkich kategorii przedsiębiorstw. Odnosne ustawy zagraniczne przewidują stopniowanie wysokości składek zależnie od stopnia ryzyka bezrobocia. Tak np. ustawa austriacka przewiduje trzy kategorie przedsiębiorstw: I-sza kategoria, to koleje żelazne, przedstawiająca najmniejsze ryzyko, III-cia kategoria, to warsztaty rzemieślnicze, kategoria największego ryzyka i kategoria II-ga, do której należą wszystkie zakłady nieobjęte kategorią pierwszą i trzecią, przedstawiające ryzyko średnie.

Wysokość składek jest w Polsce następująca:

Dnia 1. 1. 1925 r. było zarejestrowanych 5.252 zakł. pracy oraz 537.535 robotników ubezpieczonych.

Składki wynosiły 1.781.545 zł.

Dn. 31. 12. 1925 r. było zarejestrowanych zakładów pracy 12.493 ubezpieczających 652.783 robotników, wpłacono 13.790.514 składek.

Dn. 1. 8. 1926 r. było zarejestrowanych 14.318 zakładów pracy; składki rob. wynosiły 8.097.093 zł., składki pracowników — 881.505 zł.

Zasiłki są w myśl ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. bardzo niskie. Zasiłek oblicza się podobnie jak składkę, nie na podstawie istotnego zarobku ubezpieczonego, lecz zarobku nieprzekraczającego 5 zł. dziennie dla robotnika, a 8 zł. dla pracownika umy-

ślowego. Zależnie od stanu rodzinnego bezrobotny otrzymuje od 3 0proc. (dla samotnego), do 50 proc. (dla obarczonego rodziną) zarobku obliczonego jak powyżej. W ten sposób zasiłek bezrobotnego jest w wielu wypadkach niewspółmierny z najniższymi kosztami utrzymania i dla znacznej masy bezrobotnych oznacza poprostu nędzę. By ubezpieczenie na wypadek bezrobocia w pewnym stopniu uważać można było za wyrównanie straty, którą ponosi ubezpieczony z powodu utraty pracy, należy za podstawę wymiaru zasiłku wziąć zarobek rzeczywisty, oraz podnieść wysokość wypłacanego procentu od zarobku. Zarówno ustawa austriacka i angielska, jak również rządowy projekt odnosnej ustawy niemieckiej idą w tym względzie dalej, niż ustawa polska przewidują bowiem w wielu wypadkach możliwość otrzymania zasiłku dochodzącego do 75% zasiłku rzeczywistego.

Również okres pobierania zasiłków jest w myśl ustaw polskich zbyt mały i nieprzystosowany do potrzeb życia. Okres ten może trwać 13 względnie 17, najwyżej 26 tygodni na rok (Ustawa z dnia 28. 1. 1925 r.)

W krótkim czasie po wprowadzeniu w życie ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. okazało się konieczne uzupełnienie akcji ubezpieczeniowej przez wytworzenie akcji pomocy doraźnej. Świadczenia, które otrzymują bezrobotni z tytułu ustawy okazały się niewystarczające. Rada Ministrów uchwalała z dnia 25. 3. 1925 roku uruchomiła akcję wydawania zapomóg tym bezrobotnym, którzy wyczerpali zasiłki z Funduszu Bezrobocia. Koszty tej akcji pokrywa się z funduszy państwowych. Początkowo pomyślana była tylko na przeciąg kilku miesięcy, później przedłużana była ciągle z miesiąca na miesiąc. Szereg uchwał Rady Ministrów rozszerzał lub zmniejszał zakres jej stosowania oraz kategorie bezrobotnych, korzystających z tych świadczeń.

Podobnie jak ustawy, akcja doraźna posiada cały szereg ograniczeń i cenzusów dla osób, chcących z niej korzystać. Zapomogę doraźną otrzymują np. tylko ci, którzy utrzymują się samodzielnie i jedynie z własnej pracy. W rodzinie bezrobotnego może otrzymywać zapomogę tylko jeden członek rodziny, jakkolwiek bezrobotnych może być wielu. W ten sposób stosunek liczby, pobierających zapomogi do ogólnej liczby bezrobotnych jest bardzo mały: wynosił on w r. 1925 przeciętnie zaledwie 31 proc., w r. 1926 (do dnia 1. 8.)—36 proc. Największe napięcie osiągnęło bezrobocie jak wiadomo w lutym 1926 r. Liczba bezrobotnych wynosiła w drugim tygodniu lutego — 308.718 osób. W tem pobierających zasiłki i zapomogi było nie więcej niż 168.028 osób z czego zasiłki pobierało 72.000 osób, zapomogi — 90.000 robotników i 54.100 pracowników umysłowych.

Wysoka ogólna liczba zapomóg udzielonych na podstawie pomocy doraźnej, dowodzi wymownie jak dalece niedostateczne są świadczenia, wypłacane tytułem ustawy. A trzeba przecież zważyć, że zgodnie z zasadą ubezpieczeniową, robotnik w razie bezrobocia niezawinionego, w równym stopniu co w razie choroby lub wypadku, winienby mieć prawo do wyrównania strat, wynikających ze zdarzenia losowego, — nie zaś, jak jest obecnie, stać się w najlepszym razie — przedmiotem opieki społecznej.

Organizacja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia powierzona jest specjalnym organom, t. zw. Funduszowi Bezrobocia. Na czele Funduszu stoi Urząd Główny, kierujący akcją na terenie całego kraju; organami miejscowymi są obwodowe Fundusze Bezrobocia, odpowiadające terenom działania Państw. Urz. Pośr. Pracy. Zgodnie z uznaną już dzisiaj zasadą samorządów instytucji ubezpieczeniowych, przyznano i tutaj wpływ na kierownictwo funduszu bezrobocia przedstawicielom czynników zainteresowanych. Samorząd robotników nie jest jednak tutaj stosowany w tej rozciągłości, jak w Kasach Chorych, gdyż wpływ bardzo znaczny posiadają przedstawiciele rządu, którzy też z urzędu są przewodniczącymi zarówno Zarządu Głównego, jak i obwodowych Funduszy Bezrobocia.

W okresie od r. 1924 — 1926 uruchomiono 52 obwodowych Funduszy Bezrobocia. Poza biurami Funduszu Bezrobocia czynnych było 855 insty-

tucji zastępczych. Instytucjom zastępczym, którym Fundusz Bezrobocia powierzał swe czynności są gminy wiejskie i miejskie, Wydziały Powiatowe Sejmików oraz Kasy Chorych.

W przeciwstawieniu do analogicznych ustaw zagranicznych ustawa polska jest za mało organizacyjnie związana z całością ubezpieczenia społecznego. Zarówno ustawa angielska jak i austriacka przewiduje pewne zespolenie organów ubezpieczenia na wypadek bezrobocia np. z Kasami Chorych. Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia traktowane jest przez nowoczesne ustawodawstwo jako jedno z ogniw ubezpieczenia robotnika w razie jego niezdolności do pracy.

Stąd dążenie do scalenia wszystkich gałęzi ubezpieczenia, którego podstawą winny być Kasy Chorych, jako instytucje o największym samorządzie i najszerzej podstawie działania.

UBEZPIECZENIA CHOROBOWE W CZECHOSŁOWACJI W 1923.

Wydział ubezpieczeniowo - techniczny Ministerstwa Opieki Społecznej opracował statystykę ubezpieczenia chorobowego na rok 1923, z której to statystyki wynikają poszczególne, bardzo ciekawe dane, w jaki sposób ubezpieczenie na wypadek choroby u nas się przeprowadzało i kształtowało. Statystyka ta w całości swej wykazuje najwyraźniej, jak ważne i jak daleko idące znaczenie ma ubezpieczenie chorobowe, jeżeli ubezpieczonych było w Kasach Chorych w roku 1923, 2.168.473 *) członków, a z tego członków nieobowiązanych do ubezpieczenia było — 59.794. Powyższa ilość członków ubezpieczona była w 437 Kasach Chorych. Statystyka bowiem wykazuje działalność 435 Kas, które w myśl ustawy przedłożyły swoje sprawozdania Ministerstwa Opieki Społecznej. Ubezpieczenie chorobowe przeprowadza w Czechosłowacji 281 Kas powiatowych, 25 rolniczych, 50 fabrycznych, 60 powszechnych, 5 związkowych, 14 zarejestrowanych pomocniczych Kas Chorych.

Według teje statystyki jest ubezpieczonych wszystkich członków:

	ubezpieczonych w %%	Kas w %%
w Kasach powiatowych	72.19	64.60
"		
w Kasach powiat. roln.	3.38	5.71
w Kasach fabrycznych	10.37	11.49
" powszechnych	5.20	13.79
" związkowych (cechow.)	3.05	1.15
w zarejestrowanych		
pomoc. Kasach	5.81	3.22

Według płci powyższy skład ubezpieczonych był rozgrupowany w Kasach Chorych w następujący sposób:

	Mężczyzn w %%	Kobiet w %%
w Kasach powiatowych	64.30	35.07
" rolniczych	51.00	49.00
" fabrycznych	89.08	10.02

*) Liczba ubezpieczonych w Czechosłowacji stanowiła z górą 15% ogółu ludności. — Red.

" powszechnych	64.00	36.00
"		
związkowych (cechow.)	68.05	31.50
w zarejestrowanych		
pomoc. Kasach	77.00	23.00

Ogólna średnia wypada dla mężczyzn 67.30%, dla kobiet 32.70%.

Z przeciętnej ilości członków 2.168.473 zachorowało, wliczając w to zachorowania w związku z porodem, (w ciągu roku) 993.291 członków w 1.307.037 wypadkach, nie wliczając do tego położeń, których statystyka wykazuje 36.116. W sumie, dni chorobowych, przypadających na chorobę i położeń, było 27.061.908, w tem wypadków śmierci 14.393. Te sumaryczne statystyczne dane wykazują ogólne obniżenie w porównaniu z rokiem 1922.

Ciekawe są wykresy chorobowości włącznie z połoгами, przypadającej na jednego członka w ciągu roku, z których wynika, że w powiatowych Kasach Chorych wynosi 12.86%, w rolniczych 9.33%, w fabrycznych 14.27%, w powszechnych 10%, w związkowych 14.14%, w zarejestrowanych pomoc. kasach 75%, przeciętnie 12.48%.

Przeciętny dzienny stan chorych, t. j. przeciętna dzienna ilość osób, którym wypłacano zasiłki pieniężne (uwzględniając w tem również położeń) była:

W kasach powiatowych	55.152
" " powiatowych rolniczych	1.877
" " fabrycznych	8.791
" " powszechnych	3.089
" " związkowych (cechow.)	2.559
w zarejstr. pomoc. kasach	2.675

Ogółem: 74.143

Ogólna liczba ta wykazuje, że Kasy Chorych obsługiwały dziennie w roku 1923, — 74.143 chorych. Udzielały dziennie zasiłków blisko 75.000 chorym.

O ile chodzi o wyniki gospodarki finansowej, statystyka konstatuje, że całkowite dochody Kas Chorych objętych statystyką, wynosiły 781.393.686

K. cz., roku zeszłego 846.830.198 K. cz., co znaczy, że w roku 1923 Kasy Chorych w porównaniu z rokiem 1922 otrzymały mniej o 65.436.512 K. cz., które to zmniejszenie się wpłynęło, da się wyjaśnić przy stwierdzonym wzroście liczby ubezpieczonych, niższą płac, będących wynikiem rozmaitych dążeń, dotyczących wysokości płac oraz wynikiem stosunków gospodarczych.

W porównaniu z tem rozchód wynosił K. cz. 725.860.954, zeszłego roku 826.048.893 K. cz.

Składek przypisano ogółem na 743.749 K. cz. Składki te wynosiły 95.18 proc. wszystkich dochodów, wzgl. 102.46 proc. ogólnego rozchodu. Na wypadki związane bezpośrednio z ubezpieczeniem wypłacono w tym roku, z uwzględnieniem dodatkowej wypłaty za lata ubiegłe 605.091.776 K. cz., t. j. 83.36% ogólnego rozchodu. Liczby te są najważniejszymi danymi całej statystyki, jeśli można równocześnie stwierdzić, że z ogólnych dochodów, wydatki Kas Chorych na pomoc w chorobie wynosiły 81.36% składek.

Jak widoczne, więcej niż 80% dochodów, kasy chorych zwracają z powrotem ubezpieczonym w postaci rozmaitych świadczeń, które dziś przewidziane są w ubezpieczeniu chorobowem. Dane powyższe wyraźnie obalają zarzuty, stawiane ubezpieczeniu chorobowemu, szczególnie powiatowym kasom chorych, w których wysokość wszystkich wydatków na wydatki bezpośrednio z ubezpieczeniem związanych wynosi 81.25%, a z otrzymanych składek 80.15%.

Nie od rzeczy będzie, jeżeli porównamy wydatki uwidocznione w statystyce z wydatkami tych kas, z których dziś najwięcej przeciw ubezpieczeniu chorobowemu się występuje:

	Na wydatki ubezpiecz.	Na koszt administr.	Na inne wydatki
W kasach powiatowych	81.25	14.73	4.02
„ pow. rolniczych	77.53	20.83	1.64
„ fabrycznych	96.77	0.87	2.36
„ powszechnych	78.67	16.08	5.26
„ związkowych (cech.)	85.76	10.94	3.30
w zarejtr. pomoc. K. Chorych	88.77	8.73	2.50

Z powyższych dat wynika, że zarzuty sfer rolniczych i sfer przemysłowych na powiatowe kasy chorych są zupełnie nieuzasadnione, bo właśnie w tych kasach chorych, gdzie są sfery rolnicze i przemysłowe bezpośrednio zainteresowane, skonstatowano, że na koszty administracji wydano stosunkowo więcej, jak w kasach powiatowych, natomiast na opiekę lekarską i na zasiłki wypłacono stosunkowo mniej.

Sprawozdanie wykazuje też, jakie sumy miały kasy chorych na rachunkach funduszków zapomogowych, stworzonych w myśl § 9 wówczas obowiązującej ustawy o ubezpieczeniu chorobowem. Powiatowe kasy chorych miały w r. 1923 — 20.544.597 K. cz. na rachunku tych funduszków, rolnicze kasy natomiast nie wykazują żadnego funduszu nadzwyczajnego. Reszta kas wykazała ogółem ponad 15 milj. K. cz., a nadzwyczajne fundusze wnoszą 35.582.719 K. cz., zaś w roku 1922 — 30.410.079 K. cz.

W dalszym rozdziale Ministerstwo Opieki Społecznej ogłasza ciekawe dane o składzie pracowników kas chorych i ich wynagrodzeniu, z której widzimy, że we wszystkich kategoriach kas, z wyjątkiem fabrycznych kas chorych, jest zatrudnionych 3.091 funkcjonariuszy z ogólną roczną płacą 59.399.571 K. cz., z czego na kierowniczych stanowiskach z ogólną

roczną płacą 12.501.508 K. cz., 662 urzędników rachunkowych, kasowych, referendarskich i szefów wydziałów z ogólną roczną płacą 15.884.941 K. cz., 784 urzędników biurowych z ogólną roczną płacą 13.021.231 K. cz., i 165 służby z ogólną roczną płacą 2.420.501 K. cz. Oprócz tego było zajętych 506 sił pomocniczych i 585 kontrolerów chorych.

Ciekawe są stosunki poszczególnych kategorii pracowników, z których konstatujemy, że na jednego funkcjonariusza przypadała przeciętnie płaca wynosząca rocznie 19.217 K. cz., w r. 1922 — 19.959 K. cz., a więc więcej o 700 K. cz.

Na 1 urzędnika kierującego przypadało przeciętnie rocznie 32.138 K. cz., zeszłego roku 32.069 K. cz.,

na 1 urzędnika rachunkowego przypadało przeciętnie rocznie 23.995 K. cz., w roku 1922 24.835 K. cz.,

na 1 urzędnika biurowego przeciętnie rocznie 16.609 K. cz., w roku 1922 17.628 K. cz.,

na 1 woźnego etc. przeciętnie rocznie 14.670 K. cz., w roku 1922 14.513 K. cz.,

na 1 siłę pomocniczą przypadało przeciętnie rocznie 9.700 K. cz., w roku 1922 9.274 K. cz.,

na 1 kontrolera chorych przypadało przeciętnie rocznie 18.228 K. cz., w roku 1922 18.959 K. cz.

Sprawozdanie stwierdza, że przeciętne płace pracowników Kas Chorych za rok 1923 w porównaniu z rokiem 1922 zmalały, a przyczynę tegoż przypisuje pozbawieniu dodatków drożyznianych i funkcyjnych. Podwyżka zaznacza się nieznacznie w kategorii urzędników na kierowniczych stanowiskach i w kategorii służby.

Z powyższych dat wynika, że zarzuty na wysokie płace urzędników Kas Chorych, szczególnie urzędników na kierowniczych stanowiskach, jakoby oni otrzymywali 50-tysięczne i wyższe płace, zupełnie nie są uzasadnione, jako że przeciętne liczby szczególnie w kategoriach funkcjonariuszy na stanowiskach kierowniczych są tak niskie, że wykluczają podstawy do uogólnienia powyższych poglądów.

W osobnym rozdziale statystyka Ministerstwa Opieki Społecznej daje przegląd działalności Kas Chorych na Słowaczczyźnie i Podkarpatskiej Rusi.

W roku 1923 było na Słowaczczyźnie i Podkarpatskiej Rusi czynnych 29 Kas Chorych. Według wykazów statystycznych w tych 29 Kasach Chorych było ubezpieczonych na wypadek choroby przeciętnie 306.730 członków, z czego mężczyzn 232.502 osób, a kobiet 74.228 osób. Porównanie z rokiem 1922 wykazuje na Słowaczczyźnie i Podkarpatskiej Rusi niżskę o 180 osób.

Z powyższych Kas na Słowaczczyźnie można ze względną pewnością ustalić 87.026 wypadków choroby u mężczyzn, a 77.699 u kobiet, nie wliczając w to połogów, ogółem więc 164.725 wypadków. Ilość dni chorobowych, przypadająca na wspomniane zachorowania wynosi:

mężczyźni 2.027.156, kobiety 442.108, ogółem 2.469.264 dni. Ilość połogów wynosiła 3.865, ilość dni zasiłkowych opłacanych przez sześć tygodni 108.458 dni, zasiłków w czasie połogowym 50.653 dni, ogółem 159.111 dni zasiłkowych. Wypadków zachorowania i połogów było razem 168.590 z 2.628.375 dniami chorobowymi. Ilość karmiących matek 3.701, na premie karmiącym wypłacono za 189.061 dni. Wypadków śmierci 1.085 między mężczyznami i 345 między kobietami, razem 1.430 wypadków.

W roku 1923 wynosiły dochody wszystkich 29 kas chorych, objętych tą statystyką, 89.031.828 K. cz., a w r. 1922, 81.261.863 K. cz. całkowitego rozchodu. 26 Kas miało w roku sprawozdawczym roczną nadwyżkę 7.132.553 K. cz., a 3 kasy niedobór w wysokości 697.520 K. cz. Na początku roku było 8 kas z rocznym niedoborem 1.334.932 K. cz. W ciągu roku sprawozdawczego zmniejszył się niedobór wszystkich kas o 637.412 K. cz.

Wspomnianą roczną nadwyżkę w wysokości 7.132.553 K. cz. rozdzielono w myśl § 118 lit. c) ustawy art. XIX z roku 1907 w sposób następujący: $\frac{1}{4}$ Krajowemu Zakładowi ubezpieczenia robotników w Bratysławie celem utworzenia funduszu rezerwowego i sanatoryjnego w kwocie 4.755.035 K. cz., pozostającą $\frac{1}{4}$ część rocznej nadwyżki w kwocie 2.377.518 K. cz. pozostawiono do dyspozycji poszczególnym kasom.

Na rachunku „powierzone fundusze” wykazują kasy na końcu roku następujące kwoty:

	K. cz.
Fundusz poszczególnych Kas	12.928.389
Majątek kas, zlikwidowanych w latach 1907 do 1918 (ust. art. XIX 1907)	877.121
Majątek kas, zlikwidowanych w latach 1919 do 1921 (ust. z 15.V.1919 L. 268 Zb. ust. i rozp.)	675.986
Inne fundusze	457.068
Ogółem więc fundusze do rozliczenia wynoszą	14.938.564

Płace pracowników kas chorych i Krajowego Zakładu są unormowane odrębnymi umowami, co-
kolwiek odmiennymi od umów zbiorowych pracowni-
ków kas chorych w Czechach, na Morawie i na Ślą-
sku, które są zatwierdzone w myśl § 130 ust. art.
XIX/1907 przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Sta-
tystyki w sprawie płac za rok sprawozdawczy K. Z.
nie przedłożył.

„Svêpomoc” Nr. 21 i 22/1926.

TADEUSZ BARTNICKI.

PROJEKT OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZEŃ NA WYPADEK CHOROBY W FINLANDJI.

Finlandzkie Ministerstwo Spr. Społecznych przy-
stąpiło do opracowania projektu ustawy o przymu-
sowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. Projekt
nie robi różnicy między robotnikami i pracownikami
umysłowymi, ale nie obejmuje on pracowników umy-
ślowych, zarabiających więcej jak 2,500 mk. fińskich
miesięcznie lub więcej niż 30,000 mk. rocznie. Praco-
dawcy, którzy zatrudniają normalnie najwyżej 2 pra-
cowników, są zwolnieni od obowiązku ubezpie-
czania.

Organami ubezpieczeń są kasy powiatowe i po-
szczególne kasy uprawnione do ubezpieczania na
wypadek choroby. Aby ułatwić kasom ich działal-
ność i aby rozłożyć równomiernie ciężary na po-
szczególne okresy, jest przewidziana obowiązkowa
reasekuracja w specjalnym Zakładzie Reasekuracyj-
nym, stworzonym w tym celu, który jest jednocześnie
obowiązany do pewnego nadzoru nad kasami. Każda
kasa wpłaca do tego Zakładu 10% pobranych skła-
dek podczas roku obrachunkowego. Jeżeli kasa wy-
kazuje deficyt, Zakład dopłaca brakującą sumę. Je-
żeli zaś okaże się, że kasa pobiera składki zbyt ni-
skie, Zakład może je powiększyć. To zarządzenie jest
konieczne, jeżeli się chce, aby każda kasa pobierała
składki w takiej wysokości, aby one mogły pokryć
wydatki.

Wysokość składek jest oznaczana na następny
rok obrachunkowy i odpowiada pewnemu określo-
nemu ułamkowi płacy. Ten ułamek może być ustalany
równie dla różnych przemysłów i klas wieku zależnie
od stopnia ryzyka. W tym celu ubezpieczeni mają
być podzieleni na klasy zależnie od stopnia ryzyka,
a wyżej wspomniany ułamek będzie obliczany wed-
ług przeciętnej ustanowionej dla każdej klasy.

$\frac{1}{2}$ składki wpłacać mają pracownicy i $\frac{1}{4}$ praco-
dawcy. Państwo i gmina biorą na siebie częściowy
udział w ponoszeniu ciężarów. Subwencja Państwa

ma być jednakowej wysokości dla wszystkich ubez-
pieczonych; wyniesie ona po 20 mk. fińsk. na ubez-
pieczonego. Ponieważ liczbę ubezpieczonych oblicza-
ją na 200.000, przeto państwo na ten cel będzie obcią-
żone wydatkiem 4 milionów mk. Koszta administra-
cyjne Zakładu Reasekuracyjnego wyniosą około
300.000 mk. Gminy będą obowiązane do dostarczenia
lokalu dla kasy powiatowej i pokrycia uposażeń dy-
rektora kasy i kontrolerów gminnych. Każda kasa
powiatowa może przyjmować dobrowolnie ubezpie-
czonych na warunkach przewidzianych w statutach.

Członkowie kas mają prawo do pomocy na wy-
padek choroby; kobiety prócz tego mają prawo do
specjalnego zasiłku na wypadek porodu. Pomoc na
wypadek choroby obejmuje opiekę lekarską, zasiłek
pieniężny z dodatkami rodzinnymi. Opieka lekarska
ma być zapewniona od początku choroby, tak długo,
dopóki chory otrzymuje zasiłek. Prawo do zasiłku
ma on na 3-ci dzień od chwili, w której z powodu
choroby zmuszony był przerwać pracę. Zasiłek pie-
niężny będzie wypłacany w ciągu 12 miesięcy; w peł-
nej wysokości podczas 90 dni, licząc od początku
choroby, aż do połowy kwoty podczas nowego okre-
su 90 dni. Wysokość zasiłku jest ustalona oddzielnie
dla każdej klasy płac i wynosi dla każdego ubezpie-
czonego około $\frac{1}{2}$ zarobków klasy, do której należy,
trochę więcej w klasach niższych, trochę mniej w
klasach wyższych. Zasiłek jest zmniejszony do 89 lub
75% wyżej wymienionych kwot, jeżeli ubezpieczony
nie jest obciążony rodziną. Dodatki rodzinne są prz-
znawane rodzinie ubezpieczonego tak długo, dopóki
on pozostaje w szpitalu lub sanatorium. Zasiłki po-
łogowe są wypłacane za okres 14 dni przed poro-
dem, a po porodzie tak długo, dopóki matka jest nie-
zdolna do wykonywania swej stałej pracy w okresie
przewidzianym przez prawo. Okres ten jednak nie
może wynosić więcej, jak 4 tygodnie.

KWESTJONARJUSZ MIĘDZYNARODOWEGO BIURA PRACY.

W sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby (10 sesja Międzynarodowej Konferencji Pracy).

Czy państwo uważa, że

1) w razie gdyby konferencja postanowiła przyjąć projekt konwencji o ubezpieczeniu na wypadek choroby, projekt ten winien zawierać zobowiązanie wszystkich państw—członków do ustanowienia obowiązkowego ubezpieczenia pracowników na wypadek choroby?

W razie gdyby przyjęcie zasady obowiązkowego ubezpieczenia w projekcie konwencji nie wydawało się Państwu godnem pożądaniam, to jakie zobowiązania zaproponowałoby państwo nałożyć na państwa — członków celem zapewnienia skutecznej i powszechnej ochrony pracowników przeciw ryzyku chorobowemu?

2) projekt konwencji winien przewidywać, że ubezpieczenie na wypadek choroby powinno mieć zastosowanie bez różnicy wykonywanej pracy zawodowej do wszystkich pracowników, robotników i uczniów?

czy też że wręcz odwrotnie byłoby rzeczą konieczną przewidzieć ograniczenia albo wyjątki, dotyczące:

a) pewnych gałęzi pracy zawodowej; w tym wypadku uprasza się o podanie gałęzi, które, zdaniem państwa, winny być wyłączone;

b) pewnych grup pracowników, a mianowicie:

I. pracowników, którzy otrzymują wynagrodzenie wyższe od ogólnego poziomu wynagrodzenia;

II. uczniów, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w gotówce;

III. chałupników;

IV. pracowników czasowych (pracownicy sezonowi, pracownicy, zatrudnieni z przerwami, pracownicy, zatrudnieni jednocześnie u wielu przedsiębiorców;

c) pewnych pracowników, a mianowicie:

I. pracowników obcej przynależności państwowej;

II. pracowników, którzy nie osiągnęli jeszcze lub przekroczyli już określone granice wieku;

III. małżonka i innych członków rodziny przedsiębiorcy, mieszkających i pracujących razem z nim.

3) projekt konwencji winien zawierać zasadę, że każdy wypadek niezdolności do zarabkowania, wywołany nienormalnym stanem fizycznym lub umysłowym, winien uzasadniać prawo ubezpieczonego do odszkodowania chorobowego?

w razie odpowiedzi afirmatywnej, czy państwo uważa, że należy przewidzieć ograniczenia albo wyjątki, dotyczące w szczególności:

a) zawodowej genezy chorób, pociągających za sobą niezdolność do zarabkowania;

b) długości udziału ubezpieczonego w instytucji ubezpieczeniowej (staż.);

c) długość niezdolności zarabkowania (czas oczekiwania);

d) pobytu ubezpieczonego poza zakresem działania instytucji ubezpieczeniowej?

czy państwo proponuje inne ograniczenia lub wyjątki od wyżej wymienionej reguły? jakie?

4) projekt konwencji może określić, że odszkodowanie chorobowe winno być określone:

a) w wysokości jednolitej bez względu na zwyczajną płacę ubezpieczonego,

b) czy też w wysokości zmiennej zależnej od zwyczajnej płacy ubezpieczonego?

W tym ostatnim wypadku czy Państwo uważa, że odszkodowanie chorobowe nie powinno być nigdy niższe od

określonej części zwyczajnej płacy? a, jeżeli tak, od jakiej?

Poza tem czy uważa Państwo, że należy uwzględnić przy ustaleniu wysokości odszkodowania koszty utrzymania rodziny ubezpieczonego?

5) projekt konwencji może określać minimalny okres, w czasie którego, w wypadku trwałej niezdolności zarabkowania, odszkodowanie chorobowe winno być zabezpieczone ubezpieczonemu, którzy, po upływie tego okresu, nie mogą rościć sobie pretensyj do świadczeń ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy?

w razie odpowiedzi afirmatywnej, jaka winna być, zdaniem państwa, długość tego minimalnego okresu??

6) należy przewidzieć w projekcie konwencji wydawanie upoważnień instytucjom ubezpieczeniowym, których sytuacja finansowa uznana jest za zadawalną, do udzielania dodatkowego odszkodowania chorobowego?

w razie odpowiedzi afirmatywnej, czy upoważnienie winno dotyczyć w szczególności podwyższenia ustawowego odszkodowania, zwłaszcza dla ubezpieczonych, utrzymujących rodzinę, przedłużenia okresu, w ciągu którego z mocy prawa udzielane jest odszkodowanie chorobowe, wreszcie zniesienia lub skrócenia okresu oczekiwania?

7) projekt konwencji winien przewidywać udzielanie w razie śmierci ubezpieczonego odszkodowania na pokrycie kosztów pogrzebu?

czy należy przewidywać wydawanie upoważnień instytucjom ubezpieczeniowym do udzielania odszkodowania na pokrycie kosztów pogrzebu małżonka i innych członków rodziny, którzy żyli we wspólnym gospodarstwie z ubezpieczonym?

8) projekt konwencji może stanowić, że ubezpieczenie na wypadek choroby winno zapewnić każdemu ubezpieczonemu potrzebną mu pomoc lekarską i farmaceutyczną w zadawalnej ilości i jakości?

w razie odpowiedzi afirmatywnej — pomoc lekarska winna obejmować poza świadczeniami lekarzy niewyspecjalizowanych, w razie potrzeby również świadczenia specjalistów lekarzy i chirurgów?

należy poza tem pozostawić choremu poza wypadkami fizycznej niemożliwości, wybór lekarza pomiędzy tymi, którzy zaofiarowali swe usługi instytucji ubezpieczeniowej?

9) projekt konwencji może ustanowić minimalny okres, w czasie którego — w wypadku trwałej choroby — winna być zapewniona pomoc lekarska i farmaceutyczna choremu, który, po upływie tego okresu, nie korzysta z pomocy lekarskiej na rachunek ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy?

W razie odpowiedzi afirmatywnej, jaka winna być, zdaniem Państwa, długość tego okresu?

10) należy przewidzieć w projekcie konwencji wydawanie upoważnień instytucjom ubezpieczenia na wypadek choroby, których sytuacja finansowa uznana jest za zadawalną do udzielania poza pomocą lekarską, zapewnioną każdemu ubezpieczonemu, dodatkowych świadczeń, a mianowicie:

a) umieszczenia w zakładach sanitarnych, lecznicach i domach zdrowia;

b) przedłużenia minimalnego okresu, w przeciągu którego zapewniona jest pomoc lekarska i farmaceutyczna;

c) wykonywania zabiegów prewencyjnych i leczenia specjalnego, które nie byłyby zawarte w pomocy lekarskiej, zapewnionej każdemu ubezpieczonemu;

czy Państwo proponuje rozszerzenie upoważnienia na inne świadczenia dodatkowe? Jakież?

11) ubezpieczenie na wypadek choroby winno na podstawie projektu konwencji objąć pomoc lekarską i farmaceutyczną dla członków rodziny ubezpieczonego, żyjących z nim we wspólnym gospodarstwie i przez niego utrzymywanych?

w razie odpowiedzi afirmatywnej — pomoc lekarska i farmaceutyczna dla członków rodziny ubezpieczonego winna być objęta przez ubezpieczenie na wypadek choroby obowiązkowo czy tylko fakultatywnie?

12) należy w projekcie konwencji zamieścić postanowienie co do sposobu organizacyjnego ugrupowania ubezpieczonych?

W razie odpowiedzi afirmatywnej — czy państwo jest zdania, że przy określeniu sposobu organizacyjnego ugrupowania ubezpieczonych należy przyznać pierwszeństwo:

a) ugrupowaniu zawodowemu, czy też

b) ugrupowaniu terytorjalnemu?

w szczególności czy nie uważa Państwo, że ugrupowanie terytorjalne przedstawia korzyści z punktu widzenia organizacji służby lekarskiej w ubezpieczeniu na wypadek choroby, kontroli wzajemnej i organizacji innych gałęzi ubezpieczeń społecznych?

13) Projekt konwencji winien określić warunki, które każda instytucja ubezpieczenia na wypadek choroby winna uczynić zadość, by zostać przez państwo prawnie uznaną, a w szczególności warunki, dotyczące:

a) wyłącznego wykonywania przez instytucję operacji ubezpieczeniowych, nie mających celu zarobkowego.

b) finansowych podstaw instytucji: określenie minimalnej liczby ubezpieczonych, utworzenia odpowiednich funduszy rezerwowych?

uprasza się o podanie warunków, które, zdaniem państwa, winny być uwzględnione w projekcie konwencji.

14) projekt konwencji może stanowić, że administracja instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby winna być powierzona czy to wyłącznie czy też w zasadzie zainteresowanym (ubezpieczonym i przedsiębiorcom) lub też ich przedstawicielom?

15) projekt konwencji winien objąć postanowienia, dotyczące co do podziału ciężarów ubezpieczenia na wypadek choroby

w razie odpowiedzi afirmatywnej — w jakim stosunku powinny, zdaniem Państwa, składać się na dochody ubezpieczenia na wypadek choroby;

a) składki ubezpieczonych;

b) składki ich pracodawców;

c) budżety publiczne?

16) celem zapewnienia ubezpieczonym szybkiej i możliwie bezpłatnej procedury, projekt konwencji winien przewidywać, że spory, dotyczące świadczeń ubezpieczenia, będą należały do specjalnych organów jurysdykcyjnych, w których zasiadaliby, jako asesory przedstawiciele zainteresowanych?

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

SPRAWOZDANIE KASY CHORYCH M. LWOWA za czas od 1 stycznia do 31 października 1926 r.

Składki członkowskie wynosiły w okresie sprawozdawczym

(z dodatkiem minimalnym dobrowolnych)

Zł. 3.772.974.53

a doliczając grzywny, kary i %
od zaległości

„ 66.432.62

Zł. 3.900.000.—

W stosunku do dochodów rozchody, a w szczególności świadczenia przez Kasę Chorych udzielane, przedstawiają się następująco:

1) świadczenia zasiłkowe wynoszą ogółem Zł. 1.160.662.09 gr., czyli 30.8 proc. wydatków w stosunku do dochodów Kasy Chorych.

2) wydatki na udzielanie pomocy lekarskiej, zabiegów, leków i lekarstw kosztowały razem Zł. 730.043.25 gr. czyli 19.3% wydatków w stosunku do dochodów.

3) koszt administracji (personalne i rzeczowe) wynoszą ogółem Zł. 342.535.17 gr. czyli 9 proc. wydatków w stosunku do dochodów.

a) Zaległe składki z dniem 1 stycznia 1926 r. Zł. 1.164.249.12;

b) Składki bieżące z przypisem za październik 1926 rok, a więc za cały czas sprawozdawczy Zł. 3.767.659.12.

Na powyższą sumę składek zaległych i bieżących zapłacono:

1) Na poczet składek zaległych Zł. 753.605.35.

2) Na poczet bieżących składek Zł. 2.767.368.26

Pozostają nieściągnięte jeszcze za-

ległości w wysokości około Zł. 390.000.00

a nieuiszczone składki bieżące w
wysokości około

„ 575.000.00

a więc ogółem w sumie

Zł. 965.000.00

W owych niezapłaconych składkach bieżących (575 tys. zł.) jest suma około 200 tysięcy zł. za ostatnie 6 tygodni przed 31 października 1926 r., gdyż od chwili przypisu dopiero po 6 tygodniach normalnie i przeciętnie ściąga się składki.

Zwrócić należy uwagę, że ściąganie składek zaległych odbywa się w roku sprawozdawczym z wielką dokładnością, a nawet bezwzględnością, co podkreślić należy ze względu na opinię publiczną, której się wmawia, że Kasa Chorych m. Lwowa nie dość energicznie ściąga należne jej od firm zaległości.

W czasokresie sprawozdawczym było zgłoszonych:

Ubezpieczonych	46.866
Członków rodzin	82.825

Razem: 129.691

Ogólna ilość zachorowań wynosi w tymże
czasie

136.887

w tem chorych ubezpieczonych

94.529

członków rodzin

42.358

Do lekarzy specjalistów skierowano chorych

82.347

wypadków niezdolności do pracy było:

18.856

a w tem: a) obłożnie chorych

7.857

b) nieobłożnie chorych

10.999

Na ogólną sumę zgłoszonych — procentowo niezdolnych do pracy wypada 19 na 100 zgłoszeń.

Suma wypłaconych zasiłków chorobowych,

która, w tymże czasie, wynosi: Zł. 62.709.50 gr.
Zł. 1.097.952.59 gr.

Suma wypłaconych zasiłków pogrzebowych, która w tymże czasie wynosi: Zł. 62.709.50 gr.

Zasiłki wypłacono za 443.964 dni chorobowe.

W szpitalach leczono 2.397 osób. Chorym wydano recept: W aptekach Kasy Chorych 218.500, w aptekach prywatnych 3.698.

W roku 1925 urządzono w domu własnym ambulatorjum dla chorych skórnych i wenerycznych, ambulatorjum dla chorych ocznych i ambulatorjum laryngologiczne.

W okresie sprawozdawczym urządzono dla badań bakteriologicznych (dla badań krwi, moczu itp.) laboratorium chemiczne, wskutek czego zmniejszono wydatki, gdyż przedtem oddawano analizy do zakładów prywatnych.

Kasa Chorych zorganizowała instytut stomatologiczny. W miejsce całego szeregu prywatnych zakładów dentystycznych stworzono jeden wielki zakład, wyposażony we wszelkie środki i urządzenia, obejmujący cały szereg pokoi (10) z natury rzeczy bez porównania lepszy od zakładów prywatnych. Zakład ten urządzono według wskazówek fachowych naczelnego lekarza dentysty, będzie oddany do użytku już w dniach najbliższych.

W zakładzie ortopedycznym Kasy Chorych wykonano w okresie sprawozdawczym ogółem 54.809 zabiegów, w tem:

1) naświetlań lampą kwarcową	12.800
2) kąpiele elektrycznych	11.172
3) ćwiczeń Zanderowskich	8.484
4) masaży	12.977
5) elektryzacji	3.856
6) diatermji	5.320
7) gipsów	200

Ogółem leczono 2.756 chorych.

W ambulatorjum lamp kwarcowych udzielono 24.559 naświetlań, a leczono 1.303 dzieci.

Inne zabiegi:

Wydano: a) protez zębnych	639
b) okularów i szkieł	4.007
c) bandaży różn. rodz.	1.023
d) do Roentgena odesłano osób	4.191
e) do badania krwi i moczu	6.115

Osobnym działem leczenia Kasy Chorych m. Lwowa jest leczenie chorych członków i członków rodzin na jej koszt w zakładach leczniczych i sanatoriach. Oprócz 2.397 chorych w szpitalach 639 osób leczonych w lecznicy Okręgowego Zw. Kas Chorych we Lwowie, leczyła Kasa Chorych w Tow. Walki z gruźlicą osób 588, w Sanatorjum w Hołosku 75, w Sanatorjum w Worochcie — 105, w sanatorjum w Mikuliczynie — 44, w sanatorjum w Iwoniu 142, przyczem podkreślić należy, że w niektórych sanatoriach, jak np. w Worochcie itp. chorych leczono nie przez 4—6 tygodni, ale częstokroć po kilka miesięcy. Kasa Chorych posiada własny zakład leczniczy w Szkle (Małopolska). W roku bieżącym leczyło się tam 361 osób.

LWÓW. BUDOWA SANATORJUM DLA GRUŻLICZYCH.

Dotychczas Kasa Chorych m. Lwowa wysyłała swych członków dotkniętych gruźlicą zamkniętą do sanatorjów w Worochowie, Bystrej i Wojsławicach lub do baraków, utrzymywanych przez T-wo walki z gruźlicą w Hołosku pod Lwowem, w których rozporządzała pewną, szczerpłą ilością łóżek. Chorzy z otwartą gruźlicą w braku odpowiednich sanatorjów — z konieczności pozostawiani byli w domu, gdzie stanowili groźne niebezpieczeństwo dla swego otoczenia.

Celem podjęcia skuteczniejszej walki z największym wrogiem klasy pracującej — gruźlicą, Zarząd Kasy chorych m. Lwowa uchwalił na ostatnim swem posiedzeniu przystąpić do budowy dwóch wielkich sanatorjów (o 100 do 120 łóżkach) jednego dla zamkniętej a drugiego dla otwartej gruźlicy i w tym celu podwyższyć na przeciąg jednego roku składkę o 1% t. j. do 7½%. Sanatorja te wyposażone w najnowsze urządzenia miałyby stanąć w lesistej okolicy Lwowa na gruncie ofiarowanym w tym celu Kasie przez Gminę miasta Lwowa.

Tę uchwałę zarządu powziętą **jednomyślnie** t. j. tak przez ubezpieczonych jakoteż przez pracodawców przedstawił następnie przewodniczący zarządu red. Jan Szczyrek Radzie Kasy na grudniowym posiedzeniu, na którym sprawa wywołała bardzo obszerną i ożywioną dyskusję.

Wszyscy mówcy, którzy w dyskusji głos zabierali, uznawali potrzebę i konieczność budowy sanatorjów gruźliczych, niektórzy z nich jednak byli zdania, że ze względu na ciężkie położenie ekonomiczne kraju nie należy podwyższać składek, a o potrzebne fundusze starać się w inny sposób jak np. w drodze pożyczki, oszczędności i t. p.

Ostatecznie Rada Kasy idąc za kompromisowym wnioskiem pracodawcy p. Jegiera zatwierdziła i to również **jednomyślnie** uchwałę zarządu z tą odmianą, że od dnia 1 stycznia 1927 składki będą na cel budowy sanatorjów dla gruźliczych podwyższone na przeciąg dwóch lat o ½% t. j. do 7%.

Wobec tego budowa sanatorjów już w najbliższym czasie po wyborze odpowiedniego gruntu — zostanie rozpoczęta.

BRZOZÓW. Z DZIAŁALNOŚCI ZARZĄDU W R. 1926.

Zarząd Kasy odbył w b. r. 11 posiedzeń zwyczajnych i 1 nadzwyczajne.

Zarząd przyjął do pomocy kontrolera. Okazało się, że pomoc ta była konieczna, bo po 3 miesiącach członków przybyło.

Zmieniono radcę prawnego Kasy, który energicznie ściga zaległości, lub też zabezpiecza pretensje Kasy przez zajęcia a częściowo przez zapiętkowanie się na nieruchomościach dłużników. W bardzo wielu wypadkach, zawiera się dobrowolne umowy z pracodawcami o spłatę zaległości w ratach miesięcznych. Zarządzono również wdrażanie egzekucji już po 3 miesięcznym zaleganiu składek.

Wypowiedziano umowę z lekarzami i rozpisano konkurs na lekarza kasowego. Ponieważ kandydaci ubiegający się o tą posadę nie odpowiadali całkowicie warunkom konkursu a z drugiej strony lekarze miejscowi okazali chęć ustępstwa, przeto Zarząd Kasy doszedł z nimi do porozumienia na korzystniejszych warunkach dla Kasy. Obecnie pobierają lekarze stałe pensje, suma których nie przekracza 1000 zł. miesięcznie, a w tej kwocie wliczone już leczenie członków obcych Kas. Nowa umowa wpłynęła też na kosztta leków, gdyż rachunki aptekarskie obniżyły się z 35% na 27%. Przyczyniło się do tego zarządzenie, że lekarzom kasowym wolno udzielać porad lekarskich w niedzielę i święta tylko w wypadkach ważnych, niecierpiących zwłoki.

Liczba ubezpieczonych stale wzrasta, pomimo ciągłych redukcji i zwiżania warsztatów pracy, przybyło ponad 300 członków, a przypisy wzrosły z 5000 na 8000 zł.

Dochody i wydatki budżetowe Kasy Chorych m. Warszawy

za okres od 1 stycznia — 30 września 1926 r.

	DOCHODY	Preliminarz		Wpływy	Różnice		Zaległe należności	Razem	U W A G I
		Roczny	na trzy kwartały		Niedobór	Nadwyżka			
1	Składki członkowskie . . .	22.050.000.—	16.537.500.—	17.063.296.64	—	525.796.64	49.279.72	+ 575.076.36	składki od pracowników Kasy Chorych za m. sierpień i wrzesień 1926 za okres od 1 stycznia do 30 września 1926 r. Zł. 8.999.75 zaległ. należ. za m-c wrzesień od Zakł. Ub. Lwów i 20.000 od Pow. Kasy Ch. m. Warszawy.
2	Zwroty od Skarbu Państwa	500.000.—	375.000.—	—	375.000.—	—	277.691.32	— 97.308.68	
3	„ świadczeń	163.000.—	122.250.—	126.676.04	—	4.426.04	28.999.75	+ 33.425.79	
4	Kary	40.000.—	30.000.—	52.321.91	—	22.321.91	—	+ 22.321.91	
5	Odsetki	275.000.—	206.250.—	216.705.10	—	10.455.10	—	+ 10.455.10	
6	Różne wpływy	387.000.—	290.250.—	354.474.82	—	64.224.82	—	+ 64.224.82	
	Razem	23.415.000.—	17.561.250.—	17.813.474.51	375.000.—	627.224.51	355.970.79	+ 608.195.30	+) Nadwyżka. —) Niedobór.

	WYDATKI	Preliminarz		Wydano	Różnice		Zaległe należności	Razem	U W A G I
		Roczny	na trzy kwartały		Pozostałość	Przekroczenie			
1	Dział Ogólny	442.000.—	331.500.—	339 410.39	25.666.07	33.576.46	4.208.—	— 12.118.39	Preliminarz na trzy kwartały został zwiększony o kredyty dodatkowe: w Dziale Finansowym o zł. 14.835.— „ „ Lekarskim „ „ 87.030.— „ „ Aptecznym „ „ 12.340.— Razem . . . 114.205.— i zmniejszony w Dziale Administracyjnym o zł. 12.525.— Ogółem zwiększony zł. 101.680.—
2	„ Finansowy	1.639.220.—	1.229.835.—	1.390.828.79	207.377.39	368.371.18	20.000.—	— 180.993.79	
3	„ Administracyjny . . .	2.075.300.—	1.556.475.—	1.874.885.32	143.640.03	462.050.35	—	— 318.410.32	
4	Zasiłki	5.000.000.—	3.750.000.—	3.652.136.62	97.863.38	—	—	+ 97.863.38	
5	Dział Lekarski	9.051.215.—	6.789.030.—	6.965 921.28	643.072.42	819.963.70	839.434.93	— 1.016.326.21	
6	„ Apteczny	2.496.450.—	1.872.340.—	2.240.066.35	31.000.30	398.726.65	40.000.—	— 407.726.35	
	Razem	20.704 185.—	15.529.180.—	16.463.248.75	1.148.619.59	2.082.688.34	903.642.93	— 1.837.711.68	+) Pozostałość. —) Przekroczenie.

D O C H O D Y:

wpływy	17.813.474.51	
zaległe należn.	355.970.79	18.169.445.30
niedobór		970.018.11
		<u>19.139.463.41</u>

W Y D A T K I:

Wydano	16.463.248.75	
zaległe należn.	903.642.93	17.366.891.68
10% Fund. zapas.	1.736.860.17	
kary	35.711.56	1.772.571.73
		<u>19.139.463.41</u>
Niedobór	970.018.11	

Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W WARSZAWIE.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie, obejmujący swym zakresem działania województwo warszawskie, lubelskie i białostockie, jest najmłodszym z pośród istniejących już Związków. Powstał on dopiero od listopada 1924 r., działalność swą rozpoczął faktycznie w marcu 1925 r., po wyborze władz kasowych.

W okresie tym Województwo Warszawskie na 23 powiaty miało zaledwie na 1.I 1925 r. 8 Kas, w ciągu 1925 r. zostało zorganizowanych 13 Kas, w 1926 r. — 3 Kasy, czyli, że obecnie we wszystkich powiatach województwa są już czynne Kasy Chorych. W Województwie Lubelskim na 20 powiatów było uruchomionych 3 Kasy, 1925 r. powstały 4 Kasy, w 1926 r. 9 Kas. Województwo Białostockie na 15 powiatów liczyło 5 Kas, w ciągu 1925 r. uruchomiono 4, w 1926 r. 4 Kasy.

W okresie organizacyjnym t. j. do stycznia 1926 r. Związek liczył 37 Kas. Obecnie ilość Kas wzrosła do 53. W tem w Woj. Warszawskim: 24, (zarządzanych przez władze autonomiczne, 13 przez Komisarzy), w Woj. Lubelskim: 16 (zarządzanych przez Komisarzy); w Woj. Białostockim: 13 (2 z władzami autonomicznymi, 11 administrowanych przez Komisarzy).

Z chwilą rozpoczęcia działalności Związku, zapoczątkowany został nadzór nad Kasami. Związek dokonywał inspekcji, mających na celu wprowadzanie ulepszeń, gospodarki oszczędnościowej, w miarę konieczności w poszczególnych Kasach — reorganizację.

W ten sposób przeprowadzono w r. 1925/26 lustrację w 42 Kasach związkowych: w 28 Kasach po jednej inspekcji, w 11 po 2, w jednej — 3 i w 2 Kasach po 4 inspekcje. Nie została dokonana inspekcja w Kasach najmłodszych, od niedawna czynnych. Ponadto Związek pośredniczył w pertraktacjach z lekarzami w 13 Kasach, z pracownikami farmaceutycznymi w 2 Kasach, współdziałając przy zawieraniu umów z lekarzami celem ujednolicienia warunków pracy i płacy lekarzy; opracowaniu regulaminów i ujednolicieniu księgowości. W ostatnich czasach rozpoczęta została również retakcja recept, nadsyłanych przez Kasy związkowe.

W dalszej działalności usilnem dążeniem Związku jest: powołanie do życia inspekcji leczniczej, mającej na celu badanie jakości pracy lekarskiej, inspekcji aptecznej dla kontrolowania fachowego aptek i składnic aptecznych.

Różnorodność warunków pracy i płacy pracowników Kas: w administracji i lecznictwie wysuwa na bliższy plan dążenie Związku do unormowania umów z pracownikami Kas.

Jedną z największych trudności, z jaką borykać się muszą prowincjonalne Kasy Chorych — to brak lekarzy — specjalistów. Związek musi im przyjść z pomocą, organizując lecznictwo specjalistyczne.

Ponadto Związek ma zamiar urządzić hotel dla przyjezdnych z prowincji oraz sanatorium dla piersiowych chorych.

KRAKÓW: PRZYCHODNIA PRZECIWGRUŻLICZA K. CH.

Od maja r. b. czynną jest Poradnia przeciwgruźlicza Kasy Chorych (a właściwie ambulatorjum), która ma za zadanie, poza udzielaniem porad i leczeniem chorych zgłaszających się do Przychodni, także roztoczenie opieki nad rodziną chorego; narażoną na zakażenie przez ciągły kontakt z chorym, wyszukanie źródła zakażenia i nieuszkodliwienie go, względnie jeśli sam chory jest źródłem szerzenia się gruźlicy, zmniejszenie niebezpieczeństwa dla otoczenia. Pracą w ambulatorjum zajmuje się zespół lekarzy i wywiadowczyń - higienistek, które odwiedzają mieszkania chorych na gruźlicę, zdają sprawozdania o stanie społecznym rodziny i warunkach mieszkaniowych, udzielają rad i wskazówek, jak otoczenie ma się za-

chować w stosunku do chorego, a jak chorzy, by zmniejszyć niebezpieczeństwo zakażenia. Pielęgniarki porozumiewają się z lekarzami w sprawie skierowywania rodzin do badania i w ten sposób wyszukuje się wszystkie wczesne przypadki gruźlicy, które łatwiej jest leczyć i uchronić przed rozwojem tej choroby.

Spostrzeżenia zarówno u chorych, badanych, jak też i wywiady społeczne prowadzi się na specjalnych drukach, by mieć dane do postępowania i wskazań leczniczych. Wprawdzie ani Kasa ani też Towarzystwo walki z gruźlicą nie rozporządza środkami, któreby mogły zmienić zasadnicze warunki życia chorych i ich rodzin, jednak w warunkach obecnych przez uświadomienie i kontrolę można zmniejszyć znacznie szerzenie się gruźlicy, a tem samem zmniejszyć i liczbę chorych. Nakład pracy musi wydać wyniki i chociaż może nie natychmiastowe, to po kilku latach już będą widoczne skutki pracy Poradni.

Karty chorobowe zawierają notatki, odnoszące się do stanu choroby przy każdorazowym badaniu. Poradnia składa się z poczekalni, pokoju do badań z dwiema rozbieralniami i pokoju do zabiegów (dość obszerny, gdzie ma być umieszczony i aparat Roentgena, który już w najbliższym czasie będzie sprowadzony). Prócz badania, poradnia stosuje na wielką skalę zabiegi, jak zastrzyki dożylnie soli wapniowych i złota, tuberkulinę i odnę sztuczną. Do przychodni przeciwgruźliczej z Kasy skierowywani są obecnie chorzy wyłącznie ze zmianami chorobowymi daleko posuniętymi, t. j. albo prątkujący, albo też, u których zmiany fizyczne są zupełnie wyraźne, dlatego też materiał ten nie może dawać dużych wyników leczniczych — jednak w przypadkach umieszczanych w zakładzie dla chorych gruźliczych na Prądniku (pod Krakowem) a skierowanych odpowiednio, mamy dobre wyniki i bardzo znaczną poprawę. Aby jednak we wszystkich wczesnych postaciach gruźlicy zapobiec rozwojowi choroby, należałoby rozszerzyć zakres Poradni, Przedewszystkiem na przypadki gruźlicy wczesnej, a tak samo na postacię gruźlicową i gruźlicę chirurgiczną.

W sprawie „Przychodni” odbyła się też konferencja lekarza administracyjnego D-ra Glassnera i Dyr. Kasy Chorych Żychowicza z lekarzami ambulatorjum przeciwgruźliczego, na której uchwalono:

1) Ponieważ Przychodnia ma dokładne dane dotyczące chorych i stały kontakt z Prądnikiem, wskazaniem byłoby, by Przychodnia rozporządzała miejscami na Prądniku.

2) Mała ilość miejsc szpitalnych nie pozwala na należyłą izolację chorych, koniecznem byłoby porozumienie się ze szpitalem św. Łazarza w sprawie zapewnienia odpowiedniej ilości miejsc w nowym baraku szpitala św. Łazarza dla członków Kasy.

3) Rozszerzenie zakresu działania Poradni na przypadki wczesnej gruźlicy, również gruźlicowej i chirurgicznej, celem uchronienia otoczenia i samych chorych przed rozwojem choroby.

4) Celem utrzymania walki z gruźlicą na należytym poziomie należy wysłać lekarzy na zwiedzanie urządzeń zagranicznych z tem, że kosztą częściowo opłacać będzie sam lekarz. Wyjazdy lekarzy winny być obowiązkowe.

5) Ponieważ personel Poradni jest narażony na zakażenie należy pracowników ubezpieczyć na wypadek niezdolności do pracy i śmierci.

6) Przy poradni zorganizować pracownię podręczną (zwłaszcza, że mikroskop i szkło daje Towarzystwo przeciwgruźlicze).

7) Ustalić, by przypadki gruźlicy otwartej pozostały tylko w opiece Poradni t. j. wspólnie z Towarzystwem Przeciwgruźliczem, celem roztoczenia opieki nad domem chorego i przekazywania Poradni, Towarzystwa Przeciwgruźliczego

chorych po wyczerpaniu świadczeń kasowych. Centrala Kasy ma się ograniczyć do diagnostyki chorób płucnych, któraby cały materiał schorzeń płuc przesiewała.

8) Rozszerzyć Kasową propagandę przeciwgruźliczą w pismach i odczytach popularnych.

9) Zakupić dla ambulatorjum przeciwgruźliczego 1000 spluwaczek z grubego szkła z napisem „Kasa Chorych” i wydawać prątkującym spluwaczki. Zakupić serwetki z bibulki, by chorzy przy badaniu w Poradni mieli czem zasłaniać usta.

10) Zakupić druki dla Poradni do „badania chorych” i na wywiady społeczne, oraz drukować pouczenia, uliski i ulotki propagandowe.

WSPÓLPRACA KAS CHORYCH Z SAMORZĄDAMI.

Lepszy przykład, niżli rada. Zachęcony pracą i frekwencją lekarza objazdowego — specjalisty chorób ocznych, o czem pisaliśmy w Nr. 2 naszego Przeglądu, organizator Kas Ch. w Wojew. Białostockiem Dr. Szaykowski rozpoczyna podobną akcję w kierunku zwalczania gruźlicy.

Pięć Kas sąsiadujących powiatów: Ostrołęckiego, Ostrowskiego, Wysoko - Mazowieckiego, Sokołowskiego i Węgrow-

skiego w ścisłym porozumieniu z Magistratami tych miast i Wydziałami Powiatowymi rozpoczynają planową akcję przeciwgruźliczą.

Specjalnie zaangażowany lekarz chorób płucnych objeżdżać będzie raz na tydzień wymienione miasta powiatowe, gdzie przyjmować będzie wyłącznie gruźlików, bez względu czy zgłoszony należy do Kasy czy nie.

Tu natykamy się na brak ustawy, który przy pierwszej sposobności powinien być usunięty; chodzi nam w tej chwili o „związki celowe”, których nie przewiduje ustawa z dn. 19 maja 1920 r.

Kasy jednak radzą sobie drogą umowy notarialnej, do czego mają prawo jako jednostki prawne.

Program szczegółowy zostanie opracowany przez specjalny Komitet, teraz tylko możemy podać, że poza lecznictwem projektowaną jest szeroka akcja propagandy z pokazami, odczytami na całym terenie tych 5 powiatów.

Szerokiemu zakresowi akcji przeciwgruźliczej, na większą skalę podjętej przez wspólny wysiłek Kas i samorządów należy się inicjatorom gorące uznanie.

Oby i ten przykład znalazł licznych naśladowców.

KRONIKA.

DODATEK XX-TY DO STATUTU WSPÓLNEGO BRACTWA GÓRNICZEGO W KRAKOWIE.

Na podstawie ustawy austr. z 1889 r. istniały w byłym zaborze austriackim kasy brackie, w których ubezpieczeni byli górnicy na wypadek choroby i niezdolności do pracy. Z chwilą wprowadzenia polskiej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, górnicy są ubezpieczeni na wypadek choroby w ogólnych kasach chorych. Natomiast kasy brackie straciły ubezpieczenie na wypadek choroby, a ograniczyły się tylko do ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. Wobec zniszczenia majątku bractwa przez dewaluację, wyższy urząd górniczy w Krakowie rozporządzeniem z 22/7 1926 roku L. 3617 zatwierdził dodatek XX-ty do statutu wspólnego bractwa górniczego w Krakowie, który od d. 1 sierpnia b. r. wprowadza nowy wymiar prowizji i wkładek.

Wedle § 23 statutu zmienionego dodatkiem, kasa prowizyjna obowiązana jest wypłacać od dnia 1 sierpnia 1926 r. prowizję w wysokości **200 złotych rocznie!** a) prowizjonistom (prowizjogórnistkom) bez względu na płeć, sprowizjowanym przed dniem 1 sierpnia 1926 r. dożywotnio, lub też aż do ewentualnego odzyskania zdolności do pracy zawodowej, b) członkom pełnoprawnionym, którzy z powodu choroby lub starości albo przygody w przedsiębiorstwie stali się trwale niezdolnymi do pracy zarobkowej — licząc od dnia sprawdzonej trwałej niezdolności do pracy zawodowej i to po ukończeniu zasiłku z pow. kasy chorych. Członkom Bractwa, którzy pobierają renty z zakładu ubezpieczenia od wypadków (we Lwowie) po myśli ustawy austr. z dnia 30/XII 1917 r. rozszerzonej ustawą polską z dnia 7/VII 1921 r. wypłaca się w myśl § 14-go tejże ustawy prowizję z Kasy prowizyjnej tyle, o ile oba wymiary nie przewyższają dwie trzecie tego zarobku, jaki służył za podstawę do wymiaru renty wypadkowej, gdyby renta inwalidy była wyższa aniżeli $\frac{2}{3}$ tego zarobku, wówczas spoczywa wypłata prowizji z kasy prowizyjnej (zaznaczyć należy, że górnicy są ubezpieczeni jak wszyscy robotnicy nie tylko od wypadków, ale także na wypadek niezdolności do pracy, spowodowanej chorobą lub starością).

Żonaty ma ubezpieczyć jako prowizję wdowią 100 złotych rocznie. Sieroty otrzymują do skończonego 15-go roku życia po $\frac{1}{4}$, zaś sieroty bez ojca i matki po połowie tej prowizji,

k któraby się zmarłemu ojcu lub matce należała wedle § 23. Sierotom, niezdolnym do zarobkowania, może Zarząd bractwa przedłużyć wypłatę prowizji po ukończeniu 15 roku życia, jak długo nie zarabiają. Suma prowizji wdowej i prowizji sierotych nie może przenosić pełnej prowizji zmarłego względnie zmarłej § 23. Wdowom i sierotom po zabitych członkach, którym przysługuje prawo do renty wypadkowej nie przysługuje prawo do prowizji.

Członkowie bractwa od dnia 1 sierpnia 1926 r. mogą dobrowolnie po zbadaniu przez lekarza ubezpieczyć się na wyższą prowizję (o 20 zł. rocznie lub wielokrotność) ale muszą opłacać podwójne wkładki (także za pracodawców). Członkowie bractwa mają prawo do prowizji od dnia sprawdzonej trwałej niezdolności do pracy zawodowej, jednakże jeżeli ta niezdolność do pracy nie nastąpiła wskutek wypadku w przedsiębiorstwie, dopiero wtedy gdy przynajmniej pięć lat byli członkami Bractwa.

Od dnia 1 sierpnia 1926 r. mają członkowie Bractwa uiszczać do kasy Bractwa składkę, miesięczną w kwocie 6 zł. 7 gr., oraz dodatek sanacyjny w kwocie 1 zł. 81 gr. t. j. razem 7 zł. 88 gr., z czego połowę płaci członek a połowę pracodawca.

Kasa prowizyjna wypłaca na koszt pogrzebu prowizjonisty 50 zł., wdowy lub żony 30 zł., sieroty i dziecka do 15 roku życia 25 zł.

Z powyższych przepisów widzimy, że zaopatrzenie górników na wypadek niezdolności do pracy i pozostałych po nich rodzin w byłym zaborze austriackim, jest żebaczne. To też górnik stara się pracować do wyczerpania ostatnich sił i idzie na prowizję tylko w razie ostateczności. Wobec tego zachodzi konieczność reorganizacji ubezpieczenia górników na wypadek niezdolności do pracy. Przyspieszenia tej reorganizacji domaga się obecne bezrobocie, którego likwidacja w przemyśle górniczym nie nastąpi w najbliższym czasie. Wobec tego rząd powinien bezzwłocznie wypracować projekt ubezpieczenia górników i hutników na wypadek starości i niezdolności do pracy, któreby w sposób nowoczesny i jednolicie dla całego państwa (w miejsce zaborczych ustaw austriackich i pruskich oraz dla byłego zaboru rosyjskiego) uregulowało tę piękną sprawę.

Dr. A. M.

SZKOŁA KASOWA W NIEMCZECH.

Główny Związek niemieckich Kas Chorych urządza 5-ciodniowy kurs dla członków Zarządów Kas Chorych, dla lekarzy zaufania i pracowników na stanowiskach kierowniczych. Kurs ten dzieli się na 3 grupy, z których każda jest przeznaczona dla innej kategorii uczestników. Ponadto urządzono wykłady wspólne dla wszystkich uczestników.

Na kursie z dziedziny administracji kasowej uderza daleko posunięta specjalizacja wykładów. Wykłady będą następujące:

- 1) Umowy z zakładami zawod. ubezpieczenia od wypadków;
- 2) Zabezpieczenie bezrobotnych a Kasy Chorych,
- 3) Realizacja pomocy dla położnych,
- 4) Metody statystyki chorobowej,
- 5) Maszyny, jako środek pomocniczy techniki administracyjnej,
- 6) Badania psychotechniczne uzdolnień pracowników biurowych.

W grupie wykładów wspólnych dla wszystkich uczestników urządzono wykłady z dziedziny administracji:

- 1) Udzielanie pomocy lekarskiej ubezpieczonym,
- 2) Rezultaty praktyczne orzecznictwa lek. w chorobach zawodowych,
- 3) Kontrola chorych i jej zadania,
- 4) Kontrola lekarstw,
- 5) Maszynowa statystyka lecznicza w pomocy lekarskiej.

Drugą część wykładów tej grupy stanowią wykłady z dziedziny pomocy lekarskiej: a mianowicie część ogólna:

- 1) opieka lekarska i życie gospodarcze, 2) Zasady opieki lekarskiej w Kasach Chorych, 3) Zasady prywatnej i publicznej opieki społecznej. Część szczegółowa: 1) propaganda higieny i Kasy Chorych, 2) Zadania Kas Chorych w poszczególnych działach opieki lekarskiej (gruźlica, choroby weneryczne, opieka nad dziećmi i t. d.).

Jak widzimy wykłady tego kursu odznaczają się daleko posuniętą specjalizacją. Powodem tego jest oczywiście fakt długiego istnienia Kas, które przeszły już okres pracy ogólnej i organizacyjnej.

PROJEKTOWANE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W AUSTRALJI.

W r. 1924 została powołana w Australji Komisja Królewska dla opracowania zagadnienia ubezpieczeń społecznych, obejmujących ubezpieczenia na wypadek choroby, stałej niezdolności do pracy, starości, bezrobocia, macierzyństwa i t. d.

W pierwszym sprawozdaniu opublikowanym w zeszłym roku Komisja zalecała, aby zorganizowaną była centralna Kasa ubezpieczeń społecznych, któraby zapewniła wypłacanie odszkodowań na wypadek choroby, inwalidztwa, macierzyństwa: 1) aby Kasa wprowadziła przymus należenia do niej, 2) aby odszkodowanie na wypadek choroby, wynoszące 30 szylingów na tydzień było wypłacane członkom ubezpieczonym w ciągu pierwszych 6-ciu miesięcy, jeżeli z powodu choroby są niezdolni do pracy, 3) aby odszkodowanie, nie przekraczające 20 szylingów na tydzień było wypłacane niepełnoletnim członkom ubezpieczonym (mającym mniej niż 21 lat) w ciągu tego samego okresu niezdolności, 4) aby odpowiednie odszkodowania były wypłacane członkom ubezpieczonym w razie niezdolności do pracy na skutek nieszczęśliwego wypadku i żeby kwestja zastosowania ustawy, dotyczącej nieszczęśliwych wypadków przy pracy była w zarządzie Kasy ubezpieczeń gruntownie opracowana, 5) aby odszkodowanie na wypadek inwalidztwa w sumie 20 szylingów tygodniowo

było wypłacane członkom ubezpieczonym w okresie niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku przy pracy, trwającym dłużej niż 6 miesięcy, 6) aby zasiłki pógowe wynoszące 20 szylingów tygodniowo były płatne na 2 tygodnie przed i 4 tygodnie po pójściu kobiecie ubezpieczonej w Kasie albo żonie członka ubezpieczonego, 7) aby odszkodowanie emerytalne w kwocie 20 szylingów tygodniowo płacone mężczyznom ubezpieczonym po dojściu do 65 lat, a kobietom ubezpieczonym po osiągnięciu 60 lat, 8) aby dodatek 5 szylingów tygodniowo na każde dziecko poniżej lat 16 pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego płacono członkowi ubezpieczonemu w całym okresie niezdolności do pracy, 9) pozatem, aby stworzono organizację, dotyczącą zdrowia publicznego, któraby dostarczała ludności odpowiedniej opieki lekarskiej i zorganizowała odpowiedni aparat w celu zapobiegania chorobom i wypadkom, 10) żeby ta organizacja była oddzielona od administracji Kasy ubezpieczeniowej, i żeby czynności Ministerstwa Zdrowia były w ten sposób rozszerzone, aby mogły w czasie jaknajprędzszym sprawować odpowiedni nadzór nad służbą zdrowia, szczególnie zaś w dziedzinie opieki nad macierzyństwem.

W drugim swem sprawozdaniu opublikowanym w sierpniu komisja zajęła się kwestją bezrobocia i doszła do wniosku, że łączna akcja rządu i praca związków zawodowych będą mogły zmniejszyć bezrobocie. Komisja zaleca, aby rada reprezentująca organizacje urzędników państwowych i związki zawodowe miała za zadanie: utworzenie w całej Australji sieci biur pośrednictwa pracy; rejestrowanie i dozorowanie istniejących prywatnych gield pracy; zbieranie, układanie w tablice i analizowanie szczegółowych danych statystycznych, dotyczących podaży i popytu pracy w różnych gałęziach przemysłu w ciągu roku; przeprowadzenia specjalnych ankiet o przyczynach bezrobocia, współdziałanie z instytucjami, poszczególnymi departamentami i władzami lokalnymi (samorządowymi) w celu zatrudnienia i zarejestrowania poszukujących pracy; współdziałanie z instytucjami szkolnymi w celu stworzenia systemu dokształcania zawodowego; współdziałanie z ministerstwem imigracji w sprawie zatrudnienia imigrantów, oraz stałe dostarczanie dokładnych informacji o stanie rynku pracy.

Pozatem sprawozdanie Komisji zaleca również utworzenie instytucji ubezpieczeń na wypadek bezrobocia.

T. B.

KASA CHORYCH DLA LEKARZY.

W Wiedniu istnieje Kasa Chorych dla lekarzy. Zarząd tej Kasy złożony naturalnie z samych lekarzy, uchwalił na jednym ze swych posiedzeń w r. b., że nie wolno zapisywać chorym lekarzom specyfików ze względu na wysoki ich koszt. Lekarze, jako członkowie tej Kasy, uznali to zarządzenie za zupełnie słuszne, ale jednocześnie, jako lekarze kasowi (robotniczych Kas Chorych) rozwijają energiczną propagandę wśród chorych za specyfikami, występując przeciw zarządzeniom robotniczych kas chorych. Podwójna moralność!

WZROST PŁAC LEKARZY I ZASIŁKÓW W NIEM. K. CH.

Według zestawienia głównego związku niemieckich kas chorych wzrosły koszty lekarskie w r. 1925 o 98% w stosunku do r. 1924, a w niektórych lokalnych Kasach nawet o 106%, podczas, gdy zasiłki dla chorych wzrosły tylko o 33%. Wydatki zatem lekarskie wzrosły potrójnie.

Dziwić się nie należy, gdyż przy systemie wolnego wyboru lekarzy zarabiają niektórzy od 50.000 -- 100.000 Mk. rocznie.

„SPRAWA UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH“ (Nr. 11/26 r.)
organ Związku pracowników Kas Chorych.

W piśmie tym czytamy:

„Dłuższą dyskusję wywołała sprawa kursów dla pracowników Kas Chorych. Przyjęto w tej sprawie rezolucję kol. Jaroszewskiego, domagającą się tworzenia przy Okręgowych Związkach Kas Chorych corocznie 10-tygodniowych kursów dla pracowników Kas Chorych. Uczestnicy tych kursów winni otrzymywać pełne pobory i całkowite utrzymanie w siedzibie kursu.

Kasy Chorych słabe finansowo, względnie o małej liczbie ubezpieczonych, mają być subsydjowane przez Okręgowe Związki, względnie przez Ministerstwo Pracy.

Niezależnie od tego, Zarządy Okręgowych Zw. Kas Chorych winny urządzać kursy wieczorowe, mające na celu pogłębienie wiadomości potrzebnych dla pracowników kasy.

Kol. Porębski słusznie podniósł, iż gdyby nawet wszystkie Związki Okręgowe i Ogólno - Państwowy zorganizowały kursy to i tak znaczna liczba pracowników, zwłaszcza z mniejszych Kas Chorych, nie będzie mogła z wykładów korzystać, dlatego też konieczne jest wydawanie odpowiednich broszur. Zarząd Główny, dzieląc ten pogląd, przyjął wniosek kol. Porębskiego, polecający, by Wydz. Wyk. zwrócił się do Zarządu Ogólno - Państwowego, i Okręgowych Kas Chorych, o wydanie skryptów z wykładów, któreby dopełniły wiadomości tych pracowników, którzy narazie nie mogą korzystać z kursów, a zarazem byłyby materiałem dla przyszłych uczniów kursów. W dyskusji wszyscy mówcy podnosili konieczność wprowadzenia seminaryjnego systemu nauczania.

Zarząd Związku naszego nie otrzymał dotychczas oficjalnego zawiadomienia w tej sprawie. Sprawa ta ma jednak duże znaczenie i dla Kas Chorych. W chwili obecnej odbywają się kursy dla pracowników Kas Chorych, urządzone przez Ogólno - Państw. Zw. Kas Chorych, Okr. Związki Kas Chorych w Krakowie i we Lwowie zorganizują w najbliższej przyszłości również Kursy. Okr. Zw. Kas Chorych w Poznaniu zmienił już na swem ostatnim zjeździe delegatów statut, będzie on miał również obowiązek organizowania kursów. Fakty te świadczą, iż potrzeba przeszkolenia i dokształcania pracowników jest bardzo wielka.

Urządzanie kursów jest w chwili obecnej przedmiotem studjów Zarządu Zw. Państw. Zarząd nasz wypowie się w tej sprawie dopiero po ukończeniu kursów urządzonych w Warszawie, by wykorzystać doświadczenie dotychczasowe.

LEKARZ POLSKI ogłasza w Nr. 11 artykuł Dr. T. Kaszubskiego p. t.: „Tendencje rozwoju a stan lekarski“. Autor stwierdza, iż „tendencja rozwoju zmierza niewątpliwie do zorganizowania życia społeczeństwa na podstawie jaknajmniejszego ryzyka dla jednostki. Największa więc a przez to samo podlegająca najmniejszym wahaniom i wstrząsom organizacja społeczeństwa, t. j. państwo, stopniowo obejmuje coraz szersze funkcje regulatora życia społeczeństwa“.

„Przed wojną robotnicy, po wojnie inteligencja wszelkich zawodów, a za nią i silne ekonomiczne sfery gospodarcze (choć w zamaskowanej formie) domagają się ubezpieczenia „złych ryzyk“ przez państwo. Przemysłowcy i finansjści, jak ci, którzy przed wojną byli również czynnikami organizującym życie społeczeństwa, może pierwsi zorientowali się w sytuacji. Oni najpierw zażądali od państwa jaknajszerszej pomocy, zrozumieli, że czas ich jako organizatorów życia spo-

łeczeństwa minął, że tę prawdziwie dodatnią stronę czynności ich musi objąć państwo.

Jeżeli państwo staje się powoli istotnie organizatorem wszystkich przejawów życia społecznego, jeżeli istotnie przejmuję wszystkie „złe ryzyka“ jednostki, to ubezpieczenia społeczne będą ogarniać coraz szersze koła obywateli, a w pierwszej linii jako ich część, ubezpieczenia na wypadek choroby i od nieszczęśliwych wypadków. Inaczej mówiąc, państwo tak będzie organizowało leczenie, że z czasem nikt lub prawie nikt nie będzie wyłączony.

Stan lekarski, może dłużej lub krócej walczyć o zachowanie położenia z przed wojny, może wpływać na szybkość procesu, może go nawet w pewnej mierze modyfikować, ale samej istoty nie zmieni. Stanowi lekarskiemu pozostaje zastanowić się tylko, jak się on dalej będzie rozwijał, jaka powinna być rola jego i jak nie idąc naprzekór tendencji rozwojowej, ma zachować znaczenie swoje i wpływy jak również nie obniżyć poziomu naukowego i etycznego.

Upadek wpływów i powagi stanu lekarskiego widzimy wszędzie. Nigdy ani wartość pracy lekarskiej, ani znaczenie lekarzy nie upadły tak nisko, jak dziś. Stan lekarski nigdzie nie ma szczyrych przyjaciół.

„Nie można zjawiska tego kłaść na karb utraty po wojnie wpływów i znaczenia inteligencji wogóle. Również nie może grać roli, że w życiu politycznym lekarze biorą tak mały udział.

Jedyną przyczyną jest szerokie udostępnienie pomocy lekarskiej, łatwość zdobycia jej i nieprzystosowanie wysokiej wartości i olbrzymiego znaczenia jej do nowych form. Otrzymuje się ją z tytułu pracy, czy stanowiska, częściowo pod przymusem państwowym. Przestaje się ją cenić więc wogóle.

Jakież więc wyjście?? Powrót do dawnych stosunków niemożliwy, dla lekarza społecznie myślącego wysoce niepożądany, bo wtedy istotnie potrzebujący pomocy jego, zostaliby odeń odsunięci.

Pomoc w błahych wypadkach ograniczać się powinna do wskazówek hygienicznych. Lekarz powinien w takich wypadkach stać się wychowawcą chorego.

I tu dochodzę do jądra sprawy. Lekarz musi być nie tylko specjalistą, ale zawsze i hygienistą, inaczej mówiąc być lekarzem społecznym“.

Niestety, rzadko czytamy tak śmiałe słowa na łamach prasy lekarskiej. Zaletą największą artykułu D-ra K. jest postawienie sprawy lekarskiej nie w oderwaniu, lecz jako części ogólnych zagadnień społecznych. Brak tego zrozumienia, iż „kwestja lekarska“ nie jest zjawiskiem oderwanem i w sobie zamkniętem, lecz integralną częścią całego spłotu zagadnień społecznych, jest z reguły słabym punktem wszystkich publikacji lekarskich. Społecznie myślący lekarze, winni kontynuować pracę D-ra Kaszubskiego.

WIADOMOŚCI KASY CHORYCH M. ŁODZI

wprowadziły w Nr. 10 (październik 1926) bardzo ciekawą innowację — dodatek ilustrowany. Jest to zbiór artykułów popularnych, omawiających prace tej Kasy we wszystkich dziedzinach.

Badzo ciekawy jest artykułik p. t.: „Pomoc lekarska przed wojną w większych fabrykach w Zgierzu“ (pow. łódzki). Redakcja dała jeszcze jeden dowód, jaką wielką zdobyczą są nasze Kasy Chorych w stosunku do przedwojennej pomocy fabrycznej na terenie b. dzielnicy rosyjskiej.

Z artykułu tego dowiadujemy się, iż jeszcze w r. 1926 Kasa Łódzka ukończy w Zgierzu budowę nowego gmachu,

w którym znajdzie pomieszczenie ambulatorjum Kasy, apteka i biura oddziału. Kasa Chorych m. Łodzi buduje również w Aleksandrowie (pow. łódzki) nowy gmach kasowy.

Budowa gmachu dokonana będzie w dwóch serjach. Pierwsza serja robót znajduje się na ukończeniu. Druga polegać będzie na wniesieniu pewnego rodzaju przybudówki, przeznaczonej dla Zakładu Kąpielowego. W ten sposób ubezpieczeni na miejscu będą mogli otrzymywać z polecenia lekarza kąpiele lecznicze.

W nowym budynku zostaną otwarte trzy gabinety lekarskie.

Pomieszczenie obecnej lecznicy w Aleksandrowie jest niżej wszelkiej krytyki. Składa się ono z 3-ch wąskich, wilgotnych i brudnych ubikacji, przez które się przelewa cały ruch chorych i interesantów. Brak mieszkań udaremniał wszelkie usiłowania poprawy stosunków. Ubezpieczeni zmuszeni byli otrzymywać w najgorszych warunkach pomoc lekarską. Pracownicy zatrudnieni w takich pomieszczeniach wystawieni byli na groźbę zarażenia się gruźlicą wskutek bezpośredniej styczności z chorymi, jak również nabawienia się reumatyzmu wskutek panującej w lokalu wilgoci.

ARBEITERCHUTZ. P. Małgorzata Scherf w artykule (Nr. 44) p. t.: „Społeczny zasiłek chorobowy” przypomina, iż po wojnie Związki Zawod. niemieckie dążyły do stworzenia „płac społecznych” t. zn. do specjalnych dodatków do płac, zależnie od stanu rodzinnego. Akcja ta nie udała się i w chwili obecnej instytucję „płac społecznych” uznają tylko władze rządowe niemieckie, płacąc specjalne dodatki urzędnikom państwowym posiadającym rodzinę. Z pracowników instytucji prywatnych tylko umowa zbiorowa pracowników — farmaceutów przewiduje opłacanie przez pracodawców specjalnego dodatku do Kasy związkowej, z której członkowie mający rodzinę otrzymują pewne kwoty. Również we Francji istnieją, stosunkowo w dość wielkiej liczbie, tego rodzaju „Kasy wyrównawcze”.

Autorka jest zdania, iż przepis § 191 ust. 1 niemieckiej ustawy dopuszczający fakultatywnie zwiększanie zasiłku chorobowego zależnie od liczebności rodziny (analogiczny przepis mamy i w naszej ustawie — art. 26 lit. b) należy zmienić, uznając tę gradację za świadczenie normalne, niezależne od uchwał władz kasowych. Praktyka bowiem wskazuje, iż Kasy w minimalnym zaledwie stopniu korzystają z tego uprawnienia, albowiem tylko 23% Kas, mających 28% członków, płaciły dodatki rodzinne.

Autorka przyznaje, że sytuacja finansowa Kas jest tak poważna, iż Kasy w chwili obecnej nie mogłyby, bez podniesienia składek, podwyższyć zasiłków. Wobec tego proponuje ustanowienie kolejności przy świadczeniach nadzwyczajnych z tem, by na pierwszym postawiono przymusowo podwyższenie zasiłków, zależnie od liczebności rodziny.

LIST DO REDAKCJI

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Za artykuł mój „Trzeba unormować stosunek lekarzy Kas Chorych” w Nr. 5 „Przegl. Ubezp. Społ.”, w napastliwy sposób zostałem zaatakowany przez bezimiennego rycerza pióra. Nie reagowałbym ani jednym pociągnięciem pióra, gdyby nie fakt, że miejscem napaści był Nr. 21 „Nowin Lekarskich” — organ Naczelnej Izby Lekarskiej i Związku Lekarzy P. P.

Anonimowy autor, chowający się rycersko pod przyłbicą tajemnicy redakcyjnej, zamyka wszelką dyskusję; nie mogąc, a raczej nie chcąc, odwzajemniać się pięknem za nadobne, publicznie protestuję przeciwko podobnym występkom w pracy publicystycznej i z ubolewaniem stwierdzam, że i prasa lekarska nadużywaniem swobody druku przyczyniła się również do konieczności wydania dekretu kagańcowego.

O umieszczenie tych kilku słów protestu nie w imię osobistej urazy, lecz w poczuciu krzywdy zbiorowej, uprzejmie proszę.

Raczy Pan przyjąć wyrazy poważania

Dr. Med. Wacław Szaykowski.

Białystok, 28.XI.1926.

Nie pierwszy to raz „Nowiny Lekarskie” atakują pracowników ubezpieczeń społecznych, uniemożliwiając spokojną i rzeczową polemikę

Zapytujemy Nacz. Izbę Lekarską, której zadaniem jest obrona czci i honoru stanu lekarskiego, dlaczego nie reaguje na obniżanie godności własnej prasy. (Przyp red.).

Od dnia 1 stycznia 1927 r. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” ukazywać się będzie jako miesięcznik w objętości 20—24 stron druku.

Zarząd Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce.

T R E Ś Ć:

Dr. Henryk Kluszyński. Z zagadnień lecznictwa w Kasach chorych.

Dr. Rafał Buber: Nowa ustawa stemplowa K. Ch. Sanatorium związkowe dla chorych na płuca w Łudwikowie pod Poznaniem.

Dr. med. J. Weinbaum. W sprawie nowelizacji ustawy o K. Ch.

Orzeczenia Sądu Najwyższego.

Dr. Eugenja Pragierowa. Pomoc dla bezrobotnych w Polsce.

Ubezpieczenia chorobowe w Czechosłowacji w r. 1923.

Tadeusz Bartnicki. Projekt obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby w Finlandji.

Kwestjonariusz Międzynarod. Biura Pracy w sprawie ubezpieczenia chorobowego.

Prace Kas i Związków.

Kronika.

Przegląd pism.

List do Redakcji.

Redakcja i Administracja: Sosnowa 4, telefon 37-61. Konto P. K. O. Warszawa Nr. 51-150

Prenumerata:

Rocznie 24 zł.
Kwartalnie . . . 6 „
Numer pojedynczy 1 „

Cena ogłoszeń:

¹/₁ strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony
okładki 250 zł.

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO-PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Oddito w drukarni „Robotnika”, Warecka 7.