

Töö ja Tervis

Sotsiaalpoliitiline kuukiri

Eesti Haigekassade Liidu ja Sotsiaalse Arengu Eesti Ühingu häälekandja

Nr. 3

Märts 1934 a.

X aastakäik

Tellimise hind postliga:
aastas 100 senti
6 kuu peale 55 " "
1 " " 10 " "
Välismaale aastas 150 s.

Ilmub kord kuus.
Talitus ja toim.: Tallinn, Lai tän. 38, k.4
Telefon 448-35.
Tellimisi võtavad vastu kõik haigekassad ja postiasutused.
Üksiknumber 10 senti.

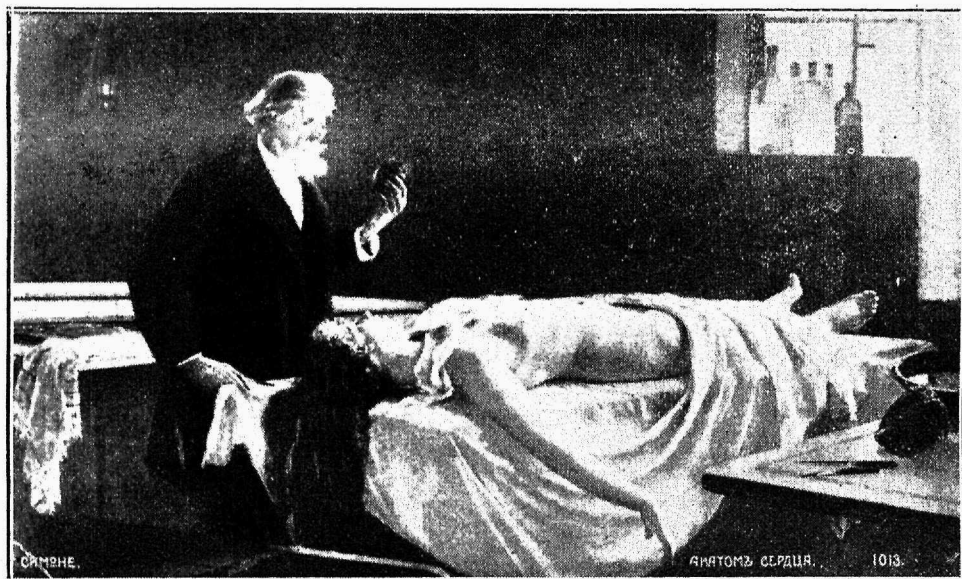
Kuulutuste hinnad:
1 lhk. kr. 20.—
1/2 " " 10.—
1/4—6.— ja 1/8 lhk. " 3.—
Teksti ees — 50% kallim

1934. aasta haigekassade elus.

A. Linnomägi.

Käesolev 1934. aasta on haigekassade elus teatavaks versta-postiks. Nii meie kui ka naabermaadel said haigekassad oma aluse 23. juuni 1912. aasta Vene tööstustööliste ja teenijate hai-

kulusid ära tegevuse algamise ettevalmistuseks. Lihtsamalt kerkisid ellu muidugi haigekassad üksikute suuremate vabrikute ja tehaste juures. Kuid seda keerulisem oli ühishaigekassade



Südame anatoom.

guskindlustuse seadusega. Enamiku 1912. aasta seadusele rajatud haigekassade tegevuse alguseks oli 1914. aasta. Sellega möödub käesoleval aastal paljude haigekassade tegevuse algusest 20 aastat. 1912. ja peamiselt 1913. a.

sünd, kus tuli paljude ettevõtete tegevust teha ja valitsusasutustega kirjavahetust pidada. Tolleaegsed Vene võimud nägid parema meelega üksikuid, vabriku haigekassasid. Suured ühishaigekassad võimaldasid mitme ja isegi

mitmekümne ettevõtte töölistel omavalhelist tihedamalt kokku puutuda, millist asjaolu soovitavaks ei peetud. Kartis ju tollaegne vene valitsus tööliste omavahelist liitumist. Näeme seda sellestki, et tollaegsed suuremates tööstuse keskustes asutatud tööliste kutseühingud elasid üle ühe sulgemise teise järele. Kuid mida rohkem survet avaldati, seda elavamalt võttis töölikond ühingu tegevusest ja tegevusest osa. (Otse vastupidine nähe meie praegusele olukorrale.) Tööstustööliste sundusliku haiguskindlustuse seaduse maksmapaneku põhjuseks ei olnud mitte ainult tahe kindlustada oma enamikus vähe palka saavat vene töolist haigusejuhtudel. Peapõhjuseks selle seaduse maksmapanekul oli ikka enam ja enam rahunemiseks ja revolutsioonilisemaks muutuv töölisliikumine, mis sundis riigivõimu otsima teid tööliste meeoleolu rahuldamiseks. Saksamaal hakati seda teed käima juba 30 aastat varemalt, maksma pannes 1883. a. 15. juunil haiguskindlustusseadust. Pealegi said Saksamaal juba enne 1883. a. 15. juuni seaduse maksmapanekut soodustusi riigi poolt vabatahtlikud haigekassad, mis olid juba ka siis teataval määral sunduslikud. Vene töölikonna ja nende juhtide poolt võeti 1912. a. seadus väga elava huviga vastu. Asutati mitmed ajakirjad haiguskindlustuse küsimuste selgitamiseks. Nendest ilmub praegugi veel N. Venes „Voprosõ strahovanija“. Neis ajakirjades selgitati tulevastele kassaliikmetele haigekassade ülesandeid, andes juhiseid, kuidas saada kätte paremaid tagajärgi kassade tegevuses ja võidelda haigekassade tegevuse ja õiguste laiendamise eest. Oli ju tol ajal haigekassades osa võimu ettevõtete esitajate käes, mis mõjus takistavalt haigekassade tegevuse laiendamisel. Peale ajakirjanduse käsitati haiguskindlustuse küsimusi 1912. ja 1913. a. tööliste omavahelistel koosolekutel. Neid tuli pidada salaja. Olid ju mitmed tööstuse keskused sel ajal, näiteks Peterburgi linn, kümned aastad enne suurt revolutsiooni sarnase kõvendatud kaitseseksukorra all, nagu see meil tuttav on läinud 1933. aastast. Mõnes ettevõttes, kus oli rohkem ärksamaid töölisi, kor-

raldati isegi järjekindel seeria referaatkoosolekuid vaielustega haigekassadesse puutuvate küsimuste üle. Neist koosolekuist osavõtjaid valitigi pärastised volinikud. Tööliste alaline nõudmine oli, et haigekassade üle valitsemine oleks täielikult kassaliikmete eneste käes, kuigi 1912. a. seaduse järele töölistel kassa juhatuses oli hääleline enamus. Juhtus tihti, et juhatusse sattus tööliste esitajana inimene, kes laskis end mõjutada ettevõtjate esindajaist, millega tegelikult hävines tööliste esinduse enamus.

Peale 1917. a. revolutsiooni loobusid mitmed ettevõtted vabatahtlikult oma õigustest kassade juhatuses. Samal aastal läks nõndanimetatud Kerenski-aegse seadusega haigekassade valitsemine täiesti tööliste kätte, selle seaduse alusel töötavad meie haigekassad praegugi. Eesti vanematel haigekassadel tuli üle elada veel okupatsiooniaeg, kus haigekassades tööliste esindus vägivaldselt kõrvaldatud. 20-aastase tegevusega on haigekassade vajalikkus sügavale juurdunud kassaliikmete ja nende perekondade seas. Määratu palju perekondi on nende toitja haiguse puhul päästetud näljast ja viletsusest abirahadega, mida maksnud haigekassad. Rääkimata paremini korraldatud arstiabist, missugust rõhuval enamusel töölistest haigekassade puudumisel poleks olnud võimalik saada. Selle tõttu on ka arusaadav see ärevus, mis tekkis kassaliikmete seas peale oktoobri rahvahääletust. Pöörati haigekassade tegelaste poole küsimusega, et kas nüüd veel haigekassad jäävad püsima või kaotatakse nad ära. Küsijate ärevus oli ka arusaadav, sest olid ju peale teiste mitmed tuntud tööliste haiguskindlustuse vastased tulised uue põhiseaduse pooldajad. On sarnaseid ettevõtjaid, kelle töölistes vana põhiseaduse ajal pidid kuude ja aastate viisi oma teenitud raha ootama, ka need lootsid uue seadusega enesele veel paremaid aegu. Tuli küsijate rahustamiseks selgitada tõsiasja, et rahvahääletusel vastuvõetud uus põhiseadus ise ei anna haigekassadele midagi juurde ega võta ära, samuti nagu ei suudetud esimese põhiseaduse ajal laiendada sotsiaalkindlustust tööpuuduse, invaliid-

suse jne. peale. Ei suudetud isegi laiendada maksvat haiguse ja tööõnnetuste vastu kindlustust äriteenijate, majateenijate, põllutöölise jne. peale, kuna selle vastu seisid müürina jõukate kihide esitajad nende eelnõude arutamisel. Suudeti ainult ära hoida praeguse seaduse kitsendusi. Sotsiaalkindlustuse pooldajate mõjul on korda läinud seaduses mõnda osa laiemalt tõlgitseda, mille tõttu on suurenenud maksva seaduse alla kuuluvate töötajate hulk. Uue põhi-seaduse alusel tõuseb mõjule riigi eesotsas seisva isiku võim. Kui rahva enamus valik langeb sarnase isiku peale, kes võimeline õiglaselt aru saama töötava kihi nõudmistest sotsiaalkindlustuse ja töökaitse alal, siis ei ole palga-

teenijate ja tööliste väljavaated lootuseta. Ei tule ka käed rüpes ootama jääda, vaid tuleb tegutseda selles suunas, mis aitaks rohkem tööliste esitajaid seadusandlusest osa võtma. Meie teame, et meie hädadest ja nõudmistest saavad aru kõige paremini meie endi ridadest tulnud esitajad. Haigekassade liikmetel ja kogu tööliiskonnal on peale sotsiaalkindlustuse laiendamise veel terve rida teisi nõudmisi tervishoiu ja töökaitse alal. Töölised ei nuru mingit armuandi, vaid nõuavad nende elu korraldavaid seadusi, vaatamata kas on vana või uus põhiseadus, vaatamata ka sellele, kas kirjutatakse aastaarv 1914 või 1934.

Muudatustest maailma sotsiaalkindlustuses 1932. a.

J. Sonin.

II.

Inglismaa. 1931. aastal pandi Inglismaal toime kindlustusmatemaatiline uurimine, millest selgus, et kindlustuskandjaid ähvardab hädaoht peasjalikult kahel põhjusel. Esiteks, on tunduvalt tõusnud summad haigete ja invaliidide-naiste ravimiseks ja abirahadeks eriti abielunaiste suhtes ja teiseks, väheneb üldine sissetulek tööpuuduse mõjutusel.

13. juulil 1932. a. võeti vastu seadus, millega haigete abielunaiste abiraha haiguse perioodil (26 nädalat) vähendati 12 sh. nädalas 10 shillingule, mitteabielulistele jäeti need abirahad endiseks. Invaliidisuse abiraha aga vähendati mõlemal: 7 shillingult 6 pensilt vallalistele 6 shillingule nädalas ja abielulistele 5 shillingule.

1928. aastal pandi maksma kord, mille järgi tööpuuduse all kannatajatele nende kindlustusmaksud loeti ilma maksmata makstuks nii haiguse kui invaliidisuse kindlustuses. Neil oli haiguste puhul õigus saada täit haigusabiraha, kui tööpuudus oli kestnud kuni 24 kuud ja järgneva 12 kuu jooksul poolel määral. Selle läbi olid kulutused töötute peale 1928. a. — £ 700.000. Kuid

1932. aastal olid need tõusnud juba £ 2.500.000-ni. Sarnane seisukord tekitas kindlustuskandjatele suuri raskusi.

13. juuli 1932. a. seadusega vähendati kindlustuskandjate kohustusi töötute vastu. Iga töötut, kes tahtis saada kindlustuskandjalt summasid endisel viisil, pidi iga kahe nädala eest maksma täieliku liikmemaksu (tööandja ja tööliste osa) nii haiguse kui invaliidisuse kindlustuse alal. Selle eest saab ta esimese 2½—3 aasta jooksul täielikult kõik summad, mis need kindlustused annavad. Edasi uus seadus tähendab rahanduslist solidaarsust üksikute kindlustuskandjate vahel. Tema suurendab nende maksusid keskfondide heaks, millest toetatakse oma liigete töötute tõttu raskustesse sattunud kindlustuskandjaid.

Haiguse- ja invaliidisusekindlustuse vahel ühelt poolt ja vanaduse- ja järeljäänute kindlustuse vahel teiselt poolt valitsesid siiaajani lähedad sidemed. Nii kukkusid kindlustatud, kes kauemat aega olid töötanud, mõlema kindlustuse alt välja ühel ja samal ajal. Et uuesti hakata summasid saama täiel määral, pidi nad esimese kui ka teise kindlustuse

juures läbi tegema uue ooteaja. Esimese kindlustuse puhul 2 aastat, teise puhul 5 aastat. Uus seadus näeb nüüd iga kindlustuse jaoks erikorralduse. Pensionikindlustuse liikmed hoiavad ilma igasuguste tingimusteta oma õigused alles 3½ kuni 4 aasta jooksul, arvestes tööpuuduse algusest. Kui aga õigused on kustunud, võib neid jälle omada, kui ta läbi teinud 26 töönädalat kestnud ooteaja. Õiguste alalhoidmise kulud tööpuuduse ajal lähevad riigi kanda.

Iiri Vabariik. Ilma liikmemaksudeta pensionikindlustuse seadus muudeti 30. septembril 1932. a. jõusse astunud seadusega tunduvalt. Pensioni saamise tingimusi pehmendati, peaaegjalikult põllupidajate (talupoegade) suhtes, kes moodustavad suure osa rahvast. Nii ei võeta talupoja pensionilt, kes pensionisaamise ajal oma talu lastele üle annab, enam maha iga-aastaseid talu sissetulekuid. Pensionisaamise õigus anti pimedatele 30. eluaastast alates, endise 50. eluaasta asemele.

Selle reformi läbi suurenesid aastased kulud £ 300.000 £ 400.000-le. Selle eest aga valitsus püüab saada kokkuvõttes haiguse- ja invaliidususe kindlustuses. Valitsuse plaanid ei ole veel täpselt teada, kuid kaalutud on mitmesuguseid abinõusid. Eriti tahetakse vähendada administratsiooni kulusid seltside (kassade) arvu vähendamisega.

Itaalia. Itaalias oli väga palju õnnetuskindlustuse organisatsioone. 1932. a. korporatsioonide nõukogu arutas seaduse muudatuse küsimust, mille eelnõu koostati juba 1931. aastal. Läbirääkimistel tööandjad ja töölised ühisele arusaamisele põhiküsimustes ei jõudnud, kuid nõupidamisel olid siiski omad tulemused, vähemalt ühes küsimuses. Nimelt lõpetas Mussolini läbirääkimised seletusega, et ühiskassa loomine kõikide tööstuslike riisikote tarvis on möödapääsemata. Ühine kindlustusekandja ei pruugi olla tingimata riigi organ, vaid ta võib olla avalik asutus, mille juhtimisest kutseühingud ja korporatsioonid osa võtta võiksid. Et Mussolini ütelsed sama tähtsad on Itaalias kui seadused, siis on arvata, et õnnetuskindlustuse ümberkorraldamine läbi

viiakse. Meie teada on ümberkorraldus juba alanud 1933. a.

1932. a. tehti ka eeltöid üldise haiguskindlustuse maksmapanemiseks. Siiaajani on Itaalia haiguskindlustus veel väga kitsas. Sundkindlustatuid (merimehed, õhusõidu personal, uute provintside töölised) ja kollektiivlepingu põhjal kindlustatuid oli 1932. aastal ümmarguselt 1.600.000 inimest. Võrdluseks olgu toodud invaliidususe, vanaduse- ja järeljäänute kindlustus, mis maksma pandud pea kogu tööliiskonna peale, sellel oli 1932. aastal umbes 6 miljoni liiget.

Uutes provintsidest vähendati tugevasti haigekassade arvu nende elujõu tõstmiseks. Kõik kreisikassad ühendati provintsiaalkassades.

Jaapan. Õnnetuskindlustuse seadust muudeti 1931. aastal. Muudatused hakkasid maksma 1. juulist 1932. a.

Enne olid kindlustatud ainult vabrikute ja mäekaevanduste töölised. Nüüd laiendati seadust ka kivimurdude, sillaja teedeehituste, sadama- ja ladutöölisetele.

Tahetakse seadust laiendada kõikidele ehitustöölisetele ehitustel, mille väärtus üle 2000 jeni.

Väljatöötamisel on teenijate (ametnikkude) invaliidususe, vanaduse-, järeljäänute kindlustuse seaduse eelnõu. Eelnõu järgi oleks kindlustatud kõik kaubanduse, mäetööstuse, tööstuse ja põllumajanduse teenijad, väljaarvatud riigikaitiste teenijad. Kindlustuse alt jääks välja ainult need, kelle aastapalk on 2500 jenist suurem.

Jugoslaavia. Jugoslaavias on sotsiaalkindlustuse keskasutus, kellele allub õnnetus-, haigus- ja emakssaamise kindlustuse ülemvalitsus, sattunud suurtesse raskustesse.

Õnnetuskindlustuse puudujääk oli 31. detsembril 1929. a. ümmarguselt 20 miljonit dinari, 1931. a. 31. detsembril oli see tõusnud juba 37 miljonile. Emakssaamise puhuks kindlustusel olid kuni 1929. aastani ülejäägid. 1931. aasta lõpuks ulatus aga puudujääk juba 31 miljonile dinarile. On karta, et keskasutis neid puudujääke katta ei suuda.

Puudujääkide põhjus kindlustatute

arvu vähenemine. 1931. a. 1. juuliks oli kindlustatud 8% vähem kui eelmise aasta 1. juulil. Teisteks põhjusteks on veel paljude langus, lühitöö harilikuks muutumine ja tööandjate ebatäpsus maksude tasumisel. Ka uued sanitaarseadused on uusi väljaminekuid kindlustuskandjatele peale pannud. Invaliiduse-, vanaduse- ja järeljäänute kindlustuse seadus on olemas, kuid tema maksmapanemisega on viivitatu aas-
taid. Selletõttu kogunevad invaliidid ja vanad haigukindlustuse kaela.

Et vähegi oma kohustusi täita suuta, oli kindlustuse keskasutis sunnitud ette võtma väga mitmesuguseid kokkuhoiuabinõusid ja kõrgendama õnnetuskindlustuse makse. Ka kohalikud kindlustusasutised olid sunnitud haiguse- ja emakssaamise kindlustuse makse tõstma.

Avalikus arvamuses leiavad palju kõneainet tööliste ja tööandjate nõudmised, et kindlustuse seadusi täpselt täidetakas asutiste valitsemise suhtes. Seadustes on ette nähtud autonoomia, kuid valitsus ei kingi sellele mingit tähelepanu.

Kanada. 1932. a. anti välja palju määrusi õnnetuskindlustuse alal. Reguleeriti peaaesjalikult tariife. Jõuti niikaugele, et kardetavuskoeffitsiendid samade kätiste kohta on nüüd ühtlased kõikides provintsid.

Liikumine haiguskindlustuse kasuks omab ikka rohkem ja rohkem tähtsust.

On loodud kuninglikud komisjonid küsimuse uurimiseks. Briti-Kolumbia komisjon on oma töö lõpetanud ja tulemused trükis avaldanud. Komisjon leiab, et haiguse- ja emakssaamise kindlustuse elluviimine oleks suureks edusammuks rahva tervishoiu tõstmisel. Tema on arvanud, et rõhuv enamus provintsi elanikkudest seadust tervitama saaks. Komisjoni arvates peaks esialgul kindlustatud olema töölised, kelle teenistus ei ulata üle 2400 dollari

aastas. Esialgul tuleb rõhku panna arstiabi andmisele ja abiraha tuleb anda ainult jõudumööda; ainult emakssaamise puhul tuleb anda kindlat abiraha. Kindlustuse sissetulekud tuleks jaotada järgmiselt: $\frac{2}{10}$ kindlustatult, $\frac{2}{10}$ tööandjalt, $\frac{1}{10}$ provintsil ja $\frac{1}{10}$ dominioonilt. Maksud oleks kõigile ühesugused, nii naistele kui meestele, ja palgasuurusest mittedõltuvad.

Nagu teada on seitsmes provintsis maksev liikmemaksuvaba vanaduskindlustus. Kuludest kannab liidu (dominiooni) valitsus $\frac{3}{4}$ ja provintsi valitsus $\frac{1}{4}$. 1932. a. esitati Alberta, Masestoba ja Saskatchewanwani provintsi parlamentidele seaduseelnõud, millega parandatakse pimedate pensione. Ametiühingute kongress esines nõudmisega pensionide kõrgendamiseks, vanaduse alammäära alaviimiseks 70 aastalt 60 aastale ja nõudmise kustutamiseks, et pensioni võib saada ainult isik, kes vähemalt 5 aastat enne pensionile minekut samas provintsis on elanud.

Kolumbia. Parandati õnnetuskindlustuse seadust. Käisid eeltööd ka teiste kindlustusseaduste suhtes.

Läti. Läti haigekassad on hellitatud suurte maksudega. Sellepärast tundsid nad suuri raskusi 1932. a., kuna vähendati riigi juurdemaksu, vähenes kindlustatute arv (1930. a. oli 182.000 kindlustatut, 1932. a. 140.000), suurenes lühiaja tööliste arv. Mitmed kassad vähendasid oma summased seaduses ettenähtud miinimumini. 1932. a. laiendati haiguskindlustust kodutöö tööliste.

Leedu. Arstide ja haigekassade vahel sõlmiti uued lepingud, mille põhjal kassaliikmete arv vähenes ja suurenes retseptide kontrolli õigus.

1932. a. oli esimene haigekassade kongress ja asutati haigekassade liit.

Siseministeeriumi töökaitse osakond töötas välja sundõnnetuskindlustuse seaduse eelnõu.
(Pooleli.)

Haigekassade liikmed!

Lugege „Töö ja Tervist“. Rutake tellimise ärasaatmisega.

Arstiabi korraldus haigekassades.

Riigi Statistika Keskbüroo prisma läbi vaadatuna ja sellest järeldused.

V. Luksepp'a referaat haigekassade tegelaste nõupidamisel 12. XI 1933, Tallinnas.

II.

R. Sõrmuse poolt toodud võrdlustulemusena ilmneb veel üks teine iseäraldus, mis ei lase ennast millegagi seletada ega põhjendada, vaid mis jälle haigekassade eneste poolt lahendust ootab, ja juba üle kahe aasta. Nimelt suured lahkuminekid haigestumise sageduses. Nii näiteks tuleb Kuressaare Ühishaigekassas 100 liikme kohta 90 haigusjuhtu, kuna Põltsamaa haigekassa kohta on see arv kõigest 27. Üldkeskmine aga on 52 töövõimetusega ühenduses olevat haigestumist. See protsent on kohutavalt suur välisriikide haigekassadega võrreldes. Nii on näiteks Leipzigi haigekassa andmete järele see protsent 4,68—50,66, mille sees on kõik, nii töövõimetud kui ka töövõimelised arstiabi tarvitajad. Dresdenis — 19,7—48,9. Kõikide Saksamaa haigekassade liikmete seas oli haigete protsent 32,6—42,6. Ma kordan veel kord, et siia hulka on arvatud ka töövõimelised, ainult ambulatoorset arstiabi tarvitajad või haiged. Meie aga töövõimeliste haigete kohta statistikat üldse ei pea. Kui arvestada, et meil on haigusjuhuseid, mis töövõimetust ei tingi, kolm korda rohkem kui töövõimetusega ühenduses olevaid haigusjuhuseid, siis võib liialdamata arvata meie haigekassade kohta haigestumise sageduse protsenti 200 peale, s. o. iga kassaliige haigestub 2 korda aastas ja tarvitab mitmesugusel määral arstiabi, mis on kuni 5 korda rohkem Saksamaa haigekassadega võrreldes. See on jälle nähtus, mis peaks põhjust andma meie ravikorralduse revideerimiseks ja sundima meid abinõusid otsima liigsete kulude ärahoidmiseks. Liiasi kui need liigsed kulud lõikavad luusse ja lihasse meie kõige rohkem toetust vajavatele, s. o. töövõimetutele kassaliikmetele ja rasket haigust põdevatele ja haigemajalist ravi vajavatele perekonnaliikmetele.

R. Sõrmus arvab, et haigestumise sageduses erinevused üksikute haigekas-

sade vahel on tingitud sellest, et mõnes haigekassas rea kitsendavate abinõude ja arstiabi tagasihoidmiseks tehtava kihutustöö mõjul on arstiabi tarvitamine vast liig tagasihoidlik. Kuid vastuoksa tekib temal paratamata ka arvamine, et mõnes haigekassas on ehk arstiabi tarvitamine ebamääraselt sagedane, mis õonestab haigekassa majanduslist alust.

Esimene oletus, et kitsenduste ja kihutustöö tagajärjel arstiabi tarvitamine oleks liig tagasihoidlik, ei pea küll minu arvates paika, kui veel arvesse võtta ja kõrvutada tulemusi Saksamaa haigekassade kohta käivate andmetega.

Haigekassade 1931. a. tegevusaasta kohta R. Sõrmusel ei ole eriti uut midagi esile tuua. Kõik analüüsi tulemused sarnanevad ja on analoogilised eelmiste aastatega. See on ka loomulik, kuna haigekassad suures enamuses ei ole tunnud huvi Riigi Statistika Keskbüroo poolt avaldatud ülevaadete vastu, pole püüdnud põhjalikumalt süveneda analüüsi tulemuste iseäraldustesse, ega pole selle järele oma majapidamist korraldanud. Haigekassade juhtivad orgaanid on just kui kivinenud. Nende poolt maksma pandud korraldused näivad neile ainuõigetena, mis ei vaja revideerimist. Et see nii on, näitab Tallinna Ühishaigekassa 15. a. tegevuse kohta avaldatud ülevaade.

Ja enese ülehindamise tulemus on see, et 1931. a. lõppes haigekassadel kassaliikmete ravikapitali arvel puudujäägiga 264,8 tuhat krooni. Nii suurt puudujääki ei olnud ühelgi eelmisel aastal, kus see teatavasti kõikus keskmiselt ikka 200 tuhande krooni ümber.

Jälle kordub see igapäevaseks saanud analüüsi tulemus, et suuremad haigekassad on töötanud suurema puudujäägiga, suhteliselt võttes, kui väikesed. Nii oli 1931. a. puudujäägid: Tallinna ühishaigekassal — 42,3%, Tartu ühishaigekassal — 41,3%, Narva ühishaige-

kassal — 45,9%, Pärnu ühishaigekassal — 36%, seega ühed ja samad nimed korduvad. Ka on leitud märkimise vääriksiks, et Tartu Üldhaigekassa hakkas toetusraha maksma kolmandast päevast alates.

Ühtlasi nimetatakse ka haigekassasid, kelle puudujääk ei ole nimetasväärt, nagu Kuressaare ühishaigekassa — puudujääk kõigest 2,7%, Rakvere ühishaigekassa — 4,4%, Põltsamaa — 11,1% jne. Teiste haigekassade puudujääk kõigub 20—25% vahel. Siin väärib tähelepanu juba see asjaolu, et kassaliikmete ravi alal tasakaalu saavutanud haigekassade nimetused hakkavad korduma, nagu Kuressaare, Põltsamaa, Rakvere jne. See on igatahes tunnuseks, et osa haigekassasid siiski püüavad ja saavutavad edusamme ravikorralduse stabiliseerimise alal ja seda mitte ilma tagajärgedeta.

Paik	Ühishaigekassa	3 a. keskmine	Protsent
Pärnu		3 a. keskmine	69,2%
Tallinna	„	6 „ „	65,1%
Tartu	„	6 „ „	51,9%
Võru-Petseri	„	6 „ „	40,9%
Narva	„	6 „ „	40,5%
Loksa tehaste	„	2 „ „	34,5%
Rakvere	„	6 „ „	27,1%
Viljandi	„	1 „ „	26,7%
Valga	„	6 „ „	23,2%
Tallinna linna ettevõtete	„	6 „ „	22,1%
Paide	„	4 „ „	16,5%
Kuressaare	„	4 „ „	0,7%
Põltsamaa	„	3 „ „	puudujääke ei ole.
Türi	„	3 „ „	„ „

Ja jälle oleme jõudnud sellele juba tütuseni korratud tulemuseni välja, et suurte haigekassade ravikapitali puudujäägi protsent on suurem ja lubamata palju suurem, kui see väikestes haigekassades on.

Milles seisab siis see väikeste haigekassade tarkus ja võim, et nad suudavad oma liikmetele arstiabi korraldada paremate tagajärgedega, s. o. odavamalt kui suured haigekassad? Vastus on lihtne: väikestel haigekassadel on alaliselt selgem ülevaade haigekassa kasutamisest ja majanduslisest tegevusest, ilma et nende arvepidamine süs-

1931. a. ülevaatest väärib märkimist veel see, et kassaliikmete ravikorralduse võttis oma kätte Viljandi ühishaigekassa, tõstes ravijate haigekassade arvu 14 peale. 1926. a. oli nende arv kõigest 7, seega 5 aastaga kasvanud kahekordseks. Haigekassade kaudu saavad arstiabi 70% kassaliikmete üldarvust.

See oleks üldjoontes ja kokkuvõtlikult, mis minul Riigi Statistika Keskbüroo analüüsides haigekassade ravikorralduse kohta on ette tuua.

Kui meie aga seda analüüsi omalt poolt edasi arendame, siis saame järgmised tulemused.

Võttes ettevõtjate poolt ravikapitali arvele maksetud summad aluseks, siis saame sama kapitali puudujäägi protsendid järgmised — toodud vähenemas järjekorras:

teemilt suudaks võistelda suurte haigekassadega. Väikese haigekassa juhi kohuseid täitev asjaajaja puutub alaliselt kokku kassaliikmetega otsekohele. Ta tunneb neid suures enamuses näo ja isegi nime järele. Teab nende iseloomu või karakteri. Tunneb nende kalduvusi ja nõrku külgi. Asjaajaja teab umbes peast, kui tihti üks või teine liige haigekassat on kasutanud ja missuguse haiguse all ta kannatab. Ta leiab mälu järele vajalikud tõendavad dokumendid jne. See kõik kokku annab ühtlasi kümned ja kümned võimalused ülemääraste ja liialdatud kulude pidurdamiseks, ilma et selleks erilist süsteemi oleks loo-

dud. Kõik sünnib tegeliku elu sunnil iga juhuse kohaselt eraldi.

Võtame näiteks A./S. „Loksa tehased“ haigekassa. Liikmete arv kõigub seal 15 ja 50 vahel. Kui jälgida selle haigekassa kuuaruannetest tehtud kokkuvõtteid, mis avaldatud „T. ja T.“, siis selgub meile, et käesoleva aasta 5 kuu jooksul on ta mehiselt oma kohustustega hakkama saanud, kuigi möödunud kevadel laastas haigekassasid gripitaud. Muidugi ei pea sellest järeldama, et ta jäädavalt püsida suudab. Varem või hiljem satub ta kindlasti raskustesse, sest haiguskindlustusega ühenduses olev riisik on kaugelt suurem, et sellele nii väike haigekassa suudaks vastu seista.

Suurtes haigekassades puudub haigekassa kasutamise üksikasjalik ja peensustesse tungiv ülevaade. Ja seda peaasjalikult sellepärast, et püütakse võimalikult väiksemate valitsemiskuludega läbi ajada. Väikesed valitsemiskulud on mõnel pool niisuguseks voo-ruks või ideaaliks saanud, et kipub võtma otse haiglase ilme.

Selle tagajärjel peavad suured kassad töötama piiratud kantselei tööjõuga ja nad ei suuda kõige parema tahtmise juures süveneda haigekassa kasutamise üksikasjadesse, eriti ambulatoorse ravikorralduse alal. Kuu proovibilans näitab küll, et haigekassa on töötanud puudujäägiga, kuid missugune tööstusharu, käitis ja liikmed on seda puudujääki põhjustanud, seda ei suudeta selgitada. Need teated aga omavad põhjapaneva ja esmajärgulise tähenduse.

Tähtis on teada, missugustest käitistest on kassaliikmed haigekassat rohkem kasutanud kui nende kohta on haigekassa kinnituskassu saanud.

Kui need vahekorrad on selgitatud, siis tekib juba iseenesest vajadus teada saada, missugused kassaliikmed teatud käitistest on suuremal määral haigekassat kasutanud, missugust haigust nad põevad, missuguseid arste nad kasutavad ja missuguseid rohte viimaste poolt haigetele määratud. Need loetletud üksikasjad on üksteisega tiheidalt seotud ja täiendavad teineteist.

Ja kui näiteks selgub, et arst on haigetele silmakatarri, maohaavade või verevaesuse puhul suuremal hulgal spi-

ritus camphoratus välja kirjutatud ja tähele pannes, et need piirituse määramised sattuvad peamiselt lau- ja püha-päevaste päevade peale, nagu see selgus Rakvere haigekassa piirkonna 1930. a., siis pole kahtlust, et see „rohi“ oli määratud patsiendile rohkem rõõmsa meeleolu loomiseks, kui haiguse arstimiseks, mispärast pole raskusi sarnastele haigekassat lagastavatele väärnähetele piiri panemiseks.

Võimalikkude väärnähetel iseloomustamine ja üksikasjadesse laskumine viidaks liiga palju aega ja oleks asjata, kuna neid kõiki ettenäha on võimata. Võiks vast siin märkida ja rõhutada veel arstide poolt haigekassa arvel väljakirjutatud arstirohtude keskmise hinna väljaarvestamise vajadust, nii üksikute arstide järele kui ka kõikide kohta üldiselt, mis oleks üheks mõjuvaks abinõuks arstirohtudega liialdamise ärahoidmiseks.

Kuid loetletud ja kõigi muude üksikasjade selgitamine ja tähelepanek nõuab suurt kantseleilist ettevalmistavat tööd, mis võimalik teostada vajaliku arvu kantselei tööjõuga. Ja selles suurte haigekassade nõrk külge seisabki, mille tagajärjel kannatavad nende majapidamised. Kantselei tööjõude on liiga piiratud määral. Ka ei tohi alahinnata kantseleitöö mehaniseerimise tähtsust.

Suurte haigekassade arvepidamine vajab reorganiseerimist ja täiendamist selles mõttes, et see suuteline oleks tulude ja kulude võrdlustulemusi andma nii tööstusharude kui ka iga üksiku käitise kohta eraldi.

Rakvere haigekassas on nimetatud nõuetele rajatud arvepidamine väga häid tulemusi annud nii, et juba neljas aasta järjekindlalt suudetakse kassaliikmete ravikapitali arvel kulusid tuludega tasakaalus hoida.

Ei ole kahtlust, et kui see süsteem saab kohandatud ükskõik missuguse haigekassa oludele, et kassaliikmete ravikapitali puudujääk selles haigekassas mitmevõrdselt väheneb, kui mitte hoopis ära ei jää. Miljonid sendid vabaneksid ja võiksid kasutatud saada kassaliikmetele ja nende perekonnaliikmetele toetusrahade maksmiseks maksimaalsel

määral, mis peaks olema haigekassade peaülesanne ja siht.

Arvepidamise ja statistika pealis-kaudsuse tagajärjel kannatab suurte haigekassade kassaliikmete arstiabi korraldus, mis on tingitud liialdatud kokkuhoidmisest valitsemiskulude alal. Arvan, et ei tohiks nuriseda, kui suuremate haigekassade valitsemiskulud keskmiselt ulatuvad 10—12% tegevus- ja kassaliikmete ravikapitali tuludest arvates ja selle krediidi ulatuses peavad omal kantselei töjõude.

Lätis näiteks kõigub keskmine valitsemiskulude protsent 10—11 vahel. Selle juures peame veel arvesse võtma, et Läti haigekassade sissetulekud on 8% kassaliikmete teenitusest, mis on 2% rohkem kui meil Eestis. Nii et meie oludes teeksid Läti haigekassade valitsemiskulud kuni 15% välja.

Kuid selle juures ei pääse mööda tingimusest, et juhatus ja teised juhtivad jõud peavad oskama kantselei personali otstarbekohaselt ära kasutada ja oma võimelt suutma haigekassa asjaajamist, arvepidamist ja statistikat organiseerida nii, et see näitaks ka abinõud, mis aitavad ära hoida kõigi ilmsikstulnud väärnähtuste kordumise võimaluse.

Tallinna Ühise Haigekassa sellekohased katsed kahjuks ei tööta loodetud tagajärgi anda. Vähemalt esialgul näib, et on maksma pandud tulude ja kulude üksikasjalise arvepidamise alal eba-praktilised korraldused, mis tingivad küll kantseleilist lisatööd, kuid mille tulemused minimaalsed. Püüdnud nimelt uue korralduse võimalikkude tulemuste alaline jälgimise võimalus — see kõige tähtsam. Arusaadav, et valitsemiskulude suurenemine sarnasel tingimisel on asjata.

Kui suured haigekassad oma tegevuse ratsionaliseerimisel suudavad näidata leidlikkust ja oskust, kui nad aluseks võtavad toodud põhimõtted ja selles suunas otstarbekohaselt tegutsema hakkavad, siis ei ole kaugel aeg, kus nende ravikapitali puudujäägi protsent on märksa madalam väikeste haigekassadega võrreldes, mida ei tohiks veel eriliseks saavutuseks lugeda, vaid normaalse olukorra jalule seadmiseks.

Lõppsihiks ja eesmärgiks aga jääks veel püsima kassaliikmete ravikapitali arvel tulude ja kulude täiesti tasakaalustamine.

See viimane on maksva haiguskindlustuse seaduse otsekohene nõue, mida aga pole suudetud täita.

Ja nähtavasti selle, näiliselt paratamatu, olukorra mõjul isegi järelvalve organid on haiguskindlustuse seaduse seda osa hakanud tõlgitsema mitte just seaduse mõiste kohaselt.

See nähtub näiteks V jsk. tööinspektori ringkonna kinnitusameti protokollist nr. 22—4, 30 juunist s. a. (1933), kust loeme aruandja seletusest muuseas järgmist: „...K. N-gu seletuse järgi 30. aprillist 1929. a. võib kanda tagavarakapitali ainult summad, mis hoiul rahas või väärtpaperites. Sealjuures võib haigekassa erikapitalidesse teha ülekandeid tegevuskapitali arvelt erikapitalide arvele (inventari kap., amortisatsiooni kap., arstiabi kap. täiendamiseks).“ Nii siis loetakse täiesti seadusepäraseks, kui haigekassad kulutavad tegevuskapitali kasuks laekunud summe kassaliikmetele arstiabi korraldamiseks.

Arvan, et siin on Kinnitusnõukogu seletusest ebatäpse arusaamisega tegemist. Kinnitusnõukogu protokoll ülalmainitud kuupäevast selles asjas käib sõna-sõnalt järgmiselt: „V a r a n d u s t e soetamiseks võivad haigekassad erifonde luua, eraldades tarvilikke summe tegevuskapitalist.“

Kassaliikmete ravikapitali täiendamist ei saa varanduste soetamiseks lugeda, ennem vast, eriti praegustes oludes, varanduste hävitamiseks.

Järelevalve asutuste seisukohtade ebajärjekindluse iseloomustamiseks ma toon 3. jsk. töökaitse komissari ringkonna kinnitusameti seisukoha ja otsuse 25. märtsist 1922. a., mis täpselt sama küsimuse kohta ja käib järgmiselt:

„Haigekassa põhikirja § 40. alusel saab ettevõtete poolt makstud lisamaks haigete ravitsemiseks arvatud erikapitaliks ja kulutatud ainult selleks otstarbeks, seega on nimetat kapital erikapital. Seaduses ei ole ettenähtud asjaolu, kui nimetat kapitali arstiabi andmiseks

ei jätku, kust siis selleks summasid võtta. Kinnitusamet leiab, et tõelikult on Rakvere Ühine Haigekassa arstiabiandmise alal tegevuskapitalist, mis kassaliigetele haiguse vastu kindlustamise seaduse § 309 järele tarvitada on, väljaminekuid teinud teiseks otstarbeks, missuguste kulude kandmine ei ole haigekassale otsekohe seaduses kohustatud.

Kinnitusamet asjaolusid läbi vaadates,

otsustas

Rakvere Ühisele Haigekassale ette panna käesoleval aastal (1922) ja edaspidi kõrvale kaldumata toimetada arstiabi andmist kassaliigetele nii, et kulud sellel alal suuremad ei oleks, kui sissetulekud nimetat otstarbeks ja juhib kassa juhatuse tähelepanu selle peale, et kui käesoleval aastal ja edaspidi kulud sissetulekute suured on, kassa juhatust sel puhul vastutav on üldistel alustel.“

Ei ole kahtlust, et see kuri otsus seadusega kooskõlas on. Ainult kinnitustamet ei olnud järjekindel ja ei teinud vastavaid järeldusi, kui Rakvere Ühishaigekassa kassaliikmete ravikapitali arve puudujäägid ei vähenenud, vaid üha suurenesid kuni 1929. aastani.

Suurte haigekassade seadusenõuete tingimusele vastav kokkuhoidlik ja ratsionaalne arstiabi korraldus ei too enesega kaasa mitte üksi nende haigekassade tunduva majanduslise tervenemise, arstiabi kvaliteedi paranemise ja toetusrahade normide suurenemise, vaid tooks üldse pöörde meie haiguskindlustuse arengusse sellepolest, et hävineksid meie kääbus-haigekassad, kes tegutsesid otse naeruväärt väikese liikmete arvuga. Nende eluõigus on senini säilinud ainult selle tõttu, et nad töötavad kohati paremate tagajärgedega kui suured haigekassad.

On selge, et kui viimased saavutavad tasakaalu kassaliikmete ravikapitalide tulude ja kulude vahel, missugune võimalus nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt täiesti kindlustatud, siis väikesed haigekassad ei saavuta seda milliski kestvalt. Selleks on riisik liiga suur. Kassaliikmetele ravikapitali arvel puudujääk aga on seadusega vastolus ja kinnitusametid oleksid tahes või tahtmata sunnitud väikesed haigekassad liitma suurte ja elujõulistega. See oleks progress meie haiguskindlustuse alal ja mitte väikese tähtsusega.

Tervishoiust ja selle arengust.

Dr. M. Püüman.

II.

Peale Rooma riigi langemist hävitati palju kultuurilisi asutusi, peale muu ka asutusi, mis tervishoiuliselt tähtsad. Ristiusk, mis peale Rooma riigi langemist ikka rohkem levinema hakkas, ei pannud tervishoiule alguses mingisugust rõhku. Keha piinati ja piitsutati ning loodeti sellega hingeõnnistust paremini kättesaavat.

Mustusekultuur oli nii suure au sees, et 11. sajandil katoliku kiriku pühikud — püha Agnes ja püha Margarete üleolevalt avalikult teatasid, et nad endid kunagi elus ei olnud pesnud. Ka paavstid keelasid üksikute elanike kihtidele pesemise ära, millele mõne maa hirmuvalitsejad jõudumööda kaasa ai-

tasid. Shoti elanikkude kohta on teada, et nad omi käsi ja nägu ükskord aastas pesid ja sellest kombest peeti kinni kuni 18. sajandi lõpuni, ja elanikud tarvitasid seebi asemel ainet, millest kirjutada ei saa, ütleb Bokl.

Ligi 10 aastasada kestis niisugune vaade isiklikule tervishoiule, kuid ka üldine tervishoid — eriti linnades — oli keskaastasadel väga halvas seisukorras; müürid, mis vaenlaste vastu kaitseks linnadele oli ümber ehitatud, nagu meie seda veel Tallinnas näha võime, sundisid elanikke väga kitsastes oludes elama, eriti veel sõdade ajal, kus palju põgenike maalt linnamüüride taga varju otsisid.

Tänavad olid kitsad ja porised, kuhu tihtipeale ka surnud loomi visati; tänavate ääres olid sügavad kraavid praeguste kõnniteede kohal, need kraavid olid igasuguse pori, sõnniku ja ka elanikkude väljaheidetega täidetud; kui pimedas keegi kraavi sattus, siis ta sinna ka jäi — raske oli teda sealt välja tuua. Arusaadav, et niisuguse mustuse tagajärjel tekkisid väga halvad gaasid, mis terve linna õhu ära rikkusid. Tallinna Härjapea lõhn on nende lõhnade kõrval, mis keskaastasade linnasid mürgitasid, kui lõhnaõli oma.

Missugused vaated veel 1760. a. tervishoiu kohta olid, näitab järgmine lugu: kui mõned Madridi linnasid ettepanekuga esinesid linna tänavaid puhastada sõnnikust ja porist, siis tekitas see üldist pahameeletormi mitte üksi lihtrahva keskel, vaid ka haritud seltskonnas. Linnavalitsus küsis selle kohta arstide arvamist, ja need olid kategooriliselt tänavate puhastamise vastu!!! Tänavapuhastamine on uus ettevõtte ja keegi ei tea ütelda, millega see lõpeb. Meie isad ja esiisad elasid poris, mikspärast ei peaks meie sedasama tegema ja nad olid kõik targad mehed. Ka halb lõhn, mis porist ja sõnnikust tekib, on tervisele kasulik; ilma lõhnavate gaasideta on õhk liig õre ja kerge, mis tervisele kahjulik; just lõhnavate, halbade gaaside tõttu läheb õhk raskemaks ja kaotab oma kahjulikud omadused.

Kui seda kõiki arvesse võtta, siis ei ole ime, et mitmesugused nakkushaigused katkuga või musta surmaga, nagu seda tol ajal hüüti, eesotsas oma võidukäiku üle Euroopa alustasid ja surevus oli paiguti nii suur, et terved maakonnad elanikest täiesti tühjaks jäid. Katk tegi oma hävitustööd 542. a. ja eriti veel 1346—1353. a. See 8 aastat jägimööda vältav taud kestis 26 miljoni inimese elu. Katk tekitas teatavate vaheaegadega Lääne-Euroopas taudina kuni 18. sajandini, peale seda aega — sellekohaste abinõude tarvitamise tagajärjel — teda ühes ja teises kohas on üksikud juhud olnud. Peale katkuhaiguse levinesid keskaastasadel veel pidalitõbi ja süüfilis. Kõik need haigused levinesid ka meil Eestis, eriti Tallinnas ja Tallinna ümbruses.

Kõik, mis tol ajal tervishoiu alal tehti, et nakkushaiguste levinemisele tõkkeid teha, sündis rohkem üksikute inimeste poolt, kuna üldistest tervishoiu määrustest juttugi ei olnud, nii nagu meie seda vana kultuurirahvaste juures nägime. Riigitegelased ja riigiasutused tol ajal ei teinud tervishoiu küsimustega mingit tegemist. Esimesel sajandil peale Kr. s. asutati haigetele varjupaigad. 4. ja 5. sajanditel hakati kloostrite juures haigemaju asutama, kus haigeid arstiti ja järgmistel sajanditel asutati haigemaju kiriku kaasabil, kus igasuguseid haigeid katsuti arstida. Kõige vanemad haiglad on Monte Casino's — asutatud 6. sajandil, Hôtel Dieu Pariisis — asutatud 7. sajandil ja Sankt-Spirito Roomas — asutatud 8. sajandil.

Nakkushaigust põdevate haigete jaoks ehitati n. n. leprosooriumid. Arusaadav, et need üksikud haiglad ei avaldanud mingisugust mõju üldiste tervishoiuliste olude peale. Tihtipeale peeti nakkushaigust põdevaid haigeid ja teisi haigeid üheskoos, sellepärast, et ei tuntud nakkushaiguste iseloomu, nende haiguste tekitajaid ja nende haigete kohutava suure surevuse peale vaadati kui taevaisa karistuse peale, mis tema inimkonnale selle pattude pärast saatis; osalt seletati haiguste levinemist ja suurt surevust ka väga halba ja kurja kuulutava taevatähtede seisukorraga.

Et linnad tervishoiuvastaselt ehitatud olid, et võrdlemisi väikesel maatükil liig palju inimesi koos elasid, et tänavad ja õued kõrgete seinte ja kraavidega piiratud, väga kitsad ja porised olid, et õhk rüvetatud, joogivesi tihtipeale tarvitamiseks kõlbmata oli ja surnuaiad keset linna asutati ja surnuid ka kirikute põranda alla maeti, mis kõik nakkushaiguste levinemisele soodsaks pinnaks oli — sellele kõigele ei pööratud mingisugust tähelepanu. Ka meil Tallinnas oli kombeks surnuid kirikutesse põranda alla matta ja mida jõukam surnu, seda lähemale altarile ta maeti. See kestis kuni 18. sajandi lõpuni.

Pikkamööda toibub arstiteadus ja ühes arstiteadusega ka tervishoid sellest viletsast seisukorrast. 18. sajandi lõpupoole hakati aru saama, et niisugu-

sed haigused, nagu katk, nakkavad on ja üksikuis riikes hakati määrusi välja andma, et nakkushaigust põdevaid haigeid peab teistest eraldatama ja tehti neist teatamine sunduslikuks. Ka elumaja, kus nakkushaiged olid, suitsetati väävlisuitsuga. Ka elamute, tänavate ja turgude ehitamisel ning asutamisel võeti tervishoidlisi määrusi arvesse ja tol ajal tulid juba esimesed idud kooli- ja tööstustervishoiu alal nähtavale. 18. sajandi algul kirjutas Ramazzini raamatu kunstnikkude ja käsitöölise haiguste üle. J. P. Frank kirjutas 18. sajandi II poolel suure töö tervishoiu üle, kus rõhutatakse tervishoiu teadmise tähtsust. Howard kirjutas tervishoiust vanglates ja Pringle nakkushaigustest ja nende eest hoidmisest eriti sõjaaegadel... Ramford võitles paremate elukorterite ja parema rahva toitmise eest ja lõpuks pani 18. sajandi lõpul inglise arst Janner kõigile nendele uurimustele ja kirjutustele sellega krooni pähe, et ta kaitserõugeid hakkas panema algul sõjaväes ja pärastpoole teiste elanikkude seas. Igalpool, kus kaitserõugeete panemine sunduslik, ei ole rõugehaigust enam olemas.

XIX. sajandi algul, suurte sõdade tõttu, tekkis tervishoiu arenemises teatav seisak, kuid see kestis võrdlemisi lühikest aega. Suurem vaimutöö ja haridus, mis hulkade keskel ikka rohkem levines, valmistasid teed ka uutele nõuetele. Kitsad linnamüürid, mis linnade tervishoiu arenemist kaua aega kamsas hoidsid, kisti maha, pandi suuremat rõhku tänavate puhtusele ja sillutamisele: linnad, elamud said rohkem päikest ja puhast õhku. Kuid kiiresti arenev tööstus, milletõttu palju rahvast maalt linnadesse voolas, tekitas suure korterikitsikuse: töölised olid sunnitud ühes perekondadega väikestes õhuvaestes ja pimedates korterites elama, sealjuures veel pikk tööpäev eriti lastele ja naistele, mis neid kehaliselt kurnas ja neid nõrgaks ja vastuvõtlikuks kõigile haigustele tegi. Jälle hakkasid

levinema nakkushaigused, mille tõttu surevus — eriti töörahva seas — väga suur oli. Lisaks kõigele sellele ilmus XIX sajandi algul kolerahaigus Euroopasse; esmakordselt 1813. a., mis 1830. a. juba laialdase taudi iseloomu omandas suure surevusega. Kõik need asjaolud said uueks tõukejõuks tervishoiu alal uuenduste makmapanemiseks. 1813. a. hakati Inglismaal, kus kolera kõige rohkem levines, kohe statistilisi andmeid selle ja teiste haiguste kohta koguma. Suure hulga kogutud materjali põhjal tehti selgeks, et linnades haigestumine ja surevus palju suurem oli kui maaelanikkude seas, ja et kõige rohkem haigestuvad ja surevad elanikud nakkushaiguste kätte. 1842. a. asutati n. n. kuninglik komisjon, kellele tehti ülesandeks linnade tervishoidlise seisukorraga tutvuneda ja ettepanekuid teha selle seisukorra parandamiseks. Selle komisjoni töö tagajärjel pandi 1848. a. tervishoiu alal seadus maksma, mis Inglismaal suure pöörde tõi: asutati tervishoiuametid linnades, kellele ülesandeks tehti igasuguseid vajalikke uuendusi ja reforme läbi viia, mis tervishoiu alal tähtsad. Terved linnajaod vanade majadega ja tervishoiuvastaste korteritega hävitati ära ja nende asemele ehitati uued tervishoiunõuetele vastavad majad. Endiste kitsaste tänavate asemele tekkisid uued ja laiemad. Asuti veevärkide ja kanalisatsioonide ehitamisele, mis tervishoidlises väga tähtis; seati sunduslik järelvalve toiduainete üle, ehitati varjupaike ja haiglaid jne.

Peab tähendama, et selle suure töö tagajärjel tervishoidline seisukord muutus Inglismaal palju paremaks: nakkushaiguste arv vähenes tunduvalt, surevus langes. Kolerahaigus oli peale seda ainult üksikute juhtudena ja seetõttu said uuendused tervishoiu alal populaarseks mitte üksi Inglismaal, vaid ka teistes kultuuririikes vanas ja uues ilmas. (Pooleli.)

„Töö ja Tervise“ lugejad!

Haigekassade legelased, töölisel ja teenijad, arstid ja õpetajad, töölisühingud, raamatukogud ja lugemislauad, omavalitsuse legelased, töösturid ja kõik kodanikud, kellel huvi sotsiaal- ja töölisüksimuste ning rahva tervishoiu vastu, — tellivad „TÖÖ JA TERVISE“.

Korteriolud Tallinnas ja välismaa linnades.

Aug. Gustavson.

Rahvusvaheline Tööstööbüro, kelle ülesandeks on jälgida sotsiaalolusid üldse ja aidata kaasa nende paranemisele rahvusvahelises ulatuses, on viimaseil aastail alustanud ka korteriolude põhjalikumat uuringut. Selle töö tulemusena avaldatakse aeg-ajalt, peale eriraamatute, statistilisi andmeid korterite kohta büroo perioodilises väljaandis. Nii leidub büroo kuukirja 1933. a. augusti numbris eriartikkel korteritüüpide kohta mitmesugustes linnades.¹⁾

Peale tüüpide leiduvad seal aga ka huvitavaid andmeid korterite arvu ja suuruse kohta samades linnades. Viimased ongi aluseks käesoleva artikli koostamisel. Andmed Tallinna ja Helsingi kohta on võetud vastavate linnade statistilisest aastaraamatust („Tallinna Linna Statistiline Aastaraamat“ ja „Helsingin Kaupungin Tilastollinen Vuosikirja“).

Olgu kohe algul tähendatud, et alamaal esitatud andmed ei anna täiesti haaravat ja töölikku võrreldavat pilti korteriolude kohta. Kuid vaatamata sellele annab ka tubade (ja korterite) arv siiski küllaldase ja väärtusliku aluse võrdluseks. Eriti kui arvestada Tallinna

vähemate (ja arvult domineerivate) korterite võrratu antisanitaarsuse ja mugavusvaesusega, ei saa öelda, et selline võrdlus oleks Tallinna suhtes ebaõige, pigemini küll vastupidi. Võin enda kogemuste põhjal väita julgesti, et Euroopa linnades (arvatud välja Lõuna-Euroopa, kuid seal on ka hoopis teisssugune kliima) puuduvad sellised võimatud inimeluruumid, millised Tallinnas esinevad tuhandete viisi korterite nime all.

Neis linnades aga, kus korteriolud on võrdlemisi halvad (sealse mõiste järgi), käib massiline vanade majade lammutamine ning uute, moodsate püstitamine. Eriti peab seda mainima Inglismaa kohta. Seda tööd teostavad riigi ja omavalitsuste toetusel peamiselt ehituseühingud.

Ka seda tuleb pidada silmas järgneva tabeli jälgimisel, sest selles tabelis esildatud andmed kuuluvad 1930. aastale, peale Tallinna, kus on arvestatud 1933. a. andmetega.

Kuid välismaa linnades on viimasel ajal olukord palju muutunud — veelgi paremuse poole.

KORTERITE ARV JA SUURUS.

(Andmed on üldiselt 1930. a. kohta, peale märgitud erandite.)

Linn	Köln ¹⁾	Hamburg ¹⁾	Leipzig ¹⁾	Ottava ²⁾	Kopenhaagen	Manchester	Bristol	Budapest ³⁾	Riia	Oslo	Utrecht	Zürich	Helsingi	Göteborg	Tallinn ⁴⁾	
	Korterite suurus tubade arvu järgi, %% korterite üldarvust.															
														a	b	
1	3,6	0,6	0,9	0,2	0,0	0,2	0,3	0,2	3,6	0,0	1,9	0,0	35,9	8,4	6,9	69
2	19,4	3,7	2,2	0,9	6,4	1,8	1,5	48,6	47,1	29,1	6,4	1,7	32,7	58,4	32,9	15
3	27,5	31,5	18,7	1,6	38,3	10,7	3,7	29,4	21,9	32,2	7,7	13,8	13,0	19,2	23,1	8
4	41,1	56,7	71,8	4,8	23,8	41,3	18,8	13,1	12,6	14,4	12,8	44,2	11,7	6,5	12,0	8
5				8,1	17,4	26,4	36,5	5,7	6,8	10,7	13,4	22,5		2,8	10,4	
6 ja rohkem	8,4	7,6	6,4	84,3	14,0	19,6	39,3	2,9	8,0	13,6	57,8	17,9	6,7	4,7	14,7	
Kortereid üldse	181 262	292 670	178 462	19 602	235 000	213 257	67 179	193 240	95 910	64 824	39 100	71 500		64 791	43 212	

1) 16. mai 1927. a. andmed. 2) 1921. a. andmed. 3) 1929. a. andmed. a) Keskkütteta. b) Keskkütttega. 4) 1933. a. andmed.

Jälgides seda tabelit selgub, et kuna teisis linnades 1-toalised korterid (kööktuba) pea-aegu puuduvad üldse (domineerivad korterid 3–5 toaga), siis on Tallinnas nende arv tervelt 69% korterite üldarvust.

Selgema pildi elanikkonna tihedusest ehk teisiti — korterite lähedusest annab iga toa kohta langev elanikkude arv. Arvutasime selle vähema arvu linnade kohta. Nii tuleb ülal esildatud andmete alusel elanikke 1 toa kohta

Hamburgis — 0,9, Leipzgis — 0,8, Ottavas — 1, Kopenhaagenis — 0,8, Manchesteris — 0,8, Budapestis — 1,8, Riias — 1,4, Oslos — 1,1, Utrechis — 0,7, Zürichis — 0,3, Göteborgis — 1,2, Helsingis 1930. a. — 1,6 ja Tallinnas samal aastal — 2 inimest (1933. a. Tallinnas — 1,8 inimest).

Üldiselt on Lääne-Euroopa linnade keskmine 0,8–0,9 elanikku 1 toa kohta, s. t. tervelt 2 korda vähem kui Tallinnas. Teisiti — et saavutada Tallinnas sama elamistihedust kui Soome ja Rootsi linnades, tuleks Tallinnas ehitada juurde umbes 30–35% ja, võrreldes teiste Kesk- ja Lääne-Euroopa linnadega, vähemalt 100% uusi elutube.

1) International Statistics of Rents in Certain Towns in 1932. International Labour Review, August 1933.

Tallinna olukord on tõeliselt veelgi halvem, kui näitavad need keskmised arvud, seetõttu, et jst 1-toaliste korterite % on siin äärmiselt suur. Kui arvestada vaid neid 1-toalisi kortereid, siis võib väita julgesti, et üle poole Tallinna elanikkonnast elab kortereis, kus elanikkonna tihedus tõuseb keskmiselt ligi 4 inimeseni toa kohta.

Samas kuukirjas, kust need andmed enamuses võetud, leidub veel muidki huvitavaid lisandmeid korteriolude kohta. Näiteks Kopenhaageni tööliskortereist on 2-toalisi 8,2%, 3-toalisi — 57,1%, 4-toalisi — 24,1% ja suuremaid — 10,6%. Kõigist Kopenhaageni kortereist on 25% varustatud omaette vannitoaga.

Oslos on tööliskortereist 43,8% 2-toalisi, 41,2% — 3-toalisi ja 15% — suuremaid.

Hollandis (Haagis ja Utrechthis) domineerivad tööliskortereist 4- ja 5-toalised. Zürichis on keskmiselt 60% kortereist varustatud omaette vannitoaga jne. Tallinnas võib aga eraldi vannitoaga kortereid lugeda sõrmedel.

Võrreldes neid andmeid, rääkimata korterite muist mugavusist ja sanitaaroludest, nähtub selgesti, millisel madalal tasemel on Tallinn korteriolude suhtes. Kuid ega meie teisis linnadeski lood pole paremad.

Oleks tungivalt soovitav, et ka teistes meie linnades, peale Tallinna, linnavalitsuste poolt kogutaks üksikasjalikumaid andmeid korteriolude kohta.

Praegu puuduvad iseärgi suuremates linnades (näit. Tartus) andmed korteristiku kohta.

Kinnitusnõukogu otsusi.

Kinnitusnõukogu üldkoosolek 22. detsembril 1933. a. Hariduse- ja sotsiaalministeeriumis. Algus kell 10 hom.

Juhataja: Hariduse- ja sotsiaalminister N. Kann, juhatamist jätkab päevakorra punkt 3 lõpuosast peale Hariduse- ja sotsiaalministri abi Dr. A. Möttus.

Liikmed: Töökaitse ja sotsiaalkindlustuse osakonna direktor Joh. Sonin; Töökaitse ja sotsiaalkindlustuse osakonna abidirektor E. Nerep; põllutöoministeeriumi esindaja A. Ehrlich; tervishoiu- ja hoolekandevalitsuse esindaja Dr. Mälton; tööandjate esindajad: K. Mauritz, K. Reinmann; tööliste esindajad: F. Kauks, N. Andresson, A. Linnomägi, V. Luksepp, L. Johanson.

Asjatundjana võttis koosolekust päevakorra punkt 3 arutuse juures osa sõnaõigusega veel Riigi Statistika Keskbüroo esindaja R. Sõrmus, Dr. Rumma, Hariduse- ja sotsiaalministeeriumi pearaalatupidaja A. Turner ja vanem tööinspektor Joh. Põllupüü.

Koosolekule ei ilmunud Kohtu- ja siseministeeriumi esindaja Joh. Reinhold ja Majanduseministeeriumi esindajad O. Hinto ja E. Vendelin.

Aruandjad- Töökaitse ja sotsiaalkindlustuse osakonna direktor Joh. Sonin ja abidirektor E. Nerep.

Protokollija: Töökaitse ja sotsiaalkindlustuse osakonna sekretär K. Klein.

Kinnitusnõukogu liige L. Johanson teeb ettepaneku päevakorda täiendada p. 4-ga, mille all tuleks arutusele Rakvere haigekassale apteegi loa mitte väljaandmise küsimus. Ettepanek võeti vastu.

I.

Ettekanne eelmise Kinnitusnõukogu protokollikohta.

Aruandja E. Nerep teatab, et eelmise Kinnitusnõukogu üldkoosoleku protokoll 9. detsembrist 1933. a. on Hariduse- ja sotsiaalministri poolt kinnitatud 18. detsembril 1933. a.

ja on Kinnitusnõukogu liigetele kätte saadetud. Koosolek võtab ettekande teatavaks.

II.

Vanema tööinspektori palve seletuse saamiseks ühes ja samas ettevõttes tehtavate mitmete erilaadiliste tööde kinnitusühisuse alla arvamise suhtes.

Dir. Joh. Sonin teatab, et käesolev küsimus oli arutusel Kinnitusnõukogu eelmisel koosolekul, kus Kinnitusnõukogu üldkoosolek ei ühinenud aruandja ettepanekuga (v. protokoll 9. detsembrist 1933. a.), vaid otsustas küsimus ministeeriumile tagasi anda veelkordseks kaalumiseks.

Teatab, et ministeerium on välja töötanud nüüd uue kava, mille esitab.

Kinnitusnõukogu üldkoosolek otsustas tehtud ettepanekud tagasi lükata.

III.

Haigekassa kuu- ja aastaaruande ja eriteatelehtede vormide (tiisikusehaige teateleht, vähjahaige teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht) ning nende juhiste kinnitamine.

Haigekassa tegelaste, Riigi Statistika Keskbüroo ja Hariduse- ja sotsiaalministeeriumi esindajatest moodustatud komisjoni poolt välja töötatud haigekassa kuu- ja aastaaruande ja eriteatelehtede vormide (tiisikusehaige teateleht, vähjahaige teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht) ning nende juhiste kavasad läbi arutanud Kinnitusnõukogu üldkoosolek otsustas komisjoni poolt väljatöötatud kavades ette võtta järgmised muudatused:

Kinnitusnõukogu liikme V. Luksepp'i ettepanekul riigi juurdemaks tagavara kapitali aruande (tab. 5) tulude hulgast üle kanda tegevuskapitali (tab. 3) hulka ja

eriteatelehtede vormidest tiisikusehaige teateleht ära jätta, kuna leiti, et tarvilised andmed annab ka praegu maksev Tervishoiu- ja hoolekandevalitsuse poolt maksuma pandud tiisikusehaige teateleht.

Kinnitusnõukogu liikme L. Johanson'i ette-

panekul otsustati komisjoni poolt väljatöötatud haigekassa aruannete elluviimise otsuse kava täiendada järgmise uue punktiga:

„Haigekassades, kus kassaliikmete ravikorraldus on ettevõtte valdaja ülesandeks, täidetakse vähjahaiguse teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht arstlise personali poolt, kes ettevõtte valdaja ülesandel kassaliikmeid ravivad, ja ettevõtte valdaja on kohustatud esitama kõnesolevad teatelehed aastaaruande koostamiseks haigekassale.“

V. Luksepp'a järgmised ettepanekud:

„Kuna kassaliikmete ravikapital on osa tegevuskapitalist, siis ravialal tekkinud puudujäägid kaetakse tegevuskapitali arvel“ ja

„Tabelite juurde lisatud juhiste vastuvõtmine tagasi lükata“ —

ei saanud hääletusel tarvilikku enamust.

Seega Kinnitusnõukogu üldkoosolek Kinnitusnõukogu seaduse § 12 p. 5 ja Tööstusliku töö seaduse § 357 põhjal

otsustas:

1. Kinnitada haigekassa kuu- ja aastaaruande ja eriteatelehtede vormid (vähjahaiguse teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht) ning juhised nende täitmiseks käesolevale otsusele juurdelisatud kujul.

2. Haigekassadele ette kirjutada järgmist:
a) kuuaruanne tuleb koostada jooksvalt iga kuu kohta ja esitada kahes eksemplaris vastava jaoskonna tööinspektorile hiljemalt järgneva kuu lõpuks.

b) Kõigi kuu- ja aastaaruande tabelite täitmine on haigekassale kohustav. Muudatusi vormularides, peale juhistes nimetatute, ei ole lubatud teha. Haigekassa võib oma äranägelisel koostada lisatabeleid ja neid lisada kuu- ja aastaaruande juurde.

c) Haigekassa ja tema asutuste aruande-aastaks loetakse kalendriaasta (1. jaanuarist kuni 31. detsembrini — kaasa arvatult).

d) Haigekassa täidab ja saadab vastavale Kinnitusametile ühes aastaaruandega ühes eksemplaris eriteatelehed juurdelisatud vormide kohaselt kassaliikmete vähi, antraksi, silikoosi, tina- ja elavhõbeda mürgistuste ja kõigi teiste ägedate mürgistuste kohta. Need eriteatelehed saadab kinnitusamet Riigi Statistika Keskbüroole vahetult kohe nende saamisel haigekassalt.

e) Iga kassaliikme surmajahu kohta tuleb täita ja aastaaruandele juurde lisada surmaleht perekonnaseisu ameti poolt koostatud surmalehe vormi kohaselt (vorm 4, RT 45 — 1926, muudatus RT 30 — 1931). Surmalehe vormularid saadab haigekassale Riigi Statistika Keskbüroo.

f) Haigekassa aastaaruanne peab olema läbi nõõritud ning varustatud haigekassa pitsati ja vastavate allkirjadega.

3. Haigekassades, kus kassaliikmete ravikorraldus on ettevõtte valdaja ülesandeks, täidetakse vähjahaiguse teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht arstlise personali poolt, kes ettevõtte valdaja ülesandel kassaliikmeid ravivad, ja ettevõtte valdaja on kohustatud esitama kõnesolevad teatelehed aastaaruande koostamiseks haigekassale.

4. Käesoleva otsuse p. 1 all nimetatud vormid pannakse maksma 1. jaanuarist 1934. a. Samast ajast kaotab maksvuse Töö-Hoolekandeministri määrusega maksma pandud haigekassa aastaaruande vorm ja juhised selle täitmiseks (RT 103 — 1928).

Haigekassa kuu- ja aastaaruande ja eriteatelehtede vormid (vähjahaiguse teateleht ja tööalast tingitud haiguste teateleht) ning juhised nende täitmiseks käesolevale otsusele juurdelisatud kujul avaldada Riigi Teatajas.

IV.

Rakvere haigekassale apteegi loa mitte väljaandmise küsimus.

Enne küsimuse sisulisele arutamisele asumist tõstetakse üles küsimus, kas tähendatud loa mitte väljaandmise küsimus üldse kuulub Kinnitusnõukogu kompetentsi ja seega koosoleku päevakorda.

Kinnitusnõukogu liige L. Johanson tähendab, et Kinnitusnõukogule alluvad kõik küsimused, mis puudutavad sotsiaalkindlustust ja mis sotsiaalkindlustuse seadustega on maksma pandud. Küsimust tuleb võtta kui Rakvere haigekassasse puutuvat tegevust, mis võimaldatud seadusega ja ette nähtud haigekassa põhikirjas. Leiab, et Kinnitusnõukogu on täiesti õigustatud ja kohustatud ülesseatud küsimuses oma seisukoha andma.

Kuna ülesseatud küsimus oli juba koosoleku algul Kinnitusnõukogu poolt otsustatud arutusele võtta, siis juhataja kannab et lihidalt asja käigu.

Nimelt on Rakvere ühishaigekassa pööranud Hariduse- ja sotsiaalministeeriumi poole palvega, et neile tntaks luba vabamüügi apteeki avada. Loa andmine kuulub Vabamüügi apteekide avamise seaduse alusel Hariduse- ja sotsiaalministrile. Ministeerium, et arvestada kohapealsete oludega, kogus andmeid selles asjas linna- ja maavalitsuselt, Maa ja linn suhtusid eitavalt, kuna Rakveres juba 2 apteeki olemas. Ministeerium, arvestades kohapealsete oludega ja asjaoluga, et Rakvere ühishaigekassa liikmete arv ei ole kuigi suur, otsustas palve rahuldamata jätta. Ministeeriumi seisukoha järgi võivad haigekassad ainult oma liikmete tarviduseks avada apteeki, mitte aga vabamüügi apteeki. Samal ajal esitas ministeerium Riigikogule vastuvõtmiseks Vabamüügi apteekide avamise seaduse muutmise seaduse eelnõu, mille järgi haigekassadel jääb õigus avada apteeki ainult oma liikmete tarviduseks, mitte aga vabamüügi apteekisid. See eelnõu on Riigikogu komisjonis juba 3 lugemisel vastu võetud.

Teatab, et ministeerium vormiliselt palvet veel otsustanud ei ole, kuid seisukoht on eitav. Ametlikult Rakvere haigekassale ei ole ära öeldud seepärast, et ministeerium on soovindud ära oodata Riigikogu seisukohta — kas ja millisesena Riigikogu esitatud eelnõu vastu võtab. Kui Riigikogu lükkab eelnõu tagasi, siis loomulikult ka ministeerium võtab oma seisukoha vastavalt revideerimisele.

Kinnitusnõukogu liige L. Johanson leiab, et haigekassa apteegi avamise vastu seisavad

eraapteekide omanikud. Haigekassa soovile tuleb vaadata mitte kui äriile, vaid kui soovile asutada tervishoidlist asutust. Tähendab, et haigekassa on juriidiline isik ja haigekassa põhikirja avamist ei keela. Leiab, et ministeerium teeb põhjendamata takistusi.

Kinnitusnõukogu liige V. Luksepp tähendab, et maa ja linn on vastu seepärast, et kardetakse konkurentsi. Leiab, et ei ole õiglane, et haigekassa seatakse halvemasse seisukorda kui era- ja omavalitsuse ettevõtteid. Kui ministeeriumil on seisukoht olemas, siis antagu sellest teada, aga ärgu mitte viivitagu.

Koosoleku juhataja tähendab, et vabamüügi apteekide avamise loa andmine sünnib Vabamüügi apteekide avamise seaduse alusel, kuid Hariduse- ja sotsiaalministri loal, mitte aga haigekassa põhikirja alusel.

Kinnitusnõukogu liige L. Johanson esitab järgmise ettepaneku, mille palub hääletusele panna.

„Kinnitusnõukogu leiab tarviliku olevat, et Rakvere haigekassale takistusi ei tehtaks oma põhikirja ja avalikkude apteekide avamise seaduse alusel vabamüügi apteekide avamiseks.“

Kinnitusameti otsusi.

1. jsk. tööinspektori ringkonna kinnitusameti koosolekult 2. jaanuaril 1931. a.

Marie Sarapi kaebus Tallinna linna ettevõtete haigekassa juhatuse tegevuse peale tema venna haigekassa liikme perekonnaliikmete nimekirjast kustutamise asjus.

Otsus:

Haigekassa juhatusele ettekirjutada M. Sarapile välja maksta tema venna Rudolf Velti matusekulud määrustes ettenähtud alustel ja korras, sest kaebaja M. Sarapi poolt esitatud ja politsei poolt 12. märtsil 1932. a. tõestatud õiendusest nähtub, et tema vend R. Velt oli kaebaja ülalpidamisel. Samuti on tema vend Rudolf Velt kantud perekonnaliikmena haigekassa perekonna-liikmeraamatusse. Haigekassa pole tõestanud, et R. Veltil oleks olnud tulusid peale 1932. a. ja seega tuleb teda lugeda perekonnaliikmeks kõigi õigustega, mis peakoosoleku poolt viimastele antud. Vastuväited, et R. Velt olla 1931. a. novembris registratuurilehelt maha kustutatud, ei saa arvesse võtta, kuna see juhatuse kantselieiline korraldus ei ole kaebajale teatavaks tehtud ja seega temalt võetud võimalus oma huve seadusepärastelt kaitsta, mille tõttu see korraldus tuleb mitte jõusseastunuks ja seega M. Sarapi suhtes tühi-seks lugeda.

Tallinna linna ettevõtete haigekassa kiri 18. dets. 1933. a. nr. 175, millega palutakse kinnitusameti seisukohta võtta haigekassa peakoosolekutel tagasilükatud kärpimisettepanekute asjus ja millega palutakse seletust, mil määral võib haigekassa teha kulusid kassaosaliste arstiabi peale.

Aruandja kannab ette kirja ja sel puhul teostatud revideerimise akti sisud ettepanekuga TTS. § 337 põhjal haigekassale ettekir-

Juhtumise ja sotsiaalkindlustuse osakonna abidirektor E. Nerep tagasi tulles küsimuse juurde, kas käesolev küsimus kuulub Kinnitusnõukogus arutamiseks, leiab, et vormiliselt ülesseatud küsimus ei kuulu Kinnitusnõukogu lahendamata, sest on tegemist Vabamüügi apteekide avamise seadusega, mitte aga Tööstusliku töö seadustiku III peatükiga, milles ettetulevate arusaamatuste lahendamine kuulub Kinnitusnõukogu võimkonda.

Prægusel korral, kus vabamüügi apteekide avamiseks on vastav seaduslik kord ette nähtud, ei tuleks Kinnitusnõukogus küsimust arutada.

Lisab juurde, et kui palve on senini otsustamata ja ei ole saadud vastust, võib viivituse peale kaevata Riigikohtule väljaspool Kinnitusnõukogu kompetentsi. Arvab, et selles küsimuses ei saa teha ega vastu võtta ühtki ettepanekut, Iseasi kui küsimus oleks kerkinud Tööstusliku töö seaduse muutmise kavana.

Koosoleku juhataja ära kuulates läbirääkimisi, Kinnitusnõukogu liikme L. Johanson ettepanekut hääletusele ei pannud, millises küsimuses Kinnitusnõukogu liige L. Johanson jäi eriarvamisele, mida palus protokollida.

jutada sunduslikud väljaminekud viia minimaalsetele normidele jt lõpetada mittesunduslikkude väljaminekute tegemine (arstiabi ja toetusrahad perekonnaliigetele).

Otsus:

Kuna haigekassa peakoosolek pole astunud vajalikke samme haigekassa tulude ja kulude tasakaalustamiseks, siis Kinnitusamet TTS. § 337 põhjal otsustas: Peakoosoleku poolt vastuvõetud abirahade ja arstiabiandmise määruste osaliseks muutmiseks maksta kassaliikmetele rahalist toetust:

1. haiguse puhul neljandast haiguse päevast peale kodus $\frac{1}{2}$ ja haiglas ravimisel $\frac{1}{4}$ päevapalga suuruses.

2. sünnituse puhul kodus oleku aja eest $\frac{3}{4}$ ja haiglas oleku aja eest $\frac{1}{2}$ päevapalga suuruses ja

3. surma puhul matuse kuludeks 20 keskmise päevapalga suuruses.

4. Arstiabi alal:

a) eriravi (määrustiku pp. 8—11) kulud võtab haigekassa oma kanda $\frac{1}{2}$ suuruses, välja arvatud juhud, mil eriravi on hädavajalikuks tunnustatud haigekassa usaldusarstide poolt, kelleks on haigekassa ambulatooriumi arstid.

b) Prille haigekassa kulul ei anta.

c) Hammaste ravi võimaldatakse ainult haigekassa hambakabinetis.

5. Perekonnaliigetele rahalist toetust ega arstiabi haigekassa ei võimalda.

Arstiabi kasutamise juhtudel, mil osa kuludest jääb kassaliikme kanda, tasub haigekassa kassaliikmele kulud ettoodud määral peale tasutud arve esitamist.

Määruste muudatused hakkavad maksma 10. jaan. s. a. alates.

Peale selle haigekassale seletada, et kassaliikmete arstiabi kulusid seadus ei piira.

E. Haigekassade Liidu teateid.

Hädaabitöölise riigitoetus ja haigekassad.

12. nov. 1932. a. määras vabariigi valitsus hädaabitöödel töötavate tööliste haiguskindlustuse teostamiseks toetust kõigile haigekassadele, kus kindlustatud hädaabitöölised, 3 senti iga meeshädaabitöölise ja 4 senti iga naishädaabitöölise pealt tööpäevas. Toetus pidi välja maksetama teedeministeeriumi mitmesuguste tööde korraldamise krediidist. Mõni ametnik oli sellest otsusest nii aru saanud, et nende hädaabitöölise, kes töötasid töökorraldamise erifondi arvel, kindlustamiseks riik toe-

tust ei maksa. Ei aktsepteeritud mõne omavalitsuse vastavaid arveid. Seepärast asus Narva linnavalitsus Narva üldhaigekassalt 1932/33. a. talve jooksul töökorraldamise erifondi arvel makstud haigekassa toetust summas 860,49 kr. tagasi nõudma. Haigekassa juhatus teatas sellest Liidule, kelle esitajal olid selles asjas läbirääkimised teedeministriga, hariduse-sotsiaalministriga ning töökaitse ja sotsiaalkindlustuse direktoriga. Tulemuseks oli, et lubati loobuda tagasinõudmisest, mis nähtavasti arusaamatusel põhjenes.

Haigekassade tegevusest.

Kreenholmi haigekassa töötas ülejäägiga.

Kreenholmi vabriku haigekassa aastaaruandest ilmneb, et haigekassa on töötanud ülejäägiga. Aasta alul oli kapitali 13.246 kr., aasta lõpul 14.777 kr. Aasta kestel anti abi 992 liikmele. Matusekuludeks makseti 49 liikmele kokku 2.402 krooni, 18 naisele sünnitusraha 809 kr. ja õnnetusjuhtumite puhul 103 kassaliikmele 1.716 krooni. Haigekassal on 1.929 liiget.

Otsustati tulevikus maksta sümmitajale ühekorde toetusena veel 10 krooni. Seni said sümmitajad haigekassast 6 ndala eest täie palga.

Töölise raamatukogule, mis asub haigekassa juures, määrati 200 kr. toetust.

Kuusaare ühishaigekassa erakorraline koosolek

oli 21. jaan., et tasakaalustada kassa tulusid ja kulusid. Otsustati liikmemaksu mitte tõsta, kuid ravi piirata järgmiselt:

1) Kassaosalistele antav ravi arvestada ettevõtete järele ja võimaldada ravi iga üksiku ettevõtte tööliste ainult selle ettevõtte poolt sissemakstud summade piirides. Sellist arvestust alustada 1. jaanuarist 1934. a. ja ravi võimaldamisel arvestada sissemaksuga möödunud kuu eest. Elukardetavate ja äkiliste haiguste puhul luoda haigekassa juhatale teha sellest kitsendusest erandeid.

2) Kontrollida apteekide arveid retseptide hindade suhtes.

3) Eriravi võimaldada kassaosalistele ainult arstliku komisjoni otsusega ja haigekassa juhatale nõusolekul, silmas pidades kassa majanduslikku seisukorda.

4) Lõpetada kassaosaliste perekonnaliigete ambulatoorne ravi, kuid võimaldada ainult haigemajalist ravi, kus perekonnaliikle tasuda jääb 75 prots. kuludest.

5) Majanduslike väljaminekute juures olla minimaalselt kokkuhoidlik, eriti sõidurahades.

Tallinna Sadamatöölise ühisuse haigekassa

nimekirjast kustutamise küsimus on kinnituseameti poolt algatatud ja tuleb otsustamisele.

Tallinna sadamatöölise haigekassa on juba aastaid tegutsenud ja tema tegevuse lõpetamine ei ole otstarbekohane.

See haigekassa oli vabatahtlik.

TULUKA ETTEVÕTTE VAEVALINE LÕPP.

Haigekassa protsessid liikmetega.

Aastaid tagasi kutsuti ellu Tartus Esimene Üleriiklik Vastastikune Haigekassa, mis pidi kujunema truuks abimeheks kõigile vabakutselisele ja teisele, kes ei kuulu sunduslikult avalikkude haigekassade alla. Liikmete kogumisel anti suuri lubadusi laialdasiks abiandmisvõimalusiks haiguse puhul ja sellepärast tuli liikmeid üsna rohkesti.

Alul paistis asi minevat õige suurejooneliselt, kuid raskusi tuli üsna ruttu. Administratsioon laksis palju ja liikmed, kes vähegi said, hakkasid arstiabiga liialdama. Lasti arstida, kus veel vähegi arstida andis, kuid liikmemaksude laekumine oli sellejuures väga visa. Varsti olid näpud põhjas, tekkisid puudujäägid ja haigekassa määrati peakoosoleku poolt likvideerimisele. Vastavalt põhikirjale pidid liikmed katma puudujäägid võrdseis osades, mida vabatahtlikult tegid ainult teatud protsent. Ülejäänute vastu tuli alustada kohtuprotsesse, mis on kestnud juba üle aasta. Rahukohtunikute juures on neid asju arutusel tavaliselt seeriiate kaupa ja lõppu ei näi neile tulevat. Alles viimasel 4. jsk. rahukohtuniku istungil oli jälle paarkümmend sellesisulist asja arutusel, mis suures enamuses nõudja kasuks rahuldati. Koos kohtukuludega tuleb igal liikmel maksta keskmiselt üle 10 krooni.

„Vaba Sõna“.

Haigekassade legelased!

Levitage „Töö ja Tervist“, — sellega aitate kaasa sotsiaalkindlustuse arengule Eestis.



Karl Lukk, Tartu üldhaigekassa asjaajaja.

KARL LUKK 15 A. HAIGEKASSA TEENISTUSES.

Aeg kaob kiirelt... Ammu see oli, kui „Töö ja Tervis“ avaldas meie armastatud ja lugupeetud kolleegi ja sotsiaalkindlustuse alal tuntud tegelase Karl Lukk'i pildi ja sellekohase väikese ülevaate tema eluloost ja -tööst 10. a. juubeli puhul.

Nüüd astub ta juba üle 15. a. juubeli läve 10. märtsil 1934. a. Ja ega Lukk ole selle vaheaja jooksul vanemaks muutunud ega tema eluenergia ja töötahe vähenenud. Ei. Temale omase järjekindlusega ja süüdlusega ta rühib ikka edasi oma armastatud tööpõllul ja on sellesse nii süvenenud, et ei märkagi, kuidas hõbeämblik oma võrgu kujumist jonnakalt jätkab, püüdes juuste noorusvärvi hoopiski kinni katta.

Kuid värv on maitseasi ja aastad ei määra kaugeltki veel eluiga. Pealegi kus Karl Lukk on alles algavas täismehes eas, siis ei ole meil kellelgi kahtlust, et teda näeme veel mitu ja mitu aastakümnet eneste keskel.

Selles mõttes soovime kõik Karl Lukk'ile kui auväärsele ametivennale, töömehele ja praegusele Eesti Haigekassade Liidu esimehele tema 15. a. ametijuubeli puhul rõõmsat ja saavutusriikast tulevikku!

V. L.

OSVALD VAHTRA 15 AASTAT TÖÖ KAITSEL.

Töömees. Omaette vaikne ja tagasihoidlik. Kuid „nõelab“ harilikult nii, et ei oska ette aimatagi. Ettevõtteid revideerides ei ühtegi pahandamist ega suuremat nurisemist. Annab vaid asjalikult vastavad vajalikud näpunäited, märgib protokollil kõik, mis korrast ära ja lisab sinna juure heatahtlikult tööjuhataja seletusena (võib-olla ka „troostiks“), et „ma ei teadnud, et see teisiti pidi olema“. Kuid seda ta jätab või unustab harilikult titemata, et sea-



Osvald Vahtra, 3. jaoskonna abitööinspektor.

Sünd. 9. VI. 1893 Võrumaal, Koiola vallas. Üldhariduse saanud Põlva kihelkonnakoolis ja Võru linnakoolis. Narva asunud elama 1919. a. jaanuaris sõjamõllu ajal, ja kohe peale Narva vabastamist, kui hakati organiseerima omariikluse ametiasutusi, määrati töökaitsekomissari asjaajajaks. Komissar valiti asutava kogu liikmeks ja nii tuli juba algusest peale tegutseda iseseisvalt. 1. juunist 1920. a. määrati III jsk. töökaitse komissariks, missuguses ametis on kuni 31. XII. 1926, mil töökaitse alal ümberkorraldamise puhul määrati töökaitse abiinspektoriks.

1919. a. ja 1923. a. valiti Narva linnavolikogu liikmeks; oli volikogu juhataja abiks. Alates 1926. a. kuni senini Narva tarvitajateühisus „Aida“ juhatuses liige.

duse nõuete mitteteadmise või mittetundmine ei saa põhjuseks olla karistusest vabanemiseks. Jumalagajätt sellistel kordadel on alati südamlik ja tööandja või juhataja ohkab kergendatult, kui „koll“ on ära sõitnud ja ta on eneses kindel, et seekord pääses karistusest.

Kui aga nädala-paari pärast toob konstaabel trahvimääruse, siis alles saab aru, et ega naljategemist selle mehega ei ole ja et parem on ikka hoolt kanda palgaraamatute väljaandmise, arveraamatute pidamise ja muul alal.

Omal ajal, kui töökaitsest Eestis selle tavalises mõttes võis juttu olla, hra O. Vahtra piididis ikka esimeses järjekorras töökotta või vabrikusse sattuda mööda minnes kontorist ja peremehest.

Töolistega omavahel, ilma peremehe juuresolekuta, selgitati kõik küsimused ära ja siis alles mindi kontori tööjuhataja või peremehe juure. Tol ajal kestsid revideerimised ikka vähemalt tunni ja paar.

Praegusel ajal hrad tööinspektorid seesuguseid revideerimise viise ei harrastavat, nagu tööliste ringkondadest kuulda, vaid järelevalvet teostavad nüüd peaausjalikult ettevõtete kontortite kaudu käies.

Nii ametlikus kui ka eraelus on O. Vahtra kõigiti sobiv ja vastutulelik, mispärast asja-

omastes ringkondades ta on kõigiti lugupeetud ja armastatud.

„Töö ja Tervises“ on tema sulest ilmunud mõned artiklid töökaitset ja haiguskindlustuse praktsist käsitavate ainete üle, mis oma põhjalikkuse poolest midagi soovida ei jäta.

1932. a. ilmus E. H. Liidu kirjastusel hra O. Vahtra koostatud käsiraamat „Töölise haiguse vastu kindlustamise seaduse“ üle, mis üldist tarvitamist on leidnud.

Need on vaid mõned, õige tagasihoidlikud, paar viibet hra Vahtra iseloomustamiseks, kelle 15. a. ameti juubel on 15. märtsil 1934. a.

Sel puhul soovime lugupeetud juubilarile kestvalt senist heatahtlikkust ja vastutulelikkust ametlikus elus ja paremat ja rõõmuküllast tulevikku isiklises elus.

Sotsiaalkindlustusseadus Lätis ei saanud rahva enamust.

Läti sotsialistide algatusel oli 27. veebr. vanaduse, invaliidsuse ja tööpuuduse vastu kindlustamise seadus rahvahääletuel. Eelnõu poolt anti umbes 400.000 häält, maksva seaduse järgi on nõuetav 487.411 häält, mis teeb pool hääleõiguslikest kodanikest. Seega ei ole eelnõu saanud tarvilikku enamust.

Codex deontologius.

Eesti Arstideseltside Liidu juhatause poolt on välja töötatud ja Liitu kuuluvate seltside poolt esitatud paranduste varal täiendatud Codex deontologicus, mis sisaldab norme arstide kutse-etiika kohta. Codexi järgi arsti kutsetöö kõrgeks eesmärgiks on rahva tervishoiuline hüve. Seda kutsetööd ei tule lugeda äriliseks ettevõtteks, vaid selle ülesanne on nii üksiku rahvaliikme kui ka kogu rahva tervise hooldamine.

Codex sisaldab 22 paragrahvi.

Üldosa käsitleb arsti kutsealalisi ülesandeid, mida arst täitku innuga. Arst on vastutav mitte ainult seaduse ees, vaid ka moraalsetl kõigi tagajärgede eest, mis võivad tekkida sellest, kui ta ilma küllaladase põhjusega ei järgne kutsele haige juurde.

Arst peab panema suurimat rõhku heale läbisaamisele oma kolleegidega ja hoiduma kõigest, mis võib rikkuda kollegiaalse vahekorra.

Arsti kohus on aidata kaasa kõigiti avaliku tervishoiu tööle, eriti nakkushaiguste ärahoidmise tõkestamise alal.

Arsti aukohuseks on kutsesaladuse hoidmine, ka oma perekonna vastu.

Iga arst peab seisma teadusliku ravisüsteemi alusel ja astuma võitlusse ebaravimisega igal juhul. Iga arst peab täpselt kontrollima ja jälgima tema juhatusel või vastutusel töötava tervishoiupersonaali tegevust.

Haigetele või tema omakseile haiguse kohta seletusi andes arst võimalikult hoidub käsitlemast haiguse puutuvaid arstiteaduslikke üksikasju, kuna üksikasjusse minek hiljem põh-

justab arusaamatusi nii kolleegide vahel kui ka kolleegi ja haige ning tema omaksete vahel.

Eriosas nõutakse muuseas, et arst ei reklaami oma tegevust avalikult ega ka eraviisil. On loetletud üksikasjaliselt, mis reklaami all mõeldakse.

Ükski arst ei abista abitarvitajaid kestvalt kirja- või telefoniteel, kuna see pole kooskõlas arstkonna väärilikkusega. Ükski arst ei ravi abitarvitajaid rändüsteemil.

Väljaspool oma elukohta või tegevuspiirkonda arst võib avada abitarvitajate vastuvõtmise ainult peale sellekohase nõusoleku saavutamise kohalikult arstideseltsilt või kohalikelt kolleegelt.

Arstliste tunnistuste ja õienduste andmisel arst peab olema äärmiselt ettevaatlik ja teadlik selles, et ta need annab arstivande all; selletõttu arst võtab tunnistuste või õienduste aluseks ainult oma enda vaatlused ja teaduslikud tõekspidamised, jättes kõrvale igasugused subjektiivsed mõjudid.

Ükski arst ei anna teateid või tunnistusi ravi- või toitevahendite ja muu sarnase kohta nende äriliseks reklaamimiseks.

Abitarvitajatelt tasu võtmisel arst hoiab end kohal maksvate tasunormide piirides ja ei tee neist kunagi allapakkumisi. Küll võib arst tasu määramisel pidades silmas abitarvitajate majanduslist seisukorda, vaesemaile kodanikele alandada maksu või tasust hoopis loobuda.

Kolleegid ja nende ülespidamisel ning nende juures elavad lähemad perekonnaliikmed ravigakse tasuta.

Lähemate perekonnaliikmete hulka kuulu-

vad kolleegi abikaasa, alaealised lapsed ja töövõimetud vanemad.

Arst võib nimetada end eriarstiks ainult siis, kui ta tööpooldest on omandanud erihariduse vastaval alal sellekohaste seaduste või määruste kohaselt.

Teiste arstide haigega käitumisest võiks märkida:

Arst võtab teise arsti ravimisel oleva haige ravimise haige kodus alaliselt oma peale ainult sel juhul, kui ta sai kinnituse, et arsti vahetus on haige poolt kavatsatud. Raviva arsti mittekättesaamise korral juurdekutsutud arst teeb seal ainult kõige hädavajalikumad korraldused, teatab võimalikult oma visiidist ravivale arstile ja jätab viimasele edaspidise ravi.

Arst on kohustatud pidama nõu raskemate haiguste või operatsioonide korral arstide-eriteadlastega, kui seda nõuab haige seisund või kui seda soovivad kas haige või tema omaksed. Haige poolt soovitatud konsiliaararsti juurdekutsumise võib arst lükata tagasi ainult kõige mõjuvamail põhjusil. Ka konsiliaararst võib loobuda konsiiliumist ainult suuremate takistuste puhul.

Konsiiliumi pidamiseks vajalikud korraldused teeb raviv arst. Arstide nõupidamine toimub tunnistajaita. Tulemused teatab haigele või tema omastele kas raviv arst või üks konsiliaararstest omavahelisel kokkuleppel. Edasiravimine jääb seni-ravinud arstile.

Hilineb raviv arst kokkulepitud tähtajast rohkem kui veerand tundi ilma eelneva vabandusega, võtab konsiliaararst ette viimaseist ravivale arstile.

Konsiiliumi puhul võetakv honorar määratakse kokkuleppel raviva arstiga.

Ükski arst ei keeldu vajaduse korral assisteerimast teisele arstile.

Ametikohtadele kandideerimisel nõutakse, et ametikohale kandideerimisel on arst kohustatud veenduma, et koht on vabanenud arst-konna õigekspidamise mõistete kohaselt ja ei ole seejuures rikutud eelnise kohavaldaja õigustatud huvisid. Vastasel korral tuleb loobuda kandideerimisest. Vaidluse korral neis küsimusis kandideerija on kohustatud arvestama arst-konna esinduse töekspidamisega.

Codex on täielikult avaldatud „Eesti Arst“ nr. 2, 1934. a.

Kirjandus.

Toimetusele tulnud kirjandus:

Eesti Arst nr. 2. Lhk. 81—160. Eesti Arstideseltside Liidu ajakiri. Toimetuse aadress: Tartu, Väike-Tähe. Tell. hind aastas postiga 7 kr. 50 s., ½ aastas 4 kr. Üksikuid numbreid ei müüda.

Darba Tiesibas (Töö õigus). Läti sotsiaalpoliitiline kuukiri. Nr. 1, 1934, Riia.

Sveikata ir Darbas. Leedu haigekassade kuukiri. Nr. 1, 1934, Kaunas.

Eesti Spordileht nr. 2, 1934.

Tervis nr. 2, 1934. Sisu: Dr. med. M. Kask: Külma mõju tervisele. — Dr. V. Hion: Elundite häirest lapsepõlves (10 pildiga). — Stud. med. H. V.: Võitlus vähjatõvega. — Dr. med. H. Normann: Kas jalgrattal sõitmine on kahjulik? — Dr. med. H. Madisson: Kurjategijate liigitamine nende arengu alusel. Kuidas parandada ja kasvatada vange. — Tervise kõnetund. Hind 25 senti. Aastas 2 kr. 50 s., ½ a. 1 kr. 35 s. Aadress: Tartu, Pepleri tän. 32.

X aastakäik.

Sotsiaalpoliitilise kuukirja

X aastakäik.

„TÖÖ JA TERVISE“

1934. aasta tellimiste ärasaatmisega palume rutata.

„TÖÖ JA TERVIS“, Eesti Haigekassade Liidu ja Sotsiaalse Arengu Eesti Ühingu häälekananja, ilmub 1934. a. endises suuruses 16—24 lhk., tuues illevaateid ja kirjutusi töölis-, töökaitse-, kindlustuse-, tervishoiu-, hoolekande j. t. sotsiaalküsimuste aladelt Eestist ja välismaalt.

„TÖÖ JA TERVISE“ avaldatakse kinnitusnõukogu- ja ametite tähtsamad otsused.

„TÖÖ JA TERVIS“ paneb erilist rõhku just ajakirja sisu mitmekülgسusele.

TELLIMISHIND postiga: 12 kuud (12 numbrit) — 1 kr., 6 kuud (6 numbrit) 55 senti, 3 kuud (3 numbrit) — 30 senti. Üksiknumber 10 senti.

TALITUSE ADRRESS: TALLINN, LAI TÄN. 38, KRT. 4, „TÖÖ JA TERVIS“. Tel. 448-35.

SISU: 1) 1934. aasta haigekassade elus — A. Linnomägi. 2) Muudatustest maailma sotsiaalkindlustuses 1932. a. — J. Sonin. 3) Arstiaibikorraldus haigekassades — V. Luksepp. 4) Tervishoiust ja selle arengust — Dr. M. Päämann. 5) Korteriolud Tallinnas ja välismaa linnades — Aug. Gustavson. 6) Kinnitusnõukogu otsusi. 7) Kinnitusameti otsusi. 8) E. Haigekassade Liidu teateid. 8) Haigekassade tegevusest. 9) Karl Lukk 15 a. haigekassa teenistuses — V. L. 10) Osvald Vahtra 15 aastat töökaitseil — V. L. 10) Codex dentologius. 12) Kirjandus. 13) Pildid. 14) Kuulutused.

Tegev toimetaja L. Johanson, kaastimetaja Aug. Gustavson.

Vastutav toimetaja: L. Johanson.

Väljaandja: Eesti Haigekassade Liit.

Kirjastuse o.-ü. „Täht“ trükk, Tallinnas, V. Pärnu mnt. nr. 31.