

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 5

WARSZAWA, DN. 1 MAJA 1927 R.

PROJEKT USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ogłosiło projekt ustawy „o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego”. Jest to zamierzenie ustawodawcze zakreślone na bardzo poważną skalę. Bez względu na losy projektu stwierdzić musimy, iż już sam fakt opracowania ustawy stanowić będzie chlubną kartę w dziejach naszej polityki ubezpieczeniowej.

Poświęcamy prawie cały numer naszego pisma projektowi, ogłaszając szereg artykułów, w których omówione są poszczególne rozdziały projektu. W artykułach tych znajdzie czytelnik i rzeczową krytykę mającą na celu troskę o zmianę i polepszenie niektórych przepisów.

REDAKCJA.

DR. RAFAŁ BUBER.

ZAKRES OSOBOWY W PROJEKCIE USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM *).

Według art. 2 projektu obowiązkowemu ubezpieczeniu, t. j. scalonemu ubezpieczeniu

1) na wypadek choroby i macierzyństwa osoby ubezpieczonej lub członka jej rodziny,

2) na wypadek niezdolności do zarobkowania i śmierci ubezpieczonego
podlegają wszystkie osoby bez różnicy płci i wieku, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego.

Projekt zadowala się krótkim a wyczerpującym określeniem i unika niepotrzebnej a powodującej częstokroć nieporozumienia egzemplifikacji, jaką spotykamy np. w art. 3 ustawy z 19.5.1920.

Na równi z osobami pozostającymi w stosunku służbowym lub roboczym traktuje projekt chałupników oraz terminatorów i praktykantów, uczniów uzu-

pełniających wykształcenie zawodowe, a także krewnych i powinowatych pracodawcy, o ile są przez niego zatrudnieni, z wyjątkiem małżonka.

Projekt nie zawiera przepisu analogicznego do art. 4/1 obecnej ustawy o K. ch., zezwalającego pewnym osobom na zwolnienie się od obowiązku ubezpieczenia, ani też przepisu analogicznego do art. 104/c cyt., przyznającego Ministrowi Pr. i O. Sp. prawo de-

*) Oficjalny tytuł (Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego) jest stanowczo za długi. tylko ludzie o zdrowych płucach mogliby tytuł jednym tchem zacytować; znacznie prostszą byłaby nazwa „Ustawa o ubezpieczeniu społecznym”.

czyż co do kolejności pociągania do obowiązku ubezpieczenia poszczególnych kategorii osób ubezpieczeniu podlegających.

Z chwilą zatem kiedy projekt stanie się ustawą— osoby zastępujące bezpośrednio właścicieli przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych bez względu na wysokość ich poborów służbowych nie będą miały prawa zwolnić się od obowiązku ubezpieczenia.

Taksamo z tą chwilą obowiązek ubezpieczenia obejmie automatycznie pracowników rolnych i leśnych, oraz służbę domową w gospodarstwach wiejskich, co do których ubezpieczenie w Małopolsce w gospodarstwach poniżej 75 ha, a w b. dzielnicy rosyjskiej (z wyjątkiem powiatu będzińskiego) wogóle zostało przez Ministra Pr. i O. Sp. odroczone.

Obowiązkowi ubezpieczenia według projektu podlegają też pracownicy kolei państwowych i to w tych samych zakładach, co wszelkie inne osoby zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego; projekt przyznaje jednak w art. 78 Ministrowi Pr. i O. Sp. w porozumieniu z Ministrem Komunikacji prawo przekazania ubezpieczenia pracowników kolei państwowych specjalnym instytucjom ubezpieczenia kolejarzy.

Osoby zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego podlegają ubezpieczeniu projektem uregulowanemu w całej jego rozciągłości, z wyjątkiem pracowników umysłowych, objętych ustawą o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, względnie w myśl tej ustawy od obowiązkowego ubezpieczenia zwolnionych, którzy podlegają jedynie ubezpieczeniu chorobowemu.

To wyodrębnienie pracowników umysłowych nie stwarza a conajmniej pogłębia sztuczną przepaść z ogólnej ustawy i z jednolitego systemu ubezpieczenia między pracownikami fizycznymi a umysłowymi i powinno zniknąć w ostatecznej redakcji ustawy.

Pozatem inwalidzi, którzy ukończyli 65 lat lub którzy wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych, stali się niezdolnymi do zarabiania własną pracą 1/3 części tego, co zarabia w danej miejscowości osoba zdrowa fizycznie lub umysłowo o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu, — są ubezpieczeni tylko z prawem do świadczeń wynikających z ubezpieczenia chorobowego oraz do świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania i śmierci, powstałej wskutek wypadku w zatrudnieniu lub zachorowaniu na chorobę zawodową.

Wobec tego zakres osób obowiązkowo ubezpieczonych obejmuje trzy kategorie:

- a) pełno-ubezpieczonych,
- b) ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa oraz na wypadek niezdolności do zarobkowania i śmierci powstałej wskutek wypadku w zatrudnieniu lub zachorowania na chorobę zawodową (inwalidów w rozumieniu projektu),
- c) ubezpieczonych jedynie na wypadek choroby i macierzyństwa (pracowników umysłowych).

Według art. 4 projektu obowiązkowemu ubezpieczeniu wogóle nie podlegają następujące kategorie osób:

1) funkcjonariusze państwowi w rozumieniu ustawy z 9.10.1923 o uposażeniu funkcjonariuszy państwowych (Nr. 116, poz. 924 Dz. U. Rz. P.).

Byłoby naturalnie pożądanem, aby i funkcjonariusze państwowi byli objęci ubezpieczeniem w tych samych rozmiarach i w tych samych zakładach, co inne osoby ubezpieczeniu podlegające, ale jeżeli projekt pod tym względem chciał utrzymać obecny stan rzeczy, powinien był przynajmniej tych funkcjonariuszy wyraźnie wymienić, a nie poprzestać na cytowaniu ustawy z 9.10.1923, gdyż to prowadzi do niepożądanych nieporozumień.

W rozumieniu tej ustawy bowiem funkcjonariuszami państwowymi są urzędnicy, państwowi funkcjonariusze niżsi, funkcjonariusze policji państwowej, *etatowi pracownicy państwowi kolei żelaznych*, pracownicy poczt, telegrafów i *telefonów*, oraz nauczyciele wszystkich państwowych szkół publicznych, natomiast ustawa ta nie obejmuje *sędziów i prokuratorów*.

Z powołania ustawy w art. 4/l wynika więc wbrew intencji autorów projektu, że nie podlegają ubezpieczeniu etatowi pracownicy państwowych kolei żelaznych, mimo że projekt ich obejmuje i pracownicy telefonów pomimo, że telefony są wydzierżawione, a zatem pracownicy telefonów uważani być mają za pracowników prywatnych. Z drugiej zaś strony sędziowie i prokuratorzy jako nieobjęci ustawą z 9.10.1923 mieliby ubezpieczeniu podlegać.

2) Osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej.

Przepis ten jest zbyt ogólnikowy i zwalnia osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej od ubezpieczenia nawet i w tych wypadkach, jeżeli osoby te poza służbą wojskową pozostają w stosunku roboczym lub służbowym, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, np. lekarz wojskowy, pełniący obowiązki w sanatorium prywatnym i t. d.

3) Duchowni, zakonnicy i zakonnice, jakoteż osoby należące do uznanych przez państwo zgromadzeń lub stowarzyszeń religijnych wszelkich wyznań, o ile wykonują czynności bezpośrednio wynikające z obowiązku ich powołania.

Także i ten przepis jest zbyt ogólnikowy i wymaga ograniczenia w tym kierunku, że osoby w art. 4/3 wymienione podlegają ubezpieczeniu, o ile spełniają obowiązki nauczycieli, prefektów i katechetów w szkołach prywatnych lub publicznych.

4) Osoby zatrudnione wyłącznie z pobudek religijnych, humanitarnych lub ideowych, nie pobierające wynagrodzenia, chociażby otrzymywały utrzymanie lub ekwiwalent na utrzymanie.

Przepis ten idzie za daleko. Pobudki, dla których ktoś podejmuje się pracy, są dla ubezpieczenia społecznego obojętne, o ile zatem osoby w tym ustępie wymienione, otrzymują utrzymanie w naturze lub ekwiwalent na utrzymanie, a zatem zachodzi odpłatny stosunek służbowy lub roboczy, powinny one bezwzględnie ubezpieczeniu podlegać.

5) Niestale zatrudnieni a zatem osoby, których głównym źródłem utrzymania jest najem usług i które nie pozostając w stałym stosunku roboczym u jednego i tego samego pracodawcy, pracują nieprzerwanie u jednego pracodawcy nie dłużej niż 6 dni.

Przepis ten pogarsza obecny stan rzeczy i pozbawia niestale zatrudnionych dobrze nabytych praw, gdyż według obecnych ustaw podlegają oni ubezpieczeniu obowiązkowemu. Nie wolno zapomni-

nać, że kategoria niestale zatrudnionych obejmuje osoby, które na wypadek nieszczęścia (choroby, inwalidztwa lub starości) najbardziej wszelkiej opieki i pomocy są pozbawione (posługaczki dochodzące, praczki, pielęgniarki, prywatni nauczyciele i nauczycielki, tragarze, posłańcy, rębacze i t. d.), a to tembardziej, że zazwyczaj nie mogą się oprzeć o organizacje zawodowe.

Należy też pamiętać o tem, że projekt przepisem art. 4 — 5 wyklucza niestale zatrudnionych nie tylko z krótkoterminowego ale i z długoterminowego ubezpieczenia.

Wobec tego ustęp 5 art. 4 projektu należałoby w zupełności skreślić.

Osobom, które były ubezpieczone obowiązkowo przysługuje według art. 8 projektu w ciągu 4 tygodni od dnia zgaśnięcia obowiązkowego ubezpieczenia, prawo kontynuowania ubezpieczenia jednak tylko w takim zakresie, w jakim były ubezpieczone obowiązkowo.

Pozatem projekt przewiduje też możliwość dobrowolnego ubezpieczenia, którego warunki drogą rozporządzenia ustalić ma Minister Pr. i Op. Sp. (art. 10). Byłoby wskazaniem, aby warunki te sprecyzowane zostały w samej ustawie (chociażby w interesie jej przejrzystości) i by ustawa zgodnie z postulatem wysuniętym przez konferencję krakowską (1924 rok) ułatwiła dobrowolne ubezpieczenie przy zbiorowym zgłoszeniu się kandydatów pewnego zawodu.

Art. 101 przyznaje prawo do świadczeń na wypadek choroby lub macierzyństwa także osobom zamieszkującym razem z obowiązkowo ubezpieczonym lub kontynuującym ubezpieczenie we wspólnym gospodarstwie i wyłącznie przez niego utrzymywanym, o ile one same nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu.

Przepis ten nie pokrywa się z art. 1 — 1, który prawo do świadczeń zapewnia „członkom rodziny” obowiązkowo ubezpieczonego (także i nagłówek art. 101 opiewa: „Świadczenia dla rodzin ubezpieczonych”), podczas gdy art. 101 w tekście swym nie wspomina ani słowem o wymogu pokrewieństwa wzgl. powinowactwa, jako warunku prawa do świadczeń.

W tym kierunku należałoby więc art. 101 skorygować a zarazem wymienić tych członków rodzin, którzy mają prawo do świadczeń.

Przy tej sposobności należałoby nareszcie naprawić krzywdę, jaką Sejm ustawodawczy w ustawie z 19.5 1920 wyrządził żonom nieślubnym obowiązkowo ubezpieczonego, wykluczając je z opieki lekarskiej na wypadek choroby lub macierzyństwa.

W rozdziale o świadczeniach z tytułu ubezpieczenia długoterminowego projekt przyznaje na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej, pod warunkami unormowanymi w art. 133 i dalszych, prawo do renty:

a) wdowie, a zatem również tylko żonie ślubnej.

Uwagi o żonach nieślubnych dotyczące art. 101 mają i tu zupełne zastosowanie.

b) wdowcowi tylko o tyle, o ile był inwalidą w rozumieniu ustawy i był wyłącznie przez osobę zmarłą utrzymywany.

c) sierotom ślubnym do 18 r. życia, z tem, że córki zamężne nie mają prawa do rent sierocych, że renty te przysługują dziecku niezdolnemu do zarobkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej także po ukończeniu 18 r. życia, przez cały czas trwania tej niezdolności, o ile niezdolność zaistniała przed osiągnięciem powyższego wieku.

Dziecko, odbywające studia w zakładach naukowych, publicznych lub mających prawo publiczności, ma prawo do renty sieroczej do chwili ukończenia studjów, najdłużej jednak do ukończenia 24 r. życia.

Dzieci legitymowane mają te same prawa co dzieci ślubne, taksamo dzieci przybrane, o ile adopcja nastąpiła przynajmniej na rok przed powstaniem prawa do renty, i o ile po swoich rodzicach nie mają prawa do renty lub alimentów.

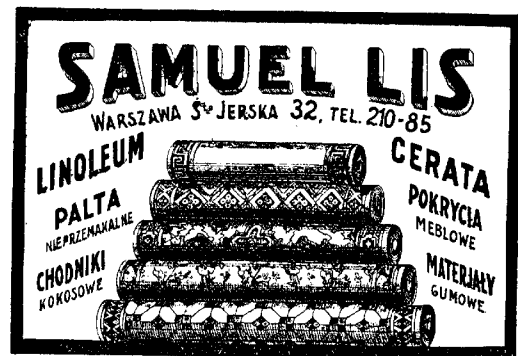
Dzieci nieślubne mają w stosunku do matki te same prawa, co dzieci ślubne, w stosunku zaś do ojca naturalnego tylko w tym wypadku, jeżeli ojcostwo zostało już za życia ojca sądownie ustalone, lub pozasądowo uznane, albo w razie, gdy dziecko urodziło się dopiero po śmierci ojca, jeżeli ojcostwo zostanie sądownie ustalone.

Te ograniczenia dzieci nieślubnych powinny w ostatecznej redakcji ustawy zniknąć, a dzieci nieślubne należy zrównać w zupełności z dziećmi ślubnymi.

c) osobom dalszej rodziny a to wstępnym jak długo żyją w niedostatku a wnukom i rodzeństwu do ukończenia 18 r. życia, względnie na warunkach, o których mowa pod b) także po ukończeniu 18 r. życia.

Dziadkom należy się renta tylko wówczas, jeżeli niema rodziców, wnukom tylko wtedy, gdy niema wstępnych, a rodzeństwu tylko wówczas, gdy niema innych uprawnionych do tej renty.

Projekt nie określa pojęcia „pracodawcy” a powinien to uczynić dla uniknięcia nieporozumień, które mogą się częstokroć nasunąć, w szczególności, jeżeli idzie o przedsiębiorstwa wydzierżawione, o przemysł budowlany i inne podobne wypadki, w których ustalenie osoby pracodawcy może napotkać na trudności.



ORGANIZACJA UBEZPIECZENIA I NADZÓR.

Część II projektu zajmuje się organizacją ubezpieczenia (art. 16 — 77).

Instytucjami, które będą zajmowały się organizowaniem ubezpieczeń są w myśl projektu 1) Kasy ubezpieczeń społecznych (dotychczasowe K. Ch.), 2) Zakłady Ubezp. Społ., 3) Związek Zakł. Ubezp. Społ.

Zasada terytorjalności Kas została w całości utrzymana t. zn. w każdym powiecie (art. 21) ma istnieć tylko jedna Kasa Ubezp. Społ. z tą tylko różnicą w stosunku do ustawy z 19. 5. 1920 r., że musi ona mieć najmniej 5.000 ubezpieczonych. W wyjątkowych wypadkach może M. P. i O. S. obniżyć minimum do 3.000 członków. Jeżeli jednak okaże się ilość obowiązkowo ubezpieczonych w okręgu danej Kasy (t. j. powiatu) poniżej 5.000 ubezpieczonych, wówczas Kasa zostaje zlikwidowana i na dwa powiaty tworzy się jedną Kasę.

Projekt znosi dotychczasowy przepis ust. z dnia 19. V. 1920 r. (art. 1) dopuszczający do tworzenia Kas miejskich, dla miast mających powyżej 50.000 mieszkańców.

Zakres działania Kas jest mniej więcej identyczny z dotychczasowym, z tą różnicą, że Kasy Ubezp. Społ. będą ponadto spełniały bardzo ważną rolę w organizacji ubezpieczenia inwalidzko - wypadkowego, czyli, jak projekt je nazywa na wypadek niezdolności do zarobkowania. Wspólna będzie oczywiście rejestracja (art. 22) i ustalanie warunków ubezpieczenia (na tem polega organizacyjne scalenie ryzyk), wymierzanie i ściąganie składek (istnieje jedna składka dla wszystkich rodzajów ubezpieczenia podzielona tylko na 3 części). Kasy Ubezp. Społ. będą (art. 22 ust. 5, 6, 7).

1) przeprowadzały lecznictwo niezdolności do pracy (t. j. inwalidów i poszkodowanych z powodu wypadku) na zlecenie Zakładu Ubezp. Społ.,

2) przeprowadzały czynności przygotowawcze dla przyznania świadczeń, udzielanych przez Zakłady, i

3) utrzymywały ewidencję osób, pobierających renty z tytułu niezdolności do zarobkowania.

Organy Kasy.

Projekt przewiduje utworzenie: 1) Rady, 2) Zarządu, 3) Komisji Rewizyjnej.

Rada składać się ma (art. 25) z 30 — 45 osób wybranych w głosowaniu proporcjonalnem na lat 6 przez ubezpieczonych i pracodawców (w stosunku 2/3 : 1/3). Czynne prawo wyborcze uzyskuje się po ukończeniu 21 r. życia, bierne po 25-tym.

Nowym przepisem w projekcie jest udzielenie czynnego prawa wyborczego osobom „które przestały być ubezpieczonymi w danej Kasie od 4 tygodni przed dniem ogłoszenia wyborów, o ile przed dniem zgaśnięciem ubezpieczenia były ubezpieczone przez 6 ostatnich tygodni bez przerwy lub były ubezpieczone przez przynajmniej 26 tygodni w ciągu ostatnich 12 miesięcy“ (art. 26 lit. b) 2) oraz pozbawienie płat-

nych pracowników Kasy biernego prawa wyborczego (art. 26).

Projekt przewiduje pewnego rodzaju przymus przyjęcia mandatu (art. 30) uzależnia on bowiem zrzeczenie się mandatu od pewnych w ustawie określonych warunków.

Poważnem ograniczeniem autonomii Kas jest uprawnienie władz nadzorczych do pozbawienia mandatu członka Rady (art. 33) „w razie stwierdzonego nadużycia tego stanowiska dla celów osobistych lub trzykrotnego nieusprawiedliwionego zaniedbania swych obowiązków.

Zakres działania Rady (art. 37) został w projekcie znacznie ograniczony, przysługuje jej tylko 1) wybór Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Komisji Rozjemczej, 2) uchwalanie zmian statutu, 3) zatwierdzanie sprawozdania rocznego oraz preliminarza budżetowego, 4) spełnianie wszystkich innych czynności, zastrzeżonych dla niej przez statut. Jak widzimy Rada ma mieć nowy zakres działania, t. j. zatwierdzanie preliminarza budżetowego. Z tego wynikałoby, że Kasy będą miały obowiązek układania preliminarza budżetowego.

W posiedzeniach Rady mają prawo, w myśl projektu (art. 38), brać udział także Dyrektor i Lekarz Naczelny z prawem stawiania wniosków, ten ostatni w sprawach lecznictwa. Zarząd ma być wybierany (art. 41) zwykłą większością głosów obecnych (a nie proporcjonalnie jak Rada) i składać się ma z 6, 9 lub 12 członków (w stosunku 2/3 : 1/3). Nowym przepisem jest prawo ryczałtowania odszkodowania dla Przewodniczącego.

Zakres działania Zarządu, jako organu orzekającego (art. 43) został nieco zmieniony. Orzeka on w sprawach 1) obowiązkowego ubezpieczenia, 2) ustalania właściwości terytorjalnej, 3) ustalania uprawnień do kontynuowania ubezpieczenia, 4) obowiązku i wysokości składek, 5) ustalania zakresu osób, mających prawo do świadczeń, udzielanych przez Kasy Ub. Społ. dla członków rodzin. Dotychczasowy obowiązek przewodniczącego (art. 72/III) „zakwestjonowania“ uchwał Zarządu zostaje do pewnego stopnia uzupełniony (art. 45), albowiem „jeżeli dyrektor Kasy lub lekarz naczelny na posiedzeniu zwróci uwagę, że uchwała sprzeciwia się postanowieniom ustaw lub statutu, Przewodniczący ma obowiązek zawiadomić o tem władzę nadzorczą“.

Prawa Zarządu mianowania i zwalniania urzędników nie są, w projekcie, uzależnione od wniosku dyrektora. Natomiast ograniczono (art. 46) kompetencję Zarządu, albowiem władze nadzorcze zatwierdzają uchwały Zarządu o powołaniu i zwolnieniu Dyrektora i Naczelnego Lekarza. A ponadto projekt ogranicza poważnie autonomię Zarządu (art. 46) albowiem „w razie dwukrotnej odmowy władzy nadzorczej zatwierdzenia kandydata, a także w wypadku, jeżeli Kasy wstrzymują się od postawienia innego kandydata, może władza nadzorcza mianować Dyrektora względnie Naczelnego Lekarza według swego

uznania". Widzimy z tego, że przepis ten wprost podważa prawo mianowania dyrektora i lekarza naczelnego przez Zarząd. Jak w praktyce wyglądała by współpraca Zarządu i z owymi nominatami, to inna sprawa.

Umowy z lekarzami

mieć będą, jak dotychczas, charakter prawno - prywatny. Projekt przewiduje utworzenie Komisji pojedynczych (art. 51) „dla rozstrzygnięcia sporów na tle wykonywania praktyki lekarskiej oraz przyjętych w tym względzie obowiązków”, oraz instytucję zupełnie nową Komisję arbitrażową przy Zakł. Ubezpiecz. Społ. i Wyższą Komisję arbitrażową przy Ministerstwie Pracy (art. 52) „dla rozstrzygnięcia zbiorowych sporów, co do zawierania, rozwiązywania i obowiązywania zawartych umów”. W skład Komisji arbitrażowej wchodzi (jako przewodniczący) przewodniczący Zakładu Ubezpiecz. Społ. po 2 przedstawicieli Kas i lekarzy oraz delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia). Przewodniczącym Wyższej Komisji arbitrażowej jest przedstawiciel Ministerstwa Pracy, skład członków jest niezmienny z tą różnicą, iż projekt przewiduje w Wyższej Komisji arbitrażowej przedstawiciela Min. Spr. Wewn., nie wymieniając Departamentu Służby Zdrowia. Być może, iż jest to tylko pomyłka redakcyjna. „Decyzja Komisji Arbitrażowej wzgl. Wyższej Kom. Arb. ma moc wiążącą obiedwie strony”

Zakłady Ubezpiecz. Społ.

których będzie na terenie R. P. kilka, mają bardzo szeroki zakres działania: 1) sprawy, które obecnie należą do kompetencji Okr. Zw. K. Ch. z nieco rozszerzonym w tej dziedzinie zakresem działania (np. prawo zawierania imieniem Kas umów z org. lekarskimi, aptekami i t. d., 2) udzielanie świadczeń pieniężnych i w naturze z powodu niezdolności do zarobkowania (ubezpieczenia inwalidzko - wypadkowe), 3) nadzór.

Organami Zakładów są: 1) Rada, składająca się z 45 osób, wybierana przez delegatów Kas (każda Kasa ma wysyłać po 3 delegatów na 2.000 członków, maximum 30 delegatów). Ci tworzą zgromadzenie wyborców i wybierają Radę w proporcji 2/3 (ubezpieczeni) do 1/3 (pracodawcy), 2) Zarząd składający się z przewodniczącego i jego zastępcy, mianowanych przez Ministra Pracy i z 12 członków, z których 6 wybiera grupa ubezpieczonych, 3 grupa pracodawców w Radzie, a 3 mianuje Minister Pracy na czas kadencji Zarządu t. j. na 6 lat.

KAZIMIERZ OSIOWSKI.

ŚWIADCZENIA NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym przewiduje takie same rodzaje świadczeń na wypadek choroby lub macierzyństwa, jakie przewiduje obecnie obowiązująca ustawa z 19.V.1920 r., wprowadza jednak pewne zmiany co do wysokości i rozmiaru świadczeń, co do warunków ich udzielania oraz zakresu osób, uprawnionych do świadczeń (świadczenia dla rodzin).

Przewodniczący (zastępca) są urzędnikami państwowymi, oczywiście ze wszystkimi rygorami prawnymi z tego wynikającymi. Widzimy i w tym wypadku, że projekt bardzo poważnie narusza autonomię organizacji ubezpiecz. społ.

Ponadto przewiduje projekt utworzenie Związku Zakł. Ub. Społ. z zakresem działania, odpowiadającym mniej więcej kompetencji Związku Państwowego. Do jego kompetencji należeć będzie ponadto (art. 69/3) „coroczny rozdział ciężarów świadczeń pieniężnych na wypadek niezdolności do zarobkowania i śmierci pomiędzy Zakładami Ubezpiecz. Społ.” oraz art. 69/4) „organizowanie wspólnej lokaty kapitału i kredytu dla Kas i Zakł. Ubezpiecz. Społ., albowiem w myśl art. 218 Kasy Ub. Społ. „przynajmniej połowę funduszy zapasowych winny odprowadzać do Zakł. Ub. Społ., a Zakłady połowę swych funduszy i połowę przekazanych im części funduszy zapasowych Kas do Związku Zakł. Ub. Społ., celem łącznego ich administrowania.

Nadzór.

Jak wspomnieliśmy już oddany on został w 1-ej instancji Zakładom ubezpieczeń społ., instancją drugą będzie M. Pr. i Op. Społ. Temsamem zostaną zlikwidowane obecnie istniejące Okr. Urzędy Ubezpieczeń i Gł. Urząd Ubezpiecz. Obecny stan prawny (Okr. Zw. Kas oraz Okr. Urzędy) wytwarzał, jak wiadomo, pewną niedogodność, która ma zniknąć, niestety, za cenę ograniczenia autonomji władz wybieranych.

Zakres działania władz nadzorczych odpowiada naogół ich zakresowi dzisiejszemu. Nowym przepisem (art. 81/3) jest uprawnienie władz nadzorczych do zwoływania organów Kas i Zakładów Ubezpiecz. Społ. na posiedzenia nadzwyczajne z własnej inicjatywy oraz (art. 85/2) „udzielanie Kasom zezwoleń na urządzanie szpitali, aptek i innych zakładów oraz na prowadzenie działalności aptek kasowych”. Jednym z przepisów, w dziedzinie nadzoru, ograniczających autonomję Zakładów i Związku jest (art. 87) obowiązek przedkładania Ministerstwu preliminarzy budżetów oraz podziału zysku pomiędzy Zakłady z tytułu świadczeń pieniężnych na wypadek niezdolności do zarobkowania przynajmniej na 4 tygodnie przed zatwierdzeniem przez Radę wzgl. przez Zarząd.

Oceniając przepisy o nadzorze pod względem prawnym, podkreślić musimy ich jasną stylizację i unormowanie zakresu działania w przeciwieństwie do przepisów art. 100 ustawy z 19. 5. 1920 r.

W razie choroby (art. 90 i 93) ubezpieczeni mają prawo — podobnie jak dotychczas — do:

1) bezpłatnej pomocy leczniczej przez czas nie dłuższy niż 39 tygodni, która obejmuje opiekę lekarską oraz lekarstwa i środki opatrunkowe, jak również środki lecznicze, służące do usunięcia lub złagodzenia choroby, albo do przywrócenia zdolności do zarobkowania.

2) zasiłku chorobowego za każdy dzień niezdolności do pracy wskutek choroby w wysokości 60% dziennej płacy ustawowej, przez czas nie dłuższy niż 39 tygodni.

W porównaniu jednak ze stanem dotychczasowym, zakres pomocy leczniczej pojęty jest w projekcie nowej ustawy znacznie szerzej, projekt ten stwarza bowiem dla ubezpieczonych prawo wobec Kas Ubezpieczeń Społecznych do zabiegów fizykalnych, leczenia klimatycznego i do protez dentystycznych, wymieniając je wyraźnie, jako świadczenia podпадаjące pod pojęcie pomocy leczniczej, a nadto znosi prawo Kas do ograniczenia w drodze przepisu statutowego maksymalnej wysokości wydatku, przeznaczonego na zakup dla chorego, środka pomocniczego przeciw zniekształceniu i kalectwu.

Również co do zasiłku chorobowego projekt wprowadza tę zmianę, że zasiłek ma być wypłacony od 3-go dnia niezdolności do pracy tylko w takim razie, jeśli niezdolność do pracy trwa nie dłużej, niż 6 dni, jeśli zaś niezdolność do pracy trwa dłużej, niż 6 dni, zasiłek ma być wypłacony od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

Przepisy projektu o leczeniu szpitalnym (art. 96) nie odbiegają od przepisów obecnie obowiązującej ustawy. Kasa może zamiast świadczeń na wypadek choroby, t. j. zamiast pomocy leczniczej i zasiłku chorobowego udzielać choremu za jego zgodą leczenia i utrzymania w szpitalu według najniższej taryfy opłat. Projekt wymienia też wypadki, w których Kasa może na zlecenie lekarza umieścić chorego w szpitalu — podobnie, jak to czyni ustawa z 19.V.1920 r. — jednak widocznie wskutek omyłkowego przepuszczenia odnośnych wyrazów projekt nie zawiera wyraźnego przepisu, że w tych wypadkach (choroba zakaźna, rodzaj choroby wymaga leczenia szpitalnego) Kasa może zarządzić umieszczenie chorego w szpitalu bez zasięgania jego zgody.

Przez czas leczenia w szpitalu (art. 97) Kasa wypłaca ubezpieczonym, którzy mają na utrzymaniu jedną lub więcej osób, zamieszkujących razem z ubezpieczonym, zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, tym zaś, którzy nikogo nie mają na utrzymaniu, zasiłek szpitalny w wysokości 20% zasiłku chorobowego, czyli 12% płacy ustawowej (obecnie 10% płacy ustawowej).

Świadczenia na wypadek macierzyństwa czyli świadczenia położnicze (art. 89 i 99) pozostają, zasadniczo pod względem ich rodzaju jak również pod względem wysokości, niezmienione. Obejmują one tak samo, jak dotychczas pomoc leczniczą i położniczą przed, w czasie i po porożu, zasiłek porożowy w wysokości 100% płacy ustawowej i zasiłek dla karmiących matek w naturze w ilości litra mleka dziennie względnie ekwiwalent w gotówce. W rzeczywistości jednak pieniężne świadczenia położnicze zostały w projekcie znacznie powiększone przez przedłużenie okresów, przez jakie położnice, względnie matki karmiące mają prawo otrzymywać te świadczenia. Okres wypłaty zasiłku porożowego przedłużony został z 8 na 12 tygodni, co podniesie wydatek Kasy na ten cel o 50%, okres zaś udzielania zasiłku na karmienie został przedłużony z 12 na 26 tygodni, co podniesie wydatek Kasy na ten rodzaj świadcze-

nia o 117% w stosunku do stanu dotychczasowego.

Projekt postanawia natomiast (art. 100), że w razie umieszczenia położnicy za jej zgodą w zakładzie położniczym lub w szpitalu, otrzymuje ona tylko 20% zasiłku porożowego (t. j. 20% płacy ustawowej), a jeśli ma na utrzymaniu jedną lub więcej osób, otrzymują oprócz tego zasiłek domowy, w wysokości połowy zasiłku chorobowego (t. j. 30% płacy ustawowej, razem 50% płacy ustawowej).

W razie śmierci ubezpieczonego (art. 103) projekt przewiduje zasiłek pogrzebowy w takiej samej jak dotychczas wysokości, a mianowicie w wysokości 21-krotnej dziennej płacy ustawowej. Natomiast opuszczono dość korzystny dla ubezpieczonych względnie ich rodzin przepis artykułu 32 ustawy z 19.V.1920 roku, postanawiający, że „zasiłek pogrzebowy wypłaca się również za osoby, które zachorowały, będąc jeszcze członkami Kasy i zmarły (wskutek tej samej choroby) w przeciągu pół roku po wyczerpaniu pomocy dla chorych, nie odzyskawszy zdolności do zarobkowania”.

Świadczenia dla rodzin ubezpieczonych (art. 101) mają być według projektu następujące:

1) bezpłatna pomoc lecznicza w pełnym zakresie jak dla ubezpieczonych, przez czas nie dłuższy, niż 26 tygodni,

2) w razie porożu pomoc lecznicza i położnicza w tym samym zakresie, jak dla ubezpieczonych,

3) zasiłek dla karmiących w wysokości połowy zasiłku przysługującego ubezpieczonym, t. j. pół litra mleka, względnie ekwiwalent w gotówce przez 26 tygodni,

4) utrzymanie i leczenie w szpitalu przez czas nie dłuższy niż 26 tygodni,

5) zasiłek pogrzebowy w wysokości połowy zasiłku pogrzebowego, należnego w razie śmierci ubezpieczonego, z tem ograniczeniem, że w razie śmierci dziecka do lat 4 zasiłek pogrzebowy wynosi połowę zasiłku pogrzebowego, należnego w razie śmierci członka rodziny (czyli $\frac{1}{4}$ zasiłku pogrzebowego należnego w razie śmierci członka).

W porównaniu więc ze stanem dotychczasowym maksymalne okresy udzielania pomocy leczniczej i leczenia szpitalnego członkom rodziny ubezpieczonego zostają przedłużone z 13 na 26 tygodni, okres zaś udzielania zasiłku dla karmiących matek, należących do rodziny ubezpieczonego, przedłużono z 12 na 26 tygodni.

Największe jednak rozszerzenie świadczeń na rzecz ubezpieczonych wprowadza projekt przez znaczne zwiększenie liczby osób, uprawnionych do korzystania z świadczeń dla rodzin, a to wskutek bardzo szerokiego pojęcia rodziny. Właściwie o pojęciu rodziny w brzmieniu projektu w ścisłym tego słowa znaczeniu nie można mówić, gdyż przyznaje on prawo do świadczeń (pod tyt. świadczenia dla rodzin) wszystkim osobom, „zamieszkującym razem z obowiązkowo ubezpieczonym lub kontynuującym ubezpieczenie, we wspólnym gospodarstwie i wyłącz- nie przez niego utrzymywanym, o ile nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu”. Pókwieństwo z ubezpieczonym jest więc zupełnie niepotrzebne, jako warunek uprawnienia do świadczeń dla rodzin, wystarczy, jeśli dana osoba, choćby obca, jest na wy-

łącznym utrzymaniu ubezpieczonego i mieszka z nim razem we wspólnym gospodarstwie. Takie ujęcie „rodziny” zwiększy niewątpliwie w dużym stopniu wydatki Kas na świadczenia, nie tylko wskutek przyznania prawa do świadczeń znacznej liczbie osób, które tego prawa dotychczas nie posiadają, ale w większym może jeszcze stopniu przez stworzenie szerokiego pola do nadużyć osób nieuprawnionych, wskutek zupełnego wyeliminowania warunku pokrewieństwa wzgl. nawet osobistego stosunku do ubezpieczonego i uzależnienia prawa do świadczeń od warunków zbyt ogólnych, aby jakkolwiek skuteczna kontrola była możliwa. Wprowadzenie projektu wprowadza (art. 102) dla ochrony Kas przepis, który postanawia, że „świadczenia dla rodzin przysługują tylko tym osobom, (z wyjątkiem nowozaślubionych oraz nowonarodzonych), które zostają wciągnięte przez zgłoszenie ubezpieczonych do Kas, albo wniesione do karty zgłoszeń najmniej na 4 tygodnie przed zachorowaniem”, przepis ten jednak niema istotnego znaczenia, zmusza on bowiem jedynie chcącego zapewnić sobie prawo do świadczeń, aby był przewidującym i postarał się o wpisanie do ksiąteczki członkowskiej przed zachorowaniem.

Świadczenia nadzwyczajne (art. 104) mogą być wprowadzone przez Kasę według projektu tylko w takim razie, jeśli nagromadzony został fundusz zapasowy w wysokości dwuletnich przeciętnych wydatków Kasy. Projekt nie wymienia, jakie świadczenia nadzwyczajne mogą być wprowadzone, lecz pozostawia określenie odnośnych norm statutowi.

Możliwość podwyższenia świadczeń w drodze zmiany statutu przed nagromadzeniem przepisane funduszu zapasowego (art. 26 ust. z 19.V.1920 r.), projekt nie przewiduje.

Przepisy o powstaniu, zgaśnięciu, zawieszeniu, ograniczeniu i zachowaniu prawa do świadczeń (art. 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111) nie wprowadzają poza drobnymi zmianami nic nowego.

Natomiast w zakresie organizacji pomocy leczniczej, projekt wprowadza ambulatoryjny system leczenia, jako obowiązkowy dla Kas z tem, że Kasa może zorganizować pomoc lekarską w inny sposób tylko za zezwoleniem władzy nadzorczej.

Pewną inowację wprowadza artykuł 115 ust. 3 proj., który postanawia, że ubezpieczonym, przebywającym z polecenia lekarza Kasowego po za okręgiem Kasy w miejscowościach kuracyjnych lub w specjalnych zakładach, może Kasa zamiast pomocy leczniczej udzielać ryczałtu w wysokości zasiłku chorobowego, przeciętnego dla wszystkich grup zarobkowych. Ten przeciętny zasiłek dla wszystkich grup zarobkowych wynosi zł. 7.09 dziennie i jest przypadkowym rezultatem kombinacji czysto arytmetycznej, nie stojącym w żadnym określonym stosunku ani do rzeczywistej przeciętnej wysokości wypłacanych zasiłków w poszczególnych Kasach, ani do faktycznych wydatków poszczególnych Kas na lecnicstwo, ani też w stosunku do potrzeb chorego i jego wydatków na leczenie w zależności od miejscowości, w której przebywa i od rodzaju choroby, na którą się leczy. Pomysł ten, mający widocznie na celu uniezależnienie ryczałtu, przyznawanego na leczenie, od wyso-

kości zasiłku, należnego choremu, staje się tem mniej zrozumiałą, jeśli się zważy, że tenże sam artykuł 115 projektu w ustępie ostatnim postanawia, że ryczałt dla członków rodziny ubezpieczonego oblicza się według zarobku ubezpieczonego. W tych samych więc warunkach ubezpieczony otrzymywałby jako ryczałt na leczenie, przeciętny zasiłek dla wszystkich grup zarobkowych (zł. 7.09), a członek rodziny ubezpieczonego zasiłek chorobowy, przysługujący indywidualnie ubezpieczonemu na podstawie jego zarobku.

Znaczne pogorszenie finansów Kasy Chorych wprowadza przepis art. 118 projektu, który postanawia, że szpitale państwowe i komunalne obowiązane są przyjmować osoby, uprawnione do świadczeń ze strony Kasy, według ogólnej (całkowitej) taksy szpitalnej, która obejmować ma wszystkie świadczenia, jakie szpital ponosi na danym oddziale na rzecz chorego.

Również przepisy o zwrocie przez Skarb Państwa części świadczeń, udzielanych przez Kasy (art. 202) uległy pogorszeniu w stosunku do Kas, gdyż projekt przewiduje zwrot 40% zasiłków połogowych i zasiłków dla karmiących, wypłacanych przez Kasy, nie przewiduje zaś zupełnie zwrotu kosztów pomocy leczniczej, udzielanej bezrobotnym.

Korzystniej natomiast dla Kas — jakkolwiek jeszcze niezupełnie zadawalająco — reguluje projekt zwrot świadczeń, udzielanych przez Kasy, chorym wskutek wypadków przy pracy. Projekt przyznaje Kasom zwrot tych świadczeń ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jeśli choroba jest chorobą zawodową lub spowodowaną skutkiem wypadku w zatrudnieniu, już od pierwszego dnia po wypadku, o ile choroba trwa dłużej, niż 14 dni. Niezależnie od wysokości renty, przyznanej choremu wskutek wypadku za okres leczenia, projekt gwarantuje Kasom zwrot w całości świadczeń gotówkowych, kosztów operacji, całkowitych kosztów leczenia i utrzymania w szpitalu, a nadto przyznaje Kasom zwrot kosztów, poniesionych na zakup dla chorego niezbędnych środków leczniczych i pomocniczych, potrzebnych do odzyskania zdolności do pracy i zwrot kosztów ewentualnej specjalnej kuracji, udzielonej przez Kasę na żądanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady nie będą zwracać — w myśl projektu — kosztów lekarstw i pomocy lekarskiej udzielanej przez Kasy chorym wskutek wypadku.

Ważnym byłoby obliczenie, jak wielkie obciążenie Kas spowodują przepisy projektu o świadczeniach na wypadek choroby i macierzyństwa, wskutek zwiększenia i rozszerzenia świadczeń oraz podwyższenie opłat na leczenie osób, uprawnionych do świadczeń ze strony Kas, w szpitalach państwowych i komunalnych. Brak dokładnych danych uniemożliwia obliczenie przeciętnego wzrostu tych wydatków dla wszystkich Kas. Natomiast na podstawie cyfr, zebranych z 4-ch Kas, różnej wielkości, działających w różnych warunkach, a to: Kasy Łódzkiej, Sosnowieckiej, Krakowskiej i Pabjanickiej, obliczyłem przeciętny wzrost wydatków dla tych Kas w razie wejścia w życie projektu nowej ustawy. Otóż Kasy te miały w r. 1925 dochód ze składek (przypis) 96 zł. przeciętnie na członka, z czego wydały na świadcze-

nia i administrację ogółem zł. 94.10 na członka (bez policzenia 10% na fundusz zapasowy). Według przeprowadzonych przezemnie obliczeń, wydatki tych

Kas wzrosną minimalnie o zł. 16.85 na członka rocznie, co stanowi 15.86% w stosunku do dotychczasowych rzeczywistych wydatków tych Kas.

KAZIMIERZ OSIOWSKI.

GRUPY ZAROBKOWE, SKŁADKI I PRZEPISY FINANSOWE.

Podstawą obliczenia zarówno składek, jak i świadczeń pieniężnych, są według projektu płace ustawowe 23 grup zarobkowych (art. 12), do których zalicza się ubezpieczonych stosownie do ich zarobku **tygodniowego**. Najwyższy zarobek pobierany w 1-szej grupie wynosi 6 zł. tygodniowo (z płacą ustawową dzienną zł. 0.75), najwyższy w XXIII-ej grupie wynosi ponad zł. 168 tygodniowo, 28 zł. dziennie, 700 zł. miesięcznie (z płacą ustawową dzienną 29 zł.). Należy zaznaczyć, że w obliczaniu tygodniowych płac ustawowych w poszczególnych grupach zarobkowych zasła omyłka, polegająca na tem, że jako płace tygodniowe podano w projekcie wyniki z pomnożenia dziennej płacy ustawowej przez 7 zamiast przez 6 dni tygodnia.

Przepisy o zarobku ubezpieczonych (art. 13) są niedokładne i wymagają stanowczo uzupełnienia. Brak określenia co należy uważać za zarobek w ogólności (definicji ogólnej). W wyliczeniu szczegółowym dochodów, które wlicza się do zarobku, pominięto np. wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych, ponadto zaś pominięto bardzo słuszny i potrzebny przepis ustawy z 19.V.1920 r. (art. 20 ust. IV), który postanawia, że „jeśli Kasa nie jest w stanie ustanowić rzeczywistego zarobku ubezpieczonych, przyjmuje przeciętny zarobek lokalny w danym zawodzie na podstawie zaliczenia do jednej z grup zarobkowych”.

Najzupełniej niepotrzebnie projekt zmusza Kasy Ubezpiec. Społ. do zaliczania ubezpieczonych do grup zarobkowych na podstawie zarobku tygodniowego, tak, że w każdym wypadku, gdy zarobek jest wypłacany miesięcznie, dziennie lub w innych okresach, musi on być zamieniony na zarobek tygodniowy, i dopiero na podstawie tego zarobku zalicza się ubezpieczonego do jednej z grup zarobkowych. Jest to najwidoczniej wynikiem tendencji projektu, aby składki były obliczane tygodniowo i wypłacane, jako składki tygodniowe, bez względu na to, w jaki sposób pracodawca wypłaca zarobek ubezpieczonemu. Dla osiągnięcia jednak tego celu wystarczyłyby odnośne przepisy o wymierzaniu i opłacaniu składek, zbytecznym zaś jest przepis o zaliczaniu do grup zarobkowych na podstawie zarobku tygodniowego. Przepis ten stwarza dla Kas niepotrzebne niedogodności i utrudnienia przy zaliczaniu do grup zarobkowych, nie zwiększając w ten sposób koszty administracji, gdyż niemal każdy robotnik bez względu na to w jakich terminach zarobek jego jest wypłacany, otrzymuje swój zarobek za przepracowane dni. Naturalną podstawą do zaliczenia robotników do jednej z grup zarobkowych jest więc dzienny zarobek, względnie zarobek przypadający przeciętnie na dzień pracy w danym okresie czasu, t. j. tygodniu lub miesiącu.

Przepisy projektu o obliczaniu zarobku tygodniowego są również niedokładne i niejasne. Art. 14. ust. 1. projekt postanawia, że za zarobek tygodniowy przy wypłacie miesięcznej należy przyjąć kwotę zarobku miesięcznego, podzieloną przez 25 i pomnożoną przez 6, przy wypłacie dziennej zaś — kwotę zarobku dziennego, pomnożoną przez 6. Brak jednak najważniejszego określenia, co należy uważać za zarobek tygodniowy przy wypłacie tygodniowej, czy tak, jak przy wypłacie miesięcznej, kwotę, rzeczywiście zarobioną w ciągu tygodnia, czy też sumę, uzyskaną z pomnożenia zarobku dziennego przez 6, jak przy wypłacie dziennej. Jest to różnica dość istotna, uwydatniająca się wówczas, gdy robotnik nie pracuje przez pełną liczbę dni tygodnia. Można się domyśleć, że w myśl intencji autorów projektu, za zarobek tygodniowy przy tygodniowej wypłacie należy uważać kwotę, rzeczywiście zarobioną, bez względu na ilość faktycznych dni pracy w tygodniu. W takim razie jednak byłoby to sprzeczne z ostatnim ustępem art. 14, który postanawia, że „o ile ubezpieczony, zgodnie z umową najmu, nie pracuje przez pełny tydzień, za zarobek tygodniowy przyjmuje się kwotę, która według tej umowy przypada łącznie za dni przepracowane w tygodniu”. Z tego przepisu a contrario wynikałoby, że we wszystkich innych przypadkach, gdy robotnik nie przepracował wszystkich dni w tygodniu, za zarobek tygodniowy przyjmuje się nie zarobek uzyskany za dni przepracowane, lecz zarobek przypadający za pełny tydzień czyli zarobek dzienny, pomnożony przez 6.

Wysokość składek ma być ustalona według brzmienia art. 184 projektu w ten sposób, aby składki te wystarczyły na pokrycie wszelkich świadczeń, udzielanych przez Kasy i Zakłady Ubez. Społ. oraz na tworzenie specjalnego funduszu technicznego, celem wyrównania zwiększającego się przyrostu rent. Projekt ustala wysokość składki na pierwszych 10 lat (art. 185, 189) z tem, że po upływie tego okresu wysokość składek ustalać się będzie co dziesięć lat drogą rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, na podstawie przeprowadzonych badań asekuracyjno - technicznych. Projekt przewiduje stałą składkę tygodniową, jednakową pod względem procentowej wysokości dla wszystkich pracodawców, wynoszącą 10.25% tygodniowej płacy ustawowej i składkę dodatkową, zmienną, nakładaną na przedsiębiorstwa, które przedstawiają większe, niż normalne ryzyko wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej.

Z 10.25%-ej składki stałej przypada dla Kas Ubezpiec. Społ. na ubezpieczenie chorobowe 6% a więc o pół procent mniej niż obecnie, 4.25% zaś dla Zakładów Ubezpiec. Społ. z czego 0.25% przypada na pokry-

cie świadczeń w razie niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek wypadku w zatrudnieniu lub zachorowania na chorobę zawodową (ubezpieczenie wypadkowe). Ta część składki (0.25%) przeznaczona na pokrycie świadczeń, wynikających z ubezpieczenia wypadkowego przedsiębiorstw, przedstawiających normalne ryzyko wypadków w zatrudnieniu, będzie podwyższana dla poszczególnych przedsiębiorstw, w zależności od stopnia ich niebezpieczeństwa na podstawie zaliczenia ich do jednej z pięciu kategorii niebezpieczeństwa, w których ta część składki wzrastać będzie w stosunku kolejnym 1:2:4:7:11.

Za całość składki odpowiada pracodawca. Część składki, przeznaczoną na ubezpieczenie wypadkowe, t. j. część stanowiącą 0.25% tygodniowej płacy ustawowej, ewentualnie podwyższoną o dodatkową składkę zmienną, ponosi pracodawca w całości z własnych funduszy, z pozostałej zaś 10% składki pracodawca ma prawo potrącić $\frac{2}{5}$ z zarobku ubezpieczonego przy wypłacie za ostatni okres. Rozkład ciężarów z tytułu opłacania składek przedstawia się więc tak, że ubezpieczony ponosić będzie 4% płacy ustawowej, pracodawca zaś minimum 6.25% płacy ustawowej oraz ew. składkę zmienną w zależności od kategorii niebezpieczeństwa, do której przedsiębiorstwo jego zostanie zaliczone.

Składki mają być uiszczane według projektu „za faktyczne dni pracy” (art. 191), t. zn. za dni, w których pracownik rzeczywiście pracę swą wykonywał. Gdyby więc przepis ten interpretować dosłownie, oznaczałoby on, że składkę należy opłacać za te dni tylko, w których robotnik pracował, co wogóle nie mogło być zamiarem autorów projektu, gdyż taki sposób obliczania składek nie da się logicznie pogodzić z zasadą indywidualnego ubezpieczenia osób, które stają się członkami instytucji, wykonującej ubezpieczenie i przykładu takiego systemu obliczania składek nie znajdujemy w żadnej z istniejących ustaw o ubezpieczeniu na wypadek choroby lub niezdolności do pracy. Poza to opłacanie składek za faktyczne dni pracy nie da się zastosować przy zasadzie obliczania składek tygodniowych, którą projekt wprowadza, jako zasadę obowiązkową, należy więc przyjąć, że celem przepisu art. 191 jest postanowienie, że składki mają być uiszczane za dni robocze, t. j. z pominięciem niedziel i dni świątecznych. Przepis ten, nawet w tem rozumieniu, w skutkach swych zmniejszy znacznie dochód ze składek na rzecz instytucji ubezpieczeniowych, oznacza on bowiem, że składki będą wpłacane za 300 dni zamiast za 360 dni w roku. Dla Kas Chorych (Kas Ubezp. Społ.), spowoduje to dalsze obniżenie składek o 16.6% w porównaniu ze stanem obecnym, Projekt więc, obniżając stopę procentową składki na ubezpieczenie chorobowe z 6.5 na 6% i wprowadzając zasadę uiszczania składki tylko za dni robocze, zmniejsza wysokość dotychczas pobieranej składki na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa łącznie o 24%, przyczem nie tylko nie zmniejsza wydatków Kas Chorych, lecz przeciwnie dość znacznie je podnosi przez rozszerzenie świadczeń i zwiększenie opłat za leczenie w szpitalach państwowych i komunalnych.

Przepisy, tak radykalnie zmieniające i naruszające dotychczasową równowagę finansową Kas, mogą być chyba tylko rezultatem przeświadczenia o tak pomyślnym stanie finansowym Kas, że będą mogły one bez trudności z dochodów, obniżonych o około $\frac{1}{4}$, pokryć zwiększone świadczenia. Co posłużyło autorom projektu za podstawę do tak optymistycznych wniosków, pozostaje zagadką, gdyż w „uzasadnieniu” nie ma o tem wzmianki, a cyfry sprawozdań rocznych Kas Chorych za rok 1925 opracowane przez Min. Pr. i Op. Społ. dowodzą czegoś wręcz przeciwnego, skoro na 193 Kas z ogólnym przypisem składek około 131 milionów zł. — 101 Kas wykazało nadwyżki bilansowe na kwotę niespełna 2 i pół miliona złotych, a 92 Kas miało niedobór, wynoszący ogółem przeszło 6 i pół miliona złotych.

Określenie terminów i sposobu uiszczania składek projekt pozostawia przepisom statutów Kas Ubezp. Społ. (art. 190).

Od zaległych składek, niewpłaconych w terminie, Kasa ma prawo pobierać odsetki za zwłokę, o połowę wyższe, niż wynosi każdoczesna stopa dyskontowa Banku Polskiego, w okresie zwłoki w zapłacie (art. 199).

Nieuiszczone składki i inne należności, Kasy ściągać będą przez własnych egzekutorów, zaprzysiężonych przez sądy, którzy mieć będą prawa sądowych organów egzekucyjnych. Kasy będą mogły jednak ściągać swe należności także w drodze egzekucji sądowej z tem, że wykaz zaległych należności Kasy, stwierdzonych przez Zarząd Kasy, stanowić będzie tytuł egzekucji sądowej (art. 200).

Przepisy finansowe projektu postanawiają (art. 208), że Kasy Ubezp. Społ. obowiązane są części składek, przeznaczonych na pokrycie świadczeń, udzielać przez Zakłady Ubezp. Społ. przekazywać najpóźniej w ciągu dni 14 Zakładowi Ubezp. Społ., w którego okręgu są położone, a jeśli w tym terminie składek nie odprowadzą, obowiązane będą płacić Zakładowi odsetki w wysokości 18% rocznie. Przepisy te są niedokładne i wymagają uzupełnienia zwłaszcza co do sposobu i terminów przekazywania do Zakładów sum, pobieranych przez Kasy na poczet należnych składek.

Kasy Ubezp. Społ. tworzą fundusz zapasowy w wysokości co najmniej ogólnego wydatku rocznego, określonego przeciętnie na podstawie wydatków ostatnich 3-ch lat. Projekt nie oznacza — jak to czyni ustawa z 19.V.1920 r. — w procentach części składek, które mają być corocznie przekazywane na tworzenie funduszu zapasowego, lecz postanawia, że „Kasa tworzy fundusz zapasowy, przekazując do niego oznaczoną w statucie procentową część składek oraz sumy, powstałe z kar, przypadających Kasie”, ew. także sumy, powstałe z nadwyżki obrotu rocznego.

Zakłady Ubezp. Społ. tworzą, w myśl szczegółowych przepisów Min. Pr. i Op. Społ., wydanych w drodze rozporządzenia, dwa rodzaje funduszy, a to: fundusze techniczne i fundusz zapasowy (art. 210).

Kasy Ubezp. Społ. winny przynajmniej połowę swych funduszy zapasowych odprowadzać do Zakładów Ubezp. Społ., a Zakłady połowę połowy swych własnych funduszy zapasowych przekazywać im części funduszy zapasowych Kas do

Związku Zakładów, celem łącznego ich administrowania.

Ciężary z tytułu wypłaty rent i jednorazowych zapomóg pośmiertnych ponoszą wszystkie Zakłady Ubezpiecz. Społ. wspólnie na podstawie repartycji, przeprowadzanej przez Związek Zakładów, a to w ten sposób, że na każdy Zakład przypadnie do pokrycia co roku odpowiednia część rent i zapomóg pośmiertnych, przyznanych przez wszystkie Zakłady, w stosunku do sum, przekazanych każdemu z Zakładów tytułem składek przez Kasy Ubezpiecz. Społ. Wszelkie inne wydatki ponosi każdy Zakład z własnych funduszków wzgl. własnego majątku (art. 211, 212).

Wszystkie Zakłady Ubezpiecz. Społ. obowiązane bę-

dą uiścić opłaty do Związku Zakładów na jego potrzeby w wysokości, oznaczonej przez Zarząd Związku sposobem repartycji na podstawie preliminarza budżetowego Związku (art. 213).

Art. 216 Projektu zawiera szczegółowe przepisy w jaki sposób winny być lokowane fundusze Kas, Zakładów i Związku Zakładów Ubezpiecz. Społ. Przynajmniej 15% rozporządzalnego majątku instytucji należy lokować w państwowych papierach wartościowych, a pozatem projekt zaleca uwzględnianie przy lokowaniu funduszków w pierwszym rzędzie instytucji społecznych i spółdzielczych, a zwłaszcza instytucji ubezpieczonych pracowników.

DR. JAN ŁAZOWSKI.

ŚWIADCZENIA NA WYPADEK INWALIDZTWA I ŚMIERCI.

Jakkolwiek projekt wprowadza jednolite i scalone ubezpieczenie społeczne, obejmujące wszystkie ryzyka pracy, oparte na życiu ludzkim, nie mniej jednak rozróżnia świadczenia w zależności od charakteru zdarzenia losowego. Przedewszystkiem więc odróżnia projekt świadczenia krótkoterminowe od świadczeń długoterminowych. Rozróżnienie to jest podkreślone w samym tytule projektu, który głosi, że ustawa obejmuje „ubezpieczenie na wypadek choroby oraz ubezpieczenie robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego”. Różnorodność więc świadczeń chorobowych (krótkoterminowych) i świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania (długoterminowych) jest przesądzone przez projektodawcę, jeśli tak można powiedzieć, z góry. Projekt nie ogranicza się jednak na tem rozróżnieniu i przeprowadza dalsze zróżniczkowanie w obrębie świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania, odróżniając świadczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej od świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek innych przyczyn. Dla braku miejsca nie możemy przeprowadzić szczegółowej analizy powodów tego rozróżnienia. Analizę tę znajdzie czytelnik w motywach projektu oraz w Nr. 1 z r. b. czasopisma „Praca i Opieka Społeczna” w artykule, poświęconym zagadnieniu scalenia ubezpieczeń w polskim ustawodawstwie.

Celem niniejszego artykułu jest zobrazowanie tych świadczeń długoterminowych, które przysługują ubezpieczonym w razie niezdolności do zarobkowania, niewywołanej przez wypadek w zatrudnieniu lub też przez chorobę zawodową. Świadczenia te w odróżnieniu od świadczeń, przysługujących wskutek wypadku lub choroby zawodowej (świadczenia wypadkowe) nazwiemy w skróceniu świadczeniami na wypadek inwalidztwa i śmierci.

Stan obecny. Świadczenia na wypadek inwalidztwa i śmierci stanowią w dotychczasowych ubezpieczeniach społecznych przedmiot tej gałęzi ubezpieczeń, która nosi nazwę ubezpieczenia niezdolno-

ści do pracy, starości i śmierci, ubezpieczenia emerytalnego albo ubezpieczenia inwalidzkiego.

Jakkolwiek Polska posiada już rozwinięte ubezpieczenie chorobowe i prawie równie rozwinięte, jak w krajach sąsiednich, ubezpieczenie od wypadków, stan ubezpieczenia inwalidzkiego pozostaje u nas w stanie fatalnym.

Przedewszystkiem istnieje ono w formie ubezpieczenia, obejmującego robotników fizycznych tylko w dzielnicach po-niemieckich (b. dzielnica pruska i Górny Śląsk), a poza tem jako ubezpieczenie górników w b. dzielnicy austriackiej. Powtórnie świadczenia, przewidziane w odnośnych ustawach są bardzo niskie i w żadnym razie nie mogą być podstawą, choćby w przybliżeniu, minimum egzystencji inwalidy lub pozostałej po jego śmierci rodziny. Przeciętna renta inwalidy, t. j. osoby, która nie jest w możności zarobić $\frac{1}{3}$ zarobku osoby o analogicznych zdolnościach i wykształceniu, wynosi według obecnego stanu w b. dzielnicy pruskiej i na Górnym Śląsku od 15 do 20 zł. miesięcznie, renta wdowy, o ile wdowa jest inwalidką, 8 zł. do 10 zł., renta sieroty — 4 zł. do 5 zł. Maksymalna renta inwalidy po 40 latach pracy i przy stałym zarobku najwyższej klasy (w b. dzielnicy pruskiej ponad 100 zł., na G. Śląsku ponad 150 zł. miesięcznie) może osiągnąć przeszło 40 zł. miesięcznie. Znacznie lepiej przedstawiają się tylko renty górników na Górnym Śląsku (dzięki specjalnemu dodatkowemu ubezpieczeniu), które wynoszą do 70 zł. miesięcznie dla inwalidów.

To też sprawa wprowadzenia świadczeń na wypadek inwalidztwa i śmierci w tych dzielnicach, gdzie dotychczas brak odpowiednich ustaw, a z drugiej strony sprawa polepszenia świadczeń dotychczasowych stają się nagłaciami potrzebami, którym zadość pragnie uczynić projekt.

Warunki nabycia prawa do świadczeń. Projekt wymaga z reguły zajścia następujących okoliczności, warunkujących powstanie prawa do świadczeń z tytułu inwalidztwa lub śmierci:

1. zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
2. przebycia przez ubezpieczonego w ubezpie-

czeniu określonego czasokresu składkowego z zachowaniem ciągłości pracy,

dla członków rodziny:

3. trwania przez pewien okres związku małżeńskiego,
specjalnie zaś dla sierot;
4. nieukończenia pewnego wieku,
a dla wdowca;
5. istnienia inwalidztwa i utrzymania go przez zmarłą małżonkę.

1. Wypadkiem ubezpieczeniowym w zakresie świadczeń na wypadek inwalidztwa i śmierci jest inwalidztwo względnie śmierć ubezpieczonego. Ubezpieczony sam osobiście nabywa prawo do świadczeń, o ile staje się inwalidą, rodzina jego — o ile ubezpieczony umrze.

Pojęcie inwalidztwa według postanowień o świadczeniach inwalidzkich jest odmienne od pojęcia niezdolności do pracy według postanowień o świadczeniach chorobowych i od pojęcia niezdolności do zarobkowania według postanowień o świadczeniach z tytułu wypadku lub choroby zawodowej.

Niezdolność do pracy jest stanem, przy którym ubezpieczony nie jest w możności kontynuowania swej dotychczasowej pracy. Z niezdolnością do zarobkowania mamy do czynienia wtedy, gdy wypadek w zatrudnieniu lub choroba zawodowa w całości lub częściowo pozbawia ubezpieczonego możności jakiegokolwiek zarobkowania, oczywiście, odpowiadającego jego siłom i uzdolnieniu; nie wymaga się natomiast, aby ta niezdolność do zarobkowania była warunkowaną fizyczną nieudolnością, wystarczy na przykład, gdy ubezpieczony jest tak wskutek wypadku oszpeconym, że obiektywnie zatrudnionym być nie może ze względu na wywoływany wstręt u otoczenia. Inwalidztwem według projektu jest niezdolność do zarobkowania kwalifikowana. Inwalidą bowiem jest według projektu ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też — wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolnym do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba zdrowa fizycznie i umysłowo o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu. Również za inwalidę uważa się osobę, która ukończyła 65 lat.

Z powyższego wynika, że inwalidztwo nie może być częściowe, jak przy świadczeniach wypadkowych. Wynika również, że nie jest to pojęcie pokrywające się z pojęciem tak zwanej zawodowej niezdolności do zarobkowania, przy którym za niezdolnego do zarobkowania uważa się tego, kto nie może zarobkować w granicach swego zawodu. Zatem zawodowy śpiewak, który utracił głos, ale może pracować, jako biuralista, nie będzie inwalidą w rozumieniu projektu, chociaż utracił swą zawodową zdolność do zarobkowania.

Pojęcie inwalidztwa przyjęte przez projekt pokrywa się w ogólnych zarysach z pojęciem inwalidztwa według innych ustaw inwalidzkich, które obejmują robotników. Tu bowiem w przeciwieństwie do pracowników umysłowych odgrywa raczej rolę niezdolność do zarobkowania ogólna, a nie zawodowa.

2. Drugim warunkiem nabycia prawa do świadczeń jest przebycie przez ubezpieczonego w ubez-

pieczeniu określonego czasokresu składkowego z zachowaniem ciągłości pracy. Projekt ujmuje ten wymóg w tej formie, że ubezpieczony musi przebyć w ubezpieczeniu **104 tygodnie składkowe, przypadające na ostatnie 5 lat przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.**

Ubezpieczonym jest każdy, zatrudniony na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, o ile nie jest zwolniony od ubezpieczenia w myśl specjalnych przepisów (np. urzędnicy państwowi, pracownicy umysłowi, objęci osobną ustawą) i nie jest inwalidą. Nie wystarczy jednak okoliczność, że w chwili wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony podlega ubezpieczeniu, jak to ma miejsce przy świadczeniach na wypadek choroby lub przy świadczeniach wypadkowych, gdzie niezależnie od tego, czy składki były płacone, czy były nawet tylko ustalone i niezależnie od tego kiedy ubezpieczony zachoruje lub ulegnie wypadkowi, ma prawo do świadczeń. Do świadczeń inwalidzkich ma prawo tylko ten, kto **przebył** w ubezpieczeniu 104 tygodnie i to **tygodnie składkowe**, to znaczy ten, kto pewien czas był ubezpieczony i składki zań były **ustalone**. Nie wymaga się natomiast, aby składki te były **opłacone**, jak to przewidują niektóre ustawy.

Okres 104 tygodni stanowi jak gdyby t. zw. czas wyczekiwania, znany prawie wszystkim ustawom inwalidzkim (np. niemieckie ustawodawstwo wymaga 500 tygodni). Służy on do usunięcia spekulacyjnego przystępowania do ubezpieczenia osób, które znajdują się w takim stanie zdrowia, że niedługo staną się inwalidami i po to tylko przystępują do ubezpieczenia, aby jaknajrychlej uzyskać prawo do świadczeń.

Przebyte 104 tygodnie składkowe muszą przypadać na okres 5 lat przed wypadkiem ubezpieczeniowym. Jest to postanowienie, czyniące zadość wymogowi ciągłości pracy. Idzie bowiem projektodawcy o to, aby ubezpieczenie służyło tym, którzy stale, a nie dorywczo są najmitami, którzy stale pracują. Zatem te osoby, które przebyły 104 tygodnie składkowe, a później szereg lat nie pracowały, lub też które, pracując dorywczo, przebyły je przez okres dłuższy niż 5 lat, prawa do świadczeń nie mają.

Warunek przebycia 104 tygodni składkowych jest niewątpliwie z punktu widzenia szerokich mas robotniczych uciążliwym, jakkolwiek prawie powszechnie w ubezpieczeniach społecznych stosowanym. To też łagodzi ten warunek postanowienie o t. zw. tygodniach zastępczych. Tygodniami zastępczymi są tygodnie, przyrównane do tygodni składkowych, jakkolwiek za nie składka ustalona nie została. Tygodniami takimi są tygodnie, gdy ubezpieczony pobiera zasiłki z tytułu choroby lub braku pracy, gdy korzysta z lecznictwa zakładu, udzielającego świadczeń inwalidzkich (p. niżej), gdy w z powodu wypadku lub choroby zawodowej pobiera rentę z tytułu częściowej niezdolności do zarobkowania, gdy odbywa służbę wojskową po przebyciu 52 tygodni składkowych. Dla uniknięcia zbyt dużego obciążenia świadczeniami, projekt ogranicza jednak liczbę tygodni zastępczych, które mogą być policzone jako zastępcze, do 52. To ograniczenie nie dotyczy jednak obowiązkowej służby wojskowej.

Ponieważ prawa do świadczeń rodziny, pozostajej po ubezpieczonym, mają charakter pochodny, ma ona prawo do tych świadczeń tylko o tyle, o ile warunki, dotyczące przebycia przez ubezpieczonego czasokresu składkowego i ciągłości pracy ziściły się już w chwili jego śmierci. Zatem rodzina ma prawo do świadczeń wtedy, gdy ubezpieczony w chwili śmierci pobierał świadczenia inwalidzkie, lub też do nich miałby prawo, gdyby w chwili śmierci stał się inwalidą.

3. Celem uniknięcia spekulacji — spekulacyjnych małżeństw na łożu śmierci — w nadziei otrzymania świadczeń wdowich, projekt przyznaje prawo do świadczeń wdowich, gdy małżeństwo trwało przynajmniej przez pół roku przed śmiercią ubezpieczonego. Wyjątek zachodzi dla świadczeń, przysługujących w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową, ponieważ tu spekulacja nie może wchodzić w grę.

4. Ze względu na to, że projekt pragnie zapewnić świadczenia sierotom, które nie są w stanie jeszcze pracować, ogranicza wiek, po którego ukończeniu świadczenia sieroce nie przysługują. Wiek ten w porównaniu z wielu ustawami zachodnio-europejskimi jest dość wysoki, bo lat 18. Nadto sieroty, odbywające studia, utrzymują prawo do świadczeń do ukończenia 24 lat, a sieroty niezdolne do zarabkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej utrzymują to prawo przez cały czas tej niezdolności.

5. Ponieważ projekt wychodzi z założenia, że pozostajej po ubezpieczonym wdowie jest trudno niejednokrotnie znaleźć pracę, zwłaszcza ze względu na konieczność wychowywania dzieci, projekt nie wymaga, by uprawniona do świadczeń wdowa była inwalidką, jak to czyniła ustawa niemiecka. Natomiast projekt stawia warunek istnienia inwalidztwa, jeśli idzie o świadczenia wdowca. Nadto projekt przyznaje świadczenia dla wdowca tylko wtedy, gdy ten był utrzymywany wyłącznie przez zmarłą małżonkę.

Rodzaje świadczeń. Projekt przewiduje trzy rodzaje świadczeń: świadczenia pieniężne, świadczenia w naturze i lecznictwo.

Świadczenia pieniężne występują z reguły w formie **rent**. Poza rentami zna projekt jeszcze **jednorazową zapomogę pośmiertną** dla pozostajej po śmierci ubezpieczonego rodziny. Jednorazowa zapomoga nosi charakter doraźnej pomocy na rzecz rodziny zmarłego ubezpieczonego i jest wypłacaną **bez wszelkich ograniczeń**, nawet więc i wtedy, gdy poza warunkiem wypadku ubezpieczeniowego, wszystkie inne warunki nabycia prawa do świadczeń nie ziściły się. Nadto krąg osób uprawnionych do jednorazowej zapomogi pośmiertnej jest szerszy niż krąg osób uprawnionych do rent po ubezpieczonym. Gdy bowiem prawo do rent po ubezpieczonym przysługuje tylko wdowie (wdowcowi) i sierotom, prawo do jednorazowej zapomogi ma również w braku wdowy (wdowca) i sierot dalsza rodzina, jako to: rodzice, dziadkowie, wnukowie, a nawet rodzeństwo.

Renty w zależności od tego, jaki wypadek ubezpieczeniowy jest ich warunkiem, dziela się na rentę dla ubezpieczonego (inwalidzkie) i rentę dla członków rodziny (wdowy, względnie wdowca i sierot). Na równi z dziećmi ślubnymi projekt stawia dzieci legitymowane i dzieci nieślubne, ale tylko, jeśli idzie

o rentę po matce. Dziecko nieślubne ma prawo do renty po ojcu naturalnym tylko wtedy, gdy ojcostwo zostało za życia ojca sądownie ustalone, lub pozasądnie przyznane. Stosunek projektu do dzieci nieślubnych jest zupełnie słuszny i uzasadniony. Natomiast nazwaćby można niesprawiedliwym stosunek projektu do t. zw. żony nieślubnej. Ponieważ renta inwalidzka, jak to zobaczymy dalej, stanowi tylko część zarobku ubezpieczonego w stanie czynnym, projekt przewiduje **dodatki do rent inwalidzkich** dla osób bezradnych i obarczonych dziećmi. Dodatek dla bezradnych ma stanowić ekwiwalent na pokrycie kosztów koniecznej opieki nad inwalidą, który bez tej opieki nie może się obejść. Dodatek na dzieci przysługuje inwalidom z tego tytułu, aby poziom ich wychowania i wykształcenia nie musiał ulec znacznemu obniżeniu wskutek przejścia ojca do stanu nieczynnego, powodującego spadek jego stopy życiowej ściśle związanej z wysokością zarobku.

Projekt, podobnie zresztą jak większość ustaw o ubezpieczeniu społecznym, słusznie stoi na stanowisku, że renta jest jedynie właściwą formą inwalidzkich świadczeń pieniężnych o charakterze socjalnym. To też renta inwalidzka tylko w wyjątkowych wypadkach może być zastąpiona kapitałem. Taką kapitalizację renty inwalidzkiej dopuszcza projekt wtedy, gdy rentobiorca jest osobą pełnoletnią i nie przekroczył 55 lat oraz gdy istnieje gwarancja celowego użycia wypłaconego kapitału. Inne renty, jako to renty wdowy (wdowca) i sierot nie mogą wogóle być skapitalizowane.

Świadczenia w naturze są świadczeniami, które mają zastąpić rentę i polegają na tem, iż rentobiorca zamiast renty, ewentualnie jej części, ma zapewnione utrzymanie w naturze przez umieszczenie go w domu inwalidzkim, w domu dla starców lub sierot. Ponieważ zapewnienie utrzymania w naturze pociąga za sobą ograniczenie rozporządzania przez rentobiorcę rentą, która jest jego prawem osobistym, projekt dopuszcza świadczenia w naturze tylko na wniosek uprawnionego, względnie jego opiekuna lub kuratora. Z uwagi na to, że świadczenie w naturze jest świadczeniem ubezpieczeniowym, a nie świadczeniem z tytułu opieki społecznej lub opieki nad ubogimi, projekt wyraźnie zaznacza, że osoby, korzystające z tych świadczeń, nie są uważane za osoby korzystające z opieki społecznej, które z mocy ustaw są niejednokrotnie ograniczane w swych prawach obywatelskich.

Jako świadczenie ubezpieczeniowe występuje według projektu **lecznictwo** w postaci **lecznictwa uzupełniającego**. Do lecznictwa uzupełniającego ma prawo ubezpieczony, który przebył 104 tygodnie składkowe, przypadające na okres 5 lat ostatnich, i jest chory po wyczerpaniu prawa do świadczeń chorobowych. Prawo do lecznictwa uzupełniającego jest niezależne od tego, czy uprawniony jest już inwalidą i czy pobiera rentę inwalidzką. Pobieranie zatem renty inwalidzkiej nie pozbawia prawa do tego lecznictwa, jak z drugiej strony istnienie inwalidztwa nie jest koniecznym warunkiem powstania tego prawa, jakkolwiek de facto po większej części osoba chora po 39 tygodniach korzystania ze świadczeń chorobowych jest z reguły inwalidą. Oprócz lecznictwa uzu-

pełniającego, projekt zna jeszcze dwie formy leczenia — lecnicstwo, które nazwaćby można **lecnictwem zastępczym i postępowanie lecznicze celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania lub przywrócenia tej zdolności inwalidzie, pobierającemu świadczenia.**

Lecnicstwo zastępcze jest lecnictwem, którego podejmuje się instytucja udzielająca świadczeń inwalidzkich zamiast instytucji udzielającej świadczeń chorobowych i na koszt tej ostatniej, celem skutecznieszego lub bardziej celowego prowadzenia kuracji osoby chorej. Lecnicstwo to może być zastosowane w każdej chwili w czasie prowadzenia kuracji przez instytucję udzielającą świadczeń chorobowych, nie jest więc to świadczenie inwalidzkie w ścisłym znaczeniu, chociaż udziela go instytucja udzielająca świadczeń inwalidzkich.

Zastosowanie postępowania leczniczego celem zapobieżenia grożącej ubezpieczonemu niezdolności do zarobkowania lub też celem przywrócenia tej zdolności inwalidzie, pobierającemu świadczenia, zależy od uznania instytucji udzielającej świadczeń inwalidzkich i polega na umieszczeniu ubezpieczonego w odpowiednim zakładzie leczniczym. Wobec tego projekt wymaga naogół zgody ubezpieczonego na zastosowanie tej formy leczenia. W pewnych jednak wypadkach, gdy choroba lub stan chorego bezwzględnie wymaga zastosowania specjalnych metod leczniczych, lub specjalnej opieki, odmowa zgody może pociągać za sobą odmówienie całości lub części renty.

Zastosowanie postępowania leczniczego celem odwrócenia niezdolności lub przywrócenia zdolności do zarobkowania, jak wynika z powyższego gwarantuje świadczenia w naturze, to też projekt pozwala w tym wypadku na wstrzymanie pobierania renty w całości lub częściowo. Ponieważ jednak renta może być jedynym źródłem utrzymania i dla rodziny uprawnionego, projekt przyznaje rodzinie osoby poddanej postępowaniu leczniczemu zasiłek w wysokości renty, jaką pobierałaby ta rodzina w razie śmierci ubezpieczonego.

Zasady wymiaru świadczeń. Podstawą wymiaru świadczeń pieniężnych jest zarobek ubezpieczonego. Projekt przyjmuje zatem zasadę różniczkowania świadczeń, nie idzie więc wzorem ustaw angielskich, gdzie świadczenia są różniczkowane jedynie według płci, poza tem zaś są w zasadzie jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych. Podstawą wymiaru świadczeń nie jest jednak rzeczywisty zarobek, ale, podobnie, jak w ustawie z 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, zarobek przeciętny, czyli t. zw. **placa ustawowa**. Projekt dla wszystkich rodzajów świadczeń, a więc również i dla świadczeń na wypadek inwalidztwa i śmierci, dzieli ubezpieczonych na szereg grup zarobkowych z oznaczeniem plac ustawowych dziennych, tygodniowych i miesięcznych, które stanowią podstawy do obliczania świadczeń.

Renta inwalidzka w myśl projektu wynosi 40% przeciętnej wszystkich miesięcznych plac ustawowych, odpowiadających grupom zarobkowym ubezpieczonego z ostatnich 104 tygodni przed zajęciem inwalidztwa. Renta inwalidzka jednak nie może być

niższą od 30 zł. miesięcznie, kwotę więc 30 zł. przyjmuje projekt jako swego rodzaju minimum egzystencji dla inwalidy. Jak widzimy minimum renty jest dwa razy większe od przeciętnej obecnej renty w b. dzielnicy pruskiej, wynoszącej 15 zł. miesięcznie.

W konstrukcji rent projekt przyjmuje jeden wymiar renty, t. zn. jedną normę procentową dla jej określenia, stanowiącą 40 od sta przeciętnej plac ustawowych z ostatnich 104 tygodni. **Norma renty** zatem jest zawsze stałą i nie ulega zmianie w miarę lat pracy. Nie znaczy to, oczywiście, aby **wymiar renty** nie ulegał zmianie, jeśli bowiem z upływem czasu zmieniać się będzie zarobek ubezpieczonego, a tem samem jego placa ustawowa, również zmieniać się będzie przeciętna każdorazowych ostatnich 104 tygodni, przeto 40% jednej przeciętnej odpowiadać nie będzie 40% innej.

Przyjęcie stałej normy renty jest wynikiem poglądu, że pracownik fizyczny rzadko korzysta z renty w wieku późniejszym. Wskutek tego zależy mu raczej na wcześniejszej wysokiej rencie, niż na powiększeniu niskiej w pierwszych latach renty, w miarę upływu czasu trwania ubezpieczenia.

Stojąc na stanowisku jednolitej normy renty projekt uwzględnia i tę okoliczność, że pracownik fizyczny w wieku późniejszym zarabia normalnie mniej niż w wieku młodszym. Z tego względu projekt, za wzorem projektu austriackiego, dopuszcza uznanie za podstawę obliczania renty, która przysługiwać będzie ubezpieczonemu w przyszłości, przeciętną jego miesięcznych plac ustawowych z ostatnich 104 tygodni przed ukończeniem 45 roku życia.

Renty na wypadek śmierci, czyli renty rodziny, jako świadczenie pochodne, opierają się co do swego wymiaru na rentach ubezpieczonego.

Renta wdowy lub wdowca wynosi według projektu połowę renty inwalidzkiej (bez dodatku na dzieci i dodatku dla bezradnych), jaką pobierał ubezpieczony lub do jakiej miałby prawo, gdyby w chwili śmierci był inwalidą. **Renta sieroca** wynosi jedną piątą renty tejże inwalidzkiej zmarłego rodzica, przyczem renty sierot nie posiadających ani ojca, ani matki (t. zw. sieroty zupełne) mają renty wyższe, bo wynoszące $\frac{1}{3}$ renty inwalidzkiej. **Jednorazowa zapomoga pośmiertna** wynosi ostatnią ustawą placę miesięczną zmarłego, przyczem minimum jej wynosi 68 zł. 75 gr.

Wysokość uzupełnień do renty inwalidzkiej, jakie ustanowią dodatek dla bezradnych i dodatek na dzieci, jest następująca: **dodatek dla bezradnych** wynosi połowę renty inwalidzkiej, **dodatek na dzieci** zaś jedną dziesiątą renty inwalidzkiej, bez dodatku dla bezradnych, na każde dziecko, z tem jednak, że renta z dodatkami nie może przekroczyć przeciętnej, która stanowiła podstawę obliczenia renty.

Ograniczenia prawa do świadczeń. Szereg ograniczeń, które wprowadza projekt nosi charakter powszechny i jest znany prawie wszystkim ustawom ubezpieczeniowym. Do takich ograniczeń należą: przepis o redukcji rent wdowy (wdowca) i sierot, jeśli ich łączna suma przekracza sumę renty inwalidzkiej, którą pobierał zmarły, lub do której miał prawo; przepis o zgaśnięciu prawa do renty wdowy (wdowca) w razie wstąpienia w związku małżeńskie;

przepis o utracie prawa do renty osoby, która spowodowała inwalidztwo rozmyślnie; przepis o utracie renty członka rodziny, który przez rozmyślne działanie stał się winnym śmierci ubezpieczonego, co zostało udowodnione wyrokiem karno - sądowym. Wszystkie te ograniczenia wynikają przede wszystkim z motywów natury moralnej. Obok nich występują dwa postanowienia, które opierają się na motywach natury czysto gospodarczej i ubezpieczeniowej. Są to postanowienia o kumulacji, czyli zbiegu rent z różnych tytułów.

Projekt przewiduje obniżenie renty inwalidzkiej wdowiej (wdowca) i sierociej o połowę renty z tytułu wypadku lub choroby zawodowej, o ile ta ostatnia zbiega się z rentą inwalidzką, wdowią lub sierocą. Taksamo w razie zbiegu renty wdowiej z rentą inwalidzką, która przysługuje tej wdowie z tytułu własnego ubezpieczenia, rentę wdowią obniża się o połowę renty z tytułu własnego ubezpieczenia. Dążenie do usunięcia kumulacji rent jest wynikiem poglądu, że ubezpieczenie społeczne, jakkolwiek zna różne rodzaje świadczeń, jest w zasadzie całością jednolitą i dlatego nie powinno w niem być miejsca na podwójne świadczenia. Projekt nie wyklucza jednak kumulacji w całości, a tylko zmniejsza jej działanie według wzorów ustaw zachodnio - europejskich.

WACŁAW BRUNER.

UBEZPIECZENIE WYPADKOWE.

Wprowadzie zarówno tekst projektu ustawy, jak i uzasadnienia, usiłuje zatrzeć różnicę między ubezpieczeniem wypadkowym, a t. zw. ubezpieczeniem inwalidowem, traktując oba, jako ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania i śmierci, to jednak wobec istnienia różnych świadczeń i odmiennych warunków, uprawniających do świadczeń, wobec wyodrębnienia części składki, służącej do pokrycia wydatków, związanych z ryzykiem wypadków i chorób zawodowych, wobec wreszcie możliwości uzyskania równocześnie świadczeń wskutek kwalifikowanej niezdolności do zarobkowania (ubezpieczeniowej) oraz renty wypadkowej^{*)}, czujemy się uprawnieni do omówienia ubezpieczenia wypadkowego, jako fragmentu, wyodrębniającego się dość wyraźnie od pozostałych części projektu.

Obowiązujący obecnie stan prawny w dziedzinie ubezpieczenia od wypadków, jest niezadawalający zarówno dla robotników, jak i pracodawców.

W pierwszym rzędzie uderza zachowanie dotychczas odrębnych dzielnicowych ustaw.

Na terytorjum b. dz. austriackiej i rosyjskiej obowiązuje ustawa austriacka z r. 1887, nowelizowana w b. Austrii w r. 1894, 1909 i 1917, u nas zaś i ustawami z 7 lipca 1921 i 30 stycznia 1924 r. Nadto w b. dz. rosyjskiej dla pewnych kategorii kolejarzy zachowała moc prawną ustawa rosyjska z 1912 r.,

^{*)} Projekt wprowadzie nie używa terminu renta wypadkowa, jednak dla ułatwienia będziemy go używali, ponieważ pojęcie to przeżywa poprzez liczne omówienia.

Uwagi końcowe. Świadczenia na wypadek inwalidztwa i śmierci, przewidywane przez projekt, nie są niewątpliwie świadczeniami, któreby w całości mogły zadowolnić szerokie warstwy pracowników fizycznych. Rozważając poszczególne zagadnienia wskazaliśmy na pewne punkty, które zwłaszcza ze stanowiska robotniczego nie są najpomysłniej przez projekt postawione. Bezsprzecznie jednak nie mają one zasadniczego znaczenia. Natomiast z drugiej strony projekt wprowadza świadczenia inwalidzkie dla wszystkich pracowników fizycznych w b. dzielnicach rosyjskiej i austriackiej, daje wysoką normę świadczeń (znacznie wyższą, niż istniejąca w dzielnicach po-niemieckich) po bardzo krótkim terminu ubezpieczenia i przy stosunkowo znacznym minimum renty, odciąża wreszcie dzięki tym świadczeniom istniejące kasy chorych, które z motywów społecznych ponosiły przez szereg miesięcy ciężar świadczeń dla inwalidów, który winien być pokryty przez instytucje świadczeń inwalidzkich. To też plusy projektu w zakresie świadczeń na wypadek inwalidztwa i śmierci mają kolosalną przewagę nad minusami. Polepszenie i rozbudowa tych świadczeń musi być dziełem dalszej przyszłości, dziełem ściśle związanym ze stanem gospodarczym kraju i ustosunkowaniem się sił społecznych.

zaś w b. dzielnicy austriackiej kolejarze korzystają z zaopatrzenia na podstawie ustawy z 8 listopada 1921 r.

W b. dzielnicy pruskiej obowiązuje dotychczas Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy Niemieckiej z 1911 r., znowelizowana Rozporządzeniami Ministra b. dz. pruskiej jedynie w częściach, dotyczących organizacji ubezpieczenia, na Górnym Śląsku zaś sama Ordynacja, lecz wedle stanu z 15 czerwca 1922 r., nadto przystosowana do zmienionych warunków rozporządzeniami wojewody śląskiego i ustawami Sejmu Śląskiego z 18 czerwca 1924 i 8 lipca 1925 r.

Rzecz oczywista, ustawy te poważnie różnią się między sobą. Pomijając szczegóły, zestawimy najważniejsze przepisy.

W b. dzielnicy rosyjskiej i austriackiej świadczenia dla wszystkich ubezpieczonych wymierza się od pełnego rzeczywistego zarobku uszkodzonego; w b. dzielnicy pruskiej zarobek ponad 1800 zł. uwzględnia się jedynie w $\frac{1}{3}$, na Górnym Śląsku oblicza się renty w podobny sposób, z tą jednak różnicą, iż pełny zarobek uwzględnia się do wysokości 2.125 zł. Na terenach po-niemieckich renty wdowy i dzieci w sumie nie mogą przewyższać 60%, a w pozostałych częściach Państwa 66% zarobku zmarłego. W b. dzielnicy pruskiej i na Górnym Śląsku renta sieroca wynosi 20%, w b. dzielnicach austriackiej i rosyjskiej 15%.

Różnice te uwydatni następujący przykład. Jeśli w tym samym dniu zabiłi zostali wskutek wy-

padku dwaj robotnicy w Warszawie i Poznaniu, zarabiający 3600 zł., to rodzina pierwszego, składająca się z żony i czworga dzieci otrzyma (3600 × $\frac{2}{3}$) 2400 złotych, zaś także sama rodzina drugiego otrzyma $\langle 1800 + (1800 : 3) \rangle \times \frac{2}{3} = 1440$ zł. rocznie.

Przechodząc od wymiaru świadczeń do systemu ich pokrycia, zauważymy niemięjsze różnice. Gdy w b. dzielnicy austriackiej i rosyjskiej ubezpieczenie jest oparte na systemie kapitałowego pokrycia świadczeń, w b. dzielnicy pruskiej i na Górnym Śląsku stosuje się system repartycji. To samo dotyczy organizacji ubezpieczenia. Zarząd Zakładu Ubezpieczeń od wypadków we Lwowie składa się wyłącznie z przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców, w kierownictwie zaś Ubezpieczalni Kolejowej w Poznaniu i w Zakładzie Ubezpieczeń społecznych Województwa Śląskiego dominującą rolę odgrywają urzędnicy samorządu terytorjalnego.

Te różnice materialne i formalne powstały historycznie i w chwili obecnej nie znajdują żadnego uzasadnienia w stosunkach społecznych lub gospodarczych naszego kraju.

Drugim brakiem dotychczasowego ustawodawstwa o ubezpieczeniu od wypadków jest niski wymiar świadczeń. Wśród robotników ustalony jest pogląd, iż 100% inwalida wypadkowy winien otrzymać odszkodowanie w wysokości pełnego zarobku, gdyż zdolność do zarabkowania utracił w służbie przedsiębiorstwa z powodów niezależnych od jego woli lub od właściwości jego organizmu. Postulat ten zasadniczo słuszny ze względu na układ sił społecznych i położenie ekonomiczne kraju nie może być urzeczywistnionym, wymiar jednak rent dotychczasowy winien być podniesiony. Dziś bowiem, gdy renta przy 100% niezdolności do pracy wynosi 66%, renta wdowa 20%, renta sierota 15, względnie 20%, tylko nieliczne odszkodowania od wyższych zarobków stanowiąc mogą minimum egzystencji, podniesienie zaś rent przy zmianie systemu pokrycia da się skutecznie bez równoczesnego podwyższenia składek. Jak dalece podniesienie wysokości rent jest nakazem chwili świadczy fakt, iż Zarząd Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, złożony w połowie z przedstawicieli pracodawców, już w początkach 1926 r. jednomyślnie postanowił przyznać dobrowolne dodatki do rent i po dwukrotnych w tej mierze uchwałach, uzupełnia ustawowe świadczenia w ten sposób, iż 100% inwalida otrzymuje 75%, wdowa 33%, pełna sierota 25%, sierota 20%, wstępni jeśli obydwoje żyją 33% zarobku uszkodzonego.

Nadmienić tu również należy, iż rosyjskie prawo z r. 1903 o odszkodowaniach za wypadki w fabrykach, hutach i kopalniach, obowiązujące od lipca 1924 r. w b. zaborze rosyjskim, przewidywało wyższe, bo 33% -we renty dla wdów, a obowiązujące dotąd prawo z 1912 o odszkodowaniach dla pracowników kolejowych, przyznaje dla pracowników ruchu — pełną rentę w wysokości 75%, rentę wdowią 37,5%, rentę sierocą 16%.

Trzecim wreszcie niedomaganiem obowiązującego ubezpieczenia od wypadków jest nadmierne obciążenie b. dzielnicy pruskiej, które wyraża się w opłacaniu dwa razy wyższej składki, niż w innych

dzielnicach. Powstało ono na skutek obowiązku*) przejścia przez Państwo Polskie rent, przyznanych przez niemieckie instytucje ubezpieczeniowe, za co Niemcy przekazały zupełnie zdevaluowane rezerwy. Takich rent, dla których brak pokrycia, wypłaca Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu około ośmiu tysięcy, przyczem połowa z nich powstała wskutek wypadków, zaszłych na obszarach obecnych Niemiec. Ponieważ ubezpieczenie wypadkowe w b. dzielnicy pruskiej oparte jest na systemie repartycji opłat, nadmierna tu składka w miarę lat ulegnie dalszemu podwyższeniu.

Powyższe braki już w początkach 1926 r. skłoniły Ministerstwo Pracy do podjęcia prac nad jednolitą dla całego państwa ustawą o ubezpieczeniu od wypadków. W połowie ub. r. projekt był już gotowy. Przewidywał on rozszerzenie zakresu osób ubezpieczonych, przyrównanie niektórych chorób zawodowych pod względem odszkodowania do nieszczęśliwych wypadków, podwyższenie świadczeń, zmianę systemu pokrycia świadczeń, znaczne zmniejszenie różniczkowania opłat, zasadniczą reformę organizacji ubezpieczenia oraz szereg innych drobniejszych zmian, mających na celu uzgodnienie naszego ustawodawstwa z wymaganiami konwencji, dotyczącej odszkodowania za wypadki przy pracy, przyjętej na 7-mej Międzynarodowej Konferencji Pracy. Podkreślić należy, iż mimo podwyższenia świadczeń projekt utrzymywał przeciętną składkę na dotychczasowym poziomie, co było możliwe dzięki wprowadzeniu systemu częściowego kapitałowego pokrycia świadczeń.

Niezależnie od powyższego prowadzone były intensywne prace nad ustawą o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do pracy, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego.

Szybkie ukończenie tych prac pozwoliło na wcielenie do tego szerszego projektu przepisów co do odszkodowania za wypadki i choroby zawodowe, wobec czego odrębny projekt ustawy o ubezpieczeniu od wypadków i chorób zawodowych stał się nieaktualny i nie urządził światła dziennego.

**

Jak już wspomnieliśmy, projekt ustawy o scalonym ubezpieczeniu *) nie odróżnia odrębnego ubezpieczenia od wypadkowego, traktując wypadek jako część ogólnego ryzyka niezdolności do pracy i śmierci. Jedynie ze względu na niepogorszenie dotychczasowego stanu, a zarazem niemożliwość gospodarczą przyznania w razie niezdolności nie spowodowanej wypadkiem świadczeń równych odszkodowaniu za wypadki, projekt przewiduje odrębne świadczenia jako też

*) Kwestje te normuje Decyzja Rady Ligi Narodów z dn. 17 lipca 1922 r. o uregulowaniu ubezpieczeń społecznych na terytorjach dawniej niemieckich odstąpionych Polsce bezpośrednio na podstawie Traktatu Wersalskiego (Dz. U. R. P. Nr. 70 z r. 1922, poz. 550) oraz ustawa o wykonaniu tejże decyzji z dn. 19 grudnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 7 r. 1924, poz. 63).

*) Tęgo skrótu używać będziemy dla oznaczenia ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do pracy, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego.

różne warunki ich uzyskania.—Z jednolitego w zasadzie traktowania ubezpieczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania wynikają ważne konsekwencje dla ustalenia zakresu osób ubezpieczonych.

Ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do zarobkowania podlegają wszystkie osoby zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, a nadto terminatorzy i praktykanci uczciowie i chałupnicy, a także krewni i powinowaci pracodawcy, o ile są przez niego regularnie zatrudnieni.

Od tej ogólnej zasady ustawa przewiduje szereg wyjątków. Ubezpieczeniu nie podlegają funkcjonariusze państwowi, duchowni, zakonnice, osoby zatrudnione wyłącznie z pobudek religijnych, humanitarnych lub ideowych, nie pobierające wynagrodzenia, chociażby otrzymywały utrzymanie lub ekwiwalent za utrzymanie, niestale zatrudnieni i pracownicy umysłowi. Ci ostatni jednak korzystać będą ze specjalnej ustawy.

Jeśli chodzi o ogólną zasadę, to stanowi ona bezwzględnie postęp w porównaniu z dotychczasowym stanem. Przedewszystkiem, co podkreślić należy, jednostką ubezpieczeniową staje się robotnik, a nie, jak dotychczas, przedsiębiorstwo. Ponadto pociągnięte zostaną do ubezpieczenia następujące kategorie pracowników, dotychczas nie korzystających z ubezpieczenia: 1) na obszarze całego państwa dozorczy domowi, służba domowa i chałupnicy, 2) na obszarach po-niemieckich personel drobniejszych przedsiębiorstw handlowych, 3) na obszarze b. zab. rosyjskiego i austriackiego — robotnicy zatrudnieni w gospodarstwach rolnych o obszarze poniżej 30 ha, oraz robotnicy, zatrudnieni w zakładach, prowadzonych nie dla zysku, w których nie używa się motorów, kotłów parowych, względnie materiałów wybuchowych.

Inaczej przedstawia się sprawa wyjątków, dzięki którym pewne kategorie osób dotąd korzystających z odszkodowań zostaną ich pozbawione. Dotyczy to w pierwszym rzędzie niestale zatrudnionych. Nadto nie będą korzystać z ubezpieczenia zakonnice, lub osoby zatrudnione ideowo w szpitalach lub innych zakładach, używających kotłów lub motorów, etatowi urzędnicy państwowi zatrudnieni w przedsiębiorstwach lub na robotach prowadzonych przez państwo. Brak również w projekcie przepisów o ubezpieczeniu więźniów, zatrudnionych bądź w miejscu zamknięcia, bądź poza niem. Te luki powstają stąd, iż dla osób wyżej wymienionych byłoby niecelowe lub nawet niemożliwe zapewnienie świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania wywołanej innemi przyczynami, jak wypadki w zatrudnieniu. Sądzić jednak należy, iż osobom tym, które bezwzględnie różnią się od typowych pracowników, zapewni odszkodowanie specjalna ustawa, gdyż pozostawienie ich bez odszkodowań wypadkowych byłoby sprzeczne z zasadami humanitaryzmu. Zaznaczyć również wypada, iż pozbawione zostaną ubezpieczenia wypadkowego pewne kategorie samodzielnie zarobkujących, obecnie korzystające z ubezpieczenia w dzielnicach po-niemieckich. Ta zmiana jednak jest tylko czasowa, ponieważ, jak nam wiadomo, Ministerstwo Pracy ma zamiar wprowadzić odrębne ubezpieczenie dla samodzielnie zarobkujących.

**

Odszkodowania za wypadki i choroby zawodowe są co do rozmiaru i warunków ich uzyskania jednakowe i przysługują ipso iure niezależnie od okresu ubezpieczenia, przyczem przysługują również w wypadku częściowej niezdolności do pracy i wymiar ich zależny jest od stopnia niezdolności. Tem właśnie w projekcie różnią się świadczenia wypadkowe i z chorób zawodowych od świadczeń na wypadek niezdolności spowodowanej innemi przyczynami. Przyznanie bowiem tych ostatnich zależne jest od przebycia okresu oczekiwania i od utraty określonego stopnia zdolności do pracy (kwalifikowana niezdolność).

Ustawa nie daje ścisłej definicji wypadku. Ustala, iż uprawnienia powstają wskutek wypadku przy pracy, wypadku w drodze do pracy i z pracy, wypadku przy domowych lub innych zajęciach, do których ubezpieczony został użyty przez pracodawcę lub zwierzchnika, jak również w skutek wypadku przy czyszczeniu, naprawie i przenoszeniu narzędzi pracy, dostarczonych przez zatrudnionego. W ten sposób konsekwentnie przeprowadzona zostaje zasada, iż odszkodowanie należy się pracownikowi za wszelkie uszkodzenia w czasie poświęconym pracodawcy. Pojęcie wypadku w stosunku do przepisów ustaw, obowiązujących w b. dzielnicach austriackiej i rosyjskiej rozszerzone zostało stosunkowo nieznacznie jedynie przez wprowadzenie przepisu o wypadkach przy narzędziach, wzorowanym na odnośnym postanowieniu ustawy niemieckiej z dn. 14 lipca 1925 r. o zmianie ubezpieczenia od wypadków. dla dzielnic zaś po-niemieckich, gdzie odszkodowanie przysługuje jedynie za wypadki ścisłe, związane z wykonywaniem zawodowej pracy, stanowi to znaczny postęp.

Ustawa nie podaje również definicji choroby zawodowej, posługując się wzorem ustaw niemieckich, szwajcarskich, angielskich i francuskich systemem list. Za choroby zawodowe, uprawniające do odszkodowania, uznaje 1) zatrucie ołowiem, jego związkami lub stopami, 2) zatrucie rtęcią, jej związkami i amalgamatami oraz 3) zakażenie węglikiem. Rada Ministrów na wniosek Ministra Pracy może listę w drodze rozporządzenia rozszerzyć. W porównaniu z ustawami zagranicznymi jest to zaledwie początek i to skromny, ponieważ angielski wykaz chorób zawodowych, uprawniających do odszkodowania zawiera 24 rodzaje chorób, niemiecki 11 rodzajów chorób, szwajcarska zaś lista zawiera 47 substancyj, powodujących choroby zawodowe. Ostrożność jednak w tej dziedzinie ubezpieczenia jest konieczna. W Polsce bowiem brak dotąd ustawy o zapobieganiu chorobom zawodowym, wskutek czego nie ma zupełnie potrzebnych dat statystycznych, brak doświadczenia w rozpoznawaniu chorób zawodowych, brak wreszcie wśród mas uświadczenia o ujemnych skutkach tych chorób i ich znaczeniu. W każdym razie wykaz obejmuje choroby najważniejsze, a dotyczy szczególnie zatrucia ołowiem, które obejmuje dzisiaj do 150 zatrudnień, a więc zdarza się najczęściej ze wszystkich chorób zawodowych. — Wprowadzenie odszkodowania za choroby zawodowe zaspokaja palącą potrzebę klasy robotniczej, szczególnie silnie odczuwaną na Górnym Śląsku ze względu na bezpośrednią styczność z robotnikami Niemiec, które już w r. 1925 wprowadziły u siebie te świadczenia.

Projekt przewiduje świadczenia pieniężne dla

niezdolnych do zarobkowania, względnie dla rodziny po zmarłym wskutek wypadku lub choroby zawodowej, oraz świadczenia lecznicze dla niezdolnych.

Świadczenia pieniężne wynoszą:

1) dla całkowicie niezdolnego 80% przeciętnej wszystkich miesięcznych płac ustawowych, odpowiadających grupom zarobkowym ubezpieczonego z okresu ostatnich przed wypadkiem 104 tygodni składkowych (pełna renta),

2) dla częściowo niezdolnego odpowiednią część renty pełnej,

3) dla niezdolnego, znajdującego się w takim stanie bezradności, iż nie może obejść się bez obcej opieki, 100% podstawy wymiaru świadczeń wskazanej pod 1),

4) dla wdowy, której mąż zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu lub na chorobę zawodową — $\frac{1}{2}$ renty pełnej,

5) dla sieroty, pod temi samemi warunkami, co dla wdowy — $\frac{1}{5}$ pełnej renty, a dla sieroty zupełnej $\frac{1}{3}$.

Dla ustalenia renty wypadkowej praktykantów i terminatorów, nie pobierających wynagrodzenia z powodu nieukończonego wykształcenia, przyjmuje się grupę zarobkową, której odpowiada przeciętny w danej miejscowości zarobek tygodniowy osób zajętych w zatrudnieniu, do którego poszkodowany odbywał wykształcenie.

Niezdolny do zarobkowania przynajmniej w 66% -ch ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości $\frac{1}{10}$ części renty. Przepis ten wzorowany jest na niemieckiej ustawie z 1925 r. z tą tylko różnicą, iż ta przewiduje dodatki już dla niezdolnych w 50%.

Renty sieroce wypłaca się do ukończenia 18 roku życia, a jeśli dziecko odbywa studia w zakładach naukowych do chwili ukończenia studiów, najdłużej jednak do ukończenia 24 roku życia, dzieci ułomne fizycznie lub umysłowo i po ukończeniu tego wieku jak długo są niezdolne do zarobkowania. Suma rent wdowy i sierot, względnie suma rent sierot zupełnych nie może przekraczać pełnej renty. Do świadczeń pieniężnych ma również prawo dalsza rodzina, a mianowicie: wstępny jak długo żyją w niedostatku, wnukowi i rodzeństwu na warunkach przewidzianych dla dzieci. Renta dalszej rodziny wynosi ogółem sumę równą rencie sieroczej i wypłaca się tylko wtedy, jeśli renty bliższej rodziny (wdowa, sieroty) nie wyczerpują najwyższej dopuszczalnej kwoty renty (renta pełna).

Rodzinie pozostającej po zmarłym ubezpieczonym należy się jednorazowa zapomoga pośmiertna w wysokości miesięcznej płacy ustawowej. — Niezdolni do zarobkowania mają prawo do pomocy leczniczej w najszerszym tego słowa znaczeniu przez okres pierwszych 39 tygodni z Kasy Chorych na koszt zakładu, następnie z Zakładu ubezpieczeń społecznych. Zakład obowiązany jest również do udzielania i odnawiania protez (przepis znany w b. dz. pruskiej i na Górnym Śląsku, nowy dla pozostałych obszarów).

Przy porównaniu świadczeń projektowanych z dotychczasowym stanem uderza przede wszystkim, iż renty obliczone będą nie na podstawie faktycznych zarobków, lecz przeciętnych miesięcznych ustawowych

płac, co jest wynikiem połączenia ubezpieczenia wypadkowego z chorobowym i inwalidztwem, dla których zniesienie grup zarobkowych spowodowałoby znaczne komplikacje. Ponieważ jednak płace ustawowe w przybliżeniu odpowiadać będą faktycznym zarobkom, stratę poniosą jedynie robotnicy, zarabiający ponad 725 zł. miesięcznie (najwyższa ustawowa płaca miesięczna), dla których świadczenia obliczać się będzie według tej właśnie kwoty.

Następnie skonstatować musimy znaczne podwyższenie świadczeń pieniężnych.

Jeśli przyjmiemy, iż dla przeciętnych zarobków płace ustawowe w przybliżeniu odpowiadają faktycznym zarobkom, otrzymamy, iż obecnie pełna renta wynosi około 80% zarobku, gdy dotychczas stanowiła 66%, renta wdowa — 40%, gdy dotychczas 20%, dopuszczalna granica rent najbliższej rodziny 80%, gdy dotychczas w b. dz. rosyjskiej i austriackiej 66%, a w b. dz. pruskiej i na Górnym Śląsku — 60%.

Jedynie tylko renty sieroce wydają się zbyt niskie, gdyż wynoszą tylko 15%, t. z. o 1% więcej niż w b. dz. rosyjskiej i austriackiej, natomiast o 4% mniej niż w dr. pruskiej i na Górnym Śląsku. Rzecz oczywista wobec znacznego podwyższenia granicy maksymalnej rent, pogorszenie będzie miało miejsce tylko dla rodzin mniejszych, w rodzinach bowiem większych wskutek zmniejszenia stosunkowego świadczeń, renty sieroce były zawsze mniejsze. W każdym razie stwierdzić należy pewnego rodzaju dysproporcję między wymiarem renty sieroczej i wdowiej.

Niezwykle ważne jest przedłużenie okresu pobierania rent sierocych do lat 18 względnie 24, gdy dotychczas świadczenia te zamykano wraz z ukończeniem 15 roku życia. Reforma ta jest wynikiem zmienionych warunków, które nakazują przed rozpoczęciem zarobkowania uzyskania wykształcenia fachowego, które obecnie nabywa się z reguły nie w terminie, lecz w szkole zawodowej co opóźnia okres samodzielnego zarobkowania. Nadmienić należy, iż dotychczasowa granica wieku, zamykająca uprawnienia do świadczeń, ła u nas b. niską w porównaniu z zagranicą. Według długo danych Międzynarod. Biura Pracy dzieci pobierają renty w Argentynie do lat 22, w Bułgarii i Grecji do 21, w Danii, Hiszpanii, na Kubie i we Włoszech do 18 lat, w Belgii, Finlandji, Francji, w Holandji, Szwecji, Szwajcarii i wielu innych państwach do lat 16.

Projekt nie uznaje dziedziczenia rent, wskutek czego rodzina otrzymuje świadczenia tylko wtedy, gdy żywiciel zmarł wskutek wypadku lub choroby zawodowej. Śmierć naturalna niezdolnego z wypadku nie rodzi żadnych uprawnień. Przepis ten w związku z warunkami nabycia uprawnienia do renty niezdolności i renty wdowiej nie spowodowanej wypadkiem wywołuje poważne niebezpieczeństwo, iż wdowy wskutek wypadków zmarłych śmiercią naturalną nie otrzymują świadczeń, aczkolwiek nie ulega wątpliwości, iż gdyby nie było wypadku, wdowa uprawnienie takie uzyskałaby. Jeśli np. robotnik utraci 60% zdolności do zarobkowania i w ciągu pięciu ostatnich lat nie znajdzie sobie pracy — to wdowa po jego naturalnej śmierci nie otrzyma żadnego zaopatrzenia. Tę lukę należałoby uzupełnić, bądź przez ułatwienie uzyskania renty wdowiej nie spowodowanej wypadkiem, bądź wzorem powoływanej już przez nas ustawy niemieckiej, za-

pewnić jej specjalne świadczenia t. zw. „pomoc wdowa”. Według ustawy niemieckiej, pomoc wdowie otrzymuje wdowa po zmarłym naturalną śmiercią, ciężko poszkodowanym wskutek wypadku.

To samo naturalnie dotyczy sierot.

**

Przepisów o realizacji prawa do świadczeń, zgaśnięcia, zawieszenia, ograniczenia prawa, do świadczeń, postępowania w sprawach świadczeń, nie omawiamy, ponieważ są one wspólne dla ubezpieczenia wypadkowego i inwalidzkiego, a to ostatnie jest przedmiotem osobnego artykułu. Podkreślamy jedynie doniosłość powierzenia dochodzeń wypadkowych Kasom Ubezpiec. Społ., a nie jak dotychczas władzom administracyjnym, co znakomicie przyspieszy przyznawanie rent. Duże znaczenie ma również przepis, iż uszkodzony przy przeprowadzaniu dochodzeń może uczestniczyć i być wspomagany przez swego męża zaufania; gwarantuje to bezstronność dochodzeń.

**

Mimo podwyższenia świadczeń, projekt utrzymuje opłaty w przeciętnej wysokości równe opłatom wnoszonym przez pracodawców w b. ok. rosyjskiej i austriackiej, niższe natomiast od obowiązujących na Górnym Śląsku i w b. dzielnicy pruskiej.

Taki stan rzeczy możliwy jest dzięki dwóm zasadniczym zmianom w systemie pokrycia świadczeń: pierwsza to wprowadzenie systemu częściowego kapitałowego pokrycia (składki mają pokrywać nie całą wartość kapitałową świadczeń, lecz tylko 60%), druga po podwyższeniu stopy technicznego oprocentowania z 4 do 5, co uzasadnia się znacznie wyższymi niż przed wojną oprocentowaniem kapitałów. — Rzecz oczywista, wskutek częściowego tylko pokrycia wartości kapitałowych po pewnym czasie (5 względnie dziesięciu latach) trzeba będzie składkę podwyższyć, lecz wtedy cały szereg innych ciężarów związanych z odbudową zniszczonego wojną gospodarstwa zmniejszy się, wskutek czego zwyżka opłat słabiej będzie odczuwana.

Projekt wprowadza również poważne zmiany co do sposobu obciążenia opłatami poszczególnych rodzajów przedsiębiorstw. — W pierwszym rządzie projekt przyjmuje zasadę, iż istnieje normalne ryzyko wypadków i chorób zawodowych i wyznacza dla wszystkich przedsiębiorstw składkę w wysokości 0,25%. Przedsiębiorstwa o ryzyku większym od normalnego zaliczone będą do jednej z pięciu kategorii niebezpieczeństwa, w których składki pozostawać będą do siebie kolejno w stosunku: 1: 2: 4: 7: 14. W ten sposób wszystkie przedsiębiorstwa podzielone zostaną na 6 kategorii,

zamiast dotychczasowego podziału, obejmującego w Zakładzie ubezpieczenia od wypadków we Lwowie 14 kategorii, a na Górnym Śląsku — 20; nadto najniższa opłata wynosić będzie 25 gr. od 100 zł. robocizny, a najwyższa 3,75 zł., gdy dotychczas w b. dz. rosyjskiej i austriackiej wynosi od 5 gr. do 5 zł. Kosztem więc podwyższenia składki o nieznaczny ułamek procentu dla przedsiębiorstw najmniej obciążonych, zmniejsza się ciężary dla przedsiębiorstw o znacznym ryzyku, jak gospodarstwa leśne ze ścinaniem, transportem drzewa, tartaki, transport, lejarnie stali z apreturą, walcownie, kamieniołomy, kopaniny, kopalnie węgla, przedsiębiorstwa wiertnicze, wyrób samolotów, kuźnie kotłów i t. d., które obciążone są nie tylko ze względu na wysokie opłaty, lecz i dla tego, że robocizna, stanowiąca podstawę wymiaru świadczeń, stanowi w tych przedsiębiorstwach najpoważniejszą pozycję kosztów produkcji. Z uzasadnienia wynika, iż Ministerstwo Pracy, stojąc na stanowisku solidarności grup, teoretycznie uważa za słuszne wprowadzenie jednolitej składki w ubezpieczeniu wypadkowym, uważając zróżnicowanie za pozostałość z czasów prywatnego ubezpieczenia, gdy towarzystwa ubezpieczeniowe musiały różnicować składkę dla uzyskania klienteli, przedstawiającej lepsze ryzyko. Uzasadnienie podkreśla również, iż i w innych ubezpieczeniach istnieją ryzyka o różnym napięciu, a jednak składka jest jednolita. Jednak ze względu na to, iż wprowadzenie jednolitej składki wywołałoby zbyt znaczne podwyższenie składki dla przedsiębiorstw o małym ryzyku, projektodawcy nie decydują się na tę kardynalną zmianę, ograniczając reformę do zmniejszenia rozpiętości opłat.

**

Reforma ubezpieczenia wypadkowego w projekcie ustawy o scalonym ubezpieczeniu nie czyni zadość wszystkim postulatam klasy robotniczej w tej dziedzinie. Nie ulega jednak wątpliwości, że przy dzisiejszym układzie sił społecznych stanowi na ogół znaczny postęp, podwyższa bowiem świadczenia i wprowadza nieznanne dotąd u nas odszkodowanie za choroby zawodowe i upraszcza postępowanie w sprawach o uzyskanie świadczeń, rozciąga ubezpieczenie na wszystkich robotników rolnych, dozorców i służbę domową.

Dla pracodawców znaczenie reformy polega na zmniejszeniu obciążenia w b. dzielnicy pruskiej i na obniżeniu składek, opłacanych przez przedsiębiorstwa o największym ryzyku.

Niezmiernie doniosłe znaczenie ma również reforma organizacji ubezpieczenia, ale to już przekracza ramy niniejszego artykułu.

DR. STANISŁAW DOBROWOLSKI.

PODSTAWA OBLICZENIA SKŁADEK

W myśl projektu o ubezpieczeniu robotniczym, mają być utworzone dwa rodzaje instytucji ubezpieczeniowych: Kasy Ubezpieczeń Społecznych oraz Zakłady Ubezpieczeń Społecznych. Pierwsze powstaną przez reorganizację Kas Chorych i będą nadal pełniły funkcje Kas Chorych, a drugie mają udzielać,

poza odprawami, świadczeń długoterminowych. Zakład winien zapewnić ubezpieczonemu, który już dziś opłaca składki, rentę niezdolności lub rentę dla jego rodziny w razie śmierci, renty, do których prawo powstanie nieraz po upływie wielu lat oraz wypłata których również trwa przez okresy kilku

lub kilkunastoletnie. Tem właśnie ubezpieczenia od niezdolności do pracy oraz rodzin pozostających po ubezpieczonych różnią się zasadniczo od ubezpieczenia na wypadek choroby, gdzie świadczenia Kasy w związku z każdym obciążającym Kasę wypadkiem trwają przez krótki okres czasu oraz Kasa nie gwarantuje ubezpieczonym większych świadczeń po upływie większej ilości lat należenia do ubezpieczenia; wszystkie wydatki Kas są bezpośrednio związane z najbliższymi okresami czasu. Dzięki temu, dla ustalenia składek dla Kas Chorych wystarczają w zupełności doświadczenia z kilku ostatnich lat. Wszelkie, niewielkie odchylenia przy ustaleniu składki dałyby się odczuć odrazu w najbliższym okresie, nie spowodują więc znacznych deficytów i przez odpowiednie zmiany można tworzeniu się niedoboru zapobiec. Co innego przy ubezpieczeniach długoterminowych. Dla należytego i pewnego ugruntowania instytucji ubezpieczeniowej koniecznym tu jest przewidywanie na podstawie statystyki przebiegu ubezpieczenia na wiele lat naprzód, t. j. ustalenie z góry planu finansowego ubezpieczenia. Jest to zadaniem matematyki ubezpieczeniowej.

Istnieje wprawdzie sposób pokrywania zobowiązań instytucji ubezpieczeń, przy którym można się nie wdawać w przewidywania co do dalszej przyszłości, jest to t. zw. system repartycji wzgl. system pokrywania bieżących wydatków. Polega ten system na tem, że co roku należy zebrać od ubezpieczonych sumę, któraby wystarczyła na pokrycie wydatków instytucji ubezpieczeniowej. Wysokość składki na dany rok ustala się albo już po upływie roku na podstawie obliczenia istotnych wydatków instytucji i wtedy mówimy o systemie repartycji, albo z góry na podstawie przewidywań opartych na statystyce z lat ubiegłych. Składka taka rośnie bardzo szybko. Istotnie w pierwszych latach po wprowadzeniu ubezpieczenia, rentjerów jest albo bardzo mało albo o ile obowiązuje czas wyczekiwania, niema ich nawet zupełnie. W tym ostatnim przypadku zakład obciążony jest wyłącznie przez koszty administracyjne i ewentualnie przez odprawy. Z biegiem czasu liczba rent wzrasta, gdyż co roku przybywają nowi rentjerzy, przytem w pierwszych latach liczba przybywających jest większa od liczby ubywających wskutek śmierci lub wyzdrowienia rentjerów, pochodzących z lat poprzednich. Tylko po dłuższym okresie czasu (około 80 lat) następuje sytuacja równowagi, gdy liczba ubywających co roku rentjerów stanie się równą liczbie przybywających. Jak prędko rośnie składka przy tym systemie, ilustruje następujący przykład, oparty na uzasadnieniu technicznym do omawianego projektu. Składka na pokrycie wydatków, wynikających z tego projektu, a nie spowodowanych przez nieszczęśliwe wypadki przy pracy wynosi w pierwszych dwóch latach (obowiązuje dwuletni czas wyczekiwania) 0.05 proc. zarobku, w trzecim 0.79 proc. (pierwsze wypłaty rent), w czwartym 1.46 proc., piątym 2.09 proc., szóstym 2.70 proc., siódmym 3.28 proc., ósmym 3.82 proc., dziewiątym 4.35 proc., dziesiątym 4.85 proc. W stanie ostatecznej równowagi składka przewyższy 10 proc. Tu nie są wliczeni rentjerzy, którzy otrzymują

względnie otrzymają renty na podstawie dotychczasowych ustaw w b. dzielnicy pruskiej oraz dla Kas Brackich. System ten jest oczywiście bardzo niedogodny. Przedewszystkiem niepożądaną jest ze względów gospodarczych zmienność składki, a po drugie składka ta, na razie mała, dochodzi z biegiem czasu do znacznej wysokości, co w późniejszych latach spowodowałoby zbyt wielkie obciążenie przez opłaty ubezpieczeniowe. Cały prawie ciężar ubezpieczenia przerzuca się tu na następne pokolenie, zmuszone do płacenia rent pochodzących z obecnego pokolenia ubezpieczonych, które na zabezpieczenie sobie tych rent nie zebrało żadnych funduszków. Poza tem w razie kryzysu gospodarczego, połączonego z bezrobociem, t. j. ze zmniejszeniem się liczby ubezpieczonych, cały ciężar utrzymania rentjerów z dawniejszych lat rozkłada się na mniejszą ilość osób, a co za tem idzie, na jednego ubezpieczonego przypada większe obciążenie. Może zatem poza omówionem normalnem poprzednio podwyższeniem składki jeszcze zajść konieczność dalszego podwyższenia. Tak więc w chwilach najcięższych pod względem gospodarczym nastąpi nienormalny wzrost obciążenia, co może tylko kryzys pogłębić.

Najlepszym z punktu widzenia zarówno sprawiedliwości, ze względu na równomierne obciążenie obecnego i przyszłych pokoleń, jak również ze względów gospodarczych, jest system finansowy, oparty na składce niezmiennej. Taka stała składka, wystarczająca na pokrycie wszystkich zobowiązań zakładu ubezpieczeń, posiada następujące własności. W pierwszych latach jest ona znacznie wyższą od istotnych wydatków. Dla pokrycia wydatków z przytoczonego wyżej przykładu wynosiłaby ona 6.02 proc. Dzięki temu zbiera się znaczny fundusz rezerwowy, który przynosi odsetki. Po kilkunastu latach bieżące wydatki stają się równe składce stałej, a później sama składka już nie wystarcza, ale dochodzą tu odsetki od zebranego funduszu, tak, że oba te źródła razem przewyższają sumę wydatków. Fundusz rezerwowy zwiększa się więc dalej, aż do chwili nastąpienia równowagi pomiędzy przybywającymi i ubywającymi rentjerami, o której była mowa poprzednio. Od tej chwili fundusz pozostaje bez zmiany, a odsetki i składki łącznie pokrywają wszystkie wydatki na świadczenia. Obliczenie takiej składki stałej opiera się przedewszystkiem na statystyce z lat ubiegłych oraz na pewnych założeniach co do ilości ubezpieczonych w przyszłości, wieku tych ubezpieczonych i t. p. Wobec tego jednak, że statystyka z dawnych lat może być tylko w przybliżeniu stosowana do dużych okresów czasu w przyszłości, oraz że nie można przy obliczeniach przewidzieć ściśle bardzo wielu okoliczności, mających duży wpływ na wysokość składki, jak np. wysokości oprocentowania, które uzyska instytucja ubezpieczeniowa i t. p., należy od czasu do czasu przeprowadzać ścisłą rewizję obliczeń oraz danych statystycznych, na których te obliczenia są oparte. Przy takiej rewizji składka może ulec niewielkiej zmianie w jedną lub drugą stronę.

Matematyka ubezpieczeniowa podaje dwie, nie różniące się zasadniczo, metody rachunkowe dla obliczenia składki, są to t. zw. metoda pokrycia ka-

kapitałowego zobowiązań oraz metody premjowego pokrycia ekspektatyw. W zależności od przyjętych założeń bywa czasem dogodniejsze stosowanie jednej, a czasem drugiej z tych metod. Pierwszą posługiwano się przy obliczeniach do omawianego projektu, opierając się przytem na założeniu, że stonkowy skład ubezpieczonych według wieku, pozostanie w przyszłości bez zmiany, na drugiej oparte jest ubezpieczenie robotnicze w Czechosłowacji.

Zasada systemu kapitałowego polega na tem, że składki zebrane od ubezpieczonych w ciągu roku winny w pełni zabezpieczyć wszystkich nowoprzybywających w tym roku rentjerów. Mianowicie na podstawie statystyki obliczono, ilu co roku będzie powstawało nowych inwalidów oraz ich skład według wieku, jak również liczbę umierających w stanie czynnym. Następnie, posługując się statystyką śmiertelności wśród inwalidów, obliczono, jaki jest potrzebny kapitał, któryby łącznie z odsetkami zabezpieczył tym nowoprzybywającym w ciągu roku rentjerom wypłatę rent do końca życia, jak również rodzinom po nich pozostającym.

Kapitał ten zostaje ostatecznie wyczerpany ze śmiercią ostatniego rentjera, pochodzącego z danego roku. Jeżeli teraz rozłożymy obliczoną w taki sposób sumę na wszystkich ubezpieczonych, to otrzymamy składkę, która gwarantuje pełne kapitałowe pokrycie, wszystkich w ciągu roku powstających zobowiązań instytucji ubezpieczeniowej. Wszyscy nowoprzybywający rentjerzy są już w zupełności do końca życia ubezpieczeni przez zebrane, w ciągu roku, ze składek fundusze. Ponieważ jednak w ciągu pierwszych dwóch lat nowopowstający inwalidzi otrzymują tylko odprawy (pomija się tych inwalidów, którzy otrzymują renty na podstawie dawniejszych ustaw), więc właściwa składka byłaby minimalną, gdyż powinna pokryć tylko te odprawy. Otrzymana w taki sposób składka kapitałowa byłaby więc jeszcze zmienną, mianowicie dla naszego przykładu 0:5 proc w pierwszych dwóch latach, a 6:6 proc. w latach późniejszych (bez kosztów administracji). Podana poprzednio składka 6:02 proc. jest w odpowiedni sposób obliczoną przeciętną. W pierwszych dwóch latach będzie się tworzyła rezerwa wyrównawcza, od której odsetki pokryją różnicę w latach późniejszych. Należy tu zaznaczyć, że stosując tę samą metodę przejścia od składki zmiennej do przeciętnej bezpośrednio do składki, obliczonej systemem pokrycia bieżących wydatków, otrzymalibyśmy identyczny rezultat. W praktyce jednak posługujemy się metodą kapitałową, t. j. metodą pośrednią, gdyż obliczenie wydatków bieżących dla poszczególnych lat jest o wiele trudniejsze rachunkowo niż obliczenie wartości kapitałowej zobowiązań i przeprowadzenie ścisłego, obliczenia wymaga ogromnego nakładu pracy. Jak widać z samej konstrukcji tego systemu finansowego, każdy rentjer ma pewien udział w kapitale zakładu, a te udziały rentjerów razem wzięte, wyczerpują całkowicie, poza wspomnianą rezerwą wyrównawczą, cały majątek zakładu. W razie likwidacji ubezpieczenia kapitał posiadany przez instytucję wystarcza razem z odsetkami na płacenie rent — aż do wymarcia — wszystkim rentjerom, którzy już w chwili likwidacji

renty otrzymują oraz ich rodzinom. Jeżeli ubezpieczony występuje z ubezpieczenia, to traci prawo do udziału w kapitale zakładu, t. j. opłacane składki dają ubezpieczonemu prawo do uzyskania świadczeń tylko w bezpośrednio bliskim okresie czasu, pokrywają więc w zasadzie tylko bieżące ryzyko. Wzrost uprawnień z czasem należenia do ubezpieczenia uzasadniony tu jest nie tem, że ubezpieczony dłużej opłacał składki, gdyż te składki pokrywały tylko kapitałowo bieżące ryzyko ubezpieczenia, a jest to wzrost uprawnień o charakterze społecznym. Ubezpieczony przy tym systemie, jak zresztą i przy systemie pokrywania bieżących wydatków, przez opłacanie składek nie zbiera dla siebie żadnego funduszu, a pokrywa wydatki na rentjerów już otrzymujących rentę. Z chwilą stania się niezdolnym do pracy, uzyskuje społeczne prawo do żądania zaopatrzenia od reszty ubezpieczonych. Taki system ubezpieczenia może być przyjęty oczywiście tylko w ubezpieczeniu przymusowym i prowadzonym przez Państwo bezpośrednio lub pośrednio. Dalszym koniecznym warunkiem jest, by w całym Państwie istniał tylko jeden Zakład ubezpieczeniowy dla danej kategorii pracowników. Przyjęcie w projekcie kilku zakładów nie stoi z tem w sprzeczności, gdyż jest to podział tylko administracyjny a są one solidarnie odpowiedzialne za świadczenia; właściwie istnieje więc tylko jedna instytucja. Na innym punkcie widzenia stoi czeska ustawa, gdyż tam ubezpieczenie nie jest tak dalece zjednoczone jak u nas i możliwe jest przechodzenie np. z ogólnego Zakładu do górniczego i t. d. Przy przejściu z jednego z nich do drugiego musi nowy zakład zaliczyć ubezpieczonemu czas przebyty w innym zakładzie, co może stanowić dla nowego zakładu pewien dodatkowy ciężar, szczególnie, jeżeli przechodzenie odbywa się w jednym kierunku. Wobec tego winien dawny zakład wypłacić nowemu pewną sumę, obliczoną według metod matematyki ubezpieczeniowej, t. zw. rezerwę danego ubezpieczonego, która ma skompensować ten ciężar.

Dla dokładniejszego wniknięcia w pojęcie rezerwy przeprowadzimy następujące rozumowanie. Przypuścmy, że w pewnej chwili wstępuje do ubezpieczenia pewna większa grupa osób w jednakowym wieku. Na podstawie statystyki można przewidzieć, ile mniejwięcej osób stanie się inwalidami lub umrze w pierwszym, drugim i t. d. roku po przystąpieniu do ubezpieczenia. Posługując się dalej statystyką śmiertelności inwalidów, wdów i sierot, możemy przewidzieć co roku wydatki instytucji, spowodowane przez omawianą grupę ubezpieczonych. Ponieważ wiemy ilu ubezpieczonych będzie opłacało składki, mianowicie wszyscy ci z naszej grupy, którzy pozostaną w stanie czynnym, możemy, posługując się metodami matematyki ubezpieczeniowej, obliczyć wysokość składki, którą powinni opłacać ubezpieczeni z tej grupy, żeby te składki wraz z odsetkami pokryły z biegiem czasu wszystkie wydatki instytucji, spowodowane przez osoby należące do grupy. Jest rzeczą zupełnie oczywistą, że taka składka dla ubezpieczonych, którzy przystąpią w wieku późniejszym będzie wyższa niż dla tych, którzy przystąpią w młodszym wieku, już choćby z tego względu, że starsi będą krócej składkę opła-

cać. Taki system, oparty na składce zależnej od wieku przystąpienia, jest przyjęty w ubezpieczeniach prywatnych oraz w austriackich Kasach Brackich. Z początku składka taka byłaby za dużą i zebrałaby się pewna rezerwa, która później wyczerpywałaby się i po śmierci ostatniego ubezpieczonego z danej grupy lub członka ich rodzin nie pozostałoby z rezerwy nic. Jak wynika z teorii, rezerwa ta jest większa niż wartość kapitałowa rent, które powstały pomiędzy chwilą przystąpienia grupy do ubezpieczenia i chwilą obliczenia rezerwy. Pozostaje więc pewna suma, która może być uważana za własność ubezpieczonych, którzy pozostają w stanie czynnym. Podzieliwszy tę rezerwę przez ich liczbę, otrzymamy rezerwę na jednego ubezpieczonego. Rola tej rezerwy w przyszłości wyjaśnia się za pomocą następującego przykładu. Przypuśćmy że ubezpieczeni naszej grupy w chwili wstąpienia mieli 20 lat i że obliczenie rezerwy przeprowadzono po 10 latach. Oczywiście że zarówno ci dawniejsi 30-letni ubezpieczeni, jak i ci ubezpieczeni którzy dopiero teraz przystąpią do ubezpieczenia w wieku 30 lat, mają jednakowe szanse na otrzymanie świadczeń od instytucji, a dawniejsi będą opłacali składkę niższą niż nowi. Otóż rezerwa, przypadająca na dawniejszych ubezpieczonych, służy do wyrównania tej różnicy. Jeżeli ubezpieczony przechodzi do innej instytucji opartej na tym samym systemie, to nowa instytucja może pobierać nadal składkę odpowiadającą wiekowi przystąpienia do pierwszej instytucji pod warunkiem, że ta ostatnia przekaże nowej, rezerwę ubezpieczonego. O ile przy systemie kapitałowego pokrycia, składki pokrywają świadczenia dla innych ubezpieczonych, to przy tym systemie składka, zwana w tym przypadku premją, służy na pokrycie spodziewanych przez danego ubezpieczonego świadczeń. Przez opłacenie składek ubezpieczony, poza bezpośrednim prawem do otrzymania świadczeń w razie zajścia uprawniających do tego okoliczności, zbiera sobie rezerwę, która stanowi jakby jego własność, a która jest ekwiwalentem nadwyżki spodziewanych świadczeń instytucji na jego korzyść nad spodziewanymi opłatami jego na rzecz instytucji. Stąd nazwa tego systemu: system premjowego pokrycia ekspektatyw. Wprawdzie poza Kasami Brackimi nigdzie w ubezpieczeniach społecznych nie stosowano składki indywidualnej, a składkę jednakową dla wszystkich, którą jednak obliczano jako przeciętną składek indywidualnych jak np. w dotychczasowym ubezpieczeniu robotniczym. Niema tu zasadniczej różnicy. Rezerwę przejścia z jednej instytucji do drugiej oblicza się tak, jakby ubezpieczony płacił indywidualną składkę.

Pomimo tego, iż pozornie system premjowy zasadniczo się różni od systemu kapitałowego, to jednak zostało matematycznie udowodnione, że przeciętna składka premjowa jest dokładnie o tyle wyższą od składki kapitałowej, że różnica daje instytucji możliwość wypłacania rezerw.

Jak widać z powyższego, przyjęcie jednego ubezpieczenia dla danej grupy pracowników, daje możliwość ustalenia niższej składki, gdyż odpada tu konieczność przekazywania rezerw. Tem też częściowo należy tłumaczyć dążenie do jaknajdalej idącego zjednoczenia ubezpieczeń.

W omawianym projekcie zrezygnowano jednak

z zasady niezmiennej składki, a to dlatego, że taka składka w chwili obecnej ze względu na ciężkie położenie gospodarcze uznana została za zbyt wysoką. Na cele ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i na wypadek śmierci, nie spowodowanych przez niebezpieczne wypadki, przewiduje projekt na pierwsze 10 lat 4 proc. zarobku, gdy jak już wspomniano składka stała wynosiłaby około 6 proc. Uwzględniając wprawdzie udział Skarbu Państwa, który w myśl projektu jest dość znaczny, ale nie dający się ściśle obliczyć, można przypuszczać że składka 5 proc. wystarczałaby na stałe (tylko na pokrycie obciążenia, wynikającego z projektu, nie uwzględniając uprawnień ubezpieczonych z b. zaboru pruskiego oraz Kas Brackich) Ta 4 proc. składka wystarczy w zupełności na pokrycie wszystkich wydatków na 10 lat i pozostanie jeszcze znaczny kapitał, odsetki od którego pozwolą na niezbyt duże zwiększenie składki po upływie tego okresu. Mamy tu do czynienia z systemem pośrednim pomiędzy poprzednimi, składka tu wprawdzie rośnie, ale zwiększenie następuje w dużych okresach czasu. Składka idzie nie tylko na pokrycie wydatków, lecz i na tworzenie pewnego kapitału rezerwowego. Kapitał ten nigdy nie osiągnie takiej wysokości, jak przy stałej składce, odsetki też będą niższe, a co za tem idzie, w stanie równowagi składka będzie wyższa. Jest to częściowe przerzucenie ciężarów ubezpieczenia na przyszłe pokolenie, co jest jednak w pewnej mierze usprawiedliwione nadzieją na polepszenie sytuacji gospodarczej z biegiem czasu. Należy jednak pamiętać, że taki system wymaga od płacących składki w przyszłości znacznych ofiar, gdyż będą oni płacili więcej niż wynosi wartość ich ubezpieczenia, a to dlatego że obecnie płacić się będzie za mało. Składka opłacana w późniejszych latach służy nie tylko na kapitałowe pokrycie nowopowstających rent, lecz również na pokrywanie częściowe wydatków pochodzących z lat dawniejszych. Musimy więc przyznać w zasadzie wyższość systemowi opartemu na niezmiennej składce i tylko wyjątkowo ciężka sytuacja uzasadnia pokrycie zmiennej składki w ubezpieczeniu robotniczym. Te same względy spowodowało przyjęcie zmiennej składki w niektórych nowych ustawach zagranicą.

Na zakończenie należy dodać parę uwag co do wpływu na wysokość składki zmian w założeniach na których opierają się obliczenia. W uzasadnieniu do naszego projektu przeciętna składka kapitałowa została obliczona w założeniu, że liczba ubezpieczonych pozostaje bez zmiany. Otóż, jak o tem była mowa, składka kapitałowa, pomijając rezerwę wyrównawczą, służy na pokrycie kapitałowe zobowiązań zakładu w stosunku do nowopowstających rentjerów w tymże roku, w którym składka została pobrana. Jeżeliby teraz liczba ubezpieczonych zwiększała się z roku na rok, to w tym samym stosunku zwiększyłaby się liczba nowych rent, a więc na każdego ubezpieczonego przypadałoby niezmiennie obciążenie. Można również ściśle udowodnić, że wystarczającą byłaby też i rezerwa wyrównawcza, tak że tą samą składkę otrzymanoby w założeniu, że liczba ubezpieczonych wzrasta w pewien określony sposób. Podobnie, choć niezupełnie tak samo, o ile idzie o rezerwę wyrównawczą, przedstawiałaby się sprawa, gdyby wzrastały z bie-

giem czasu zarobki ubezpieczonych. Widzimy więc, że na wysokość składki kapitałowej nie wpływa zupełnie wzrost liczby ubezpieczonych, o ile tylko stosunkowy rozkład, według wieku pozostaje bez zmiany, a wzrost zarobków wpływa tylko w nieznacznym stopniu. W razie stałego lub czasowego zmniejszenia liczby ubezpieczonych zasadniczą składką kapitałową znów pozostaje oczywiście bez zmiany, a tylko rezerwa wyrównawcza będzie nieco za duża.

W podanym wyżej przykładzie wzrostu składki na pokrycie bieżących wydatków liczonej tak, jak gdyby liczba ubezpieczonych i zarobki pozostawały bez zmiany. Jeżeliby jednak liczba ubezpieczonych wzrosła, to jak łatwo widzieć, składka wzrastać będzie wolniej i składka w stanie równowagi będzie niższa. Istotnie gdyby w naszym przykładzie liczba ubezpieczonych w czwartym roku była większa niż w trzecim, to ciężar utrzymania rentjerów pochodzących z trzeciego roku rozłożony byłby na większą ilość ubezpieczonych; to samo w latach późniejszych. Wzrost zarobków również wywołałby obniżenie składki. Dla naszego przykładu składka kapitałowa została obliczona w założeniu, że kapitały instytucji ubezpieczeniowej przynoszą 5 proc. zysku. Gdybyśmy obliczali teraz składkę na bieżące wydatki, przyjmując czysto

teoretycznie założenie, że liczba ubezpieczonych wzrasta też o 5 proc. rocznie, to otrzymana składka w stanie równowagi byłaby równa składce kapitałowej, pomijając różnicę z powodu rezerwy wyrównawczej. W rzeczywistości liczba ubezpieczonych oczywiście tak wzrastać nie może, ale łączny wzrost zarobków i liczby ubezpieczonych może znacznie wpłynąć na zbliżenie ostatecznej składki na pokrycie bieżących wydatków do składki kapitałowej. Należy jednak mieć na względzie, że zawsze pozostaje największa wada systemu opartego na zmiennej składce, jaką jest brak wystarczających rezerw, na wypadek choćby czasowego zmniejszenia liczby ubezpieczonych.

Projekt był przedmiotem bardzo gruntownych obrad Zarządu Zw. Państw. oraz Konferencji Okr. Zw. Kas Chorych i większych Kas zwołanej przez Związek Państwowy w dniu 7. IV. b. r.

Pan Minister Pracy zwołał również pierwsze posiedzenie Rady Ubezpieczeń Społecznych, które w ciągu trzech dniowych obradach przedyskutowało pierwsze rozdziały projektu. Ze względu na konieczność zaznajomienia się M. P. i O. S. z wniesionymi poprawkami posiedzenie Rady Ub. Społ. odroczone do dnia 9 maja.

I ZJAZD KAS CHORYCH W SPRAWIE WALKI Z GRUŻLICĄ.

Zjazd odbyty dn. 6.II w Krakowie obeślały licznie wszystkie Kasy związkowe, przybyli również przedstawiciele bratnich instytucji i towarzyszt przeciwgruźliczych. Porządek dzienny Zjazdu obejmował referat D-ra Józefa Feliksa p. t. „Wczesne formy gruźlicy, ich rozpoznanie i leczenie” oraz referat D-ra Henryka Biernackiego p. t. „Społeczna walka z gruźlicą a Kasy Chorych”. Ze Zjazdem połączone były:

a) **Wystawa piśmiennictwa przeciwgruźliczego** polskiego i obcego, które z całą gotowością zorganizowała firma Gebethner i Wolff w Krakowie. Celem Wystawy było umożliwienie uczestnikom Zjazdu przejrzenie na miejscu bieżącej literatury przeciwgruźliczej polskiej i obcej. Wielu pp. uczestników porobiło znaczne zamówienia książek i broszur traktujących o gruźlicy.

b) **Ruchoma wystawa przeciwgruźlicza**, urządzona staraniem Związku, zademonstrowała uczestnikom Zjazdu w tablicach, modelach i sprzętach te wszystkie środki i sposoby, którymi współczesne leczenie posługuje się w walce z gruźlicą. Wystawa ta, po skompletowaniu jej otrzymaniami z Drezna niezmiernie ciekawymi eksponatami, rozpoczyna wędrowkę po Kasach związkowych i będzie otwartą w Krakowie w ciągu najbliższych dwóch tygodni. Objaśniać wystawione eksponaty będą p. medycy wzgl. lekarze Kas Chorych, którzy dla tej nowoczesnej imprezy Związku oświadczyli pełną gotowość współpracy.

Zjazd wysłuchał z ogromnym zainteresowaniem obydwu rzeczowych, bardzo starannie opracowanych referatów. Referat p. D-ra Feliksa, jako zupełnie specjalny, będzie opublikowany w jednym z pism lekarskich.

Ponieważ referat D-ra Biernackiego p. t. „Walka społeczna z gruźlicą a Kasy Chorych” drukowany będzie w całości w tegorocznym sprawozdaniu Związku, podajemy tu tylko krótkie streszczenie referatu, oraz uchwalone, jednogłośnie, przez Zjazd wnioski:

Celowa walka z gruźlicą obejmuje dwa najważniejsze działy: pierwszy — **zapobieganie** szerzeniu się, drugi — **leczenie gruźlicy**. Zadanie to spełniać może w naszych warunkach najsukcesyjniej „**PORADNIA**”, którą też należy uważać za główne ognisko walki społecznej z gruźlicą, gdyż poza udzielaniem porad i leczeniem rozciąga ona opiekę nad rodziną chorego, narażoną na zakażenie przez ciągłą z nim styczność, wyszukuje źródła zakażenia i unieszkodliwia je. Poradnie kasowe mają przewagę nad innymi, gdyż chory, korzystając z pomocy i opieki lekarskiej, może być zwolniony z pracy bez utraty środków utrzymania (pobiera zasiłki pieniężne).

Prowadzić **ambulatorja - poradnie** powinni **lekarze specjalnie wyszkoleni**. Ich siłami pomocniczymi powinny być „**higienistki - wywiadowczynie**”, które oddają w walce społecznej bardzo wielkie usługi.

Do zakresu ich działania należy **odwiedzanie mieszkań chorych na gruźlicę, udzielanie rad i wskazówek** co do zachowania się otoczenia względem chorego, oraz chorego wobec otoczenia tak, aby zmniejszyć niebezpieczeństwo zakażenia. „Higienistki” pomagają lekarzowi „wyławiać” członków rodziny chorego, którzy siebie jeszcze nie uważają za chorych i dlatego sami się nie zgłaszają do lekarza. W ten sposób **wczesne przypadki gruźlicy** poddaje się leczeniu, co przedewszystkiem może dać korzystne wyniki.

Ponadto Poradnie zogniskowują chorych gruźliczych w jednej poczekalni i chronią tem samem od zakażenia innych chorych, natłoczonych w ogólnych ambulatorjach kasowych. Wszystkie przypadki, rozpoznane jako swoiste, w Poradni poddaje się dokładnemu **badaniu i obserwacji** i ma się więcej możliwości wyjaśnienia mylnego lub niepełnego rozpoznania, co powoduje oszczędność w wydatkach na leczenie sanatoryjne lub wyjazdy chorych, tego nie potrzebujących.

Do działu profilaktyki ogólnej należy z jednej strony **propaganda i uświadomienie** ubezpieczonych przez wydawnicwa, odczyty i t. p., z drugiej zaś — **ochrony dziecka i opieka nad niem** (kolonje i półkolonje), zwłaszcza zaś **ochrona niemowlęcia**, w czym Kasy winny wziąć czynny udział.

Dla osiągnięcia powyższych celów należy:

WNIOSKI:

I. **Rozszerzyć zakres ubezpieczeń społecznych** przez ubezpieczenie od trwałej niezdolności do pracy (inwalidztwo), aby móc chorym gruźliczym przedłużyć świadczenia do rozmiarów, jakich sama choroba wymaga.

II. **Organizować w Kasach ambulatorja-poradnie łącznie z Tow. przeciwgruźliczem**, ew. z innymi instytucjami państwowymi, komunalnymi i społecznymi, w celu skupiania wszystkich czynników społecznych do walki z gruźlicą. Gdzie zaś niema innych instytucyj tego rodzaju, inicjatywa organizacji powinna wychodzić od Kas. Do **Poradni** mają być, oczywiście, odsyłani również chorzy z wczesną gruźlicą płuc, gruźlicą dziecięcą i chirurgiczną. Do przypadków tych należy przeznaczyć pedjatrów i chirurgów.

III. W większych Kasach, w Okręgowych Związkach Kas Chorych, **Poradnia** powinna spełniać zadanie **centralnego ambulatorjum dla schorzeń płucnych**, do którego byłyby skierowane wszystkie wątpliwe przypadki do badania konsyljarnego.

Dlatego należy wyposażyć **Poradnie** we wszystkie możliwe środki badania, ew. w oddziały obserwacyjne.

Dla przypadków wątpliwych należy wyznaczyć **specjalne godziny**, aby zapobiec stykaniu się ich z gruźlicą zdeklarowaną.

IV. Starać się uzyskać dla ubezpieczonych **jaknajwiększą ilość miejsc szpitalnych i sanatoryjnych dla gruźlicy**.

V. Skoordynować wszelkie wysiłki poszczególnych Kas w kierunku rozbudowy sanatorjów i szpitali gruźliczych i popierać poczynania Okręgowych Związków Kas Chorych i Ogólno Państwowego Związku Kas, tak, żeby akcja ta była zupełnie planowo przeprowadzona. Zjazd uważa, że należy w tym kierunku na pierwszym planie postawić budowę Domu Zdrowia w Zakopanem dla całej Polski, jako ośrodka, do którego zmierzają samorzutnie wielka ilość członków Kas Chorych, którzyby znajdował się w ścisłym porozumieniu z kasową poradnią w Zakopanem.

VI. Starać się **ujednostajnić statystykę** w celach lekarsko-społecznych i naukowych.

VII. W celu utrzymania walki z gruźlicą na należytych poziomie należy **ułatwić lekarzom okresowe zwiedzanie odpowiednich urzędzeń w kraju i zagranicą**. Wyjazdy te winny być obowiązkowe.

VIII. Rozwijać **agitację i propagandę**, mającą na celu uświadamianie mas o gruźlicy i higijenie.

IX. Tworzyć przy sanatorjach **stacje do badania stopnia zdolności do pracy chorych na gruźlicę**, któreby pozostawały w stałej styczności z instytucjami pośrednictwa pracy, w celu skierowania chorych gruźliczych do odpowiednich zawodów lub zajęć.

Ponadto uchwalono następujące wnioski:

1. Ze względu na to, iż gruźlica jest jedną z największych klęsk społecznych, iż pochłania ona więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne razem wzięte, iż znaczne szerzenie się gruźlicy w Polsce wpływa na zwiększenie chorobowości i śmiertelności i jest najgłówniejszą przyczyną zwyrodnienia fizycznego ludności, organizacja walki z gruźlicą winna stanowić jedno z najważniejszych zagadnień państwa, samorządów i Kas Chorych.

Kasy Chorych, na które ustawa o ubezpieczeniach społecznych z r. 1920 nakłada obowiązek zapewnienia ubezpieczonym pomocy lekarskiej dla szerokich warstw ludności (liczba bowiem członków Kas Chorych w całym szeregu większych miast przekracza połowę ludności) winny być najbardziej zainteresowane zagadnieniem walki z gruźlicą i to nie tylko z punktu widzenia lekarskiego, lecz przede wszystkim ekonomicznego i ogólnie narodowego.

3. Tak zrozumiana walka z gruźlicą wymaga nie tylko znacznego wysiłku materialnego, ale i organizacyjnego, polegającego na ścisłym kontakcie nie tylko z odpowiednimi organami samorządowymi, ale i z samem społeczeństwem, a w szczególności z instytucjami społecznymi oraz z Tow. Przeciwgruźliczem, prowadzącym walkę z gruźlicą.

4. Ponieważ w Polsce inicjatywa społeczeństwa w tym kierunku jest bardzo mała, lekarze Kasy Chorych winni odgrywać wybitną rolę w dalszym rozwoju akcji społecznej, pobudzając samorządy i społeczeństwo do szerszego i bardziej racjonalnego ujęcia sprawy walki z gruźlicą.

5. Kasy Chorych winny wykorzystać istniejące Tow. Przeciwgruźlicze, przekazując im akcję przeciwgruźliczą.

Kasy Chorych, samodzielnie prowadzące walkę z gruźlicą, winny urządzać przychodnie typu wyodrębnionych dyspensatorjów.

6. W celu skoordynowania akcji przeciwgruźliczej należy zwołać specjalną konferencję przedstawicieli Kas Chorych, samorządowych i Tow. Przeciwgruźliczych.

7. Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie zwróci się do Ogólno Państwowego Związku Kas i Polsk. Związku Przeciwgruźliczego z prośbą o zwołanie wspólnego Zjazdu przedstawicieli Kas Chorych i towarzystw przeciwgruźliczych w celu ustalenia zasad współpracy w walce z gruźlicą.

Wszystkie wnioski jednogłośnie uchwalono.

W czasie przerwy wyświetlono piękne filmy naukowe, dostarczone przez Związek przeciwgruźliczy w Warszawie oraz firmę Drobner w Krakowie.

Reklamacje

z powodu nieregularnego
dostarczania

Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych

nadsyłać należy

do Administracji pisma naszego
Warszawa, **LWOWSKA 13.**

KASA CHORYCH m. ŁODZI

ogłasza niniejszem

K O N K U R S

na posadę lekarza-referenta lecznictwa w jednej z większych przychodni Kasy Chorych.

Ubiegający się o powyższe stanowisko winni, obok podania zawierającego krótki życiorys, wykazać się posiadaniem przynajmniej 10-letniej praktyki lekarskiej, znajomości wszystkich działów medycyny i praktyki administracyjno-lekarskiej. Ponadto należy załączyć następujące dokumenty: 1) Metrykę urodzenia. 2) Dowody, stwierdzające obywatelstwo polskie. 3) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich z prawem praktyki w Państwie Polskiem.

Wynagrodzenie referenta za osiem godzin dziennej pracy odpowiadać będzie honorarjum, ustalonym w cenniku plac lekarskich Kasy Chorych. Bliższych informacji udzieli Naczelny Lekarz Kasy Chorych.

Podania uprasza się kierować do Zarządu Kasy Chorych m. Łodzi, ul. Wólczańska Nr. 225 w terminie do dnia 20 maja 1927 roku.

KASA CHORYCH m. ŁODZI

(—) **Dr. SAMBORSKI** (—) **A. KAZIMIERCZAK**
Dyrektor w. z. Przewodniczący Zarządu

KASA CHORYCH m. ŁODZI

Zarząd Kasy Chorych ogłasza niniejszem

K O N K U R S

na stanowisko naczelnego lekarza Kasy chorych m. Łodzi.

Od kandydatów, ubiegających się o to stanowisko, wymagane są następujące warunki:

- 1) obywatelstwo polskie,
- 2) prawo praktyki lekarskiej w Polsce,
- 3) wszechstronne wykształcenie lekarskie tak teoretyczne, jak i praktyczne oraz własne doświadczenie administracyjne ze szczególnem uwzględnieniem pracy w Kasach Chorych,
- 4) własnoręcznie napisane „curriculum vitae”,
- 5) odpisy świadectw z dotychczasowej pracy zawodowej.

Zaznacza się, że pierwszeństwo będzie przysługiwało kandydatom w sile wieku.

Wysokość wynagrodzenia będzie ustalona drogą specjalnej umowy, nie będzie wszakże niższa od 1250 zł. m.

Warunki: 6 godzin pracy dziennie, jak również udział w posiedzeniach Zarządu i Komisji bez specjalnego wynagrodzenia.

Oferty należy składać do dnia 20 maja 1927 r. do Zarządu Kasy Chorych m. Łodzi, ul. Wólczańska Nr. 225

Szczegółowych informacji udzieli Zarząd Kasy Chorych m. Łodzi.

(—) **Dr. SAMBORSKI** (—) **A. KAZIMIERCZAK**
Dyrektor w. z. Przewodniczący Zarządu.

FINANSE KAS CHORYCH GÓRNEGO ŚLĄSKA W 1925 R.

OPRACOWANE W MINISTERSTWIE PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ.

W uzupełnieniu niejako sprawozdania o finansach Kas Chorych za rok 1925¹⁾, obejmującego Kasy, działające na mocy ustawy z 19 maja 1920 r. na całym terenie Rzeczypospolitej z wyjątkiem Górnego Śląska, opracowano zestawienie z działalności finansowej i ze stanu majątkowego Kas Chorych Górnego Śląska, opartych na dawnym ustawodawstwie niemieckim (Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy 1911 r., ks. IIa) i podlegających nadzorowi władz autonomicznych śląskich.

Zgodnie z ustawodawstwem niemieckim istnieją na Górnym Śląsku cztery typy Kas Chorych, mianowicie: ogólno-miejscowe, wiejskie, zakładowe (zwane też przemysłowemi lub fabrycznemi) i cechowe Kasy; oprócz tego istnieje jeszcze odrębne, zastępcze ubezpieczenie chorobowe górników, prowadzone przez Spółki Brackie.

¹⁾ „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” Nr. 4 z 1927 r.

Zarówno ustrój Kas jak i system ich księzkowości i szematów sprawozdawczych jest zupełnie odmienny niż w Kasach, podlegających ustawie z 19 maja 1920 r. To też nie można było włączyć danych z Kas górnośląskich do ogólnego sprawozdania z całej Polski.

Przy opracowaniu poniższego zestawienia z rachunku obrotu tych Kas starano się, wedle możliwości, upodobnić je do tablic, podanych w ogólnym sprawozdaniu z Kas Chorych, w tym celu wyłączono z rachunku obrotu podawane przez Kasy Górnośląskie po stronie dochodów i wydatków pozycje „umieszczenia majątkowe”, oznaczające sprzedaż i nabycie majątkowe czyli zmiany, które normalnie uwidocznia się w bilansie. W rubryce kosztów administracji zachowano stosowany przez Kasy górnośląskie podział wydatków na personalne, rzeczowe i inne, już z tego względu, że nie rozporządzano dokładniejszymi danymi w rodzaju tych „innych” wydatków.

Stosunki procentowe, t. j. główne wydatki w stosunku do sumy składek i do liczby ubezpieczonych osób obliczono tylko dla grup Kas, a nie dla poszczególnych Kas, gdyż chodzi w danym razie tylko o zorjen-towanie się w całokształcie gospodarki, a nie o ocenę działalności poszczególnych Kas.

Bilanse Kas Chorych Górnego Śląska muszą być rozpatrywane z pewną rezerwą, gdyż pewna część majątku Kas jest jeszcze nie zwaloryzowana i wyrażona jest w markach niemieckich lub przybliżonych sumach szacunkowych w złotych.

Liczba Kas i członków.

Ogółem istnieje na Górnym Śląsku 49 Kas Chorych, które w 1925 r. liczyły przeciętnie 230.888 ubezpieczonych.

Na poszczególne rodzaje Kas przypada:

Kasy	Liczba Kas	Liczba ubezpiecz.	% ubezpiecz.
ogólno-miejscowe	15	65.242	28,3
wiejskie	2	7.852	3,4
zakładowe	29	52.431	22,7
cechowe	1	1.372	0,6
górniczne	2	103.991	45,0
Ogółem	49	230.888	100,0

Przeciętnie przypada na jedną Kasę ogólno-miejscową 4.177 członków, a na jedną Kasę zakładową 2.169 członków; największą liczbę członków ma Kasa Chorych Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach, licząca 98.842 członków.

Składki członkowskie.

Wymiar składek jest na Górnym Śląsku bardzo różny i waha się od 3 do 7½% zarobku.

W Kasach ogólno-miejscowych przedstawiają się stosunki następująco:

składka w o/o o/o zarobku	Liczba Kas	Liczba ubezpieczonych absolutnie	w o/o o/o
5	2	4.164	6,4
5½	1	13.960	21,4
6	9	35.251	54,0
6½	1	7.785	11,9
7	2	4.082	6,3
	15	65.242	100,0

Przeważająca większość ubezpieczonych, mianowicie 72,2% jest w Kasach, w których składka wynosi 6 lub więcej procent zarobku.

W Kasach zakładowych (przemysłowych), gdzie prawie całość kosztów administracji a często także niedobory pokrywa, niezależnie od wnoszonych składek, przedsiębiorstwo, zdarzają się składki nieco niższe, ale i tu 72,8% ubezpieczonych jest w takich Kasach, w których składka wynosi 6 lub więcej procent zarobku.

Składka w o/o o/o zarobku	Liczba Kas	Liczba ubezpieczonych absolutna	w o/o o/o
3%	1	231	0,6
3½—4½	5	4.636	13,0
5	3	4.839	13,6
6	14	22.147	62,1
7½	4	3.798	10,7
	27	35.651	100,0
niewiadomy %	2	16.780	

Oprócz normalnej składki niektóre Kasy pobierają jeszcze składki dodatkowe na pomoc dla rodzin; takich Kas było jednak tylko 6, liczących ogółem 9.937 członków.

Przeciętna składka na jednego ubezpieczonego wynosi 70,70 zł., co przyjmując jako miarę składek 6% od zarobku, daje jako zarobek roczny 1.178 zł. czyli o jakie 140 zł. więcej niż obliczono dla reszty Kas w Państwie.

Świadczenia i koszty administracji.

Co do rodzaju świadczeń nie różnią się Kasy górnośląskie zasadniczo od innych Kas polskich, różnią się jednak nieco w wymiarze świadczeń. Jako norma np. zasiłku chorobowego przeważa wymiar 50-cio procentowy, są jednak także Kasy wypłacające 60 lub nawet do 75% zarobku; w pomocy dla rodzin istnieją też pewne wahania: jedne Kasy dają tylko pomoc lekarską, inne również zasiłki pogrzebowe. Ta różnorodność wymiarów czyni porównanie z sobą rezultatów z poszczególnych Kas małoorientującym. Jeżeli jednak rozpatrywać stosunki w grupach Kas, to stwierdzić można dość charakterystyczne przejawy.

Kasy ogólno-miejscowe wydają na świadczenia 92,4% składek, choć mają kosztów administracji 11,6%, podczas gdy Kasy zakładowe (przemysłowe) wydają tylko 88,4% na świadczenia, chociaż z wiadomych powodów (pokrywanie większości kosztów administracji przez przedsiębiorstwo) mają tylko 2,4% kosztów administracji. Gdyby w Kasach zakładowych policzyć cały rzeczywisty wydatek na administrację czyli doliczyć to co przedsiębiorcy na administrację wydają do składek, odsetek wydatków na świadczenia w stosunku do składek wyniósłby zapewne zaledwie około 80,0%. Widzimy więc, że Kasy te nie wytrzymują porównania nawet z Kasami wiejskimi, wydającymi na świadczenia 85,1%, a na administrację 13,1% składek.

Odsetek świadczeń w Kasach górniczych wynosi 101,6%, co oznacza, że składki nie wystarczały na świadczenia i spowodowały naruszenie rezerw. Koszty administracji wynoszą w tych Kasach 12,2% składek.

Stan majątkowy w końcu 1925 roku.

Ze względu na niezwaloryzowane pozycje majątkowe w całym szeregu Kas, ogólne rezultaty ze stanu majątkowego stanowią tylko przybliżone wyniki.

W pierwszym rzędzie stwierdzić należy, że poza Kasą cechu murarzy i cieśli tylko dwie Kasy zakładowe wykazują niedobór majątkowy, wszystkie inne Kasy mają nadwyżkę aktywów nad pasywami.

W Kasach ogólno-miejscowych na 1 ubezpieczonego przypada czystego majątku 17,92 zł., co mniej więcej odpowiada kwocie wykazanej dla całej Polski (19,97 zł.), gdy w Kasach zakładowych przypada na jednego ubezpieczonego 46,17 zł. Tłumaczy się to większą przeciętną składką w tych Kasach i mniejszą stosunkowo kwotą świadczeń i kosztów administracji. Czwartą część swoich aktywów Kasy zakładowe ulokowane mają w nieruchomościach, gdyż Kasy ogólno-miejscowe mają w nieruchomościach tylko siódmą część swych aktywów.

Tablica I. RACHUNEK DZIAŁALNOŚCI KAS

PRZYCHÓD

RODZAJ I NAZWA KASY CHORYCH	Składki ubezpieczonych i pracodawców	Dodatkowe składki za pomoc dla rodzin	Zyski z lokaty kapitałów	Inne dochody	Ogółem dochody	K O S Z T Y	
						zasiłki pieniężne	pomoc lekarska
A. KASY OGÓLNO-MIEJSCOWE:							
1. Katowice m.	13.960	1.061.303,55	—	3.039,15	11.092,82	1.075.435,52	440.649,85 249.853,38
2. Katowice pow.	7.410	388.372,03	—	—	77.035,67	465.407,70	193.750,85 81.055,80
3. Mysłowice	2.205	125.774,36	—	1.233,60	1.750,09	128.758,05	47.652,34 30 682,29
4. Królewska Huta	7.785	453.558,84	—	3.619,46	1.715,82	458.894,12	155.221,85 136.068,68
5. Szarlej	2.072	152.343,59	—	377,90	7.625,09	160.346,58	51.749,76 24.478,63
6. Lipiny	1.572	50.676,55	—	629,02	—	51.305,57	10.505,07 14.227,11
7. Chropaczów	680	27.838,69	—	—	7.745,29	35.583,98	6.353,03 8.619,39
8. Ruda (w likwidacji)	1.842	79.671,85	—	544,33	4.133,40	84.349,58	28.695,83 15.078,50
9. Świętochłowice	3.532	212.804,07	12.124,29	4.277,04	41.606,50	270.811,90	93.203,62 48.801,20
10. Tarnowskie Góry	5.515	239.842,92	—	1.630,00	6.266,92	247.739,84	92.630,38 73.487,05
11. Lubliniec	1.877	94.602,60	2.666,12	1.601,79	3.689,47	102.559,98	31.550,35 31.629,79
12. Pszczyna	9.221	431.389,55	—	1.504,77	2.725,59	435.619,91	154.964,43 104.367,20
13. Mikołów	1.730	80.326,72	—	978,05	3.970,25	85.275,02	33.557,62 20.825,90
14. Rybnik	5.209	333.593,66	—	812,41	1.157,19	335.563,26	117.349,14 61.024,82
15. Żory	632	27.907,32	178,35	1.370,73	20.042,40	49.498,80	6.600,80 6.463,68
B. KASY WIEJSKIE:							
1. Lubliniec pow.	2.882	94.469,32	5.403,10	4.270,00	860,79	105.003,21	27.251,32 23.164,70
2. Rybnik pow.	4.970	173.684,66	—	—	1.615,57	175.300,23	41.538,82 52.590,18
C. KASY ZAKŁADOWE:							
1. Fabr. śrub i nitów Fitznera w Hucie Laury	298	21.282,36	—	639,99	—	21.922,35	4.323,14 3.862,02
2. Sp. Akc. przetw. chem. „Ceres” w Brzeziu	170	10.243,00	—	—	5 000,00	15.243,00	4.261,11 1.975,00
3. Kolej. dla okr. D.K.P. w Katowicach	12.149	1.540.055,60	—	30.231,71	—	1.570.287,31	614.180,66 339.926,02
4. Sp. Akc. „Hohenlohe” w Welnowcu	1.855	123.694,04	—	—	10.786,93	134.480,97	36.355,00 18.796,50
5. Zjedn. Tow. Akc. Hut Królewskiej i Laury w Siemianowicach	1.122	79.595,07	—	332,72	24.188,27	104.116,06	25.119,77 20.155,69
6. Zakł. hutn. Sp. Akc. „Giesche” w Rozdzieniu	4.084	262.650,89	—	910,35	13.251,09	276.812,33	64.590,43 55.762,83
7. Państw. fabr. zw. azot. w Chorzowie	2.235	252.996,77	—	317,07	—	253.313,84	95.894,69 47.229,90
8. W. Fitzner, sp. z ogr. odp. w Siemianowicach	425	24.437,01	1.092,00	238,06	252,06	26.019,13	7.643,35 5.916,46
9. Huta Baildon'a w Katowicach	1.707	115.533,04	—	79,63	242,50	115.855,17	42.221,99 29.444,41
10. Sp. Akc. Śląsk. kol. dojazd. w Katowicach	538	44.970,21	1.639,50	1.458,28	—	48.067,99	13.736,10 11.924,39
11. Sp. Akc. „Elewator” w Katowicach	201	13.348,20	558,64	83,42	71,40	14.061,66	4.850,90 4.334,24
12. Sp. Akc. „Ferrum” w Katowicach	790	57.200,37	—	—	3.588,11	60.788,48	12.139,14 14.915,54
13. Sp. Akc. Śląsk. Kopalń i Cynkowni w Katowicach	1.049	108.768,72	—	452,56	5.757,03	114.978,31	28.005,65 17.611,25
14. Huta Ludwika w Katowicach	231	8.708,86	—	—	51,45	8.760,31	2.545,85 4.043,74
15. Sp. Akc. Fabr. Chem. Scharff i Sp. w Bogucicach	260	28.653,36	—	198,50	156,80	29.008,66	5.851,41 3.779,86

CHORYCH GÓRNEGO ŚLĄSKA ZA ROK 1925.

ROZCHÓD

Ś W I A D C E Ń			K O S Z T Y A D M I N I S T R A C J I				Inne wydatki	Ogółem wydatki	N A D W Y Ż K A	
leczenie szpitalne	lekarstwa i opatr.	ogółem	personalne	rzeczowe	inne	ogółem			dochodów nad wydatkami	wydatków nad dochodami
114.805,21	193.140,10	998.448,54	61.973,87	34.661,39	—	96.635,26	5.457,79	1.100.541,59	—	25.106,07
36.119,98	62.399,04	373.325,67	48.336,95	7.382,70	—	55.719,65	9.868,65	438.913,97	26.493,73	—
19.955,65	24.443,40	122.733,68	10.421,12	3.337,38	43,75	13.802,25	735,93	137.271,86	—	8.513,81
82.795,47	60.913,85	434.999,85	35.384,32	6.025,93	160,00	41.570,25	779,66	477.349,76	—	18.455,64
14.938,77	29.691,39	120.858,55	11.618,77	3.483,15	54,60	15.156,52	5.867,46	141.882,53	18 464,05	—
10.821,57	10.333,38	45.887,13	9.756,88	1.629,46	—	11.386,34	1.313,51	58.586,98	—	7.281,41
4.363,88	5.296,61	24.632,91	2.911,38	826,25	—	3.737,63	6.737,26	35.107,80	476,18	—
8.840,55	11.354,29	63.969,17	15.238,58	2.274,73	37,13	17.550,44	3.180,63	84.700,24	—	350,66
35.350,65	38.565,82	215.921,29	23.048,32	8.435,54	—	31.483,86	3.791,88	251.197,03	19.614,87	—
20 535,62	54.701,55	241.354,60	29.490,14	6.303,91	—	35.794,05	5.464,21	282.612,86	—	34.873,02
9.319,35	18.284,35	90.783,84	9.770,73	4 680,37	33,50	14.484,60	65,29	105.333,73	—	2.773,75
51.327,39	63.699,36	374.358,38	35.757,82	16.322,90	137,76	52.218,48	4.155,14	430.732,00	4.887,91	—
17.940,65	10.224,97	82.549,14	7.591,15	1.346,84	37,00	8.974,99	883,72	92.407,85	—	7.132,83
51.176 01	51.397,25	280.947,22	29.256,40	4.043,47	75,00	33.374,87	2.915,62	317.237,71	18.325,55	—
2.710,50	3.275,87	19.050,85	3.531,11	1.053,19	—	4.584,30	588,73	24.223,88	25.274,92	—
11.843,10	17.492,82	79.751,94	8.801,78	2.215,49	55,66	11.072,93	—	90.824,87	14.178,34	—
34.383,69	24.462,04	152.974,73	20.401,31	4.234,66	—	24.635,97	539,94	178.150,64	—	2.850,41
2.395,00	5.750,07	16.330,23	—	67,00	—	67,00	60,36	16.457,59	5.464,76	—
1.261,62	1.004,03	8.501,76	—	2,50	—	2,50	9 389,15	17.893,41	—	2.650,41
115.858,23	168.601,04	1.238.565,95	4 820,28	1.315,52	717,78	6.853,58	4.033,11	1.249.452,64	320.834,67	—
64.483,67	9.116,52	128.751,69	285,17	126,04	—	411,21	132,83	129.295,73	5.185,24	—
36.258,56	20.872,42	102.406,44	—	103,91	—	103,91	481,94	102.992,29	1.123,77	—
53.694,96	45.015,77	219.063,99	1.376,49	12.748,64	257,28	14.382,41	15.879,42	249.325,82	27.486,51	—
34.974,49	52.805,26	230.904,34	584,55	2.309,23	—	2.893,78	8.757,64	242.555,76	10.758,08	—
2.417,20	2.371,10	18.348,11	60	53,63	—	54,23	69,90	18.472,24	7.546,89	—
16.916,05	27.726,00	116.308 45	491,25	240,70	—	731,95	83,33	117.123,73	—	1.268,56
5.297,55	7.641,42	38.599,46	49,90	383,50	31,26	464,66	315,24	39.379,36	8.688,63	—
2.656,40	3.682,47	15.524,01	—	51,00	—	51,00	130,72	15.705,73	—	1.644,07
11.343,22	19.785,31	58.183,21	—	62,31	—	62,31	241,25	58.486,77	2.301,71	—
17.565,16	24.891,90	88.073,96	287,78	276,82	—	564,60	3.609,69	92.248,25	22.730,06	—
334,95	1.746,66	8.671,20	—	16,40	30,95	47,35	25,00	8.743,55	16,76	—
2.914,35	5.169,23	17.714,85	—	19,80	—	19,80	300,70	18.035,35	10.973,31	—

PRZYCHÓD

RODZAJ I NAZWA KASY CHORYCH	Składki ubezpieczonych i pracodawców	Dodatkowe składki na pomoc dla rodzin	Zyski z lokaty kapitałów	Inne dochody	Ogółem dochody	K O S Z T Y	
						zasilki pieniężne	pomoc lekarska
16. Sp. Akc. dla Górnictwa i Hutnictwa w Katowicach	1.609	78.566,75	—	—	14.375,37	92.942,12	44.583,84 21.942,40
17. Zjedn. Tow. Akc. Hut Królewskiej i Laury w Zgodzie	673	46.239,71	—	97,75	—	46.337,46	10.022,76 8.988,98
18. Sp. Akc. „Huta Pokoju” w Nowym Bytomiu	4.631	517.626,74	—	6.142,96	45.063,43	568.833,13	146.335,20 100.003,80
19. Zakł. hr. von Ballestrem w Rudzie	539	38.950,01	—	—	2.591,20	41.541,21	10.559,53 7.774,23
20. Sp. Akc. dla Górn. i Hut cynkowych w Lipinach	1.974	126.963,48	—	2.978,43	—	129.941,91	59.664,10 19.031,54
21. Zakł. księcia von Donnersmarck w Świętochłowicach	1.447	87.831,71	—	13.951,40	4.167,76	105.950,87	53.790,98 14.843,60
22. Koksownia i fabr. benzolu „Gotthard” w Orzegowie	263	15.768,75	—	—	—	15.768,75	3.718,75 4.663,33
23. Huta Bismarka w Hajdukach Wielkich	7.737	701.099,51	—	7.087,79	353,64	708.540,94	237.438,49 99.471,82
24. Państwo Bytom-Sienianowice w Karłuszowcu	1.955	135.600,35	—	854,81	—	136.455,16	92.465,21 33.035,37
25. Państwo Bytom-Sienianowice w Karłuszowcu (dla rob. roln. i leśnych)	463	14.337,64	—	—	—	14.337,64	4.679,28 5.030,07
26. H. Koetz następca w Mikołowie	352	18.474,59	—	—	469,94	18.944,53	4.522,21 4.094,25
27. Sp. Akc. fabr. celulozy w Czułowie	367	32.464,52	—	1.078,61	6.307,59	39.850,72	10.535,38 4.056,96
28. Huta żel. „Silesia” w Paruszowicach	2.854	140.542,77	—	1.623,82	—	142.166,59	43.097,38 31.968,76
29. Sp. Akc. „Lignoza” w Krywałdzie	462	26.594,48	—	—	1.818,87	28.413,35	7.187,62 7.221,20
D. KASY CECHOWE:							
1. Wolnego Cechu murarzy i cieśli w Katowicach	1.372	176.415,07	—	3.664,68	76,74	180.156,49	78.584,48 50.477,26
E. KASY GÓRNICZE:							
1. Pszczyńskie Br. Górn. w Katowicach	5.149	613.508,17	—	49.102,53	21.577,48	684.188,18	174.656,54 116.108,41
2. Sp. Bracka w Tarnowskich Górach ¹⁾	98.842	6.808.262,33	—	—	—	7.514.221,53	— —
Z E S T A W I E N I E							
Kas ogólnie-miejscowych (15 Kas)	65.242	3.760.006,30	14.968,76	21.618,25	190.556,50	3.987.149,81	1.464.434,92 906.663,42
Kasy wiejskie (2 Kasy)	7.852	268.153,98	5.403,10	4.270,00	2.476,36	280.303,44	68.790,14 75.754,88
Kas zakładowych (29 Kas)	52.431	4.673.198,51	3.290,14	68.757,86	138.493,44	4.883.739,95	1.690.319,92 941.804,16
Kasa cechowa (1 Kasa)	1.372	176.415,07	—	3.664,68	76,74	180.156,49	78.584,48 50.477,26
Kasy górnicze (2 Kasy)	103.991	7.421.770,50	—	—	—	8.198.409,71	— —
Ogółem	230.888	16.299.544,36	23.662,00	—	—	17.529.759,40	— —

¹⁾ Z Kasy Chorych Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach niema jeszcze szczegółowego zamknięcia rachunkowego za

ROZCHÓD:

Ś W I A D C Z E Ń			KOSZTY ADMINISTRACJI				Inne wydatki	Ogółem wydatki	N A D W Y Ż K A	
leczenie szpitalne	lekarstwa i opatr.	ogółem	personalne	rzeczowe	inne	ogółem			dochodów nad wydatkami	wydatków nad dochodami
9.373,77	11.184,19	87.084,20	177,88	379,71	—	557,59	5.300,33	92.942,12	—	—
2.704,20	12.880,45	34.596,39	—	39,00	—	39,00	1.437,01	36.072,40	10.265,06	—
148.052,55	109.026,97	503.418,52	3.326,81	403,94	—	3.730,75	179,40	507.328,67	61.504,46	—
8.598,60	7.741,15	34.673,51	—	131,35	—	131,35	363,28	35.168,14	6.373,07	—
37.781,30	27.208,59	143.685,53	—	756,25	—	756,25	—	144.441,78	—	14.499,87
12.419,82	25.056,35	106.110,75	237,20	1.345,36	—	1.582,56	2.132,70	109.826,01	—	3.875,14
3.506,39	4.674,09	16.562,56	—	339,57	—	339,57	105,00	17.007,13	—	1.238,38
66.472,38	105.230,95	508.613,64	42.901,01	31.790,44	492,30	75.183,75	59.211,60	643.008,99	65.531,95	—
37.548,80	37.636,39	200.685,77	81,77	158,04	—	239,81	—	200.925,58	—	64.470,42
2.572,38	3.994,46	16.276,19	—	26,24	—	26,24	—	16.302,43	—	1.964,79
2.575,30	3.711,21	14.902,97	—	172,50	—	172,50	108,27	15.183,74	3.760,79	—
7.815,04	3.342,69	25.750,07	—	—	—	—	6.819,18	32.569,25	7.281,47	—
18.524,00	19.390,38	112.980,52	128,95	746,19	—	875,14	736,20	114.591,86	27.574,73	—
3.710,22	2.779,11	20.898,15	100,00	207,00	30,36	337,36	4.740,62	25.976,13	2.437,22	—
22.485,99	27.619,61	179.167,34	8.960,45	4.598,71	—	13.559,16	3.701,92	196.428,42	—	16.271,93
232.312,82	34.231,42	557.309,19	73.842,35	10.027,19	15.741,21	99.610,75	14.722,83	671.642,77	12.545,41	—
		9.732.210,90				804.111,97		10.536.322,87	—	3.022.101,34
O G Ó L N E										
481.001,25	637.721,23	3.489.820,82	334.087,54	101.807,21	578,74	436.473,49	51.805,48	3.978.099,79	113.537,21	104.487,19
46.226,79	41.954,86	232.726,67	29.203,09	6.450,15	55,66	35.708,90	539,94	268.975,51	14.178,34	2.850,41
730.026,16	770.036,18	4.132.186,42	54.849,64	54.272,59	1.559,93	110.682,16	124.643,87	4.367.512,45	607.839,14	91.611,64
22.485,99	27.619,61	179.167,34	8.960,45	4.598,71	—	13.559,16	3.701,92	196.428,42	—	16.271,93
		10.289.520,09				903.722,72		11.207.965,64	12.545,41	3.022.101,34
		18.323.421,34				1.500.146,43		20.018.981,81	748.100,10	3.237.322,51

1925 r. wobec czego podaje się tylko pozycje ogólne z tymczasowego sprawozdania.

RODZAJ I NAZWA KASY CHORYCH	Gotówka w kasie i bankach	Papiery wartościowe	W I E R Z Y T E L N O Ś C I			
			pożyczki hipoteczne	pracodawcy z tytuł. skład.	inne	
A. KASY OGÓLNO-MIEJSCOWE:						
1. Katowice m.	13.960	75.016,44	9.687,50	99.727,50	63.702,06	14.191,86
2. Katowice pow.	7.410	46.052,75	288.590,50	27.400,00	—	—
3. Mysłowice	2.205	12.850,48	0,04	3.600,00	—	—
4. Królewska Huta	7.785	29.326,93	2.593,20	23.148,13	5.100,00	8.422,96
5. Szarlej	2.072	18.116,05	—	—	—	—
6. Lipiny	1.572	17.731,33	800,00	—	—	—
7. Chropaczów	680	3.069,36	100,00	2.440,20	3.295,62	1.088,01
8. Ruda (w likwidacji)	1.842	21.004,59	300,00	14.000,00	2.222,54	629,40
9. Świętochłowice	3.532	58.501,87	2.500,00	2.000,00	—	4.407,43
10. Tarnowskie Góry	5.515	349,75	—	10.000,00	—	9.742,51
11. Lubliniec	1.877	13.643,61	1.250,00	3.000,00	3.532,16	3.225,25
12. Pszczyna	9.221	39.425,93	5.612,00	2.500,00	35.098,39	2.208,85
13. Mikołów	1.730	224,23	—	14.000,00	—	1.175,29
14. Rybnik	5.209	42.308,20	—	—	—	—
15. Żory	632	25.274,92	—	—	—	—
B. KASY WIEJSKIE:						
1. Lubliniec pow.	2.882	37.674,26	1.000,00	15.000,00	467,85	1.185,60
2. Rybnik pow.	4.970	4.468,27	601,00	—	6.276,44	2.554,25
C. KASY ZAKŁADOWE:						
1. Fabr. śrub i nitów Filznera w Hucie Laury	298	14.876,52	—	—	—	—
2. Sp. Akc. przetw. chem. „Ceres” w Brzeziu	170	1.208,55	—	—	—	4.00,00
3. Kolejowa dla okręgu D. K. P. w Katowicach	12.149	900.012,51	13.000,00	—	—	60.262,54
4. Sp. Akc. „Hohenlohe” w Wełnowcu	1.885	13.907,88	—	—	—	1.520,82
5. Zjedn. Tow. Akc. Hut Król. i Laury w Siemian.	1.122	7.893,52	—	4.500,00	—	—
6. Zakł. hutn. Sp. Akc. „Giesche” w Rozdzienu	4.084	25.407,21	1.079,30	1.000,00	—	—
7. Państw. fabr. związk. azotow. w Chorzowie	2.235	2.480,81	25.100,00	—	—	47.505,79
8. W. Fizner, Sp. z ogr. odp. w Siemianowicach	425	19.074,62	—	—	—	—
9. Huta Baildona w Katowicach	1.707	7.787,12	—	—	—	556,05
10. Sp. Akc. Śląsk. Kol. Dojazd. w Katowicach	538	19.050,28	132,00	5.192,25	—	—
11. Sp. Akc. „Elevator” w Katowicach	201	2.091,16	414,00	—	—	—
12. Sp. Akc. „Ferrum” w Katowicach	790	2.059,67	—	—	—	—
13. Sp. Akc. Śląsk. Kopalni i Cynkowni w Katowicach	6.049	22.730,06	—	6.547,67	358,45	1.634,10
14. Huta Ludwika w Katowicach	231	1.735,40	—	—	—	—
15. Sp. Ake. Fabr. Chem. Scharff i Sp. w Bogucicach	260	11.342,58	—	—	—	232,20
16. Sp. Akc. dla Górnictwa i Hutnictwa w Katowicach	1.609	—	1.726,55	—	—	—
17. Zjedn. Tow. Akc. Hut Królew. i Laury w Zgodzie	673	10.929,71	—	—	—	1.846,24
18. Sp. Akc. „Huta Pokoju” w Nowym Bytomiu	4.631	75.008,36	—	—	—	—
19. Zakłady hr. von Ballestrem w Rudzie	539	23.381,17	—	—	—	—
20. Sp. Akc. dla Górn. i Hut. cynk. w Lipinach	1.974	3.804,22	4.694,56	—	—	—
21. Zakł. ks. v. Donnersmarck w Świętochłowicach	1.447	117.554,72	2.688,08	—	—	—
22. Koksownia i fabr. benzolu „Gotthard” w Orzegowie	262	1.247,11	—	—	—	1.056,40
23. Huta Bismarka w Hajdukach Wielkich	7.737	100.623,80	20.977,63	2.881,94	—	6.025,10
24. Państwo Bytom-Siemianowice w Kurluszowcu	1.955	922,92	1.500,00	16.370,37	—	10.134,90
25. Państwo Bytom-Siem. w Karłusz (dla rob. roln. i leśn.)	463	14,43	—	—	—	828,40
26. H. Koetz zastępc w Mikołowie	352	6.900,70	—	—	—	—
27. Sp. Akc. fabr. celulozy w Czulowie	367	7.281,47	—	—	—	831,50
28. Huta żel. „Silesia” w Paruszwicach	2.754	29.863,12	—	6.300,00	—	6.760,01
29. Sp. Akc. „Lignoza” w Krywaldzie	462	2.437,22	—	—	—	—
D. KASY CECHOWE:						
1. Wolnego Cechu murarzy i cieśli w Katowicach	1.372	187,56	4.700,00	500,00	16.851,63	1.879,10
E. KASY GÓRNICZE:						
1. Pszczyńskie Br. Górn. w Katowicach	5.249	28.417,09	1.480,00	507.117,88	3.974,52	20.655,51
2. Sp. Bracka w Tarnowskich Górach ¹⁾	98.842	—	—	—	—	—
Z E S T A W I E						
Kas ogólnomiejskowych (15 Kas)	65.242	402.896,44	311.433,24	201.815,63	112.950,77	45.091,56
Kasy wiejskie (2 Kasy)	7.852	42.142,53	1.601,00	15.000,00	6.743,29	3.739,85
Kas zakładowych (29 Kas)	52.431	431.626,84	71.312,12	42.892,23	358,45	143.194,05
Kasa cechowa (1 Kasa)	1.372	187,56	4.700,00	500,00	16.851,63	1.879,10
Kasy górnicze (2 Kasy)	103.991	28.417,09	1.480,00	507.117,88	3.974,52	20.655,51
Ogółem	230.888	—	—	—	—	—

5 ¹⁾ oprócz tego niezwalor. poz. hipot. mkn. 21.000,00 i papier. wart. mkn. 14.683,75. ²⁾ oprócz t. niezw. papiery wart. 0,1778. ³⁾ oprócz t. niezw. por. pożyczki mkn. 13.000,00 i Kasy oszczęd. mkn. 11.233,36. ⁴⁾ oprócz t. niezw. papiery wart. mkn. 39.000,00 i Kasy oszczędności mkn. 2.110,06. ⁵⁾ oprócz t. niezw. pap. wart. mkn. 40.900,00.

Ruchomości	Nierucho- mości	Różne	Ogółem aktywa	Pożyczki i zaliczki	Zobowią- zania z tytułu świadczeń	Różne i	Ogółem pasywa	N A D W Y Ż K A	
								aktywów	pasywów
41.940,00	25.000,00	—	329.265,36	40.828,00	107.980,72	—	148.808,72	180.456,64	—
—	—	—	362.043,25	—	—	—	—	362.043,25	—
—	—	—	16.450,52	—	—	—	—	16.450,52	—
2.641,80	12.000,00	—	83.233,02	—	—	—	—	83.233,02	—
—	1.148,00	—	19.264,05 ¹⁾	500,00	—	—	500,00	18.764,05	—
1.201,49	2.900,00	—	22.632,82	—	—	—	—	22.632,82	—
1.994,00	—	—	10.986,99	—	2.842,39	—	2.842,39	8.144,60	—
1.221,50	—	—	39.378,03	—	1.400,00	—	1.400,00	37.978,03	—
3.132,64	—	—	70.541,94 ²⁾	—	—	—	—	70.541,94	—
7.500,00	36.000,00	—	63.592,26 ³⁾	—	6.801,55	—	6.801,55	56.790,71	—
1.560,65	—	—	26.211,67 ⁴⁾	—	—	—	—	26.211,67	—
10.658,40	27.847,25	—	123.350,82	—	—	—	—	123.350,82	—
720,00	—	—	16.119,52	—	—	—	—	16.119,52	—
—	79.050,11	—	121.358,31	—	—	—	—	121.358,31	—
—	—	—	25.274,92 ⁵⁾	—	—	—	—	25.274,92	—
1.493,00	—	—	56.820,71	—	—	—	—	56.820,71	—
2.460,80	—	—	16.359,76	—	1.100,00	—	1.100,00	15.259,76	—
—	—	—	14.876,52	—	—	—	—	14.876,52	—
—	—	—	5.208,55 ⁴⁾	—	—	—	—	5.208,55	—
—	271.222,49	—	1.244.497,54	—	—	—	—	1.244.497,54	—
22.052,44	—	—	37.481,14	—	—	—	—	37.481,14	—
50.000,00	135.148,00	—	197.541,52	—	—	—	—	197.541,52	—
—	—	—	27.486,51	—	—	—	—	27.486,51	—
29.692,71	33.206,17	100,00	138.085,48	—	15.178,76	779,50	15.958,26	122.127,22	—
—	—	—	19.074,62	—	—	—	—	19.074,62	—
900,00	12.260,52	—	21.503,69	—	53,35	—	53,35	21.450,34	—
20,00	—	—	24.394,53	—	—	—	—	24.394,53	—
—	—	—	2.505,16	—	—	—	—	2.505,16	—
—	—	—	2.059,67	—	—	—	—	2.059,67	—
—	—	—	31.370,28	8.000,00	—	—	8.000,00	23.370,28	—
—	—	—	1.735,40	—	—	—	—	1.735,40	—
—	—	—	11.574,78	—	—	—	—	11.574,78	—
—	—	—	1.726,55	—	—	—	—	1.726,55	—
—	20.000,00	—	32.775,95 ⁶⁾	—	—	—	—	32.775,95	—
—	—	—	75.008,36 ⁶⁾	—	—	—	—	75.008,36	—
—	—	—	23.381,17 ⁷⁾	—	—	—	—	23.381,17	—
—	—	—	8.498,78	—	—	—	—	8.498,78	—
—	—	—	120.242,80	1.294,56	—	—	1.294,56	118.948,24	—
—	—	—	2.303,51	—	—	—	—	2.303,51	—
50.000,00	170.000,00	—	350.508,47	—	—	—	—	350.508,47	—
40.038,00	—	—	68.966,19 ⁸⁾	78.000,00	—	—	78.000,00	—	9.033,81
1,00	—	—	843,83	3.500,00	—	—	3.500,00	—	—
—	—	—	6.900,70	—	—	—	—	6.900,70	2.656,17
—	—	—	8.112,97	—	—	—	—	8.112,97	—
—	—	—	43.394,59	—	—	—	—	43.394,59	—
471,46	—	—	5.560,47	—	—	—	—	5.560,47	—
3.123,25	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	24.118,29	—	32.279,10	—	32.279,10	—	8.160,81
275.579,71	—	17.276,73	854.501,44	36.512,42	—	1.934,82	38.447,24	816.054,20	—
N I E O G Ó L N E									
71.570,48	183.945,36	—	1.329.703,48	41.328,00	119.024,66	—	160.352,66	1.169.350,82	—
3.953,80	—	—	73.180,47	—	1.100,00	—	1.100,00	72.080,47	—
196.298,86	641.837,18	100,00	2.527.619,73	90.794,56	15.232,11	779,50	106.806,17	2.432.503,54	11.689,98
—	—	—	24.118,29	—	32.279,10	—	32.279,10	—	8.160,81
275.579,71	—	17.276,73	854.501,44	36.512,42	—	1.934,82	38.447,24	816.054,20	—

mkn. 67.612,00 i Kasa oszczęd. mkn. 38.887,00. ³⁾ oprócz t. niezw. pożyczka wojew. mkn. 13.500,00 i Kasa oszczędności mkn. mkn. 48.569,50 i Kasy oszczęd. mkn. 20.000,00. ⁶⁾ oprócz t. niezw. pap. wart. mkn. 754.599,83. ⁷⁾ oprócz t. niezw. pap. wart.

Tablica Ia. Rachunek działalności Kas Chorych Górnego Śląska w 1925 r.
(Liczby względne).

RODZAJ KAS I LICZBA	Przecięt na liczba ubezpie- czonych	Składka na 1 ubezpie- czonego	KOSZTY ŚWIADCZEŃ										KOSZTY ADMINISTRACJI							
			zasiłki pieniężne		pomoc lekarska		szpitale i przewozy		lekarstwa i środki opatrunkowe		ogółem		personalne		rzeczowe		inne		ogółem	
			w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.	w 0/00/0 skład.	na 1 ubez.
Kasy ogólno-miejscowe (15 Kas)	65,242	57,86	38,8	22,45	24,0	13,90	12,7	7,37	16,9	9,77	92,4	53,49	8,9	5,12	2,7	1,56	0,0	0,01	11,6	6,69
Kasy wiejskie (2 Kasy)	7,852	34,84	25,1	8,76	27,7	9,65	16,9	5,89	15,3	5,34	85,1	29,64	10,7	3,72	2,4	0,82	0,0	0,01	13,1	4,55
Kasy zakładowe (29 Kas)	52,431	89,19	36,1	32,24	20,1	17,96	15,6	13,92	16,5	14,69	88,4	78,81	1,2	1,05	1,2	1,04	0,0	0,03	2,4	2,11
Kasy cechowe (1 Kasa)	1,372	128,58	44,5	57,28	28,6	36,79	12,7	16,39	15,7	20,13	101,6	130,59	5,1	6,53	2,6	3,35	—	—	7,7	9,88
Kasy górnicze (2 Kasy)	103,991	71,37	.	.	.	.	.	.	.	.	138,6	98,95	.	.	.	.	.	.	12,2	8,69

Wydawca: OGÓLNO-PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH
Odbito w drukarni „Robotnika”, Waweczka 7.

Tablica IIa. Bilanse Kas Chorych Górnego Śląska na d. 31 grudnia 1925 r.
(Liczby względne)

RODZAJ KAS I LICZBA	Na 100 złotych aktywów było								Na 100 zł. aktywów przypada		Na 1 ubezpieczonego przypada w złotych		
	gotówki w Kasie i bankach	papierów warto- ściowych	wierzycelności			rucho- mości	nierucho- mości	różnych aktywów	zobowią- zań wobec innych	czystego majątku wzgl. defi- cytu ma- jątk. (—)	aktywów	zobowią- zań wobec innych	czystego majątku wzgl. defi- cytu ma- jątk. (—)
			pożyczek hipotecz.	zaległych składek	innych								
Kasy ogólno-miejscowe (15 Kas)	30.3	23.4	15.2	8.5	3.4	5.4	13.8	—	12.1	87.9	20.38	2.46	17.92
Kasy wiejskie (2 Kasy)	57.6	2.2	20.6	9.2	5.1	5.4	—	—	1.5	98.5	9.32	0.14	9.18
Kasy zakładowe (29 Kas)	56.6	2.8	1.7	0.0	5.7	7.8	25.4	0.0	4.2	95.8	48.21	2.04	46.17
Kasy cechowe (1 Kasa)	0.8	19.5	2.1	69.9	7.8	—	—	—	133.8	—33.8	17.58	23.53	—5.95
Kasy górnicze (1 Kasa)	3.3	0.2	59.3	0.5	2.4	32.2	—	2.0	4.5	95.5	165.95	7.47	158.48

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.