PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 7

WARSZAWA, 1 LIPIEC 1928.

JAN KUBIAK.

WSPÓŁPRACA KAS CHORYCH Z INSPEKCJĄ PRACY.

Nasze ubezpieczenia społeczne są dość rozwinięte i niewątpliwie dalej rozwijać się będą.

Obecnie chodzi jednak o to czy w życiu praktycznem cel poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych, a w danym wypadku Kas Chorych, jest osiągany, czy wszystkie drogi prowadzące do celu zostały przez Kasy Chorych w dostatecznej mierze wyzyskane.

Działalność Kas Chorych normuje ustawa z dn. 19.V.1920 r. przewiduje obowiązkowe ubezpieczenie wszystkich zatrudnionych na mocy stosunku służbowego i roboczego.

Cel jest jasny i zrozumiały: przez ubezpieczenie lecznictwa utrzymanie zdrowia — świata pracy.

Jednak czy cel istotny — zabezpieczenie zdrowia świata pracy — jest do osiągnięcia przez jedynie leczenie już powstałych chorób. Bardziej doniosłe z punktu widzenia interesów społecznych jest zapobieganie chorobom.

Ten punkt widzenia zdobył sobie i w medycynie prawo obywatelstwa. Spotykamy się co raz częściej z poglądem, że zapobieganie chorobom winno być sanitarnym celem, a samo lecznictwo winno być tylko jednym z pomocniczych środków w ogólnem dążeniu do zachowania zdrowia ludzkości. Nasze Kasy Chorych, które jeśli chodzi o b. Kongresówkę, powstały tak niedawno i w tak specjalnie ciężkich warunkach, że trudno było żądać aby odrazu objęły swą działalnością cały ogrom zadań, jakie przed nimi wysunęło życie. W związku z tem, zrozumiałem jest, że na początek całą swą energję wytężały w kierunku zorganizowania lecznictwa.

Należy jednak stwierdzić, że w wielu Kasach przebrnięto już przez ten okres i zaczyna powstawać dążenie do organizowania ośrodków zapobiegawczych chorobom np. przychodnie przeciwgruźlicze, czy to organizowane samodzielnie przez Kasy Chorych, czy też korzystanie z istniejących przy różnych instytucjach. Do tego samego celu zmierza też wprowadzenie w niektórych Kasach Chorych instytucji higjenistek domowych, mających za zadanie informowanie ubezpieczonych jak należy zachowywać się w domu, w życiu prywatnem, aby uchronić się od choroby.

Działalność ma charakter bardzo doniosły, bezsprzecznie zbliża nasze cele — zachowania zdrowia mas pracujących.

Wydaje się jednak celowem wysunięcie jeszcze jednej drogi, może najskuteczniej prowadzącej do stojącego przed Kasami Chorych — celu.

Ustawa o pracy młodocianych i kobiet w art. 4 wysuwa bardzo ważny postulat, ze stanowiska ochrony zdrowia słabszych fizycznie organizmów, jakim bezsprzecznie jest organizm młodocianego pracownika i kobiecy. Wymieniony art. 4 mówi wyraźnie „zatrudnianie młodocianych i kobiet jest wzbronione w warunkach, w których praca jest szczególnie niebezpieczna lub szkodliwa dla zdrowia".

Wykonanie przepisów tej ustawy należy do Ministra Pracy i Opieki Społecznej, praktycznie zaś do organów wykonawczych tego Ministerstwa w tym zakresie t. j. Inspekcji Pracy. Otóż Inspektor Pracy, który najczęściej posiada wykształcenie techniczne może określić warunki niebezpieczne dla zdrowia i dać celowe zarządzenie celem ich poprawy, natomiast określenie warunków szkodliwych dla zdrowia przeważnie przechodzi zakres jego przygotowania fachowego. Przy dużej sumienności i zainteresowaniu osobistem zagadnieniem ochrony pracy Inspektor zdoła zaobserwować rzeczy bardziej rażące, rzucające się w oczy, a i wtedy z trudem i nie zawsze dokładnie zdoła określić stopień szkodliwości tych warunków dla zatrudnionych. Oczywista, że w drodze praktyki zdobywa się pewne doświadczenie, lecz jeżeli nie jest ono poparte wiedzą fachową, bezwątpienia nie da ono rezultatów dostatecznych.

Wprawdzie przepisy o Inspekcji Pracy przewidują instytucję lekarzy Inspekcji Pracy, lecz faktycznie niema ich dotychczas, bo trudno uważać za wykonanie tego przepisu, zatrudnianie zaledwie 2-ch lekarzy w Inspekcji całego kraju.

Jeżeli nawet liczba lekarzy w przyszłości zostanie zwiększona, to niewątpliwie będą oni pracowali w ośrodkach bardziej uprzemysłowionych, ośrodki zaś mniej uprzemysłowione, oddalone od centrów przemysłowych pozostaną nadal bez fachowego dozoru lekarskiego nad warunkami zdrowotnymi pracy. Te zaś ośrodki bez wątpienia wymagają większego dozoru, jako gorzej urządzone i prowadzone zarówno pod względem technicznym jak i zdrowotnym.

Otóż Kasy Chorych, które zorganizowane w całym kraju, w dążeniu do stworzenia możliwie najlepszych warunków pracy dla swych członków winny, moim zdaniem, na podstawie ustalonych z lekarzami Kas warunków, polecić tym ostatnim współdziałanie w tym zakresie z Inspektorami Pracy.

Znając stosunek Inspekcji Pracy kategorycznie można twierdzić, że Inspektorzy Pracy bardzo skwapliwie skorzystaliby z tego współdziałania nie tylko w zakresie ustalonym przez wyżej wymienioną ustawę o pracy młodocianych i kobiet, ale i w zakresie poprawy ogólnych warunków zdrowotnych w warsztatach pracy.

Współdziałanie takie, po za dobrowolnym porozumieniem Kas Chorych z Inspekcją, mogłoby być nawet obleczone w formę oficjalną za pośrednictwem Ministerstwa Pracy.

Jako materjał do wniosków o szkodliwości warunków pracy mogłaby posłużyć statystyka Kasy, wykazująca jakieś analogiczne zachorowania w określonym zakładzie i na tej podstawie wspólne z Inspekcją Pracy bezpośrednie badanie tych warunków w celu ich polepszenia.

Usuwając złe warunki pracy, a więc częstokroć źródło choroby, Kasy Chorych przez współdziałanie z Inspekcją, nie tylko osiągnęłoby w wyniku ogólne podniesienie zdrowotności wśród zatrudnionych, a więc wśród swych członków, ale w przyszłości mogłyby zmniejszyć wydatki oszczędnościami szłości mogłyby zmniejszyć wydatki oszczędzając na lecznictwie.

Następnie art. 6 poprzednio wymienionej ustawy o pracy młodocianych i kobiet mówi, że młodocianych wolno przyjmować do pracy jeżeli przedstawią między innemi świadectwa lekarza wskazanego przez Inspektora Pracy, że dana praca nie przekracza sił młodocianego, zaznaczając, że świadectwa są bezpłatne.

Młodociany przystępujący do pracy, a więc rozpoczynający dopiero swe bezpośrednie członkowstwo w Kasie Chorych, winien być otoczony przez Kasy specjalną opieką, żeby nie tylko jaknajdłużej zachować zdrowie jego, ale żeby niewłaściwa praca niehamowała jego normalnego rozwoju fizycznego.

Sprawa ta o olbrzymiej doniosłości społecznej, ma dla Kas Chorych i pewne znaczenie, że tak powiem — materjalne, bo im członkowie Kas będą zdrowsi, tym mniej będzie kosztowało lecznictwo. Obecnie sprawa badania lekarskiego młodocianych załatwiana jest najrozmaiciej na różnych terenach, w zależności od pomysłowości danego Inspektora Pracy, ewentualnie tak zwanej dobrej woli pracodawców, którzy godzą się opłacać lekarzy (często kroć tych samych lekarzy Kas Chorych), wydających młodocianemu konieczne z ustawowego punktu widzenia zaświadczenie, a która to „dobra wola" ściśle uzależniona jest od momentu, w jakim stopniu praca młodocianego opłaca się.

Sprawa ta jedynie na terenie wielkiej Warszawy i Województwa Warszawskiego w pewnym sensie pomyślnie jest załatwiona, gdyż na terenie tych 2-ch Okręgów są lekarze Inspekcji Pracy. Natomiast na innych terenach lekarzy Inspekcji brak, a lekarze Kas Chorych odmawiają badania młodocianych przed ich przyjęciem do pracy, a badając po przyjęciu odmawiają wydawania świadectw, nie dając Inspekcji Pracy materjalnej podstawy do żądania przeniesienia młodocianego do innej, mniej szkodliwej dla jego organizmu, pracy.

Powyższe postępowanie lekarzy działających z ramienia Kas Chorych pod względem formalnym jest uzasadnione, jednak w istocie swej kryje pewną niekonsekwencję, a mianowicie: ten sam lekarz nieodmówi leczenia tego samego młodocianego z tytułu członkowstwa w Kasie jego rodziców, gdyż są to przeważnie dzieci robotników, nie odmówi też leczenia tego samego młodocianego po jego przystąpieniu do pracy, jako członkowi Kasy, odmawia natomiast stwierdzenia na piśmie, w formie świadectwa, określenia czy danemu młodocianemu nie grozi zachorowanie przy zamierzonej pracy.

Jest to już rzecz całkowicie zależna od Kas Chorych, aby odpowiednio i ta praca lekarzy na terenie Kas była ustalona z lekarzami, aby to tak poważne niedomaganie zostało usunięte, żeby cel zawarty w przepisie wspomnianego art. 6 Ustawy o pracy młodocianych i kobiet był w życiu praktycznym osiągnięty.

Niektórzy Inspektorzy Pracy kierują młodocianych do lekarzy powiatowych, lecz ci badając młodocianych, traktują tę sprawę przeważnie bardzo niechętnie, jako ludzie przeładowani innymi obowiązkami z tytułu swego stanowiska, a poza tem i dlatego, że czynności te wyraźnie nie wchodzą w zakres obowiązków lekarza powiatowego, a jeżeli lekarze ci badają nawet, rezultat nie zawsze jest najlepszy, gdyż nie są to specjaliści; nie mając styczności z danym zakładem pracy, nie zawsze orjentują się w dostatecznej mierze w warunkach zamierzonej pracy, a więc wnioski lekarza powiatowego mogą być fałszywe.

Sprawa badania młodocianych przed ich przystąpieniem do pracy i ustalenie przez lekarza, czy zamierzona praca nie odbije się ujemnie na stanie jego zdrowia, oraz rozwoju fizycznym, jest sprawą, jak już wspomniano, niezmiernie ważną z punktu widzenia interesów społecznych, również i ze stanowiska materjalnego interesów Kas Chorych, a dotyczy dziesiątków tysięcy młodocianych zarobkujących.

Oprócz więc dotychczasowej profilaktycznej działalności Kas, winny one, jako sprawę najpilniejszą potraktować kwestję objęcia w swe ręce określania, przy jakiej pracy młodociani mogą być zatrudniani, oraz współdziałanie z Inspekcją Pracy w zakresie poprawy warunków pracy pod względem

zdrowotnym we wszelkich zakładach pracy najemnej.

Następnie ta sama Ustawa o pracy młodocianych i kobiet w kategoryczny sposób zabrania przyjmowania do pracy dzieci przed ukończeniem 15 lat.

W praktyce jednak bardzo często dzieci poniżej dozwolonego wieku są zatrudniane, a Inspektor Pracy w czasie wizytacji zakładu pracy nie zawsze może stwierdzić to wykroczenie, natomiast jak wynika ze statystyki Kas Chorych dzieci te są w Kasach Chorych meldowane.

W tej sprawie Warszawska Kasa Chorych weszła na właściwą drogę i zawiadamia o tych przekroczeniach Ustawy właściwych Inspektorów Pracy, którzy z urzędu powołani są do usuwania tych wykroczeń. Cały zaś szereg Kas poza Warszawą żadnego użytku nie robi z posiadanych danych odnośnie zatrudniania dzieci poniżej dozwolonego Ustawą wieku. Sprawa ta jednak jest zbyt ważną z punktu widzenia społecznego, aby pomijać ją milczeniem. Dalej ta sama ustawa nakłada obowiązek na pracodawców, zatrudniających ponad sto kobiet — zakładanie i utrzymywanie żłobków dla niemowląt, przewidując stały dozór lekarski w takim żłobku. Otóż Kasy Chorych, które będą miały obowiązek leczenia tych niemowląt w razie ich choroby, z tytułu członkowstwa matek, nie powinny traktować obojętnie sprawy samego urządzenia i prowadzenia żłobka, jak i dozoru lekarskiego nad nim, aby biernie nie przyjmować na siebie obowiązków, które mogą powstać z winy innych. Tutaj również współdziałanie z Inspekcją Pracy, mogłoby w pewnym sensie ułatwić Kasom Chorych wpływ na sprawę żłobków fabrycznych, pozostających pod stałą kontrolą Inspekcji.

Z powyższych paru przykładów widać, że stałe współdziałanie Kas Chorych z Inspekcją Pracy mogłoby dać dodatnie wyniki w kierunku podniesienia i zachowania zdrowia wśród szerokich mas najemników, ubezpieczonych w Kasach Chorych, przyczyniając się tym samym do podniesienia ogólnej zdrowotności w społeczeństwie.

**
*

Sprawa omówiona przez p. Kubiaka ma rzeczywiście bardzo wielkie znaczenie. Była ona przedmiotem obrad naszego Zarządu w dniu 13.VI. Ponadto odbyła się w Związku państw. konferencja w tej sprawie z udziałem p. dyr. Dreckiego i Gł. Insp. Pracy, p. Klottem.—**Red.**

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

USTAWA O ZAKŁADACH LECZNICZYCH.

(Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dn. 22.III.1928 r. Dz. U. R. P. Nr. 38).

Zaznaczyć należy, że ustawa o zakładach leczniczych w pierwotnej redakcji zawierała przepisy bardzo uciążliwe i niekorzystne dla Kas Chorych. Dopiero dzięki długotrwałym i żmudnym konferencjom, udało się usunąć ogromną część przepisów, nakładających wielkie ciężary i obowiązki na Kasy Chorych.

W myśl tej ustawy dzielą się zakłady lecznicze:

a) na właściwe szpitale, bez względu na rodzaj choroby, już to tylko dla pewnych rodzajów chorób, o charakterze publicznym utrzymywane przez państwo oraz przez związki komunalne i przeznaczone dla ogółu ludności, a nie tylko dla pewnych instytucyj lub grup ludności i są prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków. Szpitale wojskowe, wyznaniowe, kolejowe, Kas Chorych i ich Związków i t. d. nie mogą być przeto zaliczone do szpitali o charakterze publicznym, są to przeto:

b) Szpitale bez prawa publiczności.

c) Lecznice utworzone i prowadzone z zamiarem osiągnięcia zysków.

d) Przychodnie (ambulatorja) dla osób przychodzących.

I. SZPITALE PUBLICZNE.

Powiatowe Związki komunalne i miasta wydzielone z powiatów obowiązane są w myśl par. 13 do zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych, w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych. Wojewódzkie zaś związki komunalne są obowiązane do utrzymywania szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych oraz dla innych kategorji chorób. Specjalne ustawy określą dla jakich chorób te związki specjalne obowiązane będą do zakładania szpitali.

W Polsce odczuwamy dotkliwy brak łóżek szpitalnych, ustawa o zakładach leczniczych ma właśnie ten brak usunąć. Tymczasem ustawa określając obowiązek związków komunalnych do zakładania szpitali, nie określa w jakim najpóźniejszym terminie mają powstać i ile minimum łóżek zakład powinien posiadać. Obowiązek zakładania szpitali staje się wogóle iluzoryczny wobec przepisu, że „Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Skarbu może czasowo odroczyć wykonanie obowiązku założenia szpitala przez związek komunalny, o ile Związek ten wykaże, że wypełnienie tego obowiązku przekracza jego zdolność finansową".

Zachodzi przeto bardzo poważna obawa, że związki komunalne będą bardzo pohopne do wykazania, że założenie szpitala przekracza ich zdolność finansową.

Każdy chory potrzebujący leczenia szpitalnego lub obserwacji lekarskiej, musi być przyjęty. Szpital nie może odmówić przyjęcia chorego, skoro dyrektor szpitala lub uprawnieni przez niego lekarze szpitalni stwierdzą potrzebę umieszczenia w szpitalu.

Wyjątek od tego przepisu stanowi chory na chorobę zakaźną, który tylko wówczas może być przyjęty, jeżeli są łóżka wolne dla tego rodzaju chorych. Odmowa następuje i wówczas, gdy chorego takiego prześle lekarz urzędowy (art. 8).

W pierwszym przypadku odbywa się przyjmo-

wanie chorych do szpitala nawet, gdy nie ma wolnego miejsca, jedyny warunek to rzeczywista potrzeba leczenie szpitalnego.

W drugim wypadku u zakaźnie chorego, rzeczywista potrzeba leczenia szpitalnego istnieje niezawodnie, ale przyjęcie jest zależnie od tego, czy są wolne łóżka. Jak przepis ten pogodzić z koniecznością izolowania chorego zakaźnie? Jak szpital rozwiąże łamigłówkę umieszczenia chorego niezakaźnie, jeżeli nie będzie ani jednego wolnego łóżka?

Chory po przyjęciu do szpitala otrzymuje całkowitą pomoc lekarską, opiekę i lekarstwa, a pomoc i opieka lekarska jest jednakowa dla wszystkich bez względu na klasę, na której chory leży. Nie ma zatem żadnych przywilejów dla chorych, leżących w klasie II lub I. Przepis ustawy normuje również wyraźnie, że liczba łóżek klas wyższych nie może przekraczać ¼ części liczby łóżek klasy najniższej w szpitalu (art. 9 i 10).

Stanowiska lekarskie w szpitalach publicznych, dyrektora i jego zastępcy i ordynatorów, mogą być nadawane tylko na podstawie konkursu publicznego. Przepis ten tak ważny, dający możność doboru lekarzy na takie stanowiska, został, niestety, pominięty w ustawie z 19.V.1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby. W „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" w zeszycie 8 w artykule „Zagadnienia lekarskie w Kasach Chorych" zauważyłem, że „władza państwowa będzie musiała wystąpić z uzupełnieniem ustawy o Kasach Chorych w tym kierunku, by wszystkie stanowiska lekarskie były obsadzone tylko drogą konkursu. Problem ten wysuwa się na czoło zagadnienia kasowego w związku z całą gospodarką ekonomiczną lekarską". Min. Pracy i Op. Społecznej winno pójść w ślady Min. Spraw Wewnętrznych i w ustawie wprowadzić przepis przyjmowania lekarzy w Kasach i zakładach ubezpieczeń społecznych tylko drogą konkursu.

Odnośnie do kosztów leczenia w szpitalach publicznych winna być opłata dzienna jednakowa dla wszystkich chorych, umieszczonych na tej samej klasie. Tylko na oddziałach chirurgicznych może być podwyższona do 20%. Chorym, leżącym w klasach wyższych (I i II) można doliczać dodatkowo opłaty za specjalne zabiegi lecznicze, nadto także 10% dodatek do przeciętnych kosztów na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny.

Opłatę za leczenie szpitalne ustanawia się w zasadzie na rok zgóry. Opłatę tę określa się na zasadzie przeciętnych kosztów własnych szpitala, lecz do wydatków szpitalnych nie wolno wliczać kosztów rozbudowy lub przebudowy szpitala oraz większych inwestycyj. Ustalone przez władze komunalne opłaty zatwierdzają władze powołane do zatwierdzenia budżetów szpitala. Przepisy te ściśle określone są nader ważne dla Kas Chorych. Niektóre samorządy, prowadzące szpitale wstawiły do budżetu wydatki, odnoszące się na większe inwestycje, przez co dzienny koszt utrzymania wypadł bardzo wysoko, co wywołało spory między władzami Kas, a samorządami szpitali. Nadto były usiłowania wliczenia do kosztów utrzymania wydatków na lekarstwa, prześwietlenia roentgenowskie, materjały opatrunkowe i t. d. Obecnie to wszystko odpada, chory kasowy oddany na leczenie szpitalne otrzymuje całkowitą pomoc lekarską i za nią Kasa obowiązana jest opłacać wyznaczoną stawkę bez wszelkich opłat dodatkowych (art. 27 — 35). Niestety, ten słuszny przepis nie ma zostosowania do szpitali bez prawa publiczności, gdyż wprawdzie i takie szpitale muszą mieć oznaczoną opłatę dzienną, ale opłata ta poza zwrotem własnych wydatków szpitala może zawierać dodatek na utworzenie funduszu, przeznaczonego na pokrycie niedoboru i specjalnego funduszu na odbudowę, rozszerzenie szpitala lub przeprowadzenie większych inwestycyj. Nadto dopuszczalne jest pobieranie specjalnych należności za pewne zabiegi lecznicze i djagnostyczne, obliczone według rzeczywistych kosztów (art. 54). Szpitale bez prawa publiczności są przez ustawę bardzo uprzywilejowane, opłaty dzienne tak obwarowane rozmaitymi dodatkami, że dzienny koszt utrzymania chorego przekroczy możność korzystania z tych zakładów. Odnosi się to przedewszystkiem do Kas Chorych, które muszą bardzo często korzystać z takich szpitali, wobec braku łóżek w szpitalach komunalnych i państwowych.

Przepis ten bardzo uciążliwy dla Kas Chorych spowoduje zwiększenie wydatków na leczenie szpitalne. Został on jednak złagodzony faktem, że art. 43.III. ustawy z 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby został w całości utrzymany. Dobrze się stało, że Departament Służby Zdrowia nie poszedł za głosem niektórych pism lekarskich i codziennych nawołujących do zniesienia tego „przywileju kasowego", jak to często wyrażano się o naturalnym prawie Kas Chorych do utrzymania poważnych zniżek obowiązującej taksy szpitalnej. Kasy Chorych, jako wielkie i poważne instytucje zdrowia i higjeny społecznej odebrały, z chwilą powstania — samorządom wielki zakres pracy i odciążyły budżety samorządowe od tych wydatków, któreby musiały w szerokim zakresie ponosić, gdyby tych instytucyj ubezpieczeń społecznych nie było. Nadto Kasy Chorych, jako największy konsument szpitalny — w roku 1926 wydały przeszło 20, a w roku 1927 przeszło 25 miljonów złotych na leczenie szpitalne, muszą mieć to prawo otrzymania innej taksy, aniżeli osoba prywatna, udająca się do szpitala. Cena hurtowna jest zawsze niższa od detalicznej — stara zasada obowiązująca w handlu, musi mieć zastosowanie i w naszym wypadku. Przeto utrzymanie w mocy danego przepisu nie jest żadnym przywilejem Kas Chorych, ale naturalnym prawem, wynikającym z istoty ich działalności.

Odnośnie do szpitali publicznych przepis ustawy (art. 38) nakazuje prowadzić historję choroby każdego chorego przy uwzględnieniu potrzeb instytucyj ubezpieczeń społecznych i wymiaru sprawiedliwości. Ten sam przepis odnosi się również i do szpitali bez prawa publiczności.

Rozporządzenie wykonawcze określi bliżej szczegóły dotyczące prowadzenia historji choroby.

II. SZPITALE BEZ PRAWA PUBLICZNOŚCI I PRZYCHODNIE.

Każdy szpital bez prawa publiczności musi posiadać stałego i rzeczywistego kierownika, który odpowiada za prowadzenie szpitala i jego działalność. Kierownik musi posiadać conajmniej 3-letnią prak-

tykę szpitalną. Szpitale te muszą odpowiadać wymogom higjeny szpitalnej i warunkom sanitarno - policyjnym, i o ile tym warunkom nie odpowiadają lub nie zostały doprowadzone do odpowiedniego stanu, może Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z właściwym Ministrem, odnośnie do szpitali kasowych z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej, zarządzić zamknięcie szpitala. Szpital obowiązany jest prowadzić statystykę ruchu chorych i przesyłać naczelnej władzy służby zdrowia indywidualne karty statystyczne każdego chorego, leczonego w szpitalu. Rozporządzenie wykonawcze określi sposób prowadzenia tej statystyki. O ileby szpital z jakichkolwiek powodów miał być zamknięty, winien zawiadomić władze nadzorcze szpitala na 6 miesięcy naprzód.

Do zakładów leczniczych wliczyła ustawa również przychodnie (ambulatorja), jako zakłady udzielania pomocy lekarskiej chorym przychodzącym. Omówię tylko te przepisy ustawy, które mają zastosowanie do przychodni kasowych. Ustawa dzieli przychodnie na:

a) ogólne, jeżeli przyjmują chorych bez względu na rodzaj choroby,

b) specjalne, jeżeli są przeznaczone tylko dla pewnej kategorji chorych (np. gruźlicze, weneryczne, dla fizjoterapji, roentgenologiczne itd.).

Pomieszczenia przychodni winny odpowiadać przepisom sanitarno - policyjnym i nie mogą być otwarte wpierw, dopóki władza nadzorcza nie stwierdzi, że odpowiadają wymaganym przepisom, chyba, że po zawiadomieniu o zamiarze otwarcia przychodni upłynęły 4 tygodnie, a decyzja władz nie nadeszła. Nietylko o zamiarze otwarcia, ale również i o zamiarze zamknięcia przychodni musi być zawiadomiona władza nadzorcza pisemnie na miesiąc przed dniem zamknięcia.

Na czele przychodni stoi lekarz jako kierownik, który winien posiadać conajmniej 3-letnią praktykę lekarską. Kierownik przychodni ma do pomocy kwalifikowane siły lekarskie, pielęgniarskie lub pomocnicze (sanitarjusze). O nominacji kierownika winna być właściwa władza nadzorcza zawiadomiona w ciągu 8 dni.

Przepis ten sprowadzi z natury rzeczy pewne zmiany w dotychczasowym ustroju przychodni kasowych. Dotychczas kierownikami przychodni byli urzędnicy administracyjni. Obecnie będą musiały być ograniczone ściśle uprawnienia kierownika przychodni od uprawnień kierownika działu finansowo-administracyjnego. Rozgraniczenie takie, racjonalnie ujęte, przy odpowiednim doborze sił lekarskich, wyjdzie tylko na korzyść instytucji. Art. 76 ustawy wyraźnie określa, że organizacje i zasady prowadzenia zakładów leczniczych instytucyj ubezpieczeń społecznych określą rozporządzenia właściwego Ministra, wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych. W rozporządzeniu wykonawczem należy wyraźnie wyjaśnić brzmienie art. 72, który nakazuje kierownikom przychodni usunąć wykazane przez władze nadzorcze usterki i zmienić personel nieodpowiadający zadaniu. W myśl ustawy o Kasach Chorych wszelkie zmiany muszą być poprzedzone uchwałą Zarządu Kasy, personel może być usunięty również tylko na skutek uchwały Zarządu na wniosek dyrektora. Art. 72 daje te przywileje kierownikowi przychodni, z tego powodu mogłyby się wyłonić tarcia wewnętrzne, zupełnie niepożądane.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby mówi o naczelnych lekarzach Kas Chorych. Ustawa o zakładach leczniczych mówi o kierownikach lekarskich przychodni. Jeżeli zatem Kasa Chorych posiada tylko jedną przychodnię, naczelny lekarz będzie zarazem jej kierownikiem. Jeżeli Kasy Chorych posiadają oddziały, na czele każdego oddziału ambulatoryjnego stać będzie kierownik - lekarz. Przełożonym wszystkich kierowników - lekarzy będzie z natury rzeczy naczelny lekarz Kasy.

Władza nadzorcza ma prawo przeprowadzenia inspekcji zakładów leczniczych, a urzędnik delegowany ma prawo wstępu do lokalu zakładu oraz prawo przejrzenia wszystkich ksiąg i zapisków. Kierownik zakładu leczniczego obowiązany jest udzielić wszystkich żądanych wyjaśnień.

Jeżeli są braki i usterki, wówczas władza nadzorcza podaje pisemnie do wiadomości kierownikowi zakładu leczniczego, a odpis tego pisma przesyła się jednocześnie władzy powołanej na zasadzie specjalnego tytułu prawnego do nadzoru nad zakładem leczniczym, a zakłady lecznicze Kas Chorych podlegają nadzorowi unormowanemu art. 97 i 99 ustawy z dnia 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (art. 73 i 74).

Rozporządzenie wykonawcze winno przewidzieć, że protokuł inspekcji otrzymuje nietylko kierownik zakładu leczniczego, lecz przedewszystkiem Zarząd Kasy, który w pierwszym rzędzie odpowiedzialny jest wobec ubezpieczonych i władz za całość gospodarki. Należy unikać błędu, który zakradł się przy inspekcjach aptek kasowych, że tylko kierownicy aptek otrzymują uwagi władzy nadzorczej z dokonanej inspekcji, a często Zarząd Kasy dopiero z drugiej ręki o tem się dowiaduje.

Art. 80, 81 i 82 określają zadania szpitali i zakładów leczniczych z chwilą wybuchu wojny lub ogłoszenia mobilizacji. Wówczas wszystkie zakłady lecznicze za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami oddane w całości lub częściowo na cele wojskowo-sanitarne. Ale nawet w czasie pokoju mogą władze powyższe zwrócić się do zarządów szpitali i zakładów leczniczych z żądaniem, by one były do przyszłych tych celów dostosowane i dlatego plany nowych budowli mają być uzgodnione z władzami wojskowemi. O ile zarządy zakładów leczniczych nie zastosują się w oznaczonym czasie do wydanych zarządzeń, może Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych i z zainteresowanemi Ministrami zarządzić ich wykonanie w trybie administracyjnym. Tak przedstawia się w zarysie nowa ustawa o zakładach leczniczych, która wchodzi w życie w trzy miesiące po ogłoszeniu, t. j. 26 czerwca 1928 r. na obszarze województw: białostockiego, kieleckiego, lubelskiego, łódzkiego, nowogródzkiego, poleskiego, pomorskiego, poznańskiego, wołyńskiego, warszawskiego, wileńskiego oraz m. st. Warszawy.

MIECZYSŁAW BAUMGART.

SĄDOWNICTWO W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

(Dokończenie).

III.

Oddzielnie dla każdego działu ubezpieczeń społecznych sądownictwo związane jest ze sposobem powstawania obowiązkowych ubezpieczeń, z ich historją. Poszczególne działy ubezpieczeń społecznych (Kasy Chorych, ubezpieczenie od wypadków, na starość i od niezdolności do pracy) wprowadzane były niezależnie jedno od drugiego; obejmowały one różny zakres ubezpieczonych, a wykonywane były przez całkowicie odrębne i nieraz nieuzgodnione ze sobą instytucje. Wyjątek stanowią tylko Niemcy, gdyż już w latach osiemdziesiątych zeszłego stulecia wypracowano pewien ogólny plan ubezpieczeń społecznych, a poszczególne ustawy ubezpieczeniowe były planu tego urzeczywistnieniem. Przy odrębności ustroju każdego działu ubezpieczeń i odrębności obowiązku ubezpieczeniowego, systemu finansowego i świadczeń było rzeczą zupełnie naturalną, że i rozstrzyganie sporów, wynikających z ubezpieczeń społecznych, było urządzone dla każdego ubezpieczenia odmiennie, w sposób, który wydawał się najprostszy i najodpowiedniejszy dla danej dziedziny. Dla sporów z jednego tylko ubezpieczenia specjalne organy sądowe nie były potrzebne, wystarczało dla nich ustanowić sądy polubowne lub przekazać sprawy te jednej z istniejących władz.

Wyniki takiego systemu są wysoce niekorzystne. Odrębne bowiem sądownictwo ubezpieczeniowe dla każdego rodzaju ubezpieczeń pogłębia różnicę pomiędzy poszczególnemi ubezpieczeniami, które w dzisiejszych pojęciach stanowią jedną zwartą całość, a nadto uniemożliwia ono powstanie poważnej praktyki sądowej, poważnego orzecznictwa, które jest znane ubezpieczonym i według którego oni mogą się kierować, a któreby rozwinęło i przystosowało do potrzeb życia wyrażone w ustawach ogólne zasady ubezpieczeń społecznych, dbając przytem o to, aby zasady te w pewien jednolity sposób były rozumiane. Sposób rozstrzygania kwestji z jednego działu ubezpieczeń jest przy odrębnych sądach mało i niedokładnie znany w innych działach pokrewnych, jakkolwiek istnieje wiele podstawowych zagadnień, wspólnych wszystkim ubezpieczeniom społecznym, np. kogo należy uważać za pracownika, a zatem za ubezpieczonego, kto jest w spornych wypadkach pracodawcą, w jakich warunkach powstaje, a w jakich ustaje zatrudnienie pracownika, będący nieodłącznym jego następstwem obowiązek ubezpieczenia, co zaliczać do wynagrodzenia pracownika i jak wynagrodzenie to w braku dokładnych danych ustalić, w jakich wypadkach uważać członków rodziny ubezpieczonego za będących na jego utrzymaniu, jak oceniać niezdolność do pracy i wiele innych. Wszystkie te kwestje przy odrębnem sądownictwie dla poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych rozstrzygane są dla każdego z nich odmiennie i od innych niezależnie, jakkolwiek dotyczą blisko pokrewnych przedmiotów i przeważnie tych samych osób interesowanych (pracowników i pracodawców). W różnych działach ubezpieczeń ma się do czynienia z tem samem położeniem życiowem ubezpieczonych i pracodawców i z tem samem ich zachowaniem się wobec różnych zagadnień ubezpieczeniowych, co znacznie wzmacnia potrzebę jednolitego organu sądowo - ubezpieczeniowego.

Z tej zasady organizacyjnej, że sądownictwo jest urządzone dla Kas Chorych oddzielnie, dla ubezpieczenia od wypadku oddzielnie i t. p., wynika, że mające tak wąski zakres sądy specjalne pod różnemi nazwami (komisje rozjemcze dla Kas Chorych, sądy rozjemcze, sądy powszechne, albo władze administracyjne, o ile są powołane do rozstrzygania pewnych sporów ubezpieczeniowych) nie mają ani składu osobistego dostatecznie przygotowanego do rozstrzygania tego rodzaju sporów, ani budowy starannej i kilkostopniowej, wobec tego nie mają praktyki dość bogatej i różnorodnej, któraby pozwoliła im stworzyć poważne orzecznictwo ubezpieczeniowe, jako giętką, ujmującą dokładnie różnorodność warunków życiowych, a równocześnie zharmonizowaną ze sobą wykładnię prawa ubezpieczeniowego, której potrzeba jest tak istotna.

Działające na swych niewielkich odcinkach, różnorodne organy sądowo - ubezpieczeniowe rozstrzygają spory od wypadku do wypadku, podobnie jak ma to miejsce w sądach polubownych, na których niektóre z nich są wzorowane (np. sądy rozjemcze w ubezpieczeniu od wypadków). Dla wielu z nich niema nawet żadnej wyższej instancji, a tembardziej naczelnego organu sądowego, dbającego o jednolitą i poprawną wykładnię prawa na obszarze całego Państwa. Mając do rozstrzygnięcia jakąś poważną kwestję, sądy takie nie mogą korzystać z doświadczeń innych równorzędnych, albo wyższych i bogatszych wiedzą i doświadczeniem organów sądowych, bo takich organów bądź niema wogóle (do ostatnich czasów jeden sąd rozjemczy dla ubezpieczenia od wypadków na b. dzielnice austrjacką i rosyjską), bądź ich orzeczenia wcale nie mogą służyć za wzór wskutek niedostatecznego pogłębienia przedmiotu, a nadto niedostępne i z wielką tylko trudnością mogłyby być odszukane.

To też system ten w państwach, których długo obowiązywał i skąd został do nas przeniesiony, spotyka się z surową krytyką i jest stopniowo usuwany. W Rzeczypospolitej Austrjackiej np. wielka jednolita ustawa o ubezpieczeniu robotników z dnia 1-go kwietnia 1927 r., która dotąd nie weszła w życie, wprowadza dla sporów oświadczenia wszystkich ubezpieczeń poza Kasami Chorych sądy ubezpieczeniowe (§ 235), które mają posiadać 2 instytucje zamiast dotychczasowych sądów rozjemczych, odrębnych dla każdego działu ubezpieczeń i rozstrzygają-

cych bez żadnego odwołania. W państwach zaś, gdzie istniało jednolite dla wszystkich działów ubezpieczeń sądownictwo ubezpieczeniowe, (jak w Niemczech, włącznie ze specjalnemi ubezpieczeniami pracowników umysłowych i górników) zostaje ono utrzymane pomimo wprowadzenie nowych i bardzo odrębnych działów ubezpieczeń — jak ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, ściśle związane organizacyjnie z publicznem pośrednictwem pracy (ustawa Rzeszy Niemieckiej z 16 lipca 1927 r.), jakkolwiek wprowadza się dla tych nowych i zupełnie swoistych działów poważne odrębności w ustroju organów sądowo-ubezpieczeniowych, które z czasem, po zapoznaniu się sądownictwa ubezpieczeniowego z temi nowemi dla niego zagadnieniami, zostaną z pewnością znacznie złagodzone.

IV.

Podobnie, jak wyodrębnianie sporów z poszczególnych ubezpieczeń społecznych (na wypadek choroby, od wypadków, od niezdolności do pracy, emerytalne, górnicze i t. p.) w obrębie systemu i powierzanie ich oddzielnym dla każdego z ubezpieczeń organom sądowym, jest również nieodpowiednie i szkodliwe w skutkach, wyodrębnianie pewnych kategorji sporów od innych sporów, choćby wynikających z tego samego ubezpieczenia, i ustanawiane dla tych poszczególnych kategorji spraw oddzielnych organów sądowych. Tak np. w systemie austrjackim (pod tym względem pozostawionym bez zmiany przez powoływaną powyżej nową jednolitą ustawę o ubezpieczeniu robotników z 1 kwietnia 1927 r., oraz w niektórych innych ustawodawstwach np. francuskiem) o emeryturach robotników i włościańskich, zniesionem niedawno uchwaloną ogólną ustawą o ubezpieczeniach społecznych z 5.IV.1928 r., wchodzącą w życie w r. 1930 — inne zupełnie władze mają rozstrzygać spory o świadczenia, należne ubezpieczonym i ich rodzinom (zasiłki, renty, leczenie i t. p.), a inne znów sprawy, dotyczące wysokości składek ubezpieczeniowych, istnienia albo nieistnienia obowiązku ubezpieczenia czy te prawa do dobrowolnego ubezpieczenia, tam gdzie ono istnieje. I to dzielenie sporów ubezpieczonych na kategorję podług przedmiotu sporu nie wytrzymuje krytyki. Bardzo poważna np. kwestja istnienia lub nieistnienia obowiązku ubezpieczenia, która zazwyczaj powstaje samoistnie przy rozpatrywaniu zgłoszeń osób podlegających ubezpieczeniu, może powstać także ubocznie w sporze o świadczenia, których instytucja ubezpieczeniowa odmawia interesowanemu na tej zasadzie, że uważa go za niepodlegającego ubezpieczeniu, wogóle lub też w tej właśnie chwili, w której powstało prawo do świadczeń. Wtedy zaś okaże się, że do rozpatrywania tej samej kwestji raz powołany będzie jeden organ sądowy, innym razem inny, zupełnie z pierwszych organizacyjnie nie związany (np. w ubezpieczeniu na wypadek choroby w b. dzielnicy rosyjskiej przy samoistnym sporze o obowiązek ubezpieczenia— powszechny sąd cywilny, w b. zaborze austrjackim — starostwo lub województwo, a przy tym samym sporze, wynikłym w toku sprawy o świadczenia — komisja rozjemcza Kasy Chorych) i nie obowiązany liczyć się z decyzjami pierwszego organu w zupełnie analogicznych sprawach. Nadto tutaj, jak w sprawach z różnych działów ubezpieczeń, przewijają się w poszczególnych odrębnych kategorjach sporów — te same sporne zagadnienie. Np. w kwestji składek ubezpieczeniowych podstawową rzeczą jest dokładne ustalenie zarobku tego ubezpieczonego, który stanowić ma podstawę wymiaru składek, a to samo ustalenie jest konieczne w sporze o świadczenia, gdyż ten znowu podług zarobku (przeważnie tego samego, od którego wymierza się opłaty) ma być obliczony zasiłek lub renta. Dlaczegóż tak zbliżone czynności powierzać różnym organom sądowym? Wreszcie oddzielenie różnych kategorji sporów i powierzenie ich różnym organom powoduje stworzenie zupełnie odrębnego postępowania dla każdej kategorji sporu niezależnego od postępowania w kwestjach zbliżonych, które należą już do kompetencji innego organu sądowo - ubezpieczeniowego. Postępowania te, toczące się pod różnemi władzami, nie mają nic z sobą wspólnego i ubezpieczony, który zaniedba bronić się w jednem z tych postępowań, jest już zupełnie bezbronny w drugiem, gdzie same niewłaściwości organu sądowego sprzeciwiają się rozpatrywaniu kwestji innemu organowi powołanych.

V.

Oddzielnie rozważyć należy, czy specjalne warunki polskie przemawiające za tem, aby spory z poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych lub też oddzielnę rodzaje sporów ze wszystkich działów ubezpieczeń (spory o świadczenia, o obowiązek ubezpieczenia, o kategorje zarobkowe, o składki i t. p.) były powierzone różnym organom i to należącym do różnych systemów władz, czy wymagają one przeciwnie jednolitego sądownictwa ubezpieczeniowego dla wszystkich sporów. Swoistą cechą polską będzie małe obznajmienie społeczeństwa, a więc i przedstawicieli jego, zasiadających w organach sądowo-ubezpieczeniowych w charakterze ławników (od pracowników i pracodawców), z kwestjami ubezpieczeń społecznych. W b. dzielnicy rosyjskiej ubezpieczenie pracowników umysłowych zostało niedawno wprowadzone, ubezpieczenie od wypadków w obecnej jego postaci obowiązuje coprawda od r. 1924, ale do maja r. b. nie może być jeszcze czynny w całej dzielnicy rosyjskiej żaden sąd rozjemczy z udziałem przedstawicieli społeczeństwa, wreszcie ubezpieczenie na wypadek starości i niezdolności do pracy jest rzeczą przyszłości i wprowadzone będzie zapewne jednocześnie z nowem urządzeniem sądownictwa ubezpieczeniowego. W b. dzielnicy austrjackiej poza specjalnemi stosunkami pracowników umysłowych oraz górniczych, znane jest tylko ubezpieczenie na wypadek starości i niezdolności do pracy. Podobnie jak społeczeństwo w jego zainteresowanych kołach jest mało obznajmione z kwestjami ubezpieczeń społecznych, są równie mało z niemi obznajmieni i prawnicy, którzy w sądownictwie ubezpieczeniowem mieliby rolę kierowniczą, przewodnicząc w kompletach, opracowując sprawy i rozstrzygając swym głosem sporne zagadnienia. Te jednostki, które mają już pewne wiadomości i doświadczenie w tej dziedzinie, względnie mogą w stosunkowo krótkim czasie te kwalifikacje nabyć, nie będą liczone i win-

ny być umiejętnie zużytkowane. Może to nastąpić oczywiście znacznie łatwiej w jednolitem sądownictwie ubezpieczeniowem dla wszystkich działów ubezpieczeń i dla wszystkich rodzajów sporów, niż w szeregu różnorodnych organów z wąskim zakresem działania. W szczególności wyodrębnienie sporów o obowiązkach ubezpieczenia i o składki i powierzenie ich wzorom austrjackim (przyjętym obecnie w b. zaborze rosyjskim dla ubezpieczenia pracowników umysłowych) władzom administracyjnym jest przynajmniej dla b. dzielnicy rosyjskiej, wysoce niepraktyczne, gdyż w województwach, a tembardziej w starostwach (które również mogłyby tu zostać zużytkowane), niema wcale na obszarze dzielnicy tej urzędników z wiadomościami i z pewnem doświadczeniem ubezpieczeniowem i powierzenie im sporów wysoce złożonych, jest zupełnie ponad ich siły.

VI.

Z całokształtu poprzedzających wywodów przyjść należy do przekonania, że sądownictwo ubezpieczeniowe powinno być jednolite dla wszystkich działów ubezpieczeń społecznych i dla wszystkich działów sporów, wynikających z działalności instytucji ubezpieczeniowych. Pozostaje wszakże jeszcze jedna kwestja, komu powierzyć sprawowanie tego jednolitego i poważnego, co do zakresu swego (przy wejściu w życie całego systemu ubezpieczeń, z ubezpieczeniem na wypadek starości i niezdolności do pracy oraz ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia włącznie) sądownictwa ubezpieczeniowego. Z naturalnej skłonności naszego umysłu do łączenia pod względem organizacyjnym nowych przedmiotów działalności państwowej z dawniejszemi najbardziej do nich zbliżonemi i układającemi się w pewne ramy, znane nam już i wypraktykowane nasuwa się przedewszystkiem projekt powierzenia sądownictwa ubezpieczeniowego sądom powszechnym. Jednak praktyczne względy, jasne dla wszystkich bliżej stykających się z naszem sądownictwem, przemawiają stanowczo przeciw takiemu pomysłowi. Sądownictwo nasze jest i tak przeciążone pracą i to nietylko w skutek znacznej ilości spraw rozpoznawczych, ale przedewszystkiem wskutek trudności opracowania dostarczonego mu w bardzo szybkim tempie i w bardzo wielkiej różnorodności materjału ustawowego, przyczem nowe i zawiłe ustawy są w krótkim czasie kilkakrotnie zmieniane, a nieraz wynikają poważne wątpliwości co do samej mocy obowiązującej aktów ustawowych (ostatnio ustawa prasowa). Dodanie do wszystkich tych spraw jeszcze całego kompleksu ubezpieczeń społecznych byłoby uszczerbkiem dla dobrego wymiaru sprawiedliwości zarówno w obecnych sprawach sądowych jak i w sprawach ubezpieczeniowych b. zaboru rosyjskiego, gdzie sądy cywilne rozpatrują wszelkie spory z ubezpieczenia na wypadek choroby (przeważnie o istnienie obowiązku ubezpieczenia) i gdzie wcale niełatwo im przychodzi opracowanie nastręczających się tu zagadnień.

Możnaby pomyśleć raczej o sądach pracy, jako nadających się do objęcia sądownictwa ubezpieczeniowego ze względu na bliższe pokrewieństwo sporów i umów o pracę ze sporami z ubezpieczeń społecznych i na udział w obydwu tych sądownictwach, przedstawicieli tych samych sfer interesowanych pracowników i pracodawców. Projekty takie nawet powstały w Ministerstwie Pracy, przy opracowywaniu prawa o sądach pracy. Ten system wszakże sądów pracy, który ściśle według ustawodawstwa dawnej Austrji o sądach przemysłowych, przyjęty został w rozporządzeniu Prezydenta z 22 marca 1928 roku o sądach pracy (Dziennik Ustaw Nr. 37 poz. 350) nie pozwala na poddanie sądom tych sporów z ubezpieczeń społecznych. Wprowadza on bowiem sądy te jako odpowiednik obecnych sądów pokoju (powszechnych) choć powierza im wszystkie spory z umów o pracę do 5000 złotych włącznie. Mają one sądzić możliwie najszybciej i w postępowaniu możliwie najbardziej uproszczonem, a po za ośrodkami przemysłowemi odrębnych sądów pracy wogóle nie będzie, a będzie tylko działał pod nazwą „sądu pracy" ten sam sąd pokoju (powiatowy), wyrokując w sprawach cywilnych w składzie sędziego zawodowego oraz przydanych mu z ławników pracownika i pracodawcy Odwołania od tych sądów, które zresztą nawet w postaci sądów pracy, złączonych z sądami pokoju (powiatowemi) będą istniały w całem Państwie po rozciągnięciu zakresu działania sądów pracy na rolnictwo rozpoznawać będzie jeden sędzia Sądu Okręgowego znowu z udziałem z ławników.

Ponieważ wśród sporów ubezpieczeniowych niektóre są bardzo poważne ze względu nietylko na sumę sporu, ale przedewszystkiem na złożoność spornych zagadnień (renty z powodu wypadków i niezdolności do pracy, istnienie obowiązku ubezpieczenia w spornych wypadkach ustalenie, kto jest pracodawcą obowiązanym do uiszczania składek, przy szeregu osób, uprawnienia których w stosunku do pracowników nie są jasno rozgraniczone) II instancja sądów pracy mogłaby stanowić dopiero I instancję dla tych poważniejszych sporów ubezpieczeniowych. Nad nią musiałaby działać wyższa instancja — apelacyjna, a nad tą dopiero najwyższa ogólno-państwowa, czuwająca nad jednolitością wykładni prawa. Tak złożony system sądownictwa pracy, przerastający znacznie swoją budową nawet niewielkie sądownictwo pracy według ustawy z 1926 r., jest w Polsce nie do urzeczywistnienia w bliższym czasie, a znowu powierzenie sądom pracy tylko drobniejszych sporów ubezpieczeniowych, które dałyby się w polskim systemie sądownictwa pracy pomieścić, sprzeciwiałoby się jednolitości sądownictwa ubezpieczeniowego, wobec czego powyższy skądinąd pociągający projekt sądownictwa pracy, obejmującego całość zagadnień ze stosunkami pracy związanych, przy bliższem rozważaniu go na tle obecnych stosunków zostać się nie może.

Wobec tego zaś, że sądów administracyjnych zapowiedzianych w Konstytucji dotąd nie mamy i nie wiemy nawet, kiedy i w jakiej postaci będziemy je mieli, a powierzenie wszystkich sporów z ubezpieczeń społecznych władzom administracyjnym jest jawnie niedopuszczalne, przeto z postulatu jednolitego sądownictwa ubezpieczeniowego wynika jako nieuniknione następstwo — potrzeba specjalnego

sądownictwa ubezpieczeniowego, czyli wprowadzenia organów sądowych (niezależnie od nazwy jakaby im została nadana—„sądy ubezpieczeniowe", „kolegja orzecznicze", „komisje do spraw spornych"), zajmujących się wyłącznie rozstrzyganiem sporów z zakresu ubezpieczeń społecznych. Postulat ten i z tego względu dojrzewa do urzeczywistnienia w swej czystej postaci, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w projektach nowego ustawodawstwa ubezpieczeniowego zamierza nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych niższego rzędu przekazać instytucjom ubezpieczeniowym wyższego rzędu, sobie pozostawiając tylko nadzór nad temi ostatniemi instytucjami, a zatem organy sądowo - ubezpieczeniowe byłyby nawet wolne od czynności nadzorczych, które w Niemczech są złączone z jednolitem sądownictwem ubezpieczeniowym w tym samym systemie władz (urzędy ubezpieczeniowe).

Omawianie poszczególnych zagadnień ustrojowych sądownictwa ubezpieczeniowego jest obecnie jeszcze mało aktualne. Zaznaczyć tylko należy, że odpowiednio do charakteru spraw ubezpieczeniowych, sądownictwo to musi być tylko (najmniej dwu) instancyjne, gdyż przynajmniej trudniejsze spory wymienione powyżej (rentowe, o obowiązku ubezpieczenia i t. p.) wymagają bezwzględnie rozpatrzenia w 2 instancjach sądowych. Natomiast spory prostsze (o świadczenia Kas Chorych, o składki ze wszystkich działów ubezpieczenia, o renty tymczasowe i t. p.) mogłyby być rozparywane co do istoty swej przez jedną tylko instancję sądowo - ubezpieczeniową. Jednolita wykładnia praw także i w tych sporach mogłaby być zabezpieczona bądź przez dopuszczenie w nich odwołania od tej jednej instancji merytorycznej tylko z powodu pogwałcenia prawa (analogicznego do skargi kasacyjnej lub rewizyjnej), bądź w drodze całkowitego wykluczenia odwołania stron z pozostawieniem tylko samym sądom ubezpieczeniowym lub poszczególnych ich członkom prawa. Skierowywanie sprawy do najwyższej instancji sądowo - ubezpieczeniowej w wypadkach, gdy ujawnią się poważne wątpliwości lub rozbieżność orzecznictwa.

Wreszcie gdyby, wobec projektu jednolitego i specjalnego sądownictwa ubezpieczeniowego podnoszono szkodliwość rozbicia sądownictwa na szereg niezależnych od siebie systemów, obstawano przy konieczności powiązania organizacyjnego sądownictwa ubezpieczeniowego z jednym z 2 systemów sądowych, przez Konstytucję przewidzianych z sądami powszechnemi lub z sądami administracyjnemi, — to moim zdaniem najbardznej odpowiadałoby istocie sądownictwa ubezpieczeniowego, powiązanie go w najwyższej instancji z Najwyższym Trybunałem Administracyjnym przez ustanowienie w nim odrębnej izby dla spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych, złożonej z sędziów o specjalnych kwalifikacjach w tej dziedzinie i organizującej się zgodnie z ogólnemi uprawnieniami Najwyższego Trybunału Administracyjnego do samej tylko kontroli nad tem, czy wykładnia prawa, przyjęta przez sądownictwo ubezpieczeniowe niższych instancji, jest prawidłowa.

Z. M.

ZWIĄZKI KAS CHORYCH I URZĘDY.

(Artykuł dyskusyjny).

Bardzo niedawno temu, pewien z polityków dowodził w Sejmie, że Urzędy Ubezpieczeń są zbędne, gdyż pełnią te same funkcje kontroli, które wykonywują Związki Okręgowe Kas Chorych. Związki Okręgowe — to organy społeczne, wtedy gdy Urzędy Ubezpieczeń — emanacje biurokratyzmu. A więc? Jasne, że nie należy grosza państwowego marnować na utrzymywanie zbędnych urzędników.

Jakkolwiek asumpt do artykułu niniejszego dały mi słowa owego polityka, nie mam zamiaru bynajmniej ani kruszyć kopji w obronie Urzędów Ubezpieczeń, ani też szczerbić pióra w obronie Okręgowych Związków Kas Chorych. Chodzi mi tu o zupełnie inne zagadnienie: rozgraniczenie funkcyj. Wydaje mi się bowiem, że nieporozumienia co do racji bytu tych lub innych organów ubezpieczeń wypływają przedewszystkiem z niedostatecznie sprecyzowanego dotąd rozgraniczenia ich funkcyj. Niedopuszczalną jest rzeczą, aby jedne i te same funkcje wykonywały jednocześnie różne organy. Jest to bowiem dowodem, że organizacja pracy w danej dziedzinie życia jest fatalna.

Niedopuszczalne jest, aby kontrolę nad Kasami Chorych pełniły jednocześnie różne organy rządowe i samorządowe, a jak w danym wypadku: Urzędy Ubezpieczeń i Związki Kas Chorych (co nie znaczy przecież, że jedne z tych organów lub drugie są zbędne), bo wtedy i kontrola sama, i powaga jej tracą swe znaczenie, bo wtedy zaczyna się rywalizacja organów kontroli; z której korzysta, ale nie na dobro ubezpieczenia „ten trzeci", a więc objekt kontroli.

Kontrola Kas Chorych winna być scentralizowana w jednych rękach: albo rządowych, albo samorządowych. Chodzi o wybór zasadniczy organu.

Weźmy, jako przykład, spółdzielnie. Są one jednostkami prawnemi, a zarazem gospodarczemi, są instytucjami dobra społecznego, a więc mają duże podobieństwo do Kas Chorych. W czyich rękach jest kontrola spółdzielni? Jest wprawdzie Rada Spółdzielcza z prezesem, który jest urzędnikiem państwowym, sprawującym władzę nadzorczą, lecz żadnego aparatu nadzorczego prezes tej rady nie ma.

Istnieją Związki Rewizyjne Spółdzielni, które są istotnemi i jedynemi organami kontroli. Przez nie Rada Spółdzielcza pełni swój nadzór.

Widzimy więc na przykładzie spółdzielni, że

kontrola jest w jednych rękach i w rękach instytucyj samorządnych.

Ale weźmy inny przykład. Weźmy instytucje samorządu miejskiego i wiejskiego. Kto pełni nadzór nad niemi? Czy Związek miast lub Sejmików? Nie. Nadzór ten pełni państwowa władza administracyjna. W danym wypadku kontrola też jest w jednych rękach, lecz w rękach instytucyj rządowych.

Instytucje samorządu miejskiego i wiejskiego też są jednostkami prawnemi i gospodarczemi, też są instytucjami dobra społecznego, a więc też są podobne do Kas Chorych. Dlaczegóż więc kontrola ich nie jest w rękach samorządnych? I jaki wzór jest właściwy dla Kas Chorych?

Pomiędzy spółdzielniami a instytucjami samorządu miejskiego i wiejskiego, pomimo licznych podobieństw, jest różnica zasadnicza: pierwsze są organizacjami dobrowolnemi, a drugie przymusowemi. Pierwsze powstają na podstawie prostej przynależności do danej miejscowości, a więc przypadku. Pierwsze, aby istnieć, muszą gospodarować przezornie i uczciwie, drugie mają byt zapewniony przez przymus, a więc nie mają tego bodźca, co pierwsze. Istnieją wprawdzie wybory co pewien okres czasu, które dają wyraz zadowoleniu lub niezadowoleniu z dotychczasowej gospodarki miasta lub sejmiku, lecz... wybory są tylko co lat kilka. Poza tem wybory mogą być poważnym czynnikiem odpowiedzialności tylko tam, gdzie wyborcy są światłymi i uświadomionymi zarówno co do praw, jak i obowiązków obywatelami. Dopóki nimi nie są, wybory są licytacją demagogów, porachunkami partyj, wyścigami do... koryta.

Nadzór nad spółdzielniami mogą i powinny pełnić związki rewizyjne spółdzielni, gdyż związki te najbardziej i bezpośrednio zainteresowane są w gospodarce prawidłowej i rozwoju spółdzielni. Związki te mogą istnieć tylko wtedy i dotąd, gdy i póki istnieją i rozwijają się spółdzielnie. Nadzór państwowy może w spółdzielniach być tylko formalny i zwierzchni. Nadzór bezpośredni, a więc i aparat odpowiedni rządowy jest zbędny. Zupełnie inaczej rzecz się ma z instytucjami samorządowemi miejskiemi i powiatowemi oraz analogicznemi, bo opartemi też na przymusie instytucjami ubezpieczeń społecznych, a w danym wypadku kasami chorych. Instytucje te czerpią podstawy do istnienia nie ze składek dobrowolnych, które każdej chwili mogą być cofnięte; są one oparte nie na zaufaniu członków, którzy je tworzą, organizują i utrzymują, a mogą je zawsze zlikwidować, lecz— na przymusie przynależności i przymusie podatkowo-składkowym. Państwo nakłada tu na obywateli obowiązek, a więc państwo też musi strzec, czy obowiązek ten jest należycie i zgodnie z prawem wykonywany. Jest to i logiczne, i słuszne. Oburzać się przeciw temu i występować można tylko z pobudek, nic wspólnego z dobrem instytucyj ubezpieczeń społecznych nie mających.

Instytucje dobra społecznego o charakterze gospodarczym, oparte na przymusie prawno-państwowym, jak to instytucje komunalne i ubezpieczeń społecznych, są do prowadzenia i najtrudniejsze i najłatwiejsze. Są najtrudniejsze, bo obciążone ogromem odpowiedzialności społecznej i narażone na ścieranie się najróżniejszych, a często sprzecznych interesów, lecz jednocześnie — najłatwiejsze, bo mają zapewnioną egzystencję, niezależnie od udolności czy nieudolności kierowników. Ten ostatni wzgląd sprawia, że instytucje te są w znacznie większym stopniu celem zakusów i apetytów czynników politycznych, niż instytucje spółdzielcze, oraz że do kierownictwa niemi dostają się znacznie częściej i powszechniej czynniki, zupełnie do kierownictwa instytucjami gospodarczemi nieprzygotowane i nieodpowiednie. Gdy jest przymus i składki płyną, to można się uczyć i doświadczać chociażby kosztem samej instytucji.

Ponieważ nadbudowa instytucyj, opartych na przymusie, a więc w danym wypadku Okręgowe Związki Kas Chorych, powstaje z tych samych wyborów, o których rezultacie decydują czynniki i interesy polityczne, skład ich więc nie jest ani trochę lepszy, przeciwnie, najczęściej, jako dalej jeszcze od danych instytucyj stojący, — gorszy znacznie, bo prawie wyłącznie polityczny.

O posunięciach i krokach związków tych decydują w jeszcze większym stopniu względy i interesy polityczne. Jakaż więc może w tych warunkach być kontrola kas chorych? Chyba tylko w ramach interesów politycznych ugrupowania, mającego wpływy, a desygnującego władze związku, boć o innej kontroli mowy być nie może. Na to wszak każdy bezstronny badacz stosunków realnych zgodzić się musi.

Aparat rządowy może być niedoskonały wysoce, może też podlegać takim lub innym wpływom, hołdować takim lub innym przekonaniom, lecz bądź co bądź, nigdy nie może służyć jawnie interesom jakiegoś jednego ugrupowania politycznego, musi strzec interesu państwowego, jako przeciętnej interesów różnych oraz prawa, bo jest do tego powołany i za to odpowiedzialny.

Kontrola instytucyj ubezpieczeń społecznych, jako instytucyj dobra społecznego, opartych **na przymusie prawno-państwowym,** powinna być **w jednych rękach,** a mianowicie w rękach **instytucyj rządowych,** bez względu na to, czy będą niemi urzędy ubezpieczeń, czy inne.

Instytucje te (Urzędy Ubezpieczeń) winny strzec, czy fundusze, ściągane drogą przymusu z obywateli, są obracane na cele, przewidziane przez ustawę oraz czy obywatele, którzy obowiązani są do należenia do instytucyj ubezpieczeń społecznych, otrzymują te świadczenia, jakie im się należą. Instytucje te muszą być niezależne oraz posiadać odpowiednio przygotowany i wyrobiony personel w liczbie dostatecznej. Bo musimy sobie uprzytomnić, że obrót Kas Chorych, a cóż dopiero wszystkich instytucyj ubezpieczeń w Rzeczypospolitej, wynosi setki miljonów złotych, mających stanowić zabezpieczenie losowe miljonów obywateli.

Na tem polega sens istnienia i konieczność Urzędów Ubezpieczeń; do tego sprowadzają się ich funkcje i kompetencje. Zupełnie inne, choć nie mniej doniosłe jest znaczenie Okręgowych Związków Kas Chorych.

Instytucje te powołane są nie po to, by kontrolować Kasy Chorych, lecz aby je usprawniać pod względem wykonywania włożonych przez ustawę obowiązków.

Związki Kas Chorych to organy tych samych Kas Chorych, lecz organy wyższego rzędu i do wyż-

szych zadań. Powołane one są do wykonywania tych zadań, którym poszczególne kasy nie są w stanie sprostać. Winny one pomagać im do należytego zorganizowania biurowości, książkowości, ambulatorjów, składnic, aptek i t. p. oraz wykonywać za kasy te funkcje, które wkłada na związki statut. Ogrom tych zadań jest tak wielki i odpowiedzialny, że nic dodawać nie można i nie trzeba.

Wyszczególniona śród bardzo wielu zadań Związków **lustracja Kas Chorych nie może oznaczać jakiejś „rewizorskiej" kontroli, ani tem bardziej rewizji prokuratorskiej, lecz tylko i jedynie, jak zresztą dzieje się we wszystkich analogicznych instytucjach spółdzielczych, instruowanie i pouczanie organów Kasy o należytem wykonywaniu przez nie obowiązków statutowych.**

Lustrator Związku to nie inspektor i kontroler surowy, lecz życzliwy doradca fachowy, który nie bada przedewszystkiem, jak to lub owo zostało wykonane, lecz poucza, jak ma być wykonane.

Jeżeli zgodzimy się, a sądzę, że nie możemy się nie zgodzić co do racjonalności tego, a nie innego charakteru lustracyj i lustratorów Związków, to musimy uznać, że projekt nadzoru instytucyj kas ubezpieczeń społecznych w nowym projekcie ustawy ubezpieczeniowej, obejmującej świadczenia na wypadek choroby, nieszczęścia przy pracy, starości i śmierci, nie jest zadowalający.

Projekt ten jest wyrazem nadzwyczaj nieszczęśliwego kompromisu. Nie chce utrzymać odrębnych rządowych instytucyj nadzoru, lecz jednocześnie nie ma zaufania do samych instytucyj ubezpieczeń. Przewiduje mianowanego prezesa Zakładu Ubezpieczeń, lecz nie daje mu żadnego aparatu nadzoru. W interesie zarówno samodzielności instytucyj ubezpieczeń, jak i niezależności nadzoru należałoby jaknajkategoryczniej zastrzec się przeciw realizacji tego projektu.

Samodzielność instytucyj ubezpieczeń społecznych jest konieczna, lecz nie mniej konieczna jest niezależność kontroli, i dlatego łączyć ich w jednych rękach nie można i nie trzeba.

EUGENJUSZ MODLIŃSKI.

ZMIANY W UBEZPIECZENIU WYPADKOWEM.

Dotychczasowa organizacja ubezpieczenia społecznego w Polsce ma charakter przeważnie prowizoryczny; z wyjątkiem ubezpieczenia chorobowego oraz wprowadzonego ostatnio ubezpieczenia pracowników umysłowych (na wypadek braku pracy oraz na starość) — wszystkie inne gałęzie ubezpieczenia mają wybitne cechy doryweczości i tymczasowości. Taka doryweczość, czy tymczasowość tłumaczy się koniecznością zaspokojenia wymogów chwili, jakie się wyłoniły w związku z powstaniem Polski jako samodzielnego państwa; chodziło o dostosowanie do nowych warunków natury politycznej i społecznej, odziedziczonych po zaborcach, przepisów prawnych w poszczególnych dziedzinach ubezpieczenia społecznego, względnie o wprowadzenie odpowiednich przepisów na te tereny, na których pewnych rodzajów ubezpieczenia dotychczas wcale nie było. Stąd też w zakresie ubezpieczeń społecznych posiadamy istną mozaikę przepisów prawnych, gdyż w zależności od dzielnicy państwa, względnie od rodzaju ubezpieczenia spotykamy całkowicie odmienny system budowy ubezpieczenia. Stabilizacja tej jednolitej w swoim charakterze funkcji społecznej, jaką niewątpliwie są ubezpieczenia na różne wypadki losowe posunie się w znacznym stopniu naprzód, z chwilą wejścia w życie, istniejącej dotychczas w formie projektu, ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Ustawa ta usunie istniejące dzisiaj między poszczególnemi dzielnicami różnice przepisów prawnych, wprowadzając jednolity system ubezpieczenia dla całego państwa, oraz scali i zharmonizuje ubezpieczenia, stanowiące obecnie całkowicie odrębne gałęzie jednej i tej samej funkcji społecznej. Do czasu jednak wprowadzenia jednolitych norm, życie nasuwało i w dalszym ciągu nasuwa szereg zagadnień, które w ramach istniejących systemów musiały czy muszą być rozwiązane. Artykuł niniejszy ma właśnie na celu omówienie tych zagadnień, które w dziedzinie ubezpieczenia od wypadków przy pracy na obszarze b. zaboru rosyjskiego i austrjackiego zostały ostatnio rozstrzygnięte, jako niecierpiące zwłoki.

W chwili powstania Polski, jako samoistnego i niepodległego państwa, istniały w poszczególnych dzielnicach dwa zasadnicze systemy ubezpieczenia od wypadków przy pracy: jeden oparty na zasadzie „repartycji" na obszarze b. zaboru pruskiego, drugi — to system kapitałowego pokrycia rent, obowiązujący w b. zaborze austrjackim. W byłej zaś Kongresówce ubezpieczenia od wypadków w nowoczesnem tego słowa pojęciu właśnie nie było; obowiązywała bowiem na podstawie ustawy z 2/15 czerwca 1903 r. indywidualna odpowiedzialność przedsiębiorcy za skutki wypadku przy pracy, zdarzającego się w jego przedsiębiorstwie. Kresy wschodnie posiadały wprawdzie, jako część b. Rosji (centralnej) przymusowe ubezpieczenie od wypadków na mocy ustawy z 10/23 marca 1912 r., jednak ubezpieczenie to z powodu wybuchu wojny europejskiej zostało zaledwie częściowo wprowadzone w życie, a jednak zakłady powołane do życia z mocy tej ustawy zostały szybko ewakuowane.

Taka różnorodność przepisów prawnych spowodowała konieczność choćby tymczasowego ich uregulowania. Na obszarach b. zaboru pruskiego pozostawiono więc nadal w mocy stare ustawy niemieckie. (Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy Niemieckiej z dn. 19 lipca 1911 r.), przystosowując jedynie organizację zakładów ubezpieczeniowych do naszych warunków politycznych i administracyjnych. W b. zaborze austrjackim ubezpieczenie wypadkowe przeprowadzał „Zakład ubezpieczenia od wypadków we Lwowie", opierający swą działalność na austrjackiej ustawie z dn. 28 grudnia 1887 r. Pozostała więc sprawa uregulowania tej kwestji w b. zaborze rosyjskim, gdzie

to ubezpieczenie nie istniało. Ponieważ system austrjacki oraz zasady organizacji Lwowskiego Zakładu Ubezpieczenia najbardziej odpowiadały stosunkom na tych obszarach państwa, przeto ustawę z dn. 30 stycznia 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148) wprowadzono na terenie b. zaboru rosyjskiego odnośną austrjacką ustawę, dostosowaną już do nowych warunków bytu państwowego, przyczem obowiązek przeprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia od wypadków na nowych obszarach został powierzony Zakładowi lwowskiemu. Poczynając przeto od 1.VII-1924 r. względnie 1. VII. 1925 (rozporządzenie wykonawcze z dn. 7. VI. 1924 r. Dz. U. R. P. Nr. 50 poz. 512 oraz rozporządzenie Dz. U. R. P. Nr. 70, poz. 492) obowiązują na obszarze województw centralnych, wschodnich i południowych jednolite przepisy prawne, regulujące przymusowe ubezpieczenie od wypadków przy pracy.

Kilkakrotne rozszerzenie terytorjalnego zakresu działania Zakładu ubezpieczenia od wypadków postawiło na porządku dziennym kwestję reorganizacji Zarządu Zakładu, który w chwili nałożenia na Zakład nowych obowiązków stał na jego czele, pos adał w swem gronie przedstawicieli przedsiębiorców i ubezpieczonych jedynie z województw południowych i do czasu rozwiązania go przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (styczeń 1927 r.) pełnił swe obowiązki w tym samym składzie osobowym.

Pominięcie w udziale administracji Zakładu przedstawicieli nowych obszarów, podlegających jego działaniu, wytworzyło stan anormalny tem więcej, że liczba ubezpieczonych i pracodawców z województw centralnych i wschodnich, zainteresowanych działalnością Zakładu, dwukrotnie przewyższa odpowiednie grupy społeczne dotychczasowego terenu działania Zakładu. Uzupełnienie zaś Zarządu reprezentantami tych województw, przeprowadzenie wyborów na podstawie obowiązującego statutu, doprowadziłyby do paradoksalnej cyfry przeszło 200 członków Zarządu, co oczywiście uniemożliwiłoby mu jakąkolwiek racjonalną i systematyczną pracę, jako organu zbyt licznego. Reforma zatem mogła być dokonana jedynie przez zmianę przepisów wyborów, przewidzianych w statucie Zakładu.

Z drugiej zaś strony scentralizowanie we Lwowie całkowitej działalności Zakładu przy tak szerokim terytorjalnym zakresie działania musiało z konieczności ujemnie wpłynąć na sprawność jego funkcjonowania. Ten stan rzeczy spowodował potrzebę decentralizacji działalności Zakładu przez utworzenie oddziałów uposażonych w odpowiednio szerokie kompetencje. Istotnie Zarząd Zakładu otworzył w połowie 1926 r. Oddziały w Warszawie, Krakowie i Łodzi; niestety jednak udzielił im zbyt szczupłego zakresu uprawnień, sprowadzających się jedynie do orzekania o obowiązku ubezpieczenia poszczególnych przedsiębiorstw i kwalifikowania tychże do odnośnych kategoryj klas niebezpieczeństwa oraz do przeprowadzenia w miejscu ich siedziby dochodzeń wypadkowych. Przyznawanie natomiast odszkodowań za wypadki i ich wypłata pozostała nadal w zakresie kompetencji centrali Zakładu, co spowodowało nadmiernie przewlekłe i często mechaniczne załatwianie tych spraw. Tak więc utworzenie oddziałów w drugim stopniu zawiodło pokładane w niem nadzieje, gdyż usprawniło działalność Zakładu jedynie w zakresie przeprowadzenia przymusowego ubezpieczenia poszczególnych przedsiębiorstw, natomiast nie wprowadziło żadnej prawie zmiany w dziedzinie przyjmowania świadczeń co przecież stanowiło najistotniejszą funkcję zakładów ubezpieczeniowych. Dodać przytem należy, iż utworzone oddziały są tylko filjami biura Zakładu a zainteresowane grupy społeczne będące członkami Zakładu ubezpieczenia nie mają na ich działalność żadnego wpływu.

Reorganizacja zatem Zakładu ubezpieczenia od wypadków polegająca na rozszerzaniu uprawnień oddziałów, przedewszystkiem w zakresie przyznania świadczeń, i dopuszczenia zainteresowanych sfer społeczeństwa do udziału w kierownictwie ich działalnością, wprowadzenie wreszcie proporcjonalnej do swego znaczenia reprezentacji poszczególnych obszarów, objętych działaniem odnośnych ustaw, do kierowniczych władz Zakładu — stały się kwestją palącą, która może być rozwiązana jedynie przez odpowiednie zmiany statutu Zakładu, podlegające zatwierdzeniu Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Względy natury lokalnej wpłynęły na to, że Zarząd Zakładu uchylał się od przeprowadzenia zmian w statucie w myśl powyższych wskazań co łącznie z innemi jeszcze okolicznościami skłoniło Ministra Pracy i Opieki Społecznej do rozwiązania Zarządu i mianowania zawiadowcy (Delegata Rządu) na podstawie uprawień ust. 1 par. 12 ustawy z dn. 21/12 1887 r. Dla zrealizowania celu, dla którego Ministerstwo zdecydowało się na rozwiązanie Zarządu, należało uposażyć Delegata Rządu w takie pełnomocnictwa, któreby go upoważniały do przeprowadzenia wyżej omówionych reform w duchu racjonalnej polityki ubezpieczeniowej. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 106, p. 910) nowelizuje par. 12 ustawy z roku 1887 w tym kierunku, że Delegatowi Rządu, powołanemu w razie rozwiązania Zarządu, przysługują wszelkie uprawnienia Zarządu z tem, że w sprawach podlegających w myśl przepisów statutu kompetencji Zarządu, winien wysłuchać opinji Rady Tymczasowej, reprezentującej, zainteresowany w ubezpieczeniu, czynnik społeczny oraz czynnik fachowy. Rada Tymczasowa składa się z 12 członków, z czego po 4 członków przypada na przedstawicieli pracowniczych związków zawodowych oraz związków pracodawców, 4 zaś na czynnik fachowy, znawców ubezpieczeniowych; jest ona surogatem organu, fachowego z wyboru i daje możność wpływu na bieg spraw Zakładu na okres sprawowania funkcji Delegata Rządu interesowanych ugrupowaniem społecznym.

Obejmując zakres działania Zarządu, Delegat Rządu jest uprawniony do przeprowadzenia, przy współudziale Rady Tymczasowej, potrzebnych zmian statutu, które w najważniejszych punktach zostały wyżej omówione. Oczywista, że przy przeprowadzeniu rewizji dotychczas obowiązującego statutu niewątpliwie ulegnie zmianie szereg przepisów, bądź przestarzałych, bądź z gruntu niesłusznych. Mowa tu przedewszystkiem o wpływie, jaki mogą wywierać przedsiębiorcy na przebieg wyborów w grupie ubezpieczonych, gdzie przedsiębiorcy oddaje się w ręce

zwołanie pierwszego (wstępnego) zebrania swych pracowników dla przeprowadzenia wyboru t. zw. męża zaufania, na którego ręce są wydawane przez Komisję Wyborczą karty głosowania. Nienormalną jest również rzeczą, by Komisja Wyborcza, złożona z członków ustępującego Zarządu, ostatecznie orzekała o przeprowadzeniu Wyborów. Należy w danym wypadku dać możność wnoszenia protestu przeciw wyborom do instancji wyższej, w danym razie do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Przypuszczać należy, że na podstawie uprawnień nadanych wspomnianym rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24.XI.1927 r., zostaną przeprowadzone możliwie szerokie zmiany racjonalne w strukturze Zakładu bardzo ogólnikowo zakreślonej przez ustawę z dn. 28 grudnia 1887 r. w wielu wypadkach już przestarzałej.

Drugą kwestją, która została ostatniemi czasy uregulowana, to sprawa Sądów rozjemczych dla spraw Zakładu ubezpieczenia od wypadków. W myśl § 38 ustawy z r. 1887 sądy rozjemcze powołane są do rozstrzygania sporów, wynikłych na gruncie odszkodowania za wypadki przy pracy, do których wymierzania obowiązany jest wspomniany Zakład. Do ostatniej nieomal chwili istniał jedyny Sąd tego rodzaju we Lwowie, który całkowicie wystarczał do czasu rozszerzenia mocy obowiązujących austrjackich ustaw na obszar b. zaboru rosyjskiego. Z chwilą jednak poważnego zwiększenia liczby ubezpieczonych, a tem samem powiększenia liczby poszkodowanych, istnienie jednego tylko Sądu okazało się niewystarczające. Przeładowanie pracą Sądu Lwowskiego z powodu bardzo wielu odwołań od orzeczeń Zakładu w sprawie sum już przyznanych, sprowadziło nazbyt długie oczekiwanie poszkodowanych na rozprawę sądową, niewątpliwie wywoływało narzekania na instytucję ubezpieczeniową. Pozatem dla uszkodzonych z odległych od Lwowa okolic było rzeczą niemal niemożliwą bronić swej sprawy bezpośrednio na rozprawie sądowej, gdyż koszta podróży do siedziby Sądu przewyższają w większości wypadków możliwości finansowe rencistów. Ażeby tym brakom zapobiec, należało stworzyć sieć Sądów rozjemczych w różnych ośrodkach terytorjum, objętego działalnością Zakładu. Już rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 28 maja 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94 poz. 749), wydane w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości i Ministerstwem Przemysłu i Handlu, w przewidywaniu rozszerzenia mocy obowiazującej ustaw austrjackich o ubezpieczeniu od wypadków na obszarze b. zaboru rosyjskiego,, przyjmuje zasadę, iż Sądy rozjemcze dla spraw Zakładu ubezpieczenia od wypadków będą tworzone dla każdego województwa; powoływanie zaś poszczególnych sądów powierzone zostało Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości. Pierwszym krokiem, mającym na celu stworzenie sieci tych sądów jest rozporządzenie z dn. 27 września 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 87, poz. 782), które powołuje do życia z dniem 1 stycznia 1928 r. nowe Sądy w Warszawie, Krakowie i Łodzi. Będą one rozpatrywały skargi, które wpłyną do nich po 1.I.1928 r., oraz te nierozpatrzone przed 1 stycznia 1928 r. przez Sąd lwowski sprawy, które na żądanie zainteresowanej w sporze strony skieruje do właściwego sądu Sąd lwowski. Dla określenia właściwości sądu jest istotną rzeczą miejsce zamieszkania skarżącego.

Utworzenie trzech nowych, obok istniejącego już we Lwowie, sądów rozjemczych, wpłynie niewątpliwie dodatnio na szybkość załatwiania spraw, a tem samem ugruntuje w sferach zainteresowanych zaufanie do ubezpieczenia społecznego.

Poza wyżej omówionemi kwestjami natury organizacyjnej, pozostaje jeszcze sprawa materjalnych przepisów ubezpieczeniowych. Przy wprowadzeniu ustaw austrjackich o ubezpieczeniu od wypadków na terenie b. zaboru rosyjskiego mocą ustawy z dnia 30.I.1924 r. intencją ustawodawcy było, między innemi, zlikwidowanie wszelkich spraw rentowych, powstałych na gruncie stosowania rosyjskiego prawodawstwa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy. Praktyczne jednak zastosowanie ustawy styczniowej wykazało szereg luk prawnych, które spowodowały, że pewne kategorje poszkodowanych znalazły się poza obrębem działania tej ustawy.

Usunięciem wspomnianych luk zajmuje się rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej (z mocą ustawy) z dn. 7.III.1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27), które oprócz przedłużenia terminu zgłaszania roszczeń o odszkodowanie z mocy ustawy z dn. 26 listopada 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 125, poz. 892), stwarza nowe przepisy, uzupełniające ustawę z 30.I.1924 r.

Ustawa z dn. 2.15 czerwca 1903 r., hołdując zasadzie prywatnej odpowiedzialności przedsiębiorcy za skutki wypadku przy pracy, stanowiła, że forma załatwiania spraw rentowych jest akt ugody, spisany u inspektora fabrycznego, górniczego (obecnie inspektora pracy); w razie zaś niedojścia do aktu ugody sprawa szła do sądów powszechnych. Otóż w momencie wprowadzenia, w miejsce rosyjskich przepisów, austrjackich ustaw o ubezpieczeniu od wypadków cały szereg osób nie miało swych spraw rentowych zakończonych, gdyż do aktu ugody nie doszło, a sprawa z kolei rzeczy znajdowała się w sądzie, względnie miała być tamże skierowana. Tu dopiero wyłoniła się trudność natury interpretacyjnej, gdyż niektóre sądy uznawały się niekompetentnemi w sprawach rentowych, interpretując sensu stricto postanowienie art. 3 ustawy z dn. 30.I.1924 r., który ustala, że rosyjskie przepisy tracą moc obowiązującą z chwilą zastosowania do poszczególnych kategorji przedsiębiorstw nowych przpisów austrjackich. Skierowane przez sądy do Zakładu ubezpieczenia od wypadków, osoby te spotykały się z odmową przejęcia wypłaty renty, gdyż Zakład domagał się od nich tytułów prawnych, stwierdzających uprawnienie do renty i jej wysokość (np. akt ugody, wyrok sądowy). W myśl § 4 wspomnianej ustawy Zakład obowiązany jest do przejęcia wypłaty rent „Zaległych i bieżących", a więc już wymienionych na podstawie norm rosyjskich; obowiązek takiego przejęcia nie dotyczył przeto rent jeszcze nie wymierzonych w chwili zastosowania nowych przepisów ubezpieczeniowych, a powstałych dopiero wtedy, gdy zainteresowane osoby przedłożyły tytuły prawne, uzyskane zgodnie z przepisami rosyjskiemi. Omawiane zatem osoby znalazły się w położeniu bez wyjścia; z jednej bowiem strony Zakład ubezpieczenia odmówił przeję-

cia wypłaty należnych im od przedsiębiorców rent, do wymierzenia ich nie będąc powołanym, z drugiej zaś strony sądy odmawiały rozpatrzenia tych spraw, nie uznając swej kompetencji w tych sprawach. Wspomniane już rozporządzenie Prezydenta z dnia 7.III r. b. reguluje sprawę w ten sposób, że do załatwienia spraw rentowych za wypadki, które zdarzyły się przed zastosowaniem nowych ustaw ubezpieczeniowych, miarodajne są stare przepisy rosyjskie; w ten sposób osoby te uzyskują możność otrzymywania tytułów prawnych, na podstawie których Zakład ubezpieczenia będzie obowiązany przejąć wpłatę należnych im rent. Ponieważ zaś w niektórych wypadkach zapadły już uprzednio decyzje sądów o ich niekompetencji, a osoby zainteresowane nie wniosły odwołań do sądów II instancji, przez co utraciły terminy, przeto rozporządzenie stanowi, że na żądanie strony podobne decyzje sądowe podlegną rewizji.

Sformułowanie §§ 3 i 4 ustawy z dnia 30.I.1924 r. dozwalało mniemać, że Zakład ubezpieczenia od wypadków obowiązany jest do przejęcia rent wymierzonych tylko na podstawie specjalnych przepisów o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, jak ustawa z 1903 r. i inne; natomiast renty, przyznawane poszkodowanym przez sądy na mocy ogólnych przepisów prawa cywilnego o wynagrodzeniu szkody, nie podlegałyby przejęciu przez Zakład. Takich rencistów jest na terenie b. zaboru rosyjskiego bardzo wielu, gdyż przed wprowadzeniem ustawy z 1903 r., ogólnie przepisy o wynagrodzeniu szkody były jedyną podstawą do uzyskania rent. Ta zatem kategorja rencistów pozostała nadal w tej sytuacji, że domagać się mogła rent wyłącznie od przedsiębiorcy, przez co narażeni byli na wszelkie ujemne skutki odpowiedzialności prywatnej przedsiębiorców. Zakład ubezpieczenia mógł przejąć wypłatę tych rent jedynie w charakterze dobrowolnego zastępcy przedsiębiorcy po uzyskaniu odeń hipotecznej gwarancji kapitałowego pokrycia renty. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z marca r. b. wyraźnie nakłada na Zakład ubezpieczenia od wypadków obowiązek przejęcia wypłaty i tej kategorji rent, przyczem będą miały odpowiednie zastosowanie art. 5 ustawy z 30.I.1924 r. o kapitałowem pokryciu rent przejętych.

Ostatnią wreszcie sprawą, uregulowaną przez omiawiane rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej, to sprawa osób, którym w myśl obowiązujących poprzednio rosyjskich przepisów o odszkodowaniu za wypadki przy pracy przysługiwało prawo do renty, które jednak nie mogą dochodzić swych praw z powodu zlikwidowania przedsiębiorstwa, do którego mają roszczenie, względnie z powodu ewakuacji instytucji ubezpieczeniowych, powołanych do życia na mocy usatwy z dnia 10/23 marca 1912 r. Ponieważ omawiane osoby w większości nie mają tytułów prawnych, uprawniających do renty, a uzyskanie ich jest w normalny sposób niemożliwe z wyżej wskazanych przyczyn, jak również ze względu na trudności, związane z ustaleniem ich uprawnień od odszkodowania należało zastosować postępowanie specjalne, które w pierwszym rzędzie pozwoliłyby na stwierdzenie prawa do świadczeń ubezpieczeniowych i ich wysokości. Rozporządzenie stanowi, iż do omawianej kategorji osób będą miały odpowiednie zastosowanie przepisy ustawy z dn. 26 listopada 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 125 poz. 892), która, przyznając prawo do świadczeń osobom poszkodowanym w przedsiębiorstwach okupacyjnych lub na wychodźtwie w Rosji, przewiduje specjalne postępowanie, zmierzające do ustalenia uprawnień tych osób. Mocą rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 15 lutego 1926 r., wydanego w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu i Ministrem Spraw Wewnętrznych (Dz. U. R. P. Nr. 21, poz. 128), utworzone zostały dla tych osób (poszkodowanych w czasie okupacji lub na wychodźtwie), komisje specjalne, mające stwierdzić prawo do świadczeń i ustalić ich wysokość. Orzeczenia tych komisji będą również miarodajne dla omawianej kategorji spraw.

Tak więc rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7 marca 1928 r. wyczerpuje wszystkie kwestje, pozostałe jeszcze po dawniejszych przepisach rosyjskich o odszkodowaniu za wypadki przy pracy oraz, co najważniejsze, skupi wszystkie sprawy rentowe w ręku instytucji publicznej — Zakładzie ubezpieczenia od wypadków.

PATRYCY DZIURZYŃSKI.

ROZWÓJ UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY W POLSCE.

Już w pierwszych miesiącach niepodległości, bo w końcu roku 1918, zmuszony był Rząd Polski wobec niemożności zatrudnienia rzeszy pozostającej bez pracy wprowadzić wypłatę zapomóg na koszt Państwa, co niewiele przedtem uczyniła również Rzesza Niemiecka (13.XI.1918) i Austrja (16.XI.1918). Akcja ta miała na celu przyjście z pomocą pozostającym bez pracy i niedopuszczenie do objawów niezadowolenia. Sprawę wypłat tych zapomóg uregulowała ustawa z dnia 4 listopada 1919 r., która jednak z powodu dewaluacji pieniądza i zaniku bezrobocia straciła wkrótce praktyczne znaczenie.

Dalszą fazą rozwoju jest Ustawa z dnia 18 lipca 1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, wprowadzająca przymus ubezpieczenia robotników pewnych kategoryj przedsiębiorstw. Ustawę tę opracowywano w chwili, kiedy usiłowano wejść na drogę równowagi budżetowej, celem jej więc było przerzucić przedewszystkiem ciężary ubezpieczenia również na pracodawców i ubezpieczonych. Interesy robotników uwzględniono w małej mierze, nie chcąc dopuścić do powstania niedoborów Funduszu Bezrobocia.

Ustawę tę można więc uważać tylko za przej-

ściową, tembardziej, że M. P. i O. S. przebudowywa obecnie całokształt ubezpieczeń społecznych. Weszło już nawet w życie Rozporządzenie z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, regulując również w sposób korzystniejszy i ubezpieczenie na wypadek braku pracy pracowników umysłowych, na których uprzednio Ustawą z dnia 18 października 1925 r. rozciągnięto działanie ustawy zabezpieczeniowej.

Oczywiście na podstawie kilkoletniego doświadczenia, jak też ustawodawstwa w innych Państwach, można wyciągnąć pewne wnioski, w jakim kierunku ma iść rozwój ubezpieczenia na wypadek braku pracy, co w stosunku do kilku zagadnień jest przedmiotem tego artykułu.

STOSUNEK DO POŚREDNICTWA PRACY.

Ogólne kierownictwo nad działalnością Funduszu Bezrobocia należy do Zarządu Głównego, centralnym zaś organem wykonawczym jest Dyrekcja. Organami miejscowemi są Zarządy Obwodowe, przy których znajdują się Biura Obwodowe. Na czele Zarządu Głównego stoi przewodniczący, względnie zastępca, mianowany przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, na czele zaś Zarządów Obwodowych Kierownicy P. U. P. P. (Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy). Początkowo Zarządy Obwodowe obejmowały teren jednego P. U. P. P., od 22 grudnia 1925 r. mogą obejmować teren kilku P. U. P. P. W chwili obecnej znajduje się na terenie całego Państwa 27 Zarządów Obwodowych i istnieje dalsza dążność ograniczenia ich do liczby województw. Na podstawie rozp. M. P. i O. S. z dnia 2 września 1924 r. Fundusz Bezrobocia pokrywa wydatki P. U. P. P., dokonywane na rzecz Funduszu Bezrobocia, wypłaca pracownikom P. U. P. P. dodatkowe wynagrodzenia za pracę w godzinach pozabiurowych, lub przydziela do nich własnych pracowników. I tak wydatki Funduszu Bezrobocia z tego tytułu wynosiły w roku 1927 zł. 701.247,20. Organizacja więc Funduszu Bezrobocia stoi w ścisłej łączności z Państwowemi Urzędami Pośrednictwa Pracy.

Wogóle pośrednictwo pracy w obecnym swym zakresie jest wynikiem wprowadzenia wypłat zapomóg doraźnych, lub zasiłków ustawowych dla tych bezrobotnych, którym Państwo, gminy, czy związki zawodowe, nie są w stanie dostarczyć pracy. Najważniejszym sposobem zwalczania bezrobocia jest w pierwszym rzędzie pośrednictwo pracy i z tego względu konieczna jest najściślejsza łączność z ubezpieczeniem na wypadek braku pracy.

Organizacja P. U. P. P. opiera się na Dekrecie z dnia 27 stycznia 1919 roku, względnie na Dekrecie Komisarjatu Rady Ludowej w Poznaniu z dnia 6 lipca 1919 r., a na terenie Górnego Śląska na odnośnych ustawach niemieckich, tworzących Komunalne Urzędy Pośrednictwa Pracy. Przy P. U. P. P. przewidziane są, jako czynnik społeczny, parytetowe komisje doradcze, złożone po połowie z przedstawicieli i pracowników i pracodawców. Uprawnienia tych Komisyj określa rozp. M. P. i O. S. z dnia 19 grudnia 1923 r., z którego wynika, że komisje nie mogą wywierać większego wpływu na działalność P. U. P. P.

W Anglji już ustawa z roku 1911, pierwsza wprowadzająca przymus ubezpieczenia na wypadek braku pracy, zespoliła ściśle organizację ubezpieczenia z pośrednictwem pracy. Rzesza Niemiecka również wkroczyła na tę drogę, tworząc na podstawie ustawy z dnia 16 lipca 1927 r. Państwowy Zakład pośrednictwa pracy i ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Austrja opiera działalność ubezpieczenia na społecznych biurach pośrednictwa pracy, należących do związków zawodowych, którym okręgowe komisje przemysłowe, jako organ ubezpieczenia, mogą powierzyć funkcję urzędu ubezpieczenia, przyczem 5% kosztów administracyjnych tych biur pokrywa ubezpieczenie, a na resztę mogą być ustalone składki analogiczne do składek ubezpieczenia.

Ścisłe więc połączenie w jedną instytucję pośrednictwa pracy i ubezpieczenia na wypadek braku pracy jest naturalną linją rozwoju tak w Polsce, jak i zagranicą. By organa ubezpieczenia mogły spełnić swe zadania, winny mieć decydujący wpływ na pośrednictwo pracy, które również niewątpliwie zyska na tem ze względu na wprowadzenie do niego czynników społecznych.

UPRAWNIENIA ORGANÓW MIEJSCOWYCH.

Organizacja Funduszu Bezrobocia jest ściśle scentralizowana. Wprawdzie art. 20 Ustawy, jak i rozp. M. P. i O. S. z dnia 2 września 1924 r. przyznają pewne uprawnienia miejscowym organom, jednak uzależniają to w dużej mierze od decyzji Zarządu Głównego. Taki system mógł najłatwiej wypełnić cele, jakie postawił ustawodawca Funduszowi Bezrobocia, a mianowicie sprawną wypłatę zasiłków i ściąganie składek na pokrycie wydatków przy stosunkowo niedużej ilości i to największych przedsiębiorstw, albowiem centralne kierownictwo może najprędzej i najsprawniej zorganizować na całym terenie jednolity aparat w celu wykonania ustawy.

Usuwanie jednak na dalszy plan miejscowych organów ubezpieczenia sprzeczne jest z zasadami i celami ubezpieczeń społecznych. Wprawdzie Zarządy Obwodowe F. B. obejmują większe tereny, niż Kasy Chorych i nie mają samorządu w tak dużym zakresie, jak Kasy Chorych, jednak na poszczególnych terenach, bezrobocie posiada specyficzne warunki i o ile zamierza się w pierwszym rzędzie usuwać przyczyny bezrobocia, a nietylko wypłacać zasiłki, to należy miejscowym organom przyznać znaczne uprawnienia, a tem samem i obowiązki.

W tym duchu idzie ustawodawstwo niemieckie, regulujące szczegółowo prawa i obowiązki miejscowych organów: Krajowych Urzędów Pracy i Urzędów Pracy, jak też ustawodawstwo austrjackie, stwarzające tylko lokalne organa: Okręgowe Komisje Przemysłowe, podległe bezpośrednio Ministerstwu dla Administracji społecznej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA.

Zasadniczo podlegają obowiązkowi ubezpieczenia w Funduszu Bezrobocia robotnicy, ponad 18 lat, zakładów pracy, prowadzonych w sposób przemysłowy, choćby na zysk nieobliczonych, o ile te zakłady zatrudniają ponad 5-ciu robotników i pracowników

umysłowych łącznie, przyczem rozp. M. P. i O. S. z dnia 27 października 1924 r. wyłącza pewne kategorje przedsiębiorstw, czynnych krócej, niż 6 miesięcy w roku. Rozp. M. P. i O. S. z dnia 11 marca 1925 r. określa nadto, jakie kategorje robotników państwowych i samorządowych podlegają obowiązkowi ubezpieczenia.

Ustawa zabezpieczeniowa reguluje odmiennie zakres ubezpieczonych, niż np. ustawa o Kasach Chorych, stąd cały szereg niejasności i interpretacyj. Liczba ubezpieczonych wynosiła na 1-go stycznia 1928 r. 866.401 osób, gdy Kasy Chorych ubezpieczały w tym samym terminie 1.990.045 osób, nie licząc Górnego Śląska, gdzie liczba ubezpieczonych bez 45 kas górniczych, skupiających większość robotników, liczyła 125.214 osób; w każdym więc razie liczba ubezpieczonych robotników w Kasach Chorych, po wyłączeniu pracowników umysłowych, wynosi ponad 2.000.000 osób.

Jako przyczyny wyłączenia małych przedsiębiorstw wysuwano trudności przy kontroli tych zakładów pracy, a tem samem stosunkowo większe wypłaty zasiłków dla pozostających bez pracy, niż wpływy składek. Małoletnich zaś, niżej 18-stu lat uważano również za element trudny do kontroli, a przedewszystkiem bardziej narażony na ryzyko bezrobocia; liczba tych małoletnich w przedsiębiorstwach podlegających obecnie działaniu ustawy wynosi 114.391 osób.

Tymczasem w Anglji ubezpieczeni są zasadniczo wszyscy najemnicy w wieku ponad lat 16, w Austrji zakres ubezpieczenia pokrywa się z ubezpieczeniem w Kasach Chorych, to samo z małą zmianą i w Niemczech; oczywiście wszędzie są przewidziane zwolnienia, zwłaszcza w stosunku do gospodarstw rolnych i leśnych.

Obecnie zniknęły te przyczyny, dla których ustawa z dnia 18 lipca 1924 r. objęła stosunkowo szczupły zakres ubezpieczonych i nic nie stoi na przeszkodzie, by zakres ubezpieczenia znacznie rozszerzyć, tembardziej, że Rozporządzenie z dnia 24 listopada 1927 r. ubezpieczyło na wypadek braku pracy wszystkich pracowników umysłowych. Postulat scalania ubezpieczeń społecznych wymaga, by te same zagadnienia w taki sam sposób regulować, zakres więc ubezpieczenia winno oprzeć się na zakresie Kas Chorych.

ŚWIADCZENIA.

Ubezpieczeni, którzy opłacili conajmniej 20 składek tygodniowych w ostatnich 12-tu miesiącach, mają prawo: do zasiłków na wypadek braku pracy, do zasiłków dla częściowo bezrobotnych, za zgodą Ministra P. i O. S., o ile ich zarobek tygodniowy nie przekracza zarobku za pełne trzy dni pracy, oraz do zwrotów kosztów podróży na nowe miejsce zatrudnienia.

Zasiłki wynoszą w zależności od stanu rodzinnego od 30 do 50% ostatnich zarobków, przyczem sumy dziennego zarobku ponad zł. 6.60 nie bierze się pod uwagę. Prawo do pobierania zasiłków zaczyna się po 10 dniach od chwili zgłoszenia roszczenia w P. U. P. P. i trwa w ciągu 13, względnie 17 tygodni.

W porównaniu z zagranicą, zasiłki w Polsce są skromne. I tak: w Angli zasiłki wynoszą tygodniowo: dla mężczyzn sh. 15 (zł. 32.60), dla kobiet sh. 12 (zł. 26.10), dodatek na żonę sh. 5 (zł. 10.87), na dziecko sh. 1 (zł. 2.17). W Niemczech oblicza się zasiłek według podstawy wymiaru, ustalonej na podstawie rzeczywistych zarobków; grupa najniższa otrzymuje 75% od mk. n. 8, a najwyższa 35% od mk. n. 63, zasiłek więc tygodniowy waha się od zł. 12.90 do zł. 45.25. Dodatki rodzinne wynoszą 5% podstawy wymiaru, przyczem w grupie najniższej nie mogą być wyższe razem z zasiłkiem zasadniczym ponad 80%, a w grupie najwyższej ponad 60% podstawy wymiaru. Czas wyczekiwania wynosi: w Anglji 3 dni, w Niemczech 6 dni, a w Austrji 7 dni. Okres zasiłkowy wynosi w Anglji nawet ponad 1 rok, w czasie niepomyślnej konjunktury na rynku pracy, w Niemczech 26, względnie 39 tyg., w Austrji 12, wzgl. 30 tygodni.

Przyczyną takiego sposobu załatwienia wysokości zasiłków była obawa o niedobory Funduszu Bezrobocia. Ministerstwo P. i O. S. uznając niedostateczność akcji ustawowej w obecnych rozmiarach wprowadziło dla złagodzenia stosunkowo krótkiego okresu zasiłkowego, Państwową akcję doraźną dla pozostających bez pracy, którzy wyczerpali zasiłki ustawowe.

Przewidywania te, którym dał wyraz referent tej ustawy w Sejmie p. Puchałka w art. „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" (r. 1927 Nr. 3) okazały się nierealne. Wyniki 2 ostatnich lat są następujące:

ROK	Dochody	Wypłaty zasiłków	Nadwyżka
1926	25.277.887.87	18.864.368.75	4.407.079.43
1927	40.996.103,01	16.055.170,97	21.396.798,90

Przyczyną tak dużego wzrostu dochodów w roku 1927 było w pewnej mierze podwyższenie najwyższej normy zarobku, stanowiącej podstawę wymiaru składek, od 6 grudnia 1926 r. ze złotych 5. — do 6.60, w głównej jednak mierze skrupulatna kontrola przedsiębiorstw i pociąganie do przymusowej rejestracji, czego dowodem wzrost ubezpieczonych z 789.106 w d. 1 stycznia 1927, na 866.401 w d. 1 stycznia 1928 r., nadto dodatkowe obciążenia zarejestrowanych przedsiębiorstw na podstawie wyników kontroli i naliczenie odsetek, które wzrosły ze złotych 1.365.252,52 w roku 1926, na zł. 2.627.431,74 w roku 1927. Powyższe wyniki dowodzą, że Fundusz Bezrobocia wrazie skrupulatnej kontroli składek ma ugruntowane podstawy finansowe. Skutkiem tych nadwyżek może być tylko wydatne powiększenie zasiłków do wysokości rzeczywiście wystarczającej na utrzymanie bezrobotnego. Tembardziej jest to konieczne, że art. 9 ust. przewiduje na wypadek zgromadzenia rezerw w wysokości 50% rocznych składek przedsiębiorstw, to obecnie ma miejsce, obowiązek obniżenia składek do rozmiaru bezrobocia, lub powiększenia świadczeń. Wobec tego, że składki nie przewyższają skali innych państw, a zasiłki są bezwzględnie niższe, może być mowa tylko o podwyższeniu świadczeń.

Dotychczas zasiłki na wypadek choroby są wyższe, co jest powodem starania się bezrobotnych o nie, dlatego też zrównanie wysokości zasiłków na wypadek braku pracy i na wypadek choroby byłoby celowe.

Wypłata zasiłków dla częściowo bezrobotnych nie miała dotychczas poza Górnym Śląskiem miejsca. Chcąc więc, by zasiłki te miały praktyczne znaczenie, trzeba warunki stosowania znacznie złagodzić.

Ustawa z dnia 18 lipca 1924 r. nie przewiduje obowiązku ubezpieczenia bezrobotnych na wypadek choroby, wprowadzenie jednak tej zasady w stosunku do pracowników umysłowych, przesądza pomyślne załatwienie również w stosunku do robotników, co zresztą stosuje się zarówno w Niemczech, jak i w Austrji.

Oczywiście, wypłata zasiłków leczy skutki samego bezrobocia i jest złem koniecznem, gdyż pieniądze wydane w tym celu przepadają bezprodukcyjnie dla państwa. Z tego to względu obecnie, gdy bezrobocie straciło charakter żywiołowej klęski, jest pora wziąć się do usuwania samych przyczyn braku pracy.

Ustawa niemiecka z r. 1927 wkroczyła również na tę drogę, pozwalając wypłacać dodatki rodzinne dla zajętych poza miejscem zamieszkania, dodatki dla pracujących w innym zawodzie i t. p. Najważniejszym jednak środkiem jest wydawanie pożyczek, lub dodatków do zarobków, przedsiębiorstwom podejmującym roboty dla zatrudnienia pozostających bez pracy.

Powyższe sposoby nie wyczerpują środków usuwania przyczyn braku pracy. Miejscowe tedy organa ubezpieczeń winny otrzymać możność stosowania metod w zależności od warunków terenowych i swego uznania.

ŚCIĄGANIE SKŁADEK.

Wydatki Funduszu Bezrobocia pokrywa się ze składek pracodawców i ubezpieczonych oraz dopłaty Skarbu Państwa. Ponoszenie ciężaru ubezpieczenia i przez Państwo jest słuszne, albowiem od jego polityki gospodarczej zależy w dużej mierze rozmiar bezrobocia. Ten system stosuje Anglja i Austrja, tylko Niemcy przerzuciły ciężar ubezpieczenia wyłącznie na pracodawców i ubezpieczonych.

Funkcje, związane ze ściąganiem składek, dokonywa Fundusz Bezrobocia we własnym zakresie, odmiennie niż zagranicą. W Anglji bowiem i Włoszech uiszczanie składek odbywa się przez wklejanie specjalnych marek do książek robotniczych. Austrja zaś i Niemcy przekazały te funkcje całkowicie Kasom Chorych. Wogóle przejawia się w Niemczech dążność do ściągania składek, należnych wszystkim ubezpieczeniom społecznym, przez jedną instytucję. I tak § 1447 kodeksu ubezpieczeniowego przewiduje, że składki ubezpieczenia inwalidzkiego, które uiszcza się obecnie przez wklejanie marek, mogą być ściągane przez Kasy Chorych, albo też przez miejscowe biura inkasowe (Hebestellen), które również mogą ściągnąć zgodnie z § 1450 i składki Kas Chorych.

Polska poszła inną drogą, choćby tylko z tego względu, że w chwili uchwalania ustawy nie było jeszcze na terenie b. zaboru rosyjskiego należycie zorganizowanych Kas Chorych. Oczywiście, w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia liczba przedsiębiorstw, poddanych działaniu ustawy kilkakrotnie wzrośnie i w tym samym stosunku będzie konieczne powiększenie liczby pracowników, zajętych przy ściąganiu składek. W chwili obecnej Fundusz Bezrobocia ma zarejestrowanych około 24.000 przedsiębiorstw, gdy tylko jedna Kasa Chorych na m. st. Warszawę prowadziła na 1 stycznia 1927 r. 18.500 dużych kont, nie licząc kont służby domowej, niestale zatrudnionych i dobrowolnie ubezpieczonych. Stwarzanie więc drugiego dużego aparatu, obok Kas Chorych, jest zbyteczne i kosztowne, wskazane jest więc powierzyć te funkcje Kasom Chorych, które natychmiast po ściągnięciu przekazywać będą składki organom ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Oprócz tego Kasy Chorych musiałyby prowadzić wszelkie potrzebne dane statystyczne i w ustalonych terminach przesyłać Zarządom Obwodowym F. B. Powyższe miejscowe organa powinny otrzymać prawo kontroli Kas Chorych w pewnym kierunku i gwarancję uwzględnienia ich postulatów.

PRZYZNAWANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ.

Przyznawanie zasiłków odbywa się zasadniczo przez Zarządy Obwodowe F. B. W sprawach zasiłków ubezpieczeni mają prawo odwołać się do Komisji Odwoławczej (art. 31), której decyzje może skasować Minister P. i O. S. na wniosek Zarządu Głównego. Spory zaś o obowiązek ubezpieczenia i składki rozstrzygają organa ubezpieczenia, przyczem rozstrzygnięcie Zarządu Głównego może być zaskarżone do Najwyższego Trybunału Administracyjnego. To załatwienie należy uważać za tymczasowe, gdyż odmiennie uregulowane jest niż w Kasach Chorych i w Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Sprawa drogi prawnej ubezpieczenia na wypadek braku pracy łączy się z innemi ubezpieczeniami i była omawiana szczegółowo w „Przeglądzie Ub. Społ." (Nr. 5 z r. 1928).

Wypłatę zasiłków uskutecznia się zasadniczo za pośrednictwem instytucyj zastępczych: gmin wiejskich i miejskich, czasami Kas Chorych. Prowizja z tego tytułu wynosiła w roku 1926 zł. 1.155.511,66, w roku 1927 — 1.271.157, w których to sumach mieściły się również drobne należności za inkaso składek.

Polska przestrzega więc zasady, że kto inny przyznaje zasiłki, a kto inny wypłaca. W ten sam sposób postąpiła i Austrja, gdzie zasiłki wypłacają na terenie Wiednia — Kasy miejskie, pozatem Kasy skarbowe, a gdzie ich niema — Urzędy Gminne.

Najprostszym zarządzeniem, zmierzającym nadto do scalenia ubezpieczeń, jest powierzenie wypłat Kasom Chorych. Jednak przemawiają przeciwko temu poważne argumenty. Bezrobotni są elementem niespokojnym, w czasie więc nasilenia bezrobocia, a zwłaszcza demonstracji, wypłata zasiłków musiałaby zbytnio absorbować Kasy Chorych i wpływać ujemnie na inne działy pracy. Ze swego przeznaczenia bardziej mogą sprostać temu zadaniu gminy miejskie i wiejskie, które i tak mają ciągłą styczność z bezrobotnymi, tembardziej, że współpraca tych urzędów z organami ubezpieczenia na wypadek braku pracy jest konieczna. Dotychczas gminy otrzymywały prowizję za swe czynności zastępcze, jednak wskazane jest i na nie przerzucić, choć w części ciężar ubezpieczenia, gdyż od nich również zależy rozmiar bezrobocia i powierzyć im wykonywanie tych czynności ustawowo bez prowizji *).

*) Z tym poglądem autora nie zgadzamy się. — **Red.**

Reasumując powyższe uwagi, dochodzi się do wniosku, że nowelizacja ustawy winna iść w następujących kierunkach:

a) ścisłego połączenia z pośrednictwem pracy,

b) zapewnienia miejscowym organom znacznych uprawnień;

c) rozszerzenia zakresu ubezpieczenia zasadniczo na wszystkich ubezpieczonych w Kasach Chorych;

d) rozszerzenia świadczeń, zwłaszcza na usuwanie przyczyn braku pracy i podwyższenia zasiłków,

e) powierzenie Kasom Chorych ściągania składek, oraz stworzenie wspólnych organów sądowych,

f) powierzenie gminom wiejskim i miejskim wypłat zasiłków bez prowizji.

WYROK NAJWYŻSZEGO TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO

w sprawie odszkodowania Przewodniczącego Zarządu K. Ch. (art. 70. ust. z dn. 19.V.1920).

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie Przewodniczącego Sędziego: dr. Rappego i Sędziów: dr. Bernaczka, dr. Rybarzewskiego, dr. Cwojdzińskiego, Chrzczonowicza, tudzież przy udziale członka Sekretarjatu Prawniczego Łypacewicza jako protokólanta, w sprawie skargi Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w N., na orzeczenie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 lipca 1926 r. L. 3237 w przedmiocie wysokości odszkodowania dla przewodniczącego zarządu, po przeprowadzonej dnia 3 lutego 1928 r. rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego - referenta, jako też wywodów zastępcy pozwanej władzy oddala skargę jako nieuzasadnioną.

POWODY.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie orzeczeniem z dnia 25 maja 1926 r. L. 4200 unieważnił uchwałę Rady Powiatowej Kasy Chorych w N. powziętą na posiedzeniu w dniu 25 kwietnia 1926 r. w sprawie przyznania Przewodniczącemu Zarządu Kasy odszkodowania w wysokości ½ ustawowej XIV grupy zarobkowej t. j. po 6.25 zł. dziennie ze stratą czasu połączonego z uszczerbkiem dla jego zarobku, jako sprzeczną z postanowieniem § 106 statutu Kasy Chorych.

Wniesionego przeciwko temu orzeczeniu rekursu Kasy Chorych w N. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Główny Urząd Ubezpieczeń) orzeczeniem z dnia 9 lipca 1926 r. L. 3237 nie uwzględniło i zatwierdziło decyzję Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, podnosząc w uzasadnieniu, że brzmienie § 106 statutu Powiatowej Kasy Chorych nie uzasadnia powyższej uchwały Rady Kasy, wobec czego uchwała ta jako sprzeczna ze statutem musiała być unieważnioną.

Na to orzeczenie wniósł Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w N. Skargę do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który rozważył co następuje:

Art. 70 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 postanawia, że członkowie Kasy Chorych mają prawo do odszkodowania pieniężnego za czas, poświęcony sprawom Kasy z uszczerbkiem dla ich zarobku oraz do zwrotu poniesionych rzeczywiście wydatków i głosi, że normy odszkodowania ustanawia Rada Kasy w ramach statutu.

§ 106 statutu Powiatowej Kasy Chorych w N. zawiera postanowienie, że wysokość odszkodowania (za czas poświęcony sprawom Kasy) nie może przekraczać dla członków miejscowych 50%, dla zamiejscowych 75% przeciętnej dziennej płacy ustawowej z grup określonych § 19 statutu.

Według § 19 statutu, który jest powtórzeniem części art. 20 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 z uwzględnieniem przerachowania kwot pieniężnych według rozporządzenia Ministra Skarbu z 30 czerwca 1924 r. Dz. U. p. 591, dzieli się ubezpieczonych stosownie do ich zarobku na 14 grup zarobkowych. Dla każdej grupy ustalona jest wysokość zarobku (dziennego, tygodniowego miesięcznego) i odpowiadająca temu zarobkowi dzienna płaca ustawowa, miarodajna dla określenia wysokości zasiłków pieniężnych i składek (art. 19 ustawy z dn. 19 maja 1920 r.) I tak zarabiający dziennie np. ponad 3 do 4 zł. zalicza się do VI grupy zarobkowej, dla której ustawowa płaca ustaloną jest na 3,50 zł. dziennie. Do XIV grupy zarobkowej zalicza się zarabiających dziennie ponad 12,50 zł. ustawowa płaca tej grupy wynosi dziennie 12,50 zł.

Rada Powiatowej Kasy Chorych w N. uchwaliła dla Przewodniczącego Zarządu Kasy odszkodowanie w wysokości 50% płacy ustawowej XIV grupy zarobkowej. Pozwana władza — jak to wynika z zatwierdzonego przez nią orzeczenia Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń z dn. 25 maja 1926 r. i z odpowiedzi na skargę dopatruje się w tej uchwale sprzeczności z § 106 statutu, gdyż zdaniem jej za podstawę dla przyznania odszkodowania ma służyć przeciętna wszystkich 14 płac ustawowych, ustalonych w § 19 statutu, a więc 78,50 zł. (suma wszystkich 14 płac ustawowych): 14=5,50 gr. (w zaokrągleniu), z czego 50% czyli 2 zł. 80 gr. stanowi granicę, poza którą Rada Kasy przy uchwalaniu odszkodowania dla miejscowych członków Zarządu wyjść nie może.

Skarżący Zarząd Kasy Chorych jest natomiast zapatrywania, że postanowienie § 106 statutu „50% przeciętnej płacy dziennej ustawowej z grup określonych § 19 statutu" oznacza 50% dziennej płacy ustawowej jednej z grup zarobkowych § 19 statutu, do których dany członek zarządu z grupy ubezpieczonych jest zaliczony względnie z grupy pracodawców analogicznie winien być zaliczony, gdyż określona w § 19 statutu dzienna płaca ustawowa jest już przeciętnym dziennym zarobkiem, który przy ustalaniu wysokości odszkodowania z natury rzeczy winien być uwzględniony.

Najwyższy Trybunał Administracyjny przychylił się do zapatrywania pozwanej władzy.

Albowiem już samo brzmienie § 106 statutu nie daje podstawy do wykładni przedstawionej w skardze. Wprawdzie słusznem jest twierdzenie skargi, że ustalona w § 19 statutu dla poszczególnych grup zarobkowych dzienna płaca ustawowa jest przeciętnym dziennym zarobkiem ubezpieczonych danej grupy, jednak właśnie ten przeciętny zarobek nazywa ustawa z dn. 19 maja 1920 r. w art. 19 dzienną płacą ustawową z czego wynika, że wyrażenie użyte w § 106 statutu „przeciętna dzienna płaca ustawowa" użyte zostało dla oznaczenia innej wielkości, a nie dziennych płac ustawowych, ustalonych w § 19 statutu, względnie w art. 20 ustawy, a tą wielkością może być pojęciowo tylko przeciętna wszystkich płac ustawowych grup zarobkowych określonych w § 19 statutu.

Za taką interpretacją § 106 statutu przemawia również i podniesiona w skardze okoliczność, że członkowie Zarządu Kasy Chorych wybierani są z grupy ubezpieczonych i z grupy pracodawców (art. 68 ustawy). Gdyby bowiem nawet przyjąć, że dla wysokości odszkodowania „za czas poświęcony sprawom Kasy z uszczerbkiem dla zarobku" członków Zarządu z grupy ubezpieczonych mogłaby służyć za podstawę dzienna płaca ustawowa tej grupy zarobkowej, do której dany członek jest zaliczony, to norma ta nie mogłaby być, wbrew zapatrywaniu skargi, już ze względów słuszności analogicznie stosowana do członków Zarządu z grupy pracodawców, gdyż dzienne płace ustawowe określone w art. 20 ustawy (§ 19 statutu) są przeciętnym dziennym zarobkiem ubezpieczonych pracowników, a nie pracodawców, których zarobek z natury rzeczy przewyższa zarobek ubezpieczonego pracownika i usuwa się z pod kontroli władz Kasy Chorych.

Uznać zatem należy, że § 106 statutu ustanawia jedną wspólną granicę dla wysokości dopuszczalnego odszkodowania dla wszystkich członków zarządu tak z grupy ubezpieczonych jak i grupy pracodawców bez względu na wysokość ich zarobku, a tę granicę stanowi 50%, względnie 75% sumy, będącej przeciętną wszystkich dziennych płac ustawowych określonych w § 19 statutu, zwłaszcza, że według art. 68 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. członkowie Zarządu sprawują swój urząd bezpłatnie, jako urząd honorowy.

Twierdzenie skargi, że przy takiej wykładni § 106 statutu odszkodowania dla każdego członka zarządu musiałoby być zawsze jednakowe, nie jest trafne, gdyż ustalenie wysokości odszkodowania w każdym konkretnym wypadku z ewentualnem uwzględnieniem zarobku danego członka Zarządu pozostawione jest uznaniu Rady Kasy Chorych, a tylko nie może przekraczać granicy zakreślonej bezwzględnie w § 106 statutu.

A ponieważ Rada Kasy Chorych w N. uchwałą z dn. 25 kwietnia 1926 r. przyznała przewodniczącemu Zarządu odszkodowanie w wysokości przewyższającej bezspornie powyższą granicę, zakreśloną w § 106 statutu, przekroczyła ona tę uchwałę swe statutowe i ustawowe uprawnienia, wobec czego Urząd Ubezpieczeń, jako władza nadzorcza, powołana na zasadzie art. 100 p. a) ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 do czuwania nad przestrzeganiem przez Kasy Chorych ustawy i statutów, był niewątpliwie uprawniony do wkroczenia z urzędu.

Powoływanie się skargi na postanowienie art. 100 p. d) ustawy z dn. 19 maja 1920 r. według którego Urząd Ubezpieczeń jest tylko w sprawach przewidzianych w art. 76 i 84 tejże ustawy instancją apelacyjną i kasacyjną nie jest trafne, gdyż przepis ten dotyczy tylko kompetencji Urzędu Ubezpieczeń jako instancji II dla skarg przeciw wyszczególnionym w art. 76 i 84 ustawy orzeczeniom Zarządu Kasy Chorych i Komisji Pojednawczej, wydanym w I-ej instancji, nie zaś uprawnień Urzędu Ubezpieczeń jako władzy nadzorczej w sprawach, jak niniejsza, należących do zakresu działania Rady Kasy Chorych.

Wreszcie zarzut skargi, że Urząd Ubezpieczeń winien był powyższą uchwałę Rady Kasy unieważnić tylko w części dotyczącej wysokości odszkodowania, nie zaś także w części, zawierającej zasadnicze przyznanie odszkodowania, nie jest uzasadniony, albowiem zasadniczo zostało przyznane odszkodowanie członkom władz Kasy w art. 70 ustawy względnie w § 106 statutu Kasy, a tylko ustalenie wysokości tych odszkodowań należy według § 93 p. 8 statutu do Rady Kasy, to tylko ustalenie jest zatem istotną treścią tego rodzaju uchwał Rady Kasy, wobec czego unieważnienie uchwały, jak niniejsza, przyznającej członkowi Zarządu odszkodowanie w pewnej wysokości, nie narusza zasadniczego prawa danego członka, do przysługującego mu z mocy art. 70 ustawy i § 106 statutu odszkodowania.

Skargę należało zatem oddalić jako nieuzasadnioną. (L. Rej, 3895/26).

Z DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W AUSTRALJI

Zabezpieczenie macierzyństwa. Za każdy poród żywego lub donoszonego nieżywego dziecka otrzymuje matka 5 f. szt. (blisko 220 zł.) bez względu na stan majątkowy lub dochody. Zasiłki te pokrywa Skarb Państwa. W okresie rocznym od 1 lipca 1925 r. do 30 czerwca 1926 r. wypłacono takich zasiłków 136.171 (czyli 23 na 1000 ludności), na łączną sumę 680.575 f. szt. (blisko 30 milj. zł.).

Drugą gałęzią urządzeń socjalnych, w pewnym sensie niezależnych od państwa, są t. zw. „Friendly Societes" — Kasy Pomocy Wzajemnej, podobne do angielskich, mające na celu **ubezpieczenie na wypadek choroby i inwalidztwa.** Kasy te liczą około 540.000 członków, co stanowi około 9 proc. ludności. Udzielają one członkom swoim, a niekiedy także ich rodzinom, pomocy pieniężnej i lekarskiej w wypadkach choroby, a także zasiłku na koszty pogrzebu. Zasiłek chorobowy wynosi przeważnie 1 f. st. na tydzień w ciągu pierwszych 6 miesięcy, poczem obniża się do 10 szyl. (względnie, przy dłuższym trwaniu, do 5 szyl.) tygodniowo.

Składki wraz z wpisowem wynoszą przeciętnie na 1 członka 1 szyl. 4 pensy (czyli około 3.40 zł.) na tydzień. Świadczenia wynoszą przeciętnie na 1 członka tygodniowo: 5 pensów (czyli 90 groszy) na zasiłki chorobowe wzgl. inwalidzkie, 1½ pensa (27 groszy) na zasiłki pogrzebowe 6 pensów (110 groszy) na pomoc lekarską i środki lecznicze; koszty administra-

cyjne stanowią przeciętnie 3 pensy (54 grosze) tygodniowo na 1 członka.

Z tych danych wynika, że zasiłki pieniężne stanowią około 34.4% składek, pomoc lekarska i środki lecznicze—32.2%, a koszty administracji około 15.8 proc. składek; reszta idzie na fundusze rezerwowe, które we wszystkich kasach wynosiły w r. 1926 około 11 milj. funtów (czyli 478.5 milj. zł.), co daje na 1 ubezpieczonego około 20 funtów (czyli 870 zł.).

Odrębną dziedzinę stanowi **ubezpieczenie od wypadków.** Zarówno ustawodawstwo związkowe, jak i poszczególnych państw australijskich, zawiera postanowienia prawne o odszkodowaniach, należnych od pracodawcy pracownikom, dotkniętym wypadkiem przy pracy. Przy pełnej niezdolności do pracy odszkodowanie wynosi od ½ do ⅔ przeciętnego zarobku robotnika. Gdzie niegdzie istnieją ograniczenia co do maksymalnego wymiaru renty wypadkowej w kwocie od 1 f. 10 szyl. do 3 f. 10 szyl. (czyli od 65.25 zł. do 150 zł.) tygodniowo. Ubezpieczenie pracodawców od odpowiedzialności materjalnej za wypadki prowadzone jest przez wiele instytucji publicznych i prywatnych, które w r. 1925 wykazały ogółem 1.160 tys. funtów opłat ubezpieczeniowych.

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia istnieje we wszystkich prawie państwach Australji, ale najlepszą formę ma w Queensland. Fundusz Bezrobocia tworzy się ze składek pracodawców, robotników i skarbu państwa, które są w **zasadzie** jednakowe i wynoszą dla każdej ze stron po 3 pensy (50 groszy) tygodniowo za każdego robotnika. Ale ścisłe określenie wysokości opłat skarbu zależy od każdorocznej uchwały parlamentu. Zasiłek na wypadek bezrobocia wynosi 15 do 20 szyl. tygodniowo dla samotnych, podczas gdy rodzinni otrzymują 25 do 35 szyl. na tydzień. Oprócz tego otrzymuje każda ubezpieczona osoba za dzieci do lat 16 po 4 do 5 szyl. tygodniowo, co najwyżej jednak za czworo dzieci.

Zasiłek dla bezrobotnych nie może przekraczać połowy normalnych w danej okolicy zarobków.

Nad sprawą reformy i jednolitego unormowania ubezpieczeń społecznych pracuje od 1923 r. specjalna komisja królewska, która w swoich dotychczasowych uchwałach i sprawozdaniach wysunęła, jako **naczelny postulat wprowadzenie przymusowego jednolitego systemu ubezpieczeń społecznych,** obejmującego: ubezpieczenie chorobowe, inwalidowe, macierzyństwa, starości i od bezrobocia.

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

KONFERENCJA LEKARZY NACZELNYCH KAS CHORYCH ZWIĄZKU WILEŃSKIEGO.

Dnia 16 i 17 czerwca b. r. odbyła się zgodnie z uchwałą Konferencji Kas Związkowych, Konferencja Lekarzy Naczelnych. Konferencja obejmowała sprawy administracyjno-lecznicze i część ściśle naukową. Konferencję zagaił Komisarz Związku Kas Chorych Dietrich a powitał ją imieniem Ogólnopaństwowego Związku Naczelny Lekarz Dr. Kłuszyński. W konferencji wziął również udział inspektor farmaceutyczny Państwowego Związku magister Skwarczyński.

Przedmiotem administracyjno - leczniczej części konferencji były następujące sprawy:

1. Regulamin prowadzenia składnic aptecznych w Kasach Związkowych;
2. Regulamin dla pomocniczego personelu sanitarnego;
3. Regulamin dla położnych.
4. Projekt umowy z Państwowym Zakładem Higjeny w sprawie założenia w Wilnie dla Kas Związkowych centralnego laboratorjum do celów djagnostyki lekarskiej.
5. Projekt normalizacji i urządzenia przychodni lekarskich w Kasach Związkowych.

We wszystkich sprawach toczyła się ożywiona dyskusja, przyjęto regulaminy z pewnemi uzupełnieniami, zgodzono się na projekt umowy z państwowym Zakładem Hygjeny w Warszawie a względnie z jego filją w Wilnie a projekt normalizacji i urządzeń przychodni przyjęto do wiadomości z tem, że lekarze otrzymają go na piśmie i prześlą Związkowi o nim swoją opinję i uwagi. Po zakończeniu tej części konferencji odbyła się wspólna wycieczka do wzorowo urządzonej przychodni kasowej w Nowo-Wilejce.

O godz. 5-ej popołudniu rozpoczęła się część naukowa konferencji wygłoszeniem szeregu wykładów naukowych z dziedziny walki z gruźlicą. Na wykładach byli obecni nie tylko lekarze Naczelni Kas Chorych ale licznie zjawili się również i lekarze miejscowi Cykl wykładów rozpoczął Dr. Kłuszyński na temat: „Podstawy naukowe ekonomicznego lecznictwa w Kasach chorych". Wykładom przysłuchiwał się dziekan wydziału lekarskiego prof. Dr. Szmurło.

Po tym wykładzie były wygłoszone wykłady z zakresu gruźlicy a mianowicie:

1. Dr. Zofja Kuncewicz: Postęp w poglądach na patogenezę gruźlicy.
2. Dr. Helena Popławska: Laseczniк gruźlicy w świetle nowych badań.
3. Dr. F. Wasilewski: Znaczenie metod dodatkowego badania w gruźlicy płuc.
4. Dr. B. Schermann: Hygjena osobista, zakładów leczniczych, mieszkań i warsztatów pracy z punktu widzenia zagadnienia gruźlicy.
5. Dr. S. Bagiński: Zapobieganie gruźlicy w niemowlęctwie i u dzieci.
6. Dr. S. Brokowski: Zwalczanie gruźlicy w wieku szkolnym.
7. Dr. Helena Cynkutis: Zasady leczenia gruźlicy płuc.
8. Dr. Jedwabnik: Leczenie gruźlicy płuc związkami złota i pokazami rentgenowskimi.
9. Dr. A. Borowski: Plan walki z gruźlicą, zadanie poradni, stacji opieki nad dzieckiem, szpitala dla gruźlicy otwartej, szpitala schroniska izolacyjnego i sanatorjum w walce społecznej.

Wszystkie wykłady odznaczały się wysokim poziomem naukowym i nader gruntownem opracowaniem. Po ostatnim wykładzie odbyła się krótka generalna dyskusja, poczem Dr. Kłuszyński jako przewodniczący zamknął w niedzielę o godzinie 7-ej wieczór zjazd, dziękując wileńskim lekarzom za ich udział, za przygotowanie tak licznych i poważnych wykładów i wyraził nadzieję, że współudział nauki lekarskiej z działalnością Kas chorych nie ograniczy się do dzisiejszego zjazdu i współpraca ta będzie i nadal kontynuowana.

Przedpołudniowa konferencja w sobotę odbyła się w lokalu Okręgowego Związku Kas chorych, wykłady w sobotę popołudniu i niedzielę przedpołudniem w lokalu Kasy Chorych m. Wilna, w niedzielę popołudniu we wzorowo urządzonej przychodni przeciwgruźliczej wileńskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego. Wszyscy lekarze kasowi biorący udział w zjeździe otrzymali w darze wydawnictwa tego towarzystwa.

Henka.

KURSY LOTNE DLA KSIĘGOWYCH I LIKWIDATORÓW.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie zorganizował kursy lotne dla księgowych.

W kursach brało udział 45 uczestników z Kas Chorych należących do Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie i 2 uczestników z Tarnobrzega. Nieobesłały kursów Kasy Chorych: Opoczno, Pilzno i Bochnia.

Każdy uczestnik kursów otrzymał komplet wzorów i druków.

Listę obecności i opłat prowadził lustrator p. Grzegorz Benedyk, wykładał i udzielał wyjaśnień i informacyj lustrator p. Franciszek Durek. Wykładem objęto — posługując się wzorami litografowanemi — sprawy dotyczące zamknięć za rok 1927, sprawozdań miesięcznych w r. 1928 oraz objaśniono dokładnie nazwy podkont księgi specyfikacji. Omówiono dokładnie kwestje dotyczące objektywnego obrazowania działalności i stanu finansowego Kas Chorych — w zamknięciach rocznych. Omówiono również przykładowo, że gospodarkę Kas Chorych oceniać należy nie ze stanowiska nadwyżek, lecz ze stanowiska racjonalnego w interesie ubezpieczonych i rozumnie oszczędnego używania środków finansowych jakie z tytułu składek płyną.

Ze względu na wzrastające koszty administracyjne apelowano do uczestników kursu, aby na wezwanie Okręgowego Związku Kas Chorych podjęli współpracę w kierunku zastosowania nowoczesnych metod księgowania w księgach pomocniczych, jak zestawień przypisu — sumarjuszy uiszczeń wypłat zasiłków i t. p.

Wskazano, że usprawnienie księgowości, a również i administracji wewnętrznej w wysokim stopniu zależne jest od samych pracowników Kas Chorych, którzy przez poważną współpracę z Okr. Związkiem mogą bardzo wydatnie przyczynić się do uproszczenia administracji, co niewątpliwie wpłynie na obniżenie kosztów administracji, które to ciągle jeszcze wykazują tendencję zwyżkową.

Omówiono również sprawę pracy w godzinach nadobowiązkowych, które w niektórych Kasach Chorych przybierają formę reguły tak, iż praca trwa nie 7 godzin, a 10 dziennie w ciągu całego roku. Koszty wynagrodzeń za pracę nadobowiązkową obciążają administrację nie przyczyniają się do usprawiedliwienia działów. Zaznaczono, że o ile pracownicy bez polecenia ze strony kierownictwa a zatem bez kontroli pracują po godzinach służbowych, nie mogą liczyć na wynagrodzenie za pracę nadliczbową.

Zwrócono uwagę na fakty, iż w niektórych Kasach Chorych normalną pracę rozciągnięto na stałe godziny popołudniowe. Objaw ten świadczyć może albo o indolencji pracowników, albo o tem, iż w danym dziale agendy stale się zwiększały. Obowiązkiem pracowników jest — o ile zajdzie potrzeba stałej pracy po godznach służbowych — zawiadomić Dyrekcję Kasy, która winna zbadać przyczynę i o ile nie jest to wynikiem niedołęstwa urzędników — odpowiednio zmienić podział pracy— samą pracę uprościć — ewentualnie zwiększyć liczbę pracowników w granicach istotnej potrzeby.

Wynagrodzenia za pracę w godzinach nadobowiązkowych, poleconą przez dyrekcję Kasy, należy obliczać miesięcznie na podstawie zestawień, sprawdzonych przez dyrekcję czy kierownika odnośnego działu.

Normalnie przewiduje się konieczność pracy w godzinach nadobowiązkowych z końcem i początkiem roku z powodu zamykania ksiąg za rok ubiegły i otwierania na rok następny — ewentualnie także, gdy władze nadzorcze wymagają specjalnych statystyk i trudniejszych zestawień.

Uczestnicy kursów w swych przemówieniach obok spraw związanych z wykładem — podnosili palącą konieczność opracowania instrukcji dla administracji wewnętrznej Kas Chorych włącznie z buchalterją oraz wydawania wzorników do tych instrukcyj, zaznaczając, iż instrukcje dotychczasowe dotyczą wyłącznie księgowości, zamknięć rachunkowych, natomiast brak jest zupełnie instrukcji dla innych działów administracji. Przez opracowanie i wydanie instrukcji i wzorników dla całej administracji w Kasach Chorych umożliwi również wytworzenie instytucji wydawniczej druków i formularzy dobrych a tanich — wydając masowo dla Kas Chorych w całem Państwie.

Odnośnie do specyfikacji wydatków — uczestnicy kursów podnieśli, aby w kosztach płac kontroli chorych, pomieścić również djety i koszty przejazdu w sprawach kontroli chorych.

2) aby koszty lecznictwa fizykalnego prowadzić na osobnym podkoncie — albowiem jest powodem to dla zobrazowania lecznictwa ambulatoryjnego. Dotychczas koszt prądu elektrycznego, — palników do lamp kwarcowych, lampy wysoko oporowe do kąpieli elektrycznych włączano do kosztów ambulatoryjnych — i światła.

3) aby ubezpieczenia personelu administracji własnych nieruchomości kontować na podkonta „różne".

4) aby ryczałty w miejscu lokomocji dla pp. lekarzy zaliczać do podkonta „koszty przewozu".

Odnośnie do podkonta „płace pracowników ambulatoryjnych" uczestnicy kursu uważają, iż tu należy księgować — płace urzędników, którzy wykonują czynności związane z prowadzeniami ambulatorjów, a więc prowadzą karty choroby, kantoteki lekarskie, skierowanie chorych do specjalistów, szpitali, dentystów i t. p. Do tego też roku zapisywano płace sanitarjuszy w Kasach Chorych Małopolski, albowiem felczerów w Małopolsce nie znają.

Zwrócono uwagę uczestników kursów, iż pracowników zajętych kontrolą uprawnień członków należy zaliczać do administracji.

Uczestnicy kursów omówili następujące sprawy — które nadają się do wyjaśnień przez władze nadzoru nad Kasami Chorych.

1) Czy słuszne jest, że wypłaca się połowę zasiłku połogowego o ile położnica była w szpitalu, czy nie należałoby potrącać połowy obliczonego 60% -wego zasiłku a resztę wypłacać położnicy;

2) w Kasach Chorych na terenie b. Kongresówki — gminy ściągają drugą połowę opłat szpitalnych od członków Kasy. Dochodzi do tego, że np. Wytwórnia prochu strzelniczego w Zagożdżonie potrącać ma takie należności z płac robotnikom. Z tego powodu panuje wśród członków rozgoryczenie i pretensje do Kasy Chorych.

3) Podniesiono również, iż Szpitale w Krakowie liczą całą taksę za leczących się członków z Kas Chorych z b. Kongresówki — zaliczone danej gminie połowy opłat — gminy te ściągają z członków Kas Chorych.

4) Zwrócono się do Okręgowego Związku z prośbą, aby zebrał i opracował wskazówki i schematy dla przeprowadzenia administracji w szpitalach Kas Chorych.

5) Żądano, aby Okręgowy Związek urządził kurs dla dokładnego zaznajomienia Kas Chorych z czynnościami związanymi z ustawą o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

6) Podniesiono, aby Okręgowy Związek interwenjował u władz w sprawie określenia zakresu działania kontroli pracodawców, albowiem przez uchylenie mocy obowiązującej wyjaśnienia art. 78-go ust. z 19.V 1920 r. podanego w reskrypcie

Min. Pr. i Op. Społ. z dn. 17.XI 1923 r. L. 4072/VII utrudniło kontrolę szczególnie w firmach, które ksiąg nie prowadzą. Uprawnienia art. 78-go wykonywane w myśl obowiązującego wyjaśnienia M. Pr. i Opieki Społecznej dawały możność prowadzenia wywiadów tak u pracodawców, jak i u robotników z dobrymi rezultatami dla ubezpieczonych. Wobec uchylenia mocy wyż. wspomnianego reskryptu u większości firm — które ksiąg nie prowadzą, kontrola jest bardzo utrudniona lub zgoła uniemożliwiona.

7) Czy należy prowadzić rachunek apteki własnej, gdy faktycznie apteki Kasa nie ma, a tylko zapasów leków dawkowych w ambulatorjach. Lustratorzy zauważają, że nie należy prowadzić rachunku apteki własnej w tych Kasach Chorych, które apteki takiej jak obowiązujące przepisy prawne przewidują nie ma. Zapasy podręczne leków dawkowych należy ująć kontrolą ilości zapasu pokrywając rozchód receptami, przychód zaś fakturami dostawców. Zakupy leków dawkowych prowadzi się nie na zapas długotrwały, tylko na konsumcję jedno, czy dwumiesięczną — przeto jest wskazane — aby zakupy księgować na rozchód, a nie na rachunek materjałów. W rachunku działalności — o ile nie ma apteki własnej — nie należy wykazywać pozycji „leki wydawane z apteki własnej" co niektóre Kasy dotąd wykonywały.

W bilansach również nie należałoby wykazywać drobnych zresztą zapasów (wata opatrunki, pastyli i t. p.) jako pozycji stanu czynnego, jeżeli zapas tych materjałów obliczony jest na konsumcję jedno lub 2-miesięczną.

W końcu zaznacza się, że uczestnicy kursów żywo interesowali się tematami poruszanemi w czasie kursów, oświadczając gotowość współpracy z Okręgowym Związkiem, celem usprawnienia administracji w Kasach Chorych.

KONFERENCJA KAS CHORYCH WE WŁOCŁAWKU.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie w działalności swojej mającej na celu podniesienie lecznictwa w Kasach Chorych związkowych, postawił sobie za zadanie decentralizację lecznictwa przez stworzenie na prowincji szeregu zakładów djagnostycznych i terapeutycznych, i osadzenie w większych miastach prowincjonalnych specjalistów z rozmaitych dziedzin medycyny. Specjaliści udzielają pomocy lekarskiej w zakresie swej specjalności kilku sąsiadujących małych Kas Chorych, przez co kultura lecznicza i higjeniczna zostaje przeniesiona do najdalszych zakątków działalności okręgu.

Okręgowy Związek uruchomił w bieżącym roku dwa zakłady rentgenologiczne dla celów rozpoznawczych i leczniczych, jeden w Lublinie, drugi w Białymstoku dla Kas Chorych znajdujących się na terenie obydwóch województw. Obecnie zamierza Okręgowy Związek uruchomić trzeci zakład rengenologiczny i pierwszy zakład dla badań klinicznych i bakterjologicznych. Celem naradzenia się z reprezentantami Kas Chorych, w którem mieście powiatowem województwa warszawskiego mają powstać powyższe zakłady, odbyła się we wtorek 19 czerwca r. b. konferencja we Włocławku, w której wzięły udział następujące Kasy: Aleksandrów, Kutno, Lipno, Łowicz, Płock, Płońsk, Rypin, Sierpc, Sochaczew i Włocławek. Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie reprezentowali dyrektor Dratwa i Dr. Kłuszyński. Po ożywionej dyskusji, w której wszyscy wyrażali zadowolenie z inicjatywy Związku zapadła następująca uchwała:

„Okręgowy Związek Kas Chorych uruchomi obydwa zakłady we Włocławku". Wszyscy wyrazili życzenie, by obydwa zakłady mogły być uruchomione jeszcze w bieżącym roku. Kasa Chorych we Włocławku zajmie się wyszukaniem odpowiedniego lokalu.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

„HIGJENA PRACY". Ukazało się nowe pismo pod tym tytułem poświęcone fizjologji oraz bezpieczeństwa pracy. Redakcja stwierdza, iż naczelnem zadaniem „Higjeny Pracy" jest kształcenie i krzewienie idei ochrony pracy w jej najistotniejszej, bowiem dotyczącej zdrowia pracowników, dziedzinie.

Pismo to ma dwa działy: kliniczny i higjeniczno-techniczny, dzięki czemu współpracownikami są i lekarze i osoby interesujące się zagadnieniami higjeny pracy. Tego rodzaju współpracę uważamy za obecnie niezmiernie cenny, nietylko z tego powodu, iż chodzi o wspólne zadania, lecz także i ze względów personalnych. Jest to bowiem kooperacja działaczów, którzy pracując w zasadzie w innych dziedzinach, znajdują mimo to wspólny warsztat pracy.

W Nr. 1-ym (w dziale klinicznym) „Higjeny Pracy" znajdujemy artykuły pp. Drów Landaua, Bauera i Grochowskiego „o zatruciu ołowiem", p. prof. Żurawskiego o zawodowych schorzeniach skóry, p. D-ra Grzybowskiego o „wyprysku jako chorobie zawodowej", a wreszcie artykuł p. D-ra Luxemburga o pracy jako przedmiocie badań lekarskich (medycyna pracy). Autor stwierdza, iż niebywały rozwój przemysłu narzucił także i wiedzy lekarskiej nowe zagadnienia, a mianowicie:

1) lecznictwo chorób zawodowych, 2) lecznictwo wypadków przy pracy, 3) higjena przemysłu i rzemiosł, 4) profilaktyka i ochrony, zabezpieczające zdrowie pracowników, 5) ekspertyza chorób zawodowych i wypadków przy pracy i ocena ich skutków, 6) ocena zdolności do pracy.

Wydziały lekarskie naogół mało się temi sprawami zajmowały; w niektórych istnieje docentura, poświęcona jednemu z przytoczonych działów, w innych sprawy te są pomijane. Poza wydziałami istnieją jednak już z czasów przedwojennych oddziały chirurgiczne dla nieszczęśliwych wypadków, gdzie wypracowywane są zasady leczenia operacyjnego i następczego — fizykalnego (reedukacja), nieco odmienne od tych, jakie panują na oddziałach chirurgicznych ogólnych, a wyniki praktyczne, zdążające do zachowania maximum zdolności do pracy bywają wprost zdumiewające i dotąd nieznane.

Wszystkie te jednak działy, z jednego pnia wyrosłe są pomimo to luźno ze sobą powiązane, nie ześrodkowane, rozwijają się niezależnie w różnych środowiskach przemysłowych, pod wpływem lokalnych warunków, przeważnie za inicjatywą prywatną dzięki wysiłkom pojedyńczych osób i instytucji. Przeto i korzyść dla ogółu, dla przemysłu, dla zainteresowanych jest nierówna, nie dla wszystkich dostępna, a ugruntowanie naukowe tych celów praktycznych bynajmniej nie dostateczne.

Autor dochodzi do przekonania, iż uniwersytet współczesny nie daje przyszłym lekarzom w tej dziedzinie żadnego wyszkolenia, mimo że wiedza lekarska w zastosowaniu do życia przemysłowego, tudzież chorób, związanych z zawodem ma zadania zgoła odrębne od tych, jakie ma medycyna ogólna.

Nasuwa się pytanie w jaki sposób urzeczywistnić wyżej wymienione postulaty, to jest z jednej strony postawić sprawę „Medycyny Pracy" na gruncie naukowym praktycznym, jako samodzielną gałąź wiedzy lekarskiej, z drugiej zaś strony zogniskować całą działalność w ten sposób, by zbierany materjał mógł być zużytkowany, jako podstawa dalszych etapów rozwoju, a jednocześnie służył do stworzenia szkoły,

w której mieliby możność przygotowania się do swojej działalności zarówno lekarze, jak i ci wszyscy, którzy z higjeną przemysłu mają do czynienia, a więc technicy, inspektorzy fabryczni, policja sanitarna.

W tym celu powinienby powstać „Instytut Medycyny Pracy", którego zadaniem byłoby ześrodkowanie spraw wyżej poruszonych.

Równolegle prowadzonoby kursy naukowe dla specjalistów lekarzy — fabrycznych, powiatowych, dla inspektorów fabrycznych, i t. d. Stąd wreszcie rozchodziłaby się nietylko wiedza ścisła, ale i popularna w postaci odczytów, czasopism popularnych, broszur, wykładów dla szkół przemysłowych i rzemieślniczych, dla robotników i t. d.

Wcielony w życie instytut ten, składałby się z następujących części: 1) kliniki dla chorób zawodowych i wypadków przy pracy, 2) zakład psycho i fizjoterapeutyczny dla reedukacji chorych i poszkodowanych wraz z pracownią protez, laboratorja analityczne i doświadczalne, jako pomoce klinik oraz dla celów samoistnych, 4) pracownia i muzeum ochron warsztatowych i fabrycznych, 5) wydział statystyki sanitarno-przemysłowej, 6) dział naukowo - dydaktyczny z kursami, które byłyby obowiązkowemi przy obejmowaniu pewnych stanowisk i urzędów (nprz. lekarzy fabrycznych, sądowych, inspektorów przemysłowo - lekarskich i t. d.) oraz z kursami popularnemi jak wyżej.

Redaktor „Higjeny Pracy" p. Dr. Raciążek ogłasza artykuł p. t. „Projekt organizacji lekarskiej inspekcji pracy".

Artykuł ten omówimy przy innej sposobności omawiając całokształt stosunków między K. Ch. a inspekcją pracy.

Wreszcie p. Doc. Dr. Szulc zamieścił artykuł p. t. „Pracownie fizjologiczno - lekarskie dla celów naukowej organizacji pracy".

Całość pisma przedstawia się bardzo interesująco. Świat lekarski zaczyna czynnie współpracować (w swym zakresie) w dziedzinie polityki pracy.

Nareszcie możemy skonstatować fakt, iż ukazało się pismo, obsługiwane przeważnie przez lekarzy, w którego numerze pierwszym nie pisze się ani o „socjalizacji lecznictwa, ani o wolnym wyborze lekarza, ani o jednostkowej opłacie za poradę".

NOWINY SPOŁECZNO - LEKARSKIE.

ogłaszają artykuł p. D-ra Bartkiewicza p. t.: „Przyszłość stanu lekarskiego". Jest to referat wygłoszony na Nadzw. Walnem Zebraniu w Krakowie w grudniu z. r. Autor bada przyczyny upadku stanu lekarskiego w Polsce. Oczywiście, jak zwykle w tego rodzaju referatach, i Dr. Bartkiewicz bada warunki pracy i bytu lekarzy w kraju naszym bez jakiejkolwiek głębszej analizy naszego życia gospodarczego i społecznego. Brak ten, pogłębienia w ujęciu zagadnienia, musi doprowadzić autora do bardzo powierzchownych wniosków. „Najważniejszą zmianą, jaką w życiu stanu lekarskiego wprowadziły Kasy Chorych, jest zastosowanie systemu ryczałtowego w pracy lekarskiej. Inaczej mówiąc, Kasy wynajmują nie pracę, a czas lekarza, dostarczając mu w określonej porze i miejscu pacjentów".

„Ten sposób udzielania porad uważam za grzech pierworodny ustawy o Kasach Chorych. Stał się on punktem wyjścia wszystkich bolączek, na które narzeka społeczeństwo, a także i Zarządy Kas, a jak zobaczymy, kryje się w nim i zarodek upadku wszystkich tych przymiotów lekarza, jakie uważamy za najcenniejsze".

Nie brak obowiązkowych już narzekań na „brak podniet do szlachetnego współzawodnictwa" i t. d. Żądanie wprowadzenia „absolutnie wolnego wyboru lekarza, jednostkowej zapłaty i zniesienia przychodni".

A w końcu powtarza p. Dr. Bartkiewicz znane twierdzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, że „Kasy Chorych mają objąć 80 procent ludności". Opadają wprost ręce ze wstydu. Naczelna Izba Lekarska popełniła lapsus na temat owych 80 procentów. Prasa ubezpieczeniowa stwierdziła wówczas, że twierdzenie to jest nonsensem, przynoszącym tylko wstyd N. I. L. Po roku powtarza te cyfry referent na Zjeździe. Już czas, by organa prasy lekarskiej ogłosiły pewnego rodzaju „cavete collegae" przed owym kapitalnem głupstwem. My „laicy" piszący o sprawach ubezpieczeniowych będziemy zmuszeni stale przypominać niefortunnym autorom, że kompromitują siebie, Zjazdy i swe pisma.

„ARBEITERSCHUTZ". Organ austr. K. Ch. umieszcza w Nr. 10 artykuł doc. Dr. Götzla p. t. „Ubezpieczenia robotnicze i zwalczanie gruźlicy" autor stwierdza iż na I-szym zjeździe austrjackiego stowarzyszenia higjenicznego (listopad 1926 r.) zastanawiano się czy i o ile ubezpieczenia społeczne mogą prowadzić walkę z gruźlicą, organizując sanatorja. Pytanie to jest z powodu trudności finansowych, jakie mają Kasy Chorych bezwarunkowo usprawiedliwione. Jest ono w tej chwili bardziej aktualne, albowiem od czasu gdy leczenie sanatoryjne stało się podstawą walki z gruźlicą, zmienił się pogląd na to zagadnienie. Stało się to także w Niemczech w ojczyźnie lecznictwa sanatoryjnego. Nastąpiła tam powolna zmiana frontu w walce z gruźlicą, także w ramach ubezpieczeń społecznych. Od czasu badań Kocha wiedza lekarska ustaliła znany pogląd (autor podaje go dokładnie) na istotę gruźlicy, jej przebieg i walkę z chorobą. Leczenie w sanatorjach umożliwiało pewnej liczbie gruźlików uzyskanie zdolności do pracy przynajmniej na kilka lat, szczególnie gdy można było kurację powtórzyć. Wartość leczenia polegała przedewszystkiem na tem że udawało się chorych w określonem stadjum gruźlicy, doprowadzić do zamknięcia otwartych ognisk gruźlicy, a było ważnym etapem w walce z gruźlicą. Bardzo skuteczną metodą leczenia w poszczególnych wypadkach okazała się tuberkulina, operacje, jak zmniejszenie klatki piersiowej. W każdym jednak razie potrzebna jest stała obserwacja chorego.

Ubezpieczenie na wypadek choroby w swej dzisiejszej formie t. j. bez ubezpieczenia inwalidzkiego ma charakter raczej indywidualny leczy chore jednostki. Wobec tego iż czas udzielenia pomocy lekarskiej jest ustawowo ograniczony mogą K. Ch. dopomagać tylko pewnej liczbie chorych. Nawet w razie połączenia Kas Chorych w większe jednostki liczba leczonych przez K. Ch. będzie stosunkowo malała, albowiem okres leczenia jest ograniczony. Rola K. Ch. polegać musi przedewszystkiem na wczesnej djagnozie i leczeniu, co w całokształcie walki z gruźlicą jest zadaniem bardzo wielkiem. Organizacje ubezpieczenia na wypadek choroby winny tworzyć dla swych ubezpieczonych ośrodki djagnostyczne i terapeutyczne według wymogów wiedzy współczesnej. Środki na ten cel uzyskać można przez zmniejszenie wydatków na niepotrzebne lekarstwa. Oczywiście nawet organizując wspomniane instytucje, nie należy zapominać o sanatorjach.

W zwalczaniu gruźlicy zainteresowane są organizacje ubezpieczenia inwalidzkiego w większym stopniu aniżeli ubezpieczenia na wypadek choroby Opiekować się one muszą chorymi trwale niezdolnymi do pracy. Wobec tego muszą one troszczyć się, we własnym interesie o zapobieganie chorobie. Ponadto w ten sposób wytwarza się pewnego rodzaju łańcuch, który można przerwać tylko przez zorganizowanie akcji zapobiegawczej.

Autor wykazuje na podstawie dat statystycznych, austrjackich i niemieckich, ilu gruźlików muszą leczyć organizacje ubezpieczeń społecznych.

W końcu rozpatruje autor zagadnienie odpowiednich pomieszczeń dla chorych. Małe lecznice sanatoryjne (Pflegeheime), które organizowano w krajach skandynawskich nie przyjęły się w Niemczech. Może są one odpowiednie dla inwalidów gruźlików z okolic wiejskich jednak nie dla mieszkańców wielkich miast. Dla tych ostatnich istnieje tylko zagadnienie czy należy organizować wielką liczbę mniejszych sanatorjów czy też w mniejszej liczbie zakłady większe. Reasumując dochodzi autor do wniosków następujących: Ubezpieczenia na wypadek choroby muszą starać się przedewszystkiem o szybkie rozpoznanie choroby i jej racjonalne leczenie przez tworzenie zakładów djagnostyczno - terapeutycznych i systematyczne kształcenie lekarzy w walce z gruźlicą. Praca ta będzie jednak akcją wstępną do akcji ubezpieczeń inwalidzkich w tej dziedzinie.

Jak widzimy autor dochodzi do tych samych wniosków, jakie i my wysuwamy: bez ubezpieczeń inwalidzkich nie może być mowy o racjonalnej walce z gruźlicą.

VI ZJAZD HIGJENISTÓW POLSKICH.

W dniach 6 — 8 lipca r. b. odbędzie się we Lwowie VI Zjazd higjenistów polskich z następującym porządkiem obrad:

Piątek dnia 6 lipca:

Zebranie towarzyskie w salach Hotelu Krakowskiego o godz. 9 wieczorem.

Sobota dnia 7 lipca: O godz. 8 rano.

Msza św. w Bazylice łacińskiej.

O godz. 9 przedpołudniem (punktualnie).

1. Otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Izby Handlowo-przemysłowej ul. Akademicka 17.
2. Wybór Prezydjum Zjazdu.
3. I. Referat: Uzdrowotnienie małych miast i wsi.
1. Dr. Józef Polak (Warszawa): „Zadania gmin w dziedzinie zdrowotności".
2. Gen. inż. Eugenjusz Kątkowski (Warszawa): „Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast".
3. Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów): „Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń".
4. Inż. Włodzimierz Rabczewski (Warszawa): „Bruki i plantacje w małych miastach".
5. Inż. Henryk Przyłęcki (Warszawa): „O usuwaniu odpadków i śmieci z małych miast i wsi".
6. Inż. Kazimierz Żardecki (Lwów): „Higjena opału gazowego".
7. Dyskusja.

Niedziela dnia 8 lipca: O godz. 8.30 przedpołudniem punktualnie w sali posiedzeń Izby Handlowo - przemysłowej.

II. Referat: Organizacja szpitalnictwa w Polsce.

1. Dr. Witold Przywieczerski, arch. Felicjan Radkiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłem stuleciu, ze szczególnem uwzględnieniem rozwoju szpitalnictwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego".
2. Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań): „Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce".
3. Insp. szpitali Małopolski Dr. Kazimierz Lipski (Lwów): „Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnem ustawodawstwie szpitalnem".
4. Dr. Bolesław Jakimiak (Warszawa): „Dzieje szpitalnictwa w b. Kongresówce".
5. Dr. Władysław Starkiewicz (Warszawa): „Sprawozdanie z prac Komisji szpitalnej Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego od początku działalności do chwili obecnej".
6. Dr. Witold Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Stan obecny i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego".
7. Dyskusja.

Popołudniu o godz. 3.30.

1. Uchwalenie rezolucji zjazdowych.
2. Zamknięcie Zjazdu.

TREŚĆ:

Jan Kubiak. — Współpraca Kas Chorych z inspekcją pracy.

Dr. Henryk Kłuszyński. — Ustawa o zakładach leczniczych.

Mieczysław Baumbgart. — Sądownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Z. M. — Związki Kas Chorych i Urzędy.

Eugenjusz Modliński. — Zmiany w ubezpieczeniu wypadkowem.

Patrycy Dziurzyński. — Rozwój ubezpieczenia na wypadek braku pracy w Polsce.

— Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

— Z działalności ubezpieczeń społecznych w Australji.

— Prace Kas i Związków.

— Książki i czasopisma.

— VI Zjazd higjenistów polskich.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 18
Kwartalnie . . . „ 4.50
Numer pojedyńczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

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

Redakcja i Administracja: Lwowska 13, telefon 37-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150.

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER. **Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.**

Składano w drukarni „Robotnika", Warecka 7. Odbito w drukarni R. Olesiński, W. Merkel i S-ka, Chłodna 37, tel 69-46.