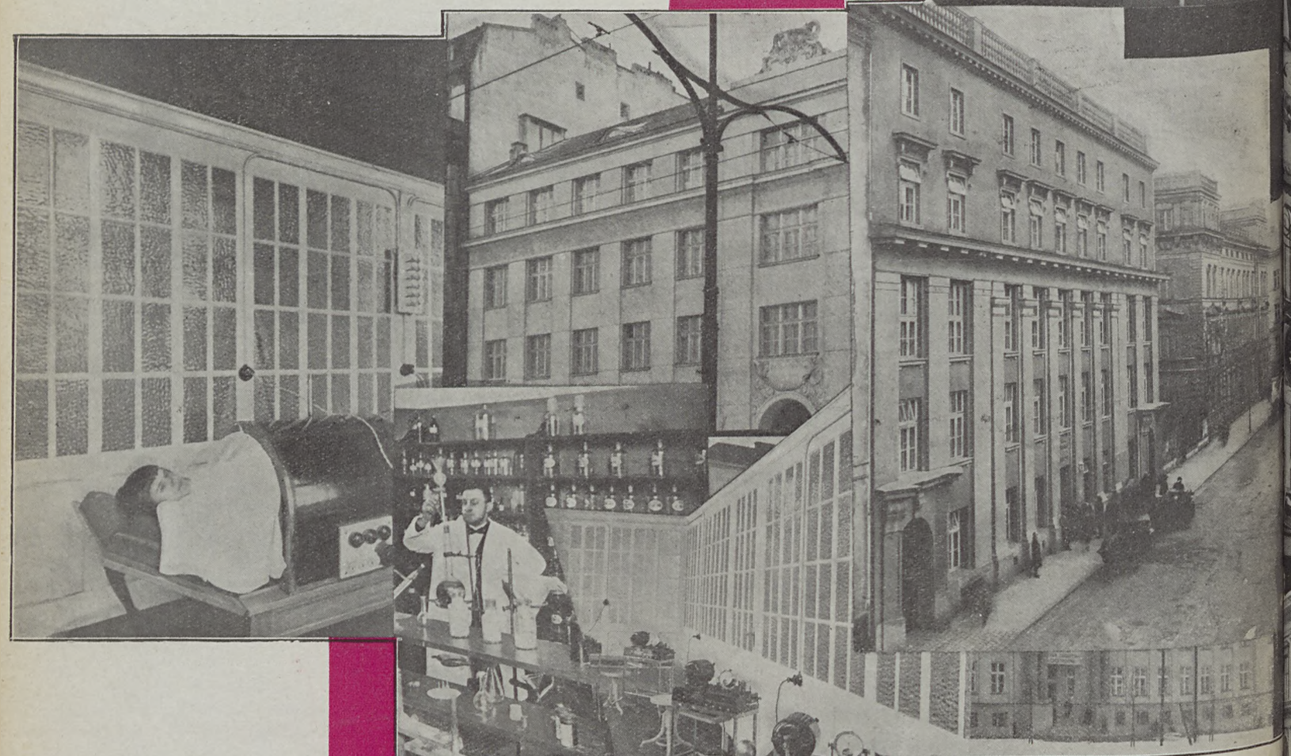

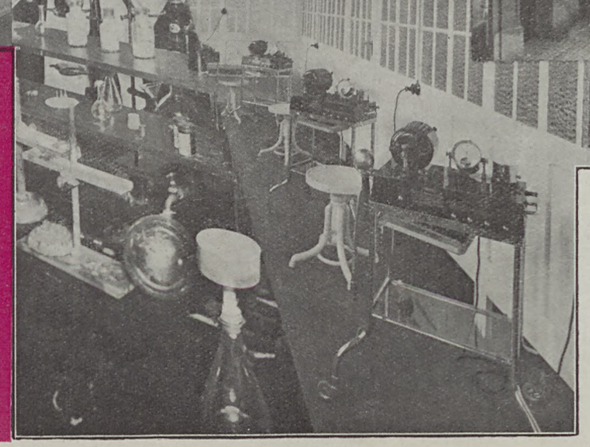

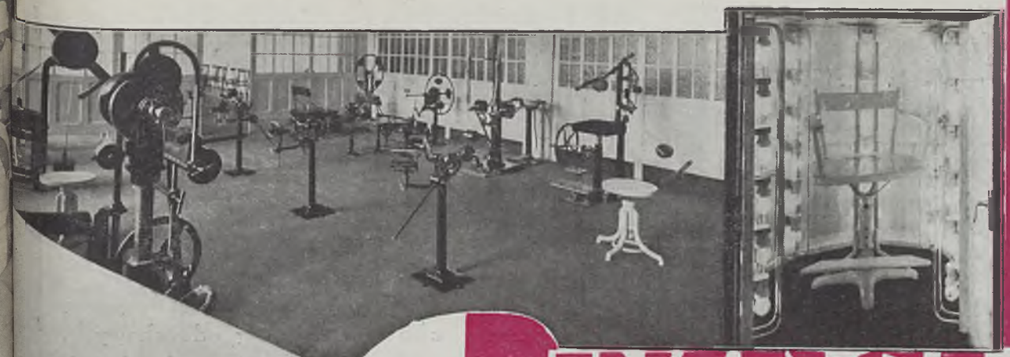

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W POLSCE

N° 8

## Powiatowa Kasa Chorych w Turku

# KONKURS

**na stanowisko DYREKTORA**

**Wymagane są następujące warunki:**

a) Obywatelstwo Polskie

b) Wykształcenie średnie

c) Pożądana roczna praktyka w ubezpieczeniach społecznych

d) znajomość buchalterji

Oferty wraz z życiorysem, zaświadczeniem obywatelstwa Polskiego uwierzytelnionemi odpisami świadectw szkolnych oraz zawodowych, zaświadczeniem lekarza urzędowego o stanie zdrowia i 2 referencjami, należy kierować najpóźniej do dnia 10 września 1929 r. do Zarządu Kasy Chorych w Turku.

p. o. Dyrektora **(—) M. Przyborowski**

Przewodniczący Zarządu: **(—) T. Glądała**

# WYSOWA

**pierwszorzędnej jakości naturalna woda lecznicza**

przeciw chorobom dróg oddechowych, nieżytom oskrzeli, astmie oskrzelowej, gruźlicy chronicznej, przeciw chorobom narządu pokarmowego i t. p.,

**przewyższająca siłą leczniczą wody zagraniczne, jak Selters, Ems i t. p.**

**Do nabycia we wszystkich aptekach i drogerjach.**

# ELBON

**Opatentowany** **Nazwa zastrzeżona**

Pochodny kwasu cynamonowego dla zwalczania gorączki gruźliczej i zakaźnych stanów kataralnych dróg oddechowych.

## KOŁACZYKI

**Rurka oryginalna 20 kołaczyków**

## Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

ODDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce

ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 8

WARSZAWA, 1 SIERPNIA 1929 R.


## OD REDAKCJI

W Nrze 7 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" ukazał się przez nieporozumienie artykuł ówczesnego Redaktora „Przeglądu", Dra Alfreda Kriegera, p. t. „Fakty i dokumenty". Artykuł ten mógł wywołać u czytelników przykre wrażenie, że Przegląd spada na poziom niefachowego pisma o jakiemś broszurkowem zabarwieniu. Obecnie po ustąpieniu p. Dra Kriegera z redakcji pisma, ta ostatnia jest w stanie ogłosić, że artykuł powyższy w żadnej mierze jej poglądom nie odpowiada. Pomijając już fakt, oczywisty sam zresztą przez się, że ton tego artykułu względem władz państwowych jest niedopuszczalny w żadnem piśmie poważnem, trzeba stwierdzić, że i merytoryczne stanowisko autora nie da się podzielić. Główny Urząd Ubezpieczeń sprawuje nadzór nad Kasami Chorych i ich Związkami — ta okoliczność jest powszechnie uznana i poza sporem. Pojmowanie nadzoru, jako biernej obserwacji faktów bez jakiejkolwiek możności ingerencji na same nadzorowane zjawiska nie wytrzymuje krytyki ani ze stanowiska Ustawy, ani teorji, ani wreszcie logiki lub zwyczajów. W takich paradoksalnych warunkach żadna władza nadzorcza nie mogła nieść swej ciężkiej i celowej odpowiedzialności. Oczywiście, władza nadzorcza ma prawo i obowiązek powstrzymania zjawisk szkodliwych. Prawo władzy nadzorczej do rozwiązywania Kas Chorych i ich Związków na mocy Ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie ulega wątpliwości i przez nikogo nie jest zaprzeczane. Ewentualna dyskusja może pójść jedynie w kierunku prawidłowości uzasadnienia takiego kroku. Jakimże sposobem władza, będąca w stanie władze Związku i Zjazd Delegatów rozwiązać, nie ma prawa tego Zjazdu na pewien przeciąg czasu wstrzymać? Zresztą wstrzymanie owo nastąpiło na skutek potrzeby zrewidowania działalności władz Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych, która to rewizja, niestety doprowadziła w rezultacie do smutnej konieczności rozwiązania i Zarządu i samego Zjazdu Delegatów.

**Dr. G. C.**

## WSTRZYMANIE ŚWIADCZEŃ NA WYPADEK BRAKU PRACY W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

(Artykuł dyskusyjny).

W wykonaniu praktycznem Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 24/XI.1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych niejednokrotnie napotyka się na trudności, które wynikają z braku judykatury, jako przepisy nowoobowiązujące, bądźto z daleko idącej interpretacji rozszerzającej na korzyść pracownika ubezpieczonego.

Każdy przepis prawny, a więc i postanowienie Rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, powinno być tłómaczone według ogólnych zasad interpretacji prawa, zmierzającej do właściwego przedstawienia zamiaru względnie roli rzeczywistej ustawodawcy — z pozostawieniem wszelkich ubocznych względów poza nawiasem, aby interpretacja prawa nie zmierzała do bezprawia, aby wyraźnie w sposób nieulegający żadnej wątpliwości nie była pogwałcona względnie spaczona wola ustawodawcy. Jednym z najtrudniejszych zagadnień praktycznych do rozwiązania są postanowienia art. 50 Rozp. Prezydenta.

Artykuł ten brzmi, jak następuje:

„Świadczenia z powodu braku pracy wstrzymuje się:

1) jeżeli ubezpieczony utracił zajęcie z własnej winy lub przez ustąpienie dobrowolne bez uzasadnionego powodu (art. 51) — na czas 3-ch miesięcy;

2) jeżeli utrata zajęcia jest skutkiem strajku — na czas trwania strajku;

3) na czas odbywania kary utraty wolności lub aresztu prewencyjnego;

4) jeżeli ubezpieczony otrzymał przy zwolnieniu go przez pracodawcę odprawę lub odszkodowanie, — na taki okres czasu, jakiemu odpowiada otrzymana kwota według ostatnio pobieranego wynagrodzenia;

5) jeżeli ubezpieczony nie przyjął odpowiedniego zajęcia (art. 18 i 19), — na czas trzech miesięcy;

6) jeżeli pozostający bez pracy przekracza przepisy o kontroli,—na przeciąg jednego miesiąca, a w razie ponownego przekroczenia tych przepisów, — na czas trzech miesięcy;

7) jeżeli ubezpieczony udziela nieprawdziwych wyjaśnień lub podaje nieprawdziwe dane, a nie zachodzi wypadek, przewidziany w art. 60, — na czas trzech miesięcy;

8) na czas przejściowego zatrudnienia w rozumieniu art. 17 ust. 2;

9) na czas korzystania ze świadczeń ubezpieczonych z Kasy Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 20".

Nie ulega kwestji, że powyższy przepis może nasuwać wątpliwości, jak każdy przepis pozytywny o charakterze ścieśniającym, gdyż zawiera cały szereg zagadnień, które tylko w drodze należytej interpretacji mogą być rozwinięte i ocenione.

Wychodząc z założenia nadmiernej wątpliwości, jedni interpretując postanowienia tego artykułu, dochodzą do przekonania, że zamiar ustawodawcy nie został jasno ujęty i uważając, że przepis ten jest przepisem niesłusznym, krzywdzącym, przepisem ze względów społecznych niewłaściwym—dochodzą w swej interpretacji do zupełnego usunięcia tego przepisu w praktycznem zastosowaniu, drudzy natomiast trzymają się zasad interpretacji właściwej, ścieśniającej.

Mam to przekonanie, że stanowisko zajęte przez ustawodawcę jest jasne i słuszne, zamiar ustawodawcy wyrażony w art. 50 jest wyrażony w sposób nienasuwający wątpliwości, wątpliwe natomiast znaczenie zamierzają mu nadać ci, którzy naginają myśl prawodawcy w celach oportunistycznych ze względów społecznych i ci charakteryzują ten przepis jako niesłuszny — celem wykazania rzekomej niejasności i wadliwości Rozporządzenia Prezydenta.

Zwolennicy wątpliwości popełniają zasadniczy błąd, gdyż zapominają przedewszystkiem o samym celu ubezpieczenia, interpretują art. 50 oderwanie od całości, zapominając o tem, że chcąc dociec intencji prawodawcy nie wystarczy zająć się **interpretacją** tylko słowną danego artykułu, lecz należy wyciągnąć logiczne konsekwencje z przepisów, stanowiących ze sobą związek, należy mieć na uwadze całość przepisów a nie oderwany przepis.

Powyższe uwagi nie są teoretycznem zagadnieniem, nie są dyskusją akademicką, znajdującą swe założenie w abstrakcji, lecz są oparte na praktyce organów kolegjalnych jednego z Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Praktyka w tym kierunku przeszła dwie fazy ewolucji.

W pierwszej fazie organ kolegjalny przy stosowaniu art. 50 Rozporządzenia Prezydenta wypowiedział zasadę:

„Okres zasiłkowy redukcji nie ulega, lecz powstanie tego okresu ulega odroczeniu do czasu ustania okresu wstrzymania; przytem okres wstrzymania liczy się od daty utraty zajęcia niezależnie od daty zgłoszenia roszczenia. Przy punktach 6 i 7 art. 50 stosuje się redukcję. Np. N. utracił zajęcie 3/V.1929 r. z własnej winy, zgłosił roszczenie 5/VII.1929 r. okres zasiłkowy powstaje w dn. 4/VIII i trwa 6 miesięcy t. j. do dnia 3/II.1930 r."

„Okres zasiłkowy nie ulega redukcji, powstanie okresu zasiłkowego odracza się do momentu ustania okresu wstrzymania; okres wstrzymania powstaje podobnie jak prawo do zasiłku według art. 47 t. j. od dnia utraty zajęcia, o ile zgłoszenie tego roszczenia nastąpiło w ciągu miesiąca od dnia utraty zajęcia — w przeciwnym razie od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, w którym zgłoszenie uskuteczniono. Np. N. stracił zajęcie 3/V.29 r. z własnej winy, zgłosił roszczenie w dniu 5/VII.1929 r. okres zasiłkowy powstaje w dniu 1/IX.1929 r. trwa 6 miesięcy t. j. do dnia 28/II.1930 r."

Stanowisko to jest spowodowane własną mylną interpretacją, wysnutą z domniemanej krzywdy pracownika, — wobec czego wszelka inna interpretacja byłaby niesłuszna i niesprawiedliwa lub też Rozporządzenie Prezydenta jest niejasne i wadliwe. Art. 50 należy interpretować w sensie redukcji, skrócenia pobierania świadczeń. Stanowisko takie zajmuje w komentarzu Dr. Pasternak, a wynika to jasno ze słów „osoba uprawniona jakkolwiek posiada zasadniczo przepisane warunki, nie może realizować swego prawa — jak długo istnieje przyczyna zawieszająca prawo do świadczeń".

„Za czas przez który świadczenie z powodu braku pracy ulega wstrzymaniu, świadczenie nie zostaje wypłacone nawet po ustaniu przyczyny, wstrzymującej świadczenia".

Stwierdziłem powyżej, że interpretatorzy Dekretu w sensie rozszerzającym, a więc pierwszej czy drugiej tezy jak powyżej przytoczono, popełniają zasadniczy błąd, po pierwsze w zapoznaniu celu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia — a po drugie przepis art. 50 interpretują oderwanie bez logicznego związku przepisów pozostających ze sobą w ścisłej łączności.

Celem ubezpieczenia społecznego jest dostarczenie ubezpieczonemu środków do życia, wówczas gdy ubezpieczony z przyczyn od niego niezawisłych, a więc zawisłych od wypadku losowego, zarabiać nie może. Pracownik nie może zarobić, bądź to z przyczyn leżących w jego organizmie, bądź to w organizacji pracy, bądź też w trudnościach, wytworzonych na rynku pracy.

Stosownie do przyczyn, które powodują niemożność zdobycia środków do życia, ustawodawstwo społeczne dzieliło się na grupy, względnie rodzaje i tak: na ubezpieczenie chorobowe i inwalidzkie, oparte na przyczynach leżących w organizmie człowieka; na ubezpieczenie wypadkowe i choroby zawodowe, t. j. na przyczyny, leżące w organizacji pracy względnie w jej wadliwości oraz na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, powstałego z przyczyn stosunków gospodarczych.

Obecnie ustawodawstwo zrywa zupełnie z zasadą przyczynowości, o ile idzie o rodzaje ubezpieczenia, natomiast zasadę przyczynowości uznaje przy świadczeniach, stara się jednak scalić tylko te rodzaje przyczynowości, których skutki mogą być ujęte w reguły matematyczne, czyli, które mogą być oparte na podstawach techniczno-asekuracyjnych.

Rozporządzenie Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych normuje odmienne i różnorodne przyczynowości świadczeń, z których jedna—t. j. ubezpieczenie emerytalne, oparte na zasadach techniczno-asekuracyjnych — zależna jest od zmian w organizmie ludzkim, druga—ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, nie oparte na zasadach techniczno-asekuracyjnych, znajduje swą przyczynę w stosunkach gospodarczych.

Połączenie 2-ch przyczynowości ubezpieczenia kodyfikacyjnie musiało się odbić na całej strukturze kodyfikacyjnej i stąd wynika niejasność, gdyż przepisy, pozostające ze sobą w związku przyczynowym wzajemnie się uzupełniające lub wykluczaczające, muszą być dopiero wyławiane i stąd trudności orjentacyjne.

Pominąć jednak należy wszystkie powyżej przytoczone okoliczności, przytoczyłem je jedynie dlatego, aby znaleźć punkt wyjścia, co ustawodawca zamierzał unormować w art. 50 i jak swój zamiar wyraził, jakiemi słowy i w jaką ujął go formę.

Celem ubezpieczenia na wypadek braku pracy jest dostarczyć środków do życia wówczas, kiedy ubezpieczony do pracy zdolny, nie ma tej pracy z przyczyn, niezależnych od jego woli i nie może tej pracy otrzymać z przyczyn od niego niezależnych. Z definicji powyższej wynika:

1) ubezpieczony musi być zdolny do pracy,

2) ubezpieczony musi chcieć pracować, a chcąc pracować

3) musi przedsięwziąć takie czynności, któreby uwidaczniały nazewnątrz i to w sposób, nienasuwający poważnych wątpliwości, że ubezpieczony starał się pracę znaleźć, a więc okazał wolę w kierunku znalezienia i wolę do przyjęcia zaoferowanej odpowiedniej pracy;

4) ubezpieczony musi dowieść, że nie jest sprawcą swego bezrobocia t. j., że mając pracę nie porzucił jej z przyczyn nieuzasadnionych;

5) musi zgłosić we właściwym czasie żądanie przyznania mu zasiłku.

Z tych założeń wychodząc, ustawy ubezpieczeniowe muszą przewidywać cały szereg przepisów, bądź to karnych, bądź to kontrolnych, muszą przewidywać dla ubezpieczonego ujemne skutki, o ile przepisy te nie są przestrzegane.

Stosowanie przepisów kontrolnych względnie karnych, nazwijmy je tylko rygorystycznemi, przewidują nietylko ustawy o ubezpieczeniach społecznych, przewidują je również ubezpieczenia prywatne, wystarczy bowiem przejrzeć jakąkolwiek polisę ubezpieczeniową, czy to ubezpieczenie dóbr, czy to ubezpieczenie osób; jednak z warunków ubezpieczeniowych oraz z warunków polisowych nie można stanowić o słuszności, sprawiedliwości danej polisy, danego ubezpieczenia.

W ubezpieczeniu prywatnem warunki ubezpieczenia ustalają strony na podstawie przepisu dyspozytywnego, a nie przepisu iuris cogentis, a wyrazem ich zgodnej woli jest polisa ubezpieczeniowa, zwana także kontraktem ubezpieczeniowym, stanowiąca dowód, że strony taką umowę ubezpieczeniową zawarły, na podstawie której są zobowiązane do wzajemnych świadczeń.

W ubezpieczeniach społecznych warunki ubezpieczenia oraz świadczenia tak pod względem wysokości, jako też rodzaju zawiera ustawa względnie statuty instytucyj ubezpieczeniowych, a więc prawo podmiotowe oparte jest na przepisach prawa przedmiotowego, a że ustawy o ubezpieczeniu społecznem są ustawami prawa publicznego (iuris publicis), więc o warunkach, o umowie dwustronnej mowy być nie może.

W ubezpieczeniu prywatnem wola stron decyduje o rygorach, o warunkach, pod jakiemi świadczenia nie będą wypłacane, w ubezpieczeniu publicznem natomiast tę wolę stron zastępują pozytywne przepisy prawa przedmiotowego.

Przepisy ustaw ubezpieczeniowych w stosunku do ubezpieczonego są prawem przedmiotowem, na podstawie którego ubezpieczony może zrealizować swe prawo podmiotowe, o ile czyni zadość i odpowiada warunkom prawa przedmiotowego.

Z tego punktu widzenia wychodząc dojdzie się do następującego wniosku.

Na mocy postanowień Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych:

1) wszystkie kategorje pracowników, wymienione w art. 3 tegoż Rozporządzenia muszą być ubezpieczone na wypadek bezrobocia,

2) wszystkim ubezpieczonym na mocy prawa przedmiotowego należą się świadczenia na wypadek braku pracy, o ile odpowiadają warunkom, przewidzianym w art. 17, nadto: a) były przynajmniej przez 6 miesięcy ubezpieczone, licząc wstecz od dnia utraty zajęcia (art. 16 ust. 2), b) przez czas 6 miesięcy, licząc od dnia powstania prawa podmiotowego (art. 47), a więc od dnia utraty zajęcia, o ile zgłoszenie tego roszczenia nastąpiło w sposób przepisany w ciągu miesiąca od dnia utraty zajęcia, a w przeciwnym razie od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, w którym zgłoszenie w sposób należyty uskuteczniono (art. 47), należą się im świadczenia na wypadek braku pracy w przepisanej ustawą wysokości.

Z powyżej zestawionych przepisów Rozporządzenia wynika, że punktem wyjścia tak samego ubezpieczenia, jako też punktem wyjścia dla powstania prawa do świadczeń, a więc dla realizacji prawa przedmiotowego, winien być dzień utraty zajęcia, albowiem od tego terminu wstecz liczy się okres 6-ciomiesięczny, od przebycia którego jest zawisłem, czy ubezpieczony ma prawo przedmiotowe do świadczeń, t. j. czy przebył okres oczekiwania.

Jednak art. 47 Dekretu wprowadza odmienny termin rozpoczęcia prawa do świadczeń, niejednokrotnie różny od dnia utraty zajęcia, a mianowicie od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, w którym zgłoszenie uskuteczniono, o ile zgłoszenia dokonano w następnych miesiącach, a nie w pierwszym miesiącu od dnia utraty zajęcia, czyli w danym wypadku nie dzień utraty zajęcia stanowi termin, od którego może nastąpić realizacja prawa do świadczeń, lecz pierwszy dzień miesiąca, w którym nastąpiło zgłoszenie.

Okres trwania prawa do świadczeń jest w ustawie ściśle określony w art. 57, który ogranicza go jedynie do 6 miesięcy, „prawo do świadczeń z powodu braku

pracy ustaje z upływem 6 miesięcy od dnia jego powstania", t. j. od dnia utraty zajęcia, o ile zgłoszenie roszczenia nastąpiło w pierwszym miesiącu lub od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym zgłoszenie nastąpiło.

Z wyraźnego brzmienia ustawy wynika, że okres świadczeń trwa przez 6 miesięcy i przedłużony być nie może, jak tylko w tych wypadkach, w których ustawa na przedłużenie tego okresu zezwala. „Przyczem do powyższego okresu nie wlicza się czasu wstrzymania świadczeń w myśl art. 50 p. 8 t. j., kiedy bezrobotny pobierający zasiłki otrzyma przejściowe zatrudnienie trwające nie dłużej niż dwa miesiące (art. 57 ust. 1, art. 17 p. 2)", czyli ustawa ten okres świadczeń w danym wypadku przedłuża do 8-miu miesięcy oraz „czasu ćwiczeń wojskowych" (art. 57 ust. 1), a ponieważ ćwiczenia wojskowe normalnie trwają 6 tygodni, w tym ostatnim wypadku okres świadczeń przedłużony jest do $7\frac{1}{2}$ miesiąca, w innych wypadkach okres świadczeń przedłużony być nie może.

Skoro okres świadczeń przedłużony być ustawowo nie może poza wypadkiem, przewidzianym w § 47 Stat. Zakładu, to nie ulega wątpliwości, że uprawniony może korzystać ze świadczeń faktycznie tylko w przeciągu 6 miesięcy od dnia powstania prawa do świadczeń, a że

1) prawo do świadczeń, o ile zachodzą inne warunki (art. 17) powstaje z dniem utraty zajęcia, o ile zgłoszenie nastąpiło w pierwszym miesiącu od dnia utraty zajęcia, albo

2) z dniem pierwszym tego miesiąca, w którym nastąpiło zgłoszenie,

przeto stwarzanie innych teorji, dochodzenie do innych wniosków jest pozbawione podstawy prawnej.

Odroczenie terminu powstania prawa do świadczeń do czasu późniejszego, jak to czynią powyżej przytoczone tezy jest sprzeczne z wyraźnem brzmieniem ustawy — nie jest ono równoznaczne ze wstrzymaniem świadczeń, albowiem wstrzymać świadczenie można tylko wówczas, o ile ono powstało, a w danym wypadku odracza się czas powstania, czyli popełnia się równocześnie dwa błędy — jeden polega na odroczeniu terminu powstania prawa, drugie — na braku rzeczywistego wstrzymania.

Rozporządzenie Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w ustępie 1-ym art. 50 stanowi „świadczenia z powodu braku pracy wstrzymuje się".

Wstrzymać — znaczy nie świadczyć tego, do czego Zakład byłby obowiązany świadczyć, o ile nie zachodziłyby warunki art. 50, a więc przedewszystkiem świadczenie musi być płynne, świadczenie musi powstać, lecz jego realizacja zostaje wstrzymana. Niektórzy interpretatorzy wyrażają wątpliwość, co rozumieć należy przez słowo „wstrzymanie". Znaczenie słowne tego wyrazu nie wymaga wyjaśnień, gdyż nie należy mu nadawać innego znaczenia aniżeli powyżej przytoczone—a dalej, biorąc pod uwagę ten sam termin, który znajdujemy i w ustawodawstwie austrjackiem i niemieckiem, przychodzimy do przekonania, że nie należy również nadawać temu terminowi innego znaczenia, aniżeli mu nadają te ustawy — zresztą w sposób niedwuznaczny nadaje temu terminowi znaczenie sam autor i komentator Dr. Pasternak, w uwagach do art. 50 — uwaga I:

„wstrzymanie świadczeń ma ten skutek, iż osoba uprawniona jakkolwiek posiada zasadniczo przepisane warunki, nie może realizować swego prawa, jak długo istnieje przyczyna, zawieszająca prawo do świadczeń", a dalej w ustępie III tejże samej uwagi czytamy: „świadczenie względnie odnośna jego część nie zostanie wypłacone nawet po ustaniu przyczyny wstrzymania".

Zresztą powyższe stanowisko potwierdza w sposób nie ulegający żadnej wątpliwości ustęp I art. 59 Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Ustęp ten stanowi:

„Wznowienie wypłaty świadczeń lub jej części następuje od dnia, w którym ustały warunki wstrzymujące wypłatę".

Gdyby ustawodawca zamierzał nadać wyrazowi „wstrzymanie" inne znaczenie, byłby ustęp I art. 59 sformułował: „Po ustaniu warunków wstrzymujących wypłatę — wypłacone będą wszystkie wstrzymane świadczenia od dnia zaistnienia do ustania warunku wstrzymującego".

Ze względów powyższych ani pierwsza ani druga z powyżej przytoczonych tez nie może znaleźć należytego usprawiedliwienia i jest niezgodna z wyraźnem brzmieniem ustawy — jest niezgodna z wolą prawodawcy, gdyż:

1) odracza termin powstania prawa do świadczeń wbrew postanowieniom art. 47,

2) nie wstrzymuje wypłaty świadczeń, lecz zezwala je wypłacać przez pełnych sześć miesięcy, co jest sprzeczne z postanowieniami art. 50 i 59, czyli czyni przepisy art. 50 zupełnie zbytecznemi.

Skoro z ogólnego omówienia postanowień art. 50 wynika, że przepisy tego artykułu należy interpretować ścieśniająco, jako pozytywne przepisy, ograniczające prawa ubezpieczonego do pobierania świadczeń, to należy rozpatrzeć na podstawie analizy szczegółowej poszczególnych punktów, czy zarzut postawiony przez zwolenników interpretacji rozszerzającej, że postanowienia te są krzywdzące — jest słuszny.

Art. 50 stanowiący o wstrzymaniu świadczeń, wymienia wyczerpująco wypadki, kiedy i na jaki czas należy wstrzymać świadczenia na wypadek braku pracy.

Przyczyny te można podzielić na dwie zasadnicze grupy — na przyczyny, zawisłe od woli pracownika, t. j. polegające na jego działaniu lub zaniechaniu i na inne przyczyny, które nie zależą od woli pracownika.

Do przyczyn zależnych od woli pracownika zaliczyć należy:

1) jeżeli ubezpieczony stracił zajęcie z własnej winy lub przez ustąpienie dobrowolne bez uzasadnionego powodu (art. 50 p. 1),

2) jeżeli ubezpieczony nie przyjął odpowiedniego zajęcia (art. 50 p. 5),

3) jeżeli pozostający bez pracy przekracza przepisy o kontroli (art. 50 p. 6),

4) jeżeli ubezpieczony udziela nieprawdziwych wyjaśnień lub podaje nieprawdziwe dane.

W wypadkach przewidzianych od 1—4 wstrzymanie następuje na czas do 3 miesięcy.

Inne przyczyny stanowią:

1) utrata zajęcia wskutek strajku,

2) jeżeli ubezpieczony otrzymał przy zwolnieniu go przez pracodawcę odprawę lub odszkodowanie,

3) jeżeli ubezpieczony otrzymał przejściowe zajęcie, nie dłuższe niż na czas 2 miesięcy,

4) jeżeli ubezpieczony korzysta ze świadczeń z Kasy Chorych na mocy ubezpieczenia na podstawie art. 20.

Powyżej wymienioną grupę można podzielić na przyczyny natury ekonomicznej, które wprawdzie nie powodują tego skutku, że ubezpieczony nie jest bezrobotnym, lecz zabezpieczają mu tylko na pewien czas środki do życia w zastępstwie świadczeń na wypadek bezrobocia, a do tych przyczyn zalicza się:

1) otrzymanie pracy przejściowej,

2) otrzymanie odprawy,

3) otrzymanie świadczeń z Kasy Chorych,

oraz na przyczyny mające charakter represyjny, do których zalicza się:

1) strajk,

2) utrata wolności, obie przyczyny niezależne od działania ubezpieczonego, bo jedna t. j. strajk polega na woli ogółu pracowników, druga zaś jest skutkiem ogólnego działania pracownika, lub ma charakter represyjny ze strony państwa.

Pominę grupę III, natomiast będę się starał poddać analizie grupę I i II, pierwszą jako zależną od bezpośredniego działania lub zaniechania ze strony ubezpieczonego, drugą, jako stanowiącą ekwiwalent, jako dającą pośrednio pomoc ubezpieczonemu.

Ustęp I art. 50 stanowi: „Świadczenia wstrzymuje się:

1) jeżeli ubezpieczony utracił zajęcie z własnej winy i

2) przez ustąpienie dobrowolne bez uzasadnionego powodu — na czas 3 miesięcy.

Z punktu pierwszego wypływa pytanie, co rozumieć należy przez utratę zajęcia z własnej winy. Odpowiedź na to pytanie daje nam zdanie art. 51, które brzmi: „Przez utratę zajęcia z własnej winy należy rozumieć wszystkie wypadki, uprawniające pracodawcę w myśl obowiązujących przepisów prawnych do natychmiastowego wydalenia pracownika z winy tegoż".

Kiedy zachodzi wina pracownika, uzasadniająca natychmiastowe zwolnienie, odpowiedź daje nam przepis art. 32 Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 16/III.1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych Dz. U. R. P. N. 35. Artykuł ten wylicza szereg przypadków, które mają być uważane jako ważne przyczyny, uzasadniające prawo niezwłocznego rozwiązania umowy przez pracodawcę.

Wśród tych przyczyn nie wszystkie jednak są oparte na winie pracownika, dlatego ustęp II tegoż artykułu do przyczyn, polegających na winie pracownika zalicza następujące:

1) jeżeli pracownik nadużywa zaufania pracodawcy np. przyjmuje bez jego zgody prowizję lub inne wynagrodzenie od osób trzecich, lub jeżeli dopuszcza się rozmyślnego uszkodzenia majątku przedsiębiorstwa,

2) jeżeli pracownik dopuszcza się obrazy lub znieważenia pracodawcy, jego zastępców lub przełożonych,

3) jeżeli pracownik bez zgody pracodawcy prowadzi własne przedsiębiorstwo lub dokonywa tranzakcji na własny lub cudzy rachunek, wchodzących w zakres tego przedsiębiorstwa, w którym pracownik jest zatrudniony,

4) jeżeli pracownik dopuszcza się zdrady tajemnicy technicznej lub handlowej przedsiębiorstwa,

5) jeżeli umowa o pracę została zawarta na zasadzie fałszywego lub sfałszowanego świadectwa,

6) w razie niezachowania przez pracownika istotnych warunków umowy o pracę.

Wymienione w punktach 1—6 wypadki stanowią podstawę wstrzymania świadczeń na mocy art. 50 punkt 1 na czas 3 miesięcy. Wolą ustawodawcy było, aby w tych wypadkach, kiedy pracownik świadomie dopuszcza się czynów, które są oparte na jego winie, nie otrzymywał świadczeń, gdyż skutkiem działania pracownika jest bezrobocie, które pracownik sam własną winą spowodował.

Co rozumieć należy przez ustąpienie dobrowolne bez uzasadnionego powodu?

Odpowiedź na powyższe pytanie daje zdanie II art. 51. Zdanie to brzmi: „Za ustąpienie dobrowolne bez uzasadnionego powodu nie należy uważać opuszczenia zajęcia z powodów, uprawniających pracownika w myśl obowiązujących przepisów prawnych do natychmiastowego porzucenia zajęcia".

Z definicji powyższej wynika, że każde ustąpienie z zajęcia winno być uważane jako ustąpienie bez uzasadnionego powodu — o ile na mocy przepisów prawnych pracownikowi nie przysługiwało prawo do natychmiastowego porzucenia zajęcia.

W myśl obowiązujących przepisów, a w szczególności art. 31 Rozporządzenia Prezydenta o umowie o pracę pracowników umysłowych—powodami, uprawniającemi pracownika do natychmiastowego porzucenia zajęcia, są przedewszystkiem te, które są oparte na winie pracodawcy, a mianowicie:

1) jeżeli pracodawca dopuszcza się obrazy lub znieważenia pracownika, jak również toleruje takie czyny ze strony przełożonych pracownika,

2) jeżeli pracodawca lub przełożeni pracownika dopuszczają się przy prowadzeniu przedsiębiorstwa lub nakłaniają pracownika do czynów przeciwnych prawu lub dobrym obyczajom, i

3) w razie niezachowania przez pracodawcę istotnych waruków umowy, o ile ze strony pracodawcy zachodzi zła wola lub niedbalstwo.

Prócz powyższych powodów, opartych na złej woli pracodawcy art. 31 wymienia jeszcze inne przyczyny, uprawniające pracownika do niezwłocznego rozwiązania umowy, a mianowicie:

1) w razie śmierci lub wzięcia z poboru do wojska członka rodziny pracownika, jeżeli skutkiem tego na pracownika przechodzi obowiązek prawny utrzymania tej rodziny,

2) w razie stwierdzonego przez lekarza państwowego, samorządowego, Kasy Chorych lub lekarza zakładu pracy szkodliwego wpływu pracy w zakładzie pracy na zdrowie pracownika.

Powody zwolnienia przez pracodawcę, wyszczególnione w art. 32, jako też powody do opuszczenia zajęcia, wyszczególnione w art. 31, są wyliczone taksatywnie, a nie przykładowo, przeto w tych wszelkich wypadkach, w których pracownik opuszcza zajęcie z przyczyn nie wyszczególnionych w art. 31, uważać należy, jako opuszczenie zajęcia bez uzasadnionej przyczyny, powodujące wstrzymanie zasiłku na wypadek bezrobocia na czas trzech miesięcy, albowiem tak w wypadkach art. 32, jako też z pominięciem powodów art. 31 pracownik spowodował swe bezrobocie, czyli w myśl

powyżej przytoczonych zasad, pracownikowi przez czas trzech miesięcy nie należą się świadczenia, gdyż nie ma on pracy z przyczyn zależnych od jego woli.

W dalszym ciągu art. 50 w punkcie 5 stanowi:

„jeżeli ubezpieczony nie przyjął odpowiedniego zajęcia — wstrzymanie świadczeń następuje na trzy miesiące".

Bezrobotnemu poszukującemu pracy Państwowy Urząd Pośrednictwa Pracy oferuje pracę, której bezrobotny nie przyjmuje, wówczas ocenić należy, czy bezrobotny mógł nie przyjąć zaoferowanej pracy i kiedy bezrobotny może nie przyjąć zapośredniczonej mu pracy. Przedewszystkiem zajęcie musi być odpowiednie, a za odpowiednie zajęcie uważać należy, zgodnie z art. 18 Rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, każde zajęcie odpowiadające zdolnościom fizycznym, zawodowemu wykształceniu i uzdolnieniu ubezpieczonego, a nieszkodliwe dla zdrowia lub obyczajności i to tak w miejscu dotychczasowego zamieszkania jako też poza jego obrębem, jeżeli na nowem miejscu zatrudnienia możliwe jest dla niego otrzymanie odpowiedniego mieszkania, a nadto wynagrodzenie nie powinno być niższe ani warunki pracy gorsze, niż stosowane ogólnie w miejscu nowego zatrudnienia, jako też i pod tym warunkiem, że przedsiębiorstwo, w którem zaproponowano zajęcie nie jest objęte zatargiem gospodarczym.

O ile wszystkie powyższe warunki zachodzą, a ubezpieczony nie przyjmuje zaoferowanego zajęcia, wówczas jest nadal bezrobotnym z własnej woli, a będąc sprawcą bezrobocia nie powinien otrzymywać świadczeń przez cały okres 6-miesięczny i być traktowany narówni z bezrobotnymi, którzy nie są sprawcami swego bezrobocia.

3) Art. 50 p. 6 stanowi:

„Jeżeli pozostający bez pracy przekracza przepisy o kontroli — wstrzymuje się świadczenia na przeciąg jednego miesiąca, a w razie powtórnego przekroczenia tych przepisów — na czas trzech miesięcy.

W myśl rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 22/XII 1927 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dn. 24/XI.1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, pozostający bez pracy ma obowiązek pod rygorem wstrzymania świadczeń zgłosić się do Państwowego Urzędu Pośrednictwa Pracy i poddać się przepisom obowiązującym w zakresie rejestracji i kontroli — czyli bezrobotny musi okazać swą wolę w kierunku znalezienia pracy, jako też poddając się przepisom kontrolnym udowodnić, że jest nadal bezrobotnym, czyli o ile bezrobotny zaniecha uczynić zadość przepisom rejestracji i kontroli — jest sprawcą swego bezrobocia i świadczenia winny mu być wstrzymane.

4) Art. 50 p. 7 postanawia:

„Jeżeli ubezpieczony udziela nieprawdziwych wyjaśnień lub podaje nieprawdziwe dane, a nie zachodzi wypadek art. 60 — świadczenia wstrzymuje się na czas 3 miesięcy".

Świadczenia należne ubezpieczonemu składają się ze świadczeń dla samego ubezpieczonego oraz z odpowiedniego dodatku dla członków rodziny nie zarobkujących, a pozostających na utrzymaniu ubezpieczonego — o ile ubezpieczony celem pobrania wyższych świadczeń zatai tę okoliczność, że członkowie rodziny nie są na jego utrzymaniu, albo poda nieprawdziwą ilość osób, lub też zatai tę okoliczność, że otrzymał sam lub ktokolwiek z jego rodziny chociażby zatrudnienie przejściowe, to świadczenia będą mu wstrzymane na okres 3 miesięczny zgodnie z postanowieniami § 47 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, powyżej wymienionego.

W danym wypadku mamy do czynienia z wolą pozostającego bez pracy, skierowaną na osiągnięcie wyższych świadczeń, bądź też wolą, skierowaną na zatajenie pewnych okoliczności celem pobierania przyznanych świadczeń.

Wyżej wymienione pod 1—4 wypadki polegają wszystkie na bezpośrednio lub pośrednio skierowanej woli pracownika celem pobierania świadczeń, względnie woli, powodującej, że ubezpieczony staje się bezrobotnym, czyli w każdym poszczególnym wypadku wstrzymanie świadczeń jest uzasadnione, a twierdzenie, że postanowienia art. 50 są krzywdzące, jest niesłuszne — w myśl ogólnej zasady „chcącemu krzywda się nie dzieje".

Druga grupa przyczyn wstrzymujących świadczenia, jak wyżej zaznaczyłem, stanowi inne przyczyny, niezależne od woli uprawnionego do świadczeń, a z tej grupy podnieść należy przedewszystkiem następujące kategorje:

1) ubezpieczony otrzymuje przy zwolnieniu go przez pracodawcę odprawę lub odszkodowanie,

2) bezrobotny otrzymuje przejściowe zatrudnienie,

3) bezrobotny korzysta ze świadczeń z Kasy Chorych na podstawie ubezpieczenia w art. 20.

O ile ubezpieczony będąc bezrobotnym otrzymuje świadczenia i przyjmuje pracę, która w myśl umowy o pracę lub ze swej natury jest pracą przejściową, nietrwającą dłużej nad 2 miesiące, to ubezpieczony nie jest faktycznie bezrobotnym i podczas pracy, chociażby przejściowej, zasiłków pobierać nie powinien. Aby jednak nie utrudniać chcącemu pracować ustawodawca przewiduje moment przejściowego zatrudnienia i wstrzymując mu świadczenia przedłuża mu ustawowy okres sześciomiesięczny o czas pracy przejściowej.

O ile bezrobotny, otrzymujący świadczenia, zachoruje, wówczas zgodnie z postanowieniem art. 17 nie przysługuje mu prawo do świadczeń, gdyż nie jest zdolny do pracy, a korzysta ze świadczeń z Kasy Chorych na mocy ubezpieczenia z art. 20, jednak w danym wypadku musi korzystać z pełni uprawnień z Kasy Chorych t. j. z pomocy leczniczej i z zasiłków chorobowych. Samo korzystanie z pomocy leczniczej nie może stanowić podstawy do wstrzymania świadczeń.

Przyczyny wymienione powyżej w punktach 2 i 3 nie wymagają dalszego omówienia.

O ile ubezpieczony z chwilą zwolnienia go przez pracodawcę otrzyma odprawę lub odszkodowanie, wówczas wstrzymuje się świadczenia na taki okres czasu, jakiemu odpowiada otrzymana kwota według ostatnio pobieranego wynagrodzenia.

W danym wypadku nasuwa się pytanie, co rozumieć należy przez odprawę, a co przez odszkodowanie, ponieważ Dekret o ubezpieczeniu pracowników umysłowych tylko w tym jednym wypadku używa tych różnorodnych terminów — odprawa lub odszkodowanie — przeciwstawia je wzajemnie przez połączenie spójnikiem „lub", nie daje jednak definicji, co rozumieć należy przez odprawę, a co przez odszkodowa-

nie, wobec czego znaczenia tych terminów należy szukać bądź w przepisach prawa ogólnego, bądź też w przepisach prawnych, normujących stosunek o pracę pracowników umysłowych t. j w Rozporządzeniu Prezydenta Rzplitej z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. N. 35 poz. 326).

Dekret powyższy rozróżnia odszkodowanie i to z art. 11 i odprawę z art. 42. O ile zestawimy przepisy tych dwóch artykułów, dojdziemy również do pewnych niekonsekwencji, albowiem odprawa w myśl postanowień art. 42 nie jest świadczeniem na rzecz ubezpieczonego w Zakładzie pracownika, ale jest świadczeniem na rzecz pozostałej rodziny po śmierci pracownika, więc tego rodzaju odprawy, zdaniem mojem, nie należy identyfikować z odprawą z art. 50 p. 4 Dekretu o ubezpieczeniu, gdyż w myśl tego punktu odprawę ma otrzymać ubezpieczony przy zwolnieniu go przez pracodawcę, a odprawę na mocy art. 42 otrzymuje rodzina po rozwiązaniu stosunku służbowego wskutek śmierci pracownika. Innych przypadków odprawy Dekret o umowie najmu pracy pracowników umysłowych nie przewiduje, ani operując temi terminami nie daje definicji, co rozumieć należy przez odprawę, a co przez odszkodowanie.

Odprawa w języku ubezpieczeniowym oznacza pewną kwotę, wypłaconą jednorazowo w miejsce świadczeń perjodycznych, np. ktoś pobiera rentę miesięczną i pobierałby ją przez czas dłuższy, zamiast tej renty otrzymuje jednorazową kwotę, obliczoną według zasad asekuracyjno-technicznych, kwota taka nazywa się odprawą.

Gdybyśmy wyciągnęli analogję z tego terminu ubezpieczeniowego i zastosowali ją do p. 4 art. 50, doszlibyśmy do następującej konsekwencji — pracownik umysłowy pobiera wynagrodzenie miesięczne, wśród pewnych okoliczności otrzymuje zamiast wynagrodzenia miesięcznego kwotę jednorazową w wysokości trzechmiesięcznych poborów, czyli otrzymuje kwotę zgóry w jednym terminie, zamiast otrzymywać ją perjodycznie przez czas trzech miesięcy. Zdaniem mojem ta kwota trzechmiesięcznych poborów nie będzie niczem innem, jak tylko odprawą ustawową, przewidzianą w art. 50 p. 4 i w Dekrecie o umowie najmu pracy pracowników umysłowych, czyli innemi słowy przez odprawę rozumiećby należało wypłacenie kwoty jednorazowej zamiast pensji perjodycznej.

Odszkodowanie ma swój źródłosłów „szkoda", a szkoda w pojęciu prawnem jest to uszczerbek w prawach majątkowych danej jednostki. Kto powoduje uszczerbek w prawach majątkowych jednostki, jest zobowiązany do wynagrodzenia szkody i nietylko szkody w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. szkody efektywnej, ale i utraconego zysku. Zachodzi pytanie, czy w stosunkach o pracę, o najem usług mogą tego rodzaju zagadnienia zachodzić. Ustawy prawa cywilnego znają w stosunkach robotniczych termin „odszkodowanie", ale przedewszystkiem tam, gdzie przedmiot umowy jest umowa nie o pracy, ale umowa o wynik pracy, jeżeli z tych czy innych powodów, czy to z powodu zamawiającego dzieło, czy to z powodu podejmującego się dzieła zachodzi przeszkoda w wykonaniu czy to przyjęciu, wówczas mówi się o odszkodowaniu.

Ustawa o najmie pracy pracowników umysłowych mówiąc o wynagrodzeniu pracownika — określa, że wynagrodzenie należy się nietylko w gotówce, ale i w naturze, jako też wynagrodzenie może być połączone, a to wynagrodzenie miesięczne z wynagrodzeniem, następującem po upływie dłuższego czasu, jak np. po upływie pół roku lub roku. Ustawa przewiduje także pewne zakazy, na podstawie których pracownikowi zwolnionemu nie wolno wykonywać swego zawodu, a to zgodnie z art. 10, jeżeli więc pracownik nie może wykonać zawodu, musi mieć pewny ekwiwalent na podstawie tej umowy, a tym ekwiwalentem jest odszkodowanie w wysokości, przewidzianej ustawą.

Jeślibyśmy więc termin „odszkodowanie" w rozumieniu art. 50 p. 4 odnieśli tylko do tego odszkodowania na podstawie art. 10 i 12 ustawy o najmie pracy pracownika umysłowego, to wtedy art. 50 p. 4 byłby nieracjonalny, byłby nielogiczny, bo ta odprawa nie jest odprawą za pracę w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz odszkodowaniem za to, że pracownik w przyszłości przez pewien oznaczony czas pracować w danym zawodzie nie może z powodu zakazu konkurencyjnego, czyli pracownik poniósłby podwójną szkodę — raz ponosi ją, bo nie może pracować, a drugi raz, że nie mogąc pracować w danym zawodzie nie przyznaje mu się zasiłku bezrobotnego, ponieważ bezrobotnym być musi, albo musi zmienić zawód. Nawet t. zw. wysługa lat nie może być wzięta jako odszkodowanie, gdyż wysługa lat nie ma cech wynagrodzenia szkody. Z tego wynika inna logiczna konsekwencja, a mianowicie, że odszkodowanie, mające wpływ na zawieszanie zasiłku na wypadek braku pracy, musi być jakiemś odszkodowaniem za samą pracę. Odszkodowanie takie należałoby odnieść do tych wszystkich świadczeń, prócz poborów miesięcznych, które pracodawca w razie rozwiązania stosunku służbowego winien w sposób stosowny wynagrodzić przy rozwiązaniu stosunku służbowego, a nie w czasie, gdyby zaistniał termin wypłaty tego wynagrodzenia, np. zostaje zwolniony pracownik, który pobierał pobory miesięczne 300 zł., nadto 5% od dochodu z danego przedsiębiorstwa. Dochód z przedsiębiorstwa ustalony być może na podstawie wyniku bilansu rocznego. Pracownik zostaje zwolniony w sierpniu — otrzymuje trzymiesięczne pobory, jako odprawę, nadto otrzymuje pewną kwotę jako odszkodowanie za kwotę, którą otrzymałby po sporządzeniu bilansu rocznego w miesiącu styczniu lub lutym. Sądzę jednak, że rozumowanie powyższe jest rozumowaniem a priori i jako takie może być rozwinięte dopiero w przyszłości i zasadniczą różnicę pomiędzy odprawą a odszkodowaniem wytworzy judykatura.

Stwierdzić jednak należy, że zwolniony pracownik na mocy umowy o pracę może zastrzec sobie korzystniejsze warunki, aniżeli przewidziano w Rozporządzeniu Prezydenta o umowie o pracę pracowników umysłowych, wówczas otrzymuje z chwilą zwolnienia odprawę zgodnie z umową, lub w razie rozwiązania umowy, przez co pracownik poniósł szkodę materjalną — odszkodowanie na mocy obopólnej umowy lub wyroku sądowego, jednak w danym wypadku, a zwłaszcza, o ile odszkodowanie przewyższałoby kilkakrotnie pobory miesięczne, sprawa, czy należałoby zastosować przepis art. 50 p. 4, zdaje się być wątpliwa.

Art. 50 mówiąc o wstrzymaniu świadczeń, nie określa od jakiego terminu to wstrzymanie ma się rozpocząć — i dlatego jedni stoją na stanowisku, że wstrzymanie następuje z dniem powstania prawa, inni

natomiast twierdzą, że wstrzymanie winno przypadać na okres końcowy pobierania świadczeń.

Prawo do wstrzymania świadczeń ze strony Zakładu, o ile zachodzą warunki art. 50, powstać może z dniem zaistnienia warunków wstrzymania, a warunki wstrzymania powstają — jedne z dniem powstania prawa do świadczeń, inne natomiast w okresie pobierania świadczeń, dlatego w każdym poszczególnym wypadku winna być sprawa oceniona.

Odsuwanie terminu wstrzymania świadczeń do okresu ostatnich miesięcy uważam za prawnie nieuzasadnione, a nadto stawiające bezrobotnego w trudniejszem położeniu finansowem, gdyż wstrzymanie nastąpiłoby po wyczerpaniu środków materjalnych.

# U M O W A

## pomiędzy Zarządem Kasy Chorych m. Wraszawy, a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Ch. m. Warszawy.

§ 1.

Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas od dnia 1 lipca 1929 roku do 31 grudnia 1930 roku.

O ile do dnia 1 października 1930 roku nie nastąpi pisemne wymówienie jej przez jedną ze stron, to umowa obowiązywać będzie na każdy następny rok kalendarzowy z zachowaniem tego samego trzymiesięcznego terminu wymówienia.

§ 2.

W razie jeżeli w ciągu trzech tygodni po wymówieniu niniejszej umowy nie nastąpi pomiędzy stronami porozumienie co do zawarcia i warunków nowej umowy, względnie przedłużenia umowy niniejszej, sprawa każdorazowo co do punktów spornych podlegnie arbitrażowi.

Komisja Arbitrażowa składać się będzie z przedstawicieli stron w równej liczbie i superabitra, wybranego przez przedstawicieli stron, a w razie niedojścia pod tym względem do porozumienia — superarbitra zaprasza Minister Pracy i Opieki Społecznej, możliwie z pośród członków Rady Adwokackiej, zamieszkałych w Warszawie.

Komisja Arbitrażowa winna się ukonstytuować w ciągu trzech tygodni, następujących po upływie trzytygodniowego terminu od chwili wymówienia umowy. Rozstrzygnięcie sporu winno nastąpić w ciągu następnych sześciu tygodni. Jeżeli którakolwiek ze stron nie wyznaczy w określonym trzytygodniowym terminie swoich przedstawicieli do Komisji Arbitrażowej, to takowych wyznacza Minister Pracy i Opieki Społecznej, względnie Dyrektor Głównego Urzędu Ubezpieczeń.

Orzeczenie Komisji Arbitrażowej jest wiążącem dla obu stron.

W razie wymówienia niniejszej umowy przez którąkolwiek ze stron zgodnie z § 1-ym, umowa traci swą moc i wygasa z dniem 31 grudnia 1930 roku, chociażby Komisja Arbitrażowa nie rozstrzygnęła sporu przed upływem tego terminu.

§ 3.

Każdy lekarz, rozpoczynający pracę w Kasie Chorych m. Warszawy, obowiązany jest podpisać deklarację, zgłaszającą przystąpienie do niniejszej umowy zbiorowej (załącznik Nr. 3).

§ 4.

Wszelkie spory, dotyczące ogółu lekarzy lub poszczególnych osób, jakie mogą wynikać przy wykonywaniu niniejszej umowy, strony poddają rozpatrzeniu Sądu Polubownego. Sąd Polubowny utworzony będzie w sposób wskazany w § 2-im dla Komisji Arbitrażowej.

§ 5.

Lekarzem Kasy Chorych m. W-wy może być każdy lekarz dyplomowany, posiadający przyznane przez polskie władze państwowe prawo wykonywania praktyki lekarskiej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Na wakujące stanowisko lekarskie Zarząd Kasy Chorych ogłasza konkurs, który rozstrzyga Komisja Kwalifikacyjno - Konkursowa w następującym składzie:

a) przewodniczący — Naczelny Lekarz lub jego zastępca,

b) dwóch lekarzy delegowanych przez Zarząd Kasy Chorych,

c) dwóch lekarzy delegowanych przez Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych,

d) dwóch lekarzy delegowanych przez Radę Lekarską Kasy Chorych.

Na wszystkie stanowiska kliniczne lekarskie, stałe, prowizoryczne lub czasowe (na wypadek epidemji lub zastępcze) Zarząd Kasy Chorych będzie mianował lekarzy zpośród kandydatów, którzy otrzymali najlepszą ocenę Komisji Kwalifikacyjno - Konkursowej.

Nie dotyczy to lekarzy, powołanych na stanowiska wyłącznie administracyjne (Naczelny Lekarz, jego zastępcy, referenci fachowi poszczególnych działów lecznictwa, inspektorowie lekarscy, lekarze dzielnicowi). Lekarze administracyjni, wykonywujący częściowo pracę kliniczną, będą kwalifikowani w trybie, przewidzianym dla lekarzy klinicznych.

Lekarz kliniczny, powołany na stanowisko administracyjne, zachowuje wrazie zwolnienia ze stanowiska administracyjnego wszelkie uprawnienia poprzednio nabyte i wraca na stanowisko lekarza klinicznego z zachowaniem poprzednich norm pracy i uposażenia.

Normy kwalifikacyjne dla każdej grupy lekarzy specjalistów określa Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy, a zatwierdza Zarząd Kasy.

Regulamin Komisji Kwalifikacyjnej wydaje Zarząd Kasy po zasięgnięciu opinji Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych.

§ 6.

Lekarz, przyjęty na podstawie oceny Komisji Kwalifikacyjno - Konkursowej, zostaje angażowany na trzymiesięczny okres próbny, stając się lekarzem prowizorycznym Kasy Chorych. Przed upływem terminu okresu próbnego lekarz prowizoryczny może być zwolniony każdego pierwszego lub szesnastego dnia miesiąca kalendarzowego po uprzedniem dwutygodniowem wymówieniu. Po upływie okresu próbnego lekarz prowizoryczny może być zwolniony jedynie za trzymiesięcznem wymówieniem lub po wypłaceniu trzymiesięcz-

nego odszkodowania. Warunek ten nie stosuje się do lekarzy przyjętych czasowo na określony przeciąg czasu.

Lekarze prowizoryczni po upływie okresu próbnego na wniosek Naczelnego Lekarza stają się lekarzami stałymi w miarę posiadanych przez Kasę Chorych stałych przewidzianych w budżecie stanowisk lekarskich. Liczba lekarzy prowizorycznych na pierwszego stycznia każdego roku budżetowego nie może przekraczać 10% liczby lekarzy stałych, pracujących w Kasie Chorych. Minimum pracy dla lekarza stałego wynosi trzy godziny dziennie. Zasada ta nie ma zastosowania dla lekarzy stałych obecnie ordynujących przynajmniej dwie godziny dziennie. Zarząd Kasy może w wyjątkowych wypadkach dostatecznie umotywowanych (wybitni specjaliści, lekarze szpitalni i t. p.) na wniosek Naczelnego Lekarza Kasy Chorych obniżyć wymaganą normę trzech godzin pracy.

Lekarze, uznani za lekarzy stałych do dnia podpisania niniejszej umowy, otrzymują automatycznie uprawnienia lekarzy stałych, o ile ordynują przynajmniej dwie godziny dziennie.

Lekarze nieustaleni od dnia zawarcia umowy niniejszej będą traktowani jako prowizoryczni lub czasowi.

§ 7.

Lekarze obowiązani są dokładnie spełniać przyjęte obowiązki, przestrzegać przepisów obowiązujących i rozporządzeń wydanych przez Zarząd Kasy Chorych i Naczelnego Lekarza, jak również uczestniczyć w zwoływanych przez Naczelnego Lekarza mniej więcej raz na miesiąc zebraniach i komisjach. Rozporządzenia i przepisy zasadnicze dotyczące lecznictwa i lekarzy, winny być wydawane po wysłuchaniu opinji Rady Lekarskiej, zgodnie z umową niniejszą, obowiązującymi przepisami i ustawą o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

§ 8.

Lekarze winni ściśle przestrzegać ustalonych godzin ordynowania. Nieobecność lub spóźnienie muszą być za każdym razem usprawiedliwione i zawczasu zakomunikowane.

Za nieobecność usprawiedliwioną uważa się:

1) chorobę lekarza, jak również ciężką chorobę lub śmierć osoby z jego najbliższego otoczenia,

2) wezwanie do sądu, władz państwowych, komisji poborowej oraz na ćwiczenia wojskowe,

3) delegowanie na zjazdy lub narady oficjalne i zawodowe z wiedzą i za zezwoleniem Naczelnego Lekarza,

4) wezwanie do nagłego wypadku.

W wypadkach usprawiedliwionej nieobecności lub spóźnienia z wynagrodzeń nie będzie potrącana należność. W wypadkach wszelkich nieusprawiedliwionych nieobecności i opóźnień z wynagrodzeń będzie potrącana podwójna należność za czas opuszczony, natomiast w wypadku przewidzianym w punkcie 4-tym potrąca się tylko należność za czas opuszczony.

§ 9.

Stosunek umowny pomiędzy Kasą Chorych a lekarzami stałymi w rozumieniu niniejszej umowy ustaje:

a) na skutek dobrowolnej rezygnacji lekarza, zgłoszonej przynajmniej na miesiąc przed terminem ustąpienia,

b) na skutek choroby lekarza, powodującej niezdolność do pracy i trwającej bez przerwy dłużej niż sześć miesięcy, przyczem z upływem sześciomiesięcznego okresu choroby Kasa Chorych ma prawo niezwłocznego rozwiązania umowy z lekarzem bez wymówienia i odszkodowania.

Po wyzdrowieniu lekarzowi w ciągu pół roku przysługuje prawo powrotu na swoje stanowisko z zachowaniem poprzednio nabytych uprawnień i dodatków z tem, że na ten przeciąg czasu, na jego stanowisko, będzie powołany czasowy lekarz zastępca.

W czasie trwania choroby lekarz otrzymuje prócz 60% ustawowego zasiłku chorobowego, dopłatę 40% do pełnego wynagrodzenia wraz z wszelkiemi dodatkami, płatnemi łącznie.

Warunek ten nie uszczupla dalszych uprawnień wynikających z tytułu ustawy z dnia 19 maja 1920 roku aż do czasu wyczerpania świadczeń przewidzianych statutem Kasy dla ubezpieczonych.

c) na skutek uchwalonej przez Zarząd, po zasięgnięciu opinji Rady Lekarskiej, stałej redukcji stanowisk lub stałego ograniczenia liczby godzin, przyczem lekarzowi zwolnionemu w ciągu roku przysługuje prawo pierwszeństwa do ponownego zaangażowania w razie powiększenia stanowisk.

W razie redukcji godzin ordynacji musi nastąpić trzymiesięczne wymówienie lub wypłata trzechmiesięcznych poborów w stosunku do liczby zredukowanych godzin. W razie redukcji stanowisk zwolniony otrzymuje odszkodowanie w wysokości trzymiesięcznego stałego uposażenia, łącznie z dodatkiem za specjalizację i wysługę lat.

d) na skutek reorganizacji służby leczniczej po zasięgnięciu opinji Rady Lekarskiej,

e) na skutek orzeczenia specjalnej Komisji Lekarskiej orzekającej bezapelacyjnie nawet bez odszkodowania.

§ 10.

Specjalna Komisja Lekarska składa się z dwóch przedstawicieli Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych, z dwóch lekarzy delegowanych przez Zarząd Kasy i wybranego przez strony przewodniczącego. W razie sporu co do wyboru osoby, przewodnictwo obejmuje stały delegat Rady Lekarskiej.

Regulamin Komisji Specjalnej wydaje Zarząd Kasy po zasięgnięciu opinji Rady Lekarskiej Kasy.

Do kompetencji Komisji Specjalnej należą wszystkie sprawy dotyczące wykroczeń lekarskich, służbowych i zawodowych, ujawnionej nieudolności zawodowej, szkodliwej działalności względem ubezpieczonych lub instytucji, nieprzestrzeganie przepisów obowiązujących, niestosowanie się do wydawanych przez Zarząd i Naczelnego Lekarza rozporządzeń i lekospisu i t. p. Sprawy te Zarząd Kasy przekazuje do rozpatrzenia wymienionej Komisji.

§ 11.

Do czasu wydania orzeczenia przez wymienioną w § 10 Komisję specjalną Zarząd Kasy Chorych może zawiesić lekarza w czynnościach pod warunkiem jednoczesnego skierowania sprawy do Komisji Specjalnej.

Podczas zawieszenia lekarz otrzymuje połowę poborów, nie dłużej jednak niż sześć miesięcy; w razie uznania przez Komisję Specjalną zawieszenia za nieuzasadnione — otrzymuje lekarz niezwłocznie drugą połowę pensji i natychmiast przystępuje do swych czynności.

§ 12.

Lekarz Kasy Chorych jest odpowiedzialnym wobec Zarządu materjalnie do wysokości strat poniesionych przez Kasę na skutek świadczeń niesłusznie lub niepotrzebnie przyznanych. Na wniosek Naczelnego Lekarza straty te są potrącane z uposażenia służbowego lekarza. Sprawę rozstrzyga w ostatniej instancji Komisja Specjalna, wymieniona w § 10.

§ 13.

Lekarzom stałym oraz prowizorycznym lub czasowym, pracującym nieprzerwanie dłużej niż sześć miesięcy, przysługują prawa do płatnych urlopów wypoczynkowych w/g następujących norm: przed upływem roku — dwa tygodnie, od 1 do 5 lat — jeden miesiąc, od 5 do 10 lat — pięć tygodni, ponad 10 lat — sześć tygodni.

Urlopy udzielane będą w miarę możności w okresie od 1 maja do 1 października p/g listy zatwierdzonej przez Naczelnego Lekarza.

§ 14.

Zmiana godzin ordynacji lekarza stałego wymaga porozumienia z lekarzem.

Zmiana miejsca pracy lekarza stałego w obrębie m. st. Warszawy nastąpić może z ważnych przyczyn w/g uznania Zarządu Kasy.

Za ważną przyczynę uważać należy:

a) reorganizację dzielnic lub ambulatorjów;

b) konieczność zapewnienia równomiernej terytorjalnej pomocy lekarskiej ubezpieczonym w myśl planów organizacji lecznictwa (sieć poradni ogólnych lub specjalnych, nadmierna liczba chorych w dzielnicy i t. p.). Kolejność przenoszenia normują lata służby (lekarze z większą liczbą lat służby przenoszeni są ostatni);

c) orzeczenie Komisji Specjalnej.

§ 15.

W celu podniesienia naukowej wartości lekarzy, pracujących w Kasie Chorych, Zarząd Kasy udzielać będzie płatnych urlopów na studja naukowe w klinikach i instytucjach naukowych krajowych i zagranicznych. Zasady udzielania urlopów ustali Rada Lekarska Kasy Chorych. Urlopy powyższe uzależnione będą od stanu finansowego Kasy i będą udzielane ściśle do wysokości kwot przewidzianych w budżecie.

§ 16.

Wynagrodzenie lekarzy składa się z:

a) płacy zasadniczej za godzinę pracy w wysokości od 1-go lipca do 30 września 1929 r. — 8 zł., od 1 października 1929 r. — 8 zł. 40 gr.

W razie zmiany warunków ekonomicznych w dniu 1 stycznia lub 1 lipca, każda ze stron może zażądać rewizji płac; w razie niedojścia do porozumienia, sprawę rozstrzyga się w/g § 4-go,

b) Dodatku za lata pracy w Kasie Chorych w wysokości 10% płacy zasadniczej za każde trzy lata, do wysokości 50% uposażenia.

c) Dodatku za specjalizację w wysokości od 10% do 25% płacy zasadniczej.

d) Niestałego wynagrodzenia za wizyty na mieście i poszczególne zabiegi, określonego na podstawie załącznika Nr. 2 do umowy niniejszej.

Wszystkie godziny ordynacyjne (etatowe, nieetatowe, dodatkowe) płatne są jednakowo.

§ 17.

Wynagrodzenie (§ 16 punkty a, b i c) lekarze otrzymywać będą w terminach wyznaczonych przez Zarząd Kasy Chorych, ale nie rzadziej jednak niż co miesiąc i nie później niż ostatniego dnia każdego miesiąca.

Wynagrodzenie niestałe lekarz otrzymuje po przedstawieniu rachunku niepóźniej niż 10 dnia następnego miesiąca.

Lekarzom wyjeżdżającym na urlop wypoczynkowy Zarząd Kasy wypłaca, w miarę możności, z góry pełne uposażenie za cały miesiąc nie później niż ostatniego dnia przed urlopem.

§ 18.

Lekarzom zaangażowanym do Kasy Chorych m. Warszawy z innych Kas Chorych — mogą być zaliczone przez Zarząd Kasy lata pracy w tych Kasach do wysługi lat.

§ 19.

Integralną część umowy niniejszej stanowią trzy załączniki, a mianowicie:

1) przepisy o dodatkach dla lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy,

2) cennik,

3) deklaracja.

## ZAŁĄCZNIK Nr. 1 — DO UMOWY Z DNIA 28 CZERWCA 1929 ROKU.

### Przepisy o dodatkach dla lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy.

I. Lekarze Kasy Chorych otrzymują wynagrodzenie w stosunku do lat przepracowanych w Kasie oraz do lat pracy w swojej specjalności.

II. Określenie lat pracy w Kasie Chorych dokonywa Zarząd Kasy Chorych. Lata pracy liczą się od dnia pisemnego zaangażowania lekarza do pracy w Kasie Chorych i o ile jest zachowana ciągłość pracy.

III. Dodatki za lata pracy wypłacają się każdemu lekarzowi po upływie trzech lat pracy w Kasie Chorych, przyczem za każde trzy lata dodatek 10% zasadniczego uposażenia, przyznawany dwa razy do roku (1-go stycznia i 1 lipca każdego roku kalendarzowego). Ogólna suma dodatku za lata pracy w Kasie Chorych nie może przekraczać 50%.

IV. Dodatki za specjalizację mogą być przyznane wyłącznie lekarzom specjalistom za lata praktyki w obranej specjalności. Jako specjalność uznaje się:

a) choroby wewnętrzne lub poszczególne ich gałęzie,

b) choroby nerwowe,

c) chirurgja, ortopedja, urologja,

d) laryngologja, otjatrja, rynologja, okulistyka,

e) ginekologja,

f) choroby dzieci,

g) choroby skórne i weneryczne,

h) rentgenologja,

i) fizyko - terapja,

j) praca w laboratorjum.

Lekarze dzielnicowi i rejonowi, o ile nie są specjalistami, kwilifikują się według lat praktyki w zakres medycyny administracyjno - lekarskiej lub ogólnej według uznania Zarządu Kasy.

V. Specjalista, który pragnie otrzymać dodatki za specjalność, winien wnieść podanie i udowodnić rok, w którym rozpoczął pracę nad obraną specjalnością przez przedstawienie:

a) zaświadczeń z odbytych studjów w klinikach, szpitalach, laboratorjach i t. p.,

b) prac naukowych drukowanych,

c) w razie braku tych obu świadectw — zaświadczeń dwóch lekarzy, praktykujących w Kasie Chorych o odbytych studjach.

VI. Za pełne 10 lat praktyki w obranej specjalności lekarz otrzymuje dodatek w wysokości 10% całkowitych poborów, za 15 lat — 15%, za 20 lat — 20%, za 25 lat — 25%.

VII. Dodatki za specjalizację otrzymuje lekarz po przesłużeniu w Kasie Chorych conajmniej jednego roku.

VIII. Określenia lat pracy w danej specjalności dokonywa Komisja Weryfikacyjna w składzie następującym:

a) dwóch lekarzy przedstawicieli Zarządu Kasy,

b) dwóch lekarzy przedstawicieli Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych,

c) jako przewodniczący — delegat Rady Lekarskiej.

IX. Od orzeczenia Komisji Weryfikacyjnej przysługuje odwołanie się do Komisji Kwalifikacyjno - Konkursowej, której orzeczenia są ostateczne.

X. Wszelkie odsetki liczą się od ustalonych każdorazowo wynagrodzeń podstawowych.

XI. Załącznik niniejszy jest integralną częścią umowy i obowiązuje od dnia 1 lipca 1929 roku.

## ZAŁĄCZNIK Nr. 2 — DO UMOWY Z DNIA 28 CZERWCA 1929 ROKU.

§ 1.

Wizyty na mieście opłaca Kasa Chorych m. Warszawy według cennika załączonego przy niniejszem.

§ 2.

Za wizytę na mieście Kasa Chorych płaci — „a". (Opłata za godzinę pracy ambulatoryjnej).

§ 3.

Za wizyty dzienne w dzielnicach odległych, podmiejskich lub zamiejskich może Kasa Chorych płacić wynagrodzenie stosownie do ilości godzin straconych przez lekarzy dla ich załatwienia przy obliczeniu za godzinę nie mniej „a" lub też zwrócić ich rzeczywiste wydatki podług cennika obowiązującego w danej miejscowości. Środki przewozowe, samochód lub konie, powinny być dostarczone przez administrację Kasy.

§ 4.

Wizyty na zlecenie lekarza dzielnicowego dla lekarzy specjalistów i lekarzy rejonowych w innych rejonach płatne są jednostkowo — równa się „a".

§ 5.

Wizyty nocne i w dni świąteczne oraz konsylja liczą się podwójnie. Za wizyty nocne uważane są wizyty od godziny 8 wieczór do godz. 8 rano.

§ 6.

Jeżeli w jednem i tem samem mieszkaniu lekarz udziela porady kilku pacjentom, cierpiącym na choroby, które wymagają osobnych zabiegów lekarskich, honorarjum jego składa się z całkowitej płacy za poradę pierwszą i o połowę mniejszą za każdą poradę następną.

§ 7.

W wypadkach wezwań pod adresem fałszywym lub nieścisłym, o ile adres został podany przez Kasę Chorych, honorarjum wypłaca się, tak, jak za wizyty załatwione.

§ 8.

Każde wezwanie lekarza powinno odbywać się za pomocą specjalnych druczków „żetonów".

§ 9.

**Cennik za zabiegi ginekologiczne.**

1) zabiegi proste (zeszycie krocza, skrobanie instrumentalne) — 5a.

2) zabiegi złożone (kleszcze, obrót, usunięcie łożyska, wymóżdżenie, rozkawałkowanie) — 8a.

3) usunięcie łożyska ręczne (bez narkozy) — 2a.

4) chloroformowanie (resp. asystentura) — 2a.

§ 10.

1) nacięcie ropnia (ewent. ropowicy, wąglika), szew, podwiązanie naczynia, przekłucie bębenka, tamponada nosa, nacięcie ropnia okołomigdałowego, cewnikowanie, odprowadzenie przepukliny, nakłucie opłucnej, nałożenie opatrunku ustalającego przy złamaniu obojczyka, przedramienia, kostki u stopy 2a.

2) opatrunki ustalające przy złamaniu uda, ramienia lub podudzia, wylewanie dożylne lub podskórne, nacięcie ropnia sutka, ropnia okołoodbytnicowego, nastawienie zwichnięcia, nacięcie żyły (venesectio) — 3a.

3) wyssanie wysięku opłucnej (punktico et aspiratio), nakłucie brzucha (ascites), nakłucie lędźwiowe — 4a.

§ 11.

**Lekarze szpitalni.**

Naczelny lekarz otrzymuje wynagrodzenie za 5 godziny pracy klinicznej plus za jedną godzinę pracy administracyjnej — równa się 6 „a".

Ordynator szpitala otrzymuje za lecznictwo i kierownictwo Oddziałów i pracę kliniczną — 5 „a".

Starsi asystenci otrzymują 4½ „a", asystenci — 4 „a".

Za dodatkową pracę w ambulatorjum dopłaca się podług norm ogólnych.

§ 12.

**Lekarze Pogotowia.**

Praca w Pogotowiu jest opłacana na równi z pracą lekarzy ambulatoryjnych, przyczem oblicza się w stosunku trzydziestu dni.

§ 13.

Lekarze asystenci zakładów przyrodoleczniczych otrzymują wynagrodzenie w stosunku ¾ wynagrodzenia lekarzy Kasy Chorych.

§ 14.

Załącznik niniejszy jest integralną częścią umowy i obowiązuje od dnia 1 lipca 1929 roku.

# DZIESIĘCIOLECIE UBEZPIECZALNI KRAJOWEJ W POZNANIU

Oprócz normalnego sprawozdania za r. 1928, ogłosiła poznańska Ubezpieczalnia Krajowa, z okazji dziesięciolecia swego istnienia w Niepodległej Polsce, specjalne sprawozdanie, obrazujące rozwój instytucji i jej działalność w latach 1919—1928.

Przejęcie Ubezpieczalni z rąk niemieckich dokonane zostało w początkach 1919 r., ale instytucja przejęta różniła się bardzo poważnie od tego, co dziś Ubezpieczalnia Krajowa reprezentuje. Był to **skromny zakład prowincjonalny ubezpieczenia inwalidzkiego robotników,** rozciągający swą działalność jedynie na właściwą Wielkopolskę (niemiecką „Provinz Posen"), podczas gdy dziś działalność jego rozciąga się na Poznańskie i Pomorskie i obejmuje nietylko ubezpieczenie inwalidzkie, lecz także ubezpieczenie od wypadków w przemyśle (dla ubezpieczenia od wypadków w rolnictwie istnieje oddzielny zakład), a nadto ma Wydział rent górniczych oraz Wydział zaopatrzenia optantów i reemigrantów, które wypłacają świadczenia na rachunek Skarbu Państwa względnie na rachunek instytucyj niemieckich. Przez szereg lat Ubezpieczalnia Krajowa prowadziła też ubezpieczenie urzędników prywatnych w obu województwach zachodnich, dawniej prowadzone przez centralną instytucję w Berlinie, a od 1927 r. znów wyłączone i prowadzone przez oddzielny Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu.

Ile potrzeba było ustawodawczego i organizacyjnego wysiłku, aby w tym dziesięcioletnim okresie sprostać na tym terenie postawionym sobie zadaniom, o tem daje pewne pojęcie sprawozdanie Ubezpieczalni, wymieniające kilkadziesiąt ustaw i rozporządzeń, jakie były potrzebne dla przekształcenia i przystosowania instytucji do coraz nowych warunków życia, oraz podające szczegółowe dane o finansowym rozwoju instytucji. Trzeba tu było pod każdym względem budować od podstaw i to przy równoczesnem zaspakajaniu żywych już potrzeb, mających swoje ustawowe i formalne uprawnienie w obowiązujących jeszcze ustawach państwa zaborczego i w decyzjach Traktatu Wersalskiego i Ligi Narodów. Jak trudne to było zadanie, ocenić musimy na przykładzie ubezpieczenia od wypadków. Ubezpieczenie to było dla Ubezpieczalni Krajowej dziedziną zupełnie obcą i przerastało poważnie siły jej młodego organizmu urzędniczego, który, po ustąpieniu Niemców, trzeba było dopiero stworzyć. Ubezpieczenie od wypadków prowadzone było w Niemczech przez specjalne Spółki Zawodowe (Berufsgenossenschaft), mające swoją siedzibę w Berlinie i innych wielkich miastach Rzeszy. Po odzyskaniu Niepodległości, b. dzielnica pruska znalazła się bez organów tego ubezpieczenia, bez fachowo przygotowanych urzędników, bez akt tego ubezpieczenia i bez nagromadzonych kapitałów, ale miała dość poważną liczbę osób poszkodowanych z wypadków, niecierpliwie czekających na swoje renty. Ponieważ spółki niemieckie z reguły odmawiały organom polskim wszelkich wyjaśnień lub materjałów, trzeba było sobie bez nich dać radę. Rozporządzenie Ministerstwa b. dzielnicy pruskiej z dnia 1 marca 1920 roku poleciło Dyrekcjom Poczt dalszą wypłatę rent na podstawie dawnych nakazów płatniczych spółek niemieckich i załatwiło tym sposobem palące zagadnienie niedoli emerytów, nie rozwiązało jednak sprawy samego ubezpieczenia i tych nowych ofiar wypadków, których z dniem każdym przybywało. Ze względu na szczupłość terenu, na którym tworzenie spółek zawodowych wzorem niemieckim było nieodpowiednie, a w niektórych zawodach wręcz niemożliwe, postanowiono zorganizować to ubezpieczenie na zasadach terytorjalności, obejmując jedną organizacją wszystkie przedsiębiorstwa przemysłowe całej dzielnicy. Organizację tę stworzono w Ubezpieczalni Krajowej w formie odrębnego Wydziału Ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków w przemyśle, a gospodarkę finansową instytucji oparto na systemie repartycyjnym.

Przeglądając kolejno rozwój działalności Ubezpieczalni Krajowej w dziedzinie ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia od wypadków, stwierdzić możemy w obu znaczne postępy zarówno pod względem utrwalenia podstaw finansowych, jak i pod względem sprawności administracyjnej.

**Wydział ubezpieczenia od inwalidztwa i na starość,** który w okres złotowy (1924 r.) wszedł z 370 tys. ubezpieczonych, liczy ich obecnie około 620 tys., gdy liczba rent w tym okresie prawie wcale nie uległa zmianie, utrzymując się na jednakowym mniej więcej poziomie 70 tys. Ponieważ zarobki i składki wykazują w tym czasie znaczniejszy wzrost, aniżeli renty, które tu są wyjątkowo niskie, nic więc dziwnego, że przyrost majątku jest z roku na rok poważniejszy i wyraźnie wskazuje na **konieczność podwyższenia wymiaru świadczeń.** Gdy w roku 1924 przyrost majątku wynosił mniej niż 1½ milj. zł., w r. 1928 wynosił już prawie 6½ milj. złotych, sprawiając, że majątek z 5,6 milj. zł. podniósł się do 24,9 milj. zł.

Utrzymanie się liczby rent na niezmienionym poziomie tłumaczy się w pierwszym rzędzie poprawą konjunktury gospodarczej, która zmniejsza tendencję do ubiegania się o renty, zwłaszcza gdy one są tak niedostateczne jak w tem ubezpieczeniu, a następnie także wymieraniem rencistów wojennych oraz dorastaniem do wieku dojrzałego sierot wojennych.

Bardzo interesujące wyniki daje porównanie rezultatów tego działu ubezpieczenia z danemi z roku 1913. W owym roku przeciętna składka roczna wynosiła 10,44 mk. (czyli około 22,50 zł.) t. j. nieco więcej niż wynosi obecnie (22,21 zł.) ale poważnie więcej niż wynosiła w 1924 r. (18.51 zł.). Na świadczenia wydano w 1913 roku 56,8% składek, gdy w 1924 r. wydano 76,5%, a w 1928 r. już tylko 60,7%. Najbardziej zastanawiający jest stosunek obecnych do dawnych kosztów administracji. Gdy w 1913 r. koszty administracji wynosiły 14,9% składek t. j. 1,65 mk. (3,32 zł.) na każdego ubezpieczonego, w 1924 r. wynosiły 6,8% czyli 1,25 zł. a w 1928 r. 7,3% t. j. 1,62 zł. na 1 ubezpieczonego.

**Wydział ubezpieczeń od wypadków,** opierający swoją gospodarkę finansową na repartycji, wykazuje z roku na rok coraz wyższy wymiar opłat, gdyż i z roku na rok trzeba pokrywać coraz bardziej wzrastające sumy świadczeń, a instytucja nie posiada prawie żadnego majątku, z którego dochody przyczyniłby się mogły do częściowego pokrycia wydatków.

Wydatki na świadczenia, które w 1924 r. wynosiły około 650 tys. zł., przekraczają w 1928 r. już kwotę 2,900 tys. zł. czyli wykazują wzrost mniejwięcej o 350 proc. Koszty administracji wzrosły w tym samym czasie ze 191 tys. zł. do 416 tys. zł. czyli wykazują wzrost o 120 procent, co oczywiście pozostaje w ścisłym związku z rozrostem zakresu działania instytucji. Gdy początkowo (w 1924 r.) na koszty administracji wydawano około 20% składek, obecnie (w 1928 r.) wydaje się tylko około 9%.

Na pokrycie tych wydatków i stworzenie skromnego, lecz koniecznego funduszu obrotowego pobrała Ubezpieczalnia tytułem opłat za ubezpieczenie w 1924 r. ogółem około 950 tys. zł. w r. 1928 już prawie 4.800 tys. zł., co oznacza wzrost opłat za ubezpieczenie o 400%. Jest to nieuniknione następstwo systemu repartycyjnego. Wobec takich stosunków powstaje oczywiście pytanie, czy w dalszym ciągu składki będą w takim samym tempie wzrastać? Na to nie dają materjały, ogłoszone w sprawozdaniu, wyraźnej odpowiedzi. Okazuje się bowiem, że w stosunku do wykazanych przez zakłady pracy zarobków robotniczych składka na ubezpieczenie wynosi w latach 1924 — 1928 kolejno: 1,3 proc., 2,3 proc., 2,7 proc., 2,2 proc., 1,2 proc., czyli trudno orzec, jak się ten stosunek w najbliższej przyszłości ukształtuje. W każdym razie jednak wiadomo, że liczba rent stale jeszcze wzrasta, w konsekwencji czego wzrastać też musi suma wydatków na świadczenia.

Oprócz sprawozdań i wykresów, odnoszących się do obu powyższych głównych działów pracy Ubezpieczalni, znajdujemy w sprawozdaniu jubileuszowem krótkie streszczenie odnośnych ustaw ubezpieczeniowych, a mianowicie III i IV księgi ordynacji ubezpieczeniowej, oraz zobrazowanie działalności **Lecznicy pod Obornikami,** przez którą przechodzi rocznie ponad 800 pacjentów, leczonych średnio przez 60 dni. Znaczną część pacjentów Lecznicy stanowią leczeni na koszt Kas Chorych, które, jak widać z zestawień cyfrowych, chętnie korzystają z tego sanatorjum.

Dla uzupełnienia obrazu działalności Ubezpieczalni należy jeszcze wspomnieć o tem, że poza powyższemi urządzeniami prowadzi **klinikę dentystyczną** w Poznaniu, **zakład Zanderowski** dla leczenia medyko - mechanicznego i **Uzdrowisko w Zagórzu,** a obecnie kończy budowę wielkiego **sanatorjum na 100 łóżek w Inowrocławiu.**

Już z tego krótkiego sprawozdania widać, że w ciągu dziesięciu lat Niepodległości Ubezpieczalnia Krajowa nietylko utrzymała spuściznę po władzach zaborczych, ale pomnożyła ją własnym dorobkiem, wnosząc do całości ubezpieczeń społecznych Polski cenne walory materjalne i moralne.

**PATRYCY DZIURZYŃSKI.**

# DZIAŁALNOŚĆ FUNDUSZU BEZROBOCIA W ROKU 1928.

Fundusz bezrobocia utworzony na podstawie Ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. o zabezpieczenie na wypadek braku pracy, ogłosił sprawozdanie za czwarty rok działalności.

Na czele Funduszu Bezrobocia stoi Zarząd Główny, pozostający pod kierownictwiem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z p. Szubartowiczem, jako przewodniczącym, któremu jako dyrektorowi departamentu opieki społecznej, podlegają Państwowe Urzędy Pośrednictwa Pracy, współpracujące z Funduszem Bezrobocia. Liczba członków Zarządu Głównego zmniejszyła się w ciągu roku o trzech, a to na skutek wygaśnięcia mandatów dwu przedstawicieli pracowników umysłowych i jednego pracodawców, wobec przejęcia ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy przez Zakłady Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych.

Miejscowemi organami są zarządy obwodowe, których liczba wobec dalszej reorganizacji **zmniejszyła o dwa do 25** (na początku 1926 roku — 53) z kierownikami Państwowych Zakładów Pośrednictwa Pracy, jako przewodniczącymi.

Rejestracje i kontrole bezrobotnych wykonywują zasadniczo P. U. P. P.; czynności te, jak również wypłata zasiłków, mogą być powierzone przez Fundusz Bezrobocia instytucjom zastępczym za wynagrodzeniem od 3—5% wypłat, a egzekucja zaległości za dodatkowem wynagrodzeniem w wysokości 1—3%. Fundusz Bezrobocia w dalszym ciągu dążył do rozszerzenia współpracy z wydziałami powiatowemi; w końcu roku ogólna ilość instytucyj zastępczych na całym terenie państwa wyniosła 466, a mianowicie: 220 wydziałów powiatowych, 135 gmin miejskich, 98 wiejskich, oraz 13 kas chorych.

Dla ujednostajnienia i usprawnienia działalności tych instytucyj wydano tymczasową instrukcję o wykonywaniu czynności Funduszu Bezrobocia przez instytucje zastępcze.

Dążąc do podniesienia wysokości wpływów opracowano instrukcje i wzory druków, ułatwiających prowadzenie kont zakładów pracy, jak też, opierając się przeważnie na danych Kas Chorych, przeprowadzano intensywną kontrolę przedsiębiorstw, w celu wykrycia wszystkich zakładów pracy zobowiązanych do zarejestrowania się w F. B., a uchylających się od tego obowiązku, oraz sprawdzenia, czy zarejestrowane zakłady należycie opłacają składki. Wynikiem tej akcji jest wydatne powiększenie przypisów wkładek do 32.072.772.79 wobec zł. 25,578,267,26 w roku 1927.

Wobec dostatecznie wyczerpującego ustawodawstwa nie nastręczała się konieczność wprowadzania szerszych zmian. W ciągu roku wydano Rozporządzenie Prezydenta z dn. 16 lutego 1928 r., przedłużające okres wypłat zasiłków dla robotników sezonowych z 6 do 10 tygodni, oraz z dn. 24 lutego 1928 r. wprowadzające obowiązek przedkładania przez zakłady pracy list płacy, obniżające wysokość odsetek z 5% na 2%, względnie 1% przy rozkładaniu na raty, wreszcie ustalające wysokość kosztów egzekucyjnych. Nadto dwa Rozporządzenia wykonawcze z dn. 12.II.1928 i 14.XII.1928 r. uchyliły na czas trwania sezonu martwego r. 1927/28 względnie 1928/29, w odniesieniu do robotników sezonowych, przepis art. 1, pozbawiający ich prawa do zasiłków w martwym sezonie; wreszcie Rozporządzenie

z d. 15 maja 1928 r. podniosło najwyższą normę zarobków, stanowiącą podstawę do obliczenia składek, jak i wypłaty zasiłków, z 6.60 do zł. 7.50 dziennie.

Rozporządzenie z dn. 24 lutego zamknęło F. B. drogę egzekucji we własnym zakresie, pozostawiając mu drogę egzekucji za pośrednictwem gmin miejskich, i wiejskich, lub drogę egzekucji sądowej. Wobec tego że egzekucja administracyjna okazała się w wielu wypadkach bezskuteczna, zamierzano wejść w szerszym zakresie na terenie b. zaboru rosyjskiego, na drogę egzekucji sądowej, lecz stanęły temu na przeszkodzie względy natury prawnej: — jedne sądy nadawały „wyrokom zaległości" F. B. klauzulę egzekucyjną, inne odmawiały klauzuli, kierując F. B. na drogę powództwa cywilnego, inne wreszcie stanęły na stanowisku, że należności F. B. mogą być ściągane przez komorników na podstawie zwykłego zlecenia wykonania, udzielonego przez kierownika właściwego Sądu. W tej sprawie Zarząd główny wystąpił do Ministerstwa Sprawiedliwości o spowodowanie miarodajnego orzeczenia Sądu Najwyższego.

Nadto żywą była interpretacja art. 1, co należy rozumieć pod „innemi zakładami pracy, choćby na zysk nie obliczonemi, a prowadzonemi w sposób przemysłowy". Zarząd Główny wbrew swojemu pierwotnemu stanowisku uznał szkoły, gminy wyznaniowe i zakłady filantropijne za niepodlegające działaniu Ustawy z d. 18 lipca 1924 r. Sprawa robotników, zajętych przy t. zw. eksploatacji leśnej, była przedmiotem licznych rozważań w ciągu roku sprawozdawczego, jednak definitywne rozstrzygnięcie, jakie prace należy rozumieć pod nazwą eksploatacji leśnej, a więc nie podpadające działaniu ustawy, zapadło w początkach 1929 r. Kilka spraw zostało rozstrzygniętych przez Najwyższy Trybunał Administracyjny, z tego najważniejszą sprawą była interpretacja Rozporządzenia Rady Ministrów z d. 11 marca 1925 r., tyczącego się obowiązku zabezpieczenia przez władze samorządowe wszystkich robotników, nie ubezpieczonych przez tę instytucje we własnym zakresie, rozstrzygnięta w myśl stanowiska F. B.; w jednej sprawie Trybunał obalił przyjętą przez Zarząd Główny definicję zakładu pracy, prowadzonego w sposób przemysłowy, nie określając jednak ze swej strony definicji tego pojęcia.

Wreszcie liczne były kwestje, w jakiej drodze mają być załatwiane sprawy o obowiązek zabezpieczenia robotników. Fundusz Bezrobocia stanął na stanowisku, że sprawy te należą do właściwości organów F. B. zgodnie z Rozp. M. P. i O. S. z dn. 5 lutego 1926 r. i sądy powszechne we wszystkich sprawach podzieliły ten punkt widzenia mimo obrony tezy przeciwnej, zwłaszcza przez adwokatów i notarjuszów b. zaboru pruskiego, że sprawy te mogą być rozważane przez sądy powszechne.

Ponadto podkreślić należy rozpoczęcie na większą skalę akcji budowlanej. Dotychczas w wielu miejscowościach biura Funduszu Bezrobocia i Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy mieściły się w lokalach zupełnie nieodpowiednich; w czasie zwiększenia się bezrobocia, a więc głównie w miesiącach zimowych, bezrobotni zmuszeni byli wystawać w kolejkach na mrozie, deszczu lub śniegu, lub dusić się w ciasnych, niedostatecznie opalanych i przewietrzanych salach. Stąd konieczność budowy budynków na pomieszczenie biur Funduszu Bezrobocia, giełd pracy i instytucyj współpracujących z F. B.; w roku 1928 rozpoczęto budowę w Krakowie, w roku bieżącym ma się rozpocząć w Poznaniu, Toruniu, Stanisławowie, Wilnie i Lwowie.

Sprawozdanie F. B. za rok 1928 zawiera wiele danych statystycznych i finansowych w stanie surowym, których opracowanie i porównanie z wynikami lat ubiegłych jest przedmiotem dalszych rozważań.

## LICZBA UBEZPIECZONYCH I WYSOKOŚĆ SKŁADEK.

W miesiącu styczniu 1928 r. liczba robotników ubezpieczonych spadła z 866,401 do 846,704, jednak już w m. lutym zaznaczył się wzrost, który trwał nieprzerwanie do m. listopada do liczby 1,011,209, by opaść do 1,004,666. W ciągu roku liczba ubezpieczonych wzrosła o 138,265, a więc o 16%.

Przeciętna liczba ubezpieczonych w poszczególnych województwach była następująca:

| L. p. | Województwo | Rok 1928 | Rok 1927 | Wzrost %-wy w stosunku do r. 1926 | 1925 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | M. st. Warszawa | 84.688 | 74.895 | 13 | 49 |
| 2. | Warszawskie | 37.663 | 30.438 | 24 | 68 |
| 3. | Łódzkie | 165.036 | 141.673 | 16 | 45 |
| 4. | Kieleckie | 151.889 | 135.790 | 12 | 57 |
| 5. | Lubelskie | 16.471 | 13.697 | 20 | 94 |
| 6. | Białostockie | 16.093 | 12.814 | 26 | 194 |
| 7. | Wileńskie i Nowogródzkie | 14.499 | 9.166 | 58 | 137 |
| 8. | Poleskie | 8.557 | 7.803 | 10 | 229 |
| 9. | Wołyńskie | 9.839 | 8.142 | 21 | 216 |
| 10. | Poznańskie | 71.840 | 54.674 | 31 | 61 |
| 11. | Pomorskie | 32.490 | 21.332 | 52 | 169 |
| 12. | Krakowskie | 61.779 | 46.194 | 34 | 52 |
| 13. | Lwowskie | 46.507 | 41.947 | 11 | 81 |
| 14. | Stanisławowskie i Tarnopolskie | 25.386 | 17.561 | 45 | 191 |
| 15. | Śląskie | 189.901 | 172.135 | 10 | 26 |
| | Razem | 932.638 | 788.261 | 18 | 57 |

Przeciętna liczba ubezpieczonych wzrosła o 18% w stosunku do roku 1927. Z województw, obejmujących większą liczbę ubezpieczonych wykazuje woj. Krakowskie wzrost o 34%, głównie na skutek wyników intensywnej kontroli zakładów pracy, woj. Poznańskie 31% w związku ze zbliżającym się wówczas otwarciem Powszechnej Wystawy Krajowej. W województwach o mniejszej ilości ubezpieczonych największy wzrost wykazuje woj. Wileńskie i Nowogródzkie 58% — na skutek wyników kontroli. W porównaniu z przeciętną r. 1925, liczba ubezpieczonych wzrosła o 57%. Najmniejszy wzrost wykazuje woj. Śląskie—26%, Łódzkie 45%, st. m. Warszawa 49%, największy zaś woj. Poleskie 229%, Wołyńskie 216%; w województwach bardziej uprzemysłowionych ubezpieczenie objęło więc odrazu znaczny odsetek robotników, gdyż zakłady pracy zwłaszcza większe, prędzej dowiadują się o wydanych ustawach i prędzej się do nich stosują, w województwach mniej uprzemysłowionych, zwłaszcza wschodnich, o niższym poziomie oświaty następuje to w dużym stopniu w drodze przymusowej na podstawie wyników kontroli.

Na 1.XII.28 r. było 29.610 zakładów pracy, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia robotników wobec 24.168 na 1.I.28 r.; na jeden zarejestrowany zakład przypadało w obu terminach przeciętnie 34 ubezpieczonych robotników, faktycznie jednak wobec przymusowego zarejestrowania drobnych zakładów w czasie kontroli liczba ta spadła, gdyż na 1.I.28 r. wliczono i te zakłady pracy, które ubezpieczały pracowników umysłowych, choćby nie zatrudniały robotników.

Przypis składek łącznie z dopłatą Skarbu Państwa był następujący:

| L. p. | Województwo | Rok 1928 | Rok 1927 | Wzrost w % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | m. st. Warszawa | 5.032.325.04 | 3.847.441.35 | 31 |
| 2. | Warszawskie | 1.966.907.39 | 1.592.879.16 | 23 |
| 3. | Łódzkie | 8.404.237.42 | 7.116.634.78 | 18 |
| 4. | Kieleckie | 6.569.075.03 | 5.678.487.17 | 16 |
| 5. | Lubelskie | 882.148.21 | 610.453.41 | 35 |
| 6. | Białostockie | 773.988.53 | 539.570.22 | 43 |
| 7. | Nowogródzkie i Wileńskie | 671.152.59 | 354.943.60 | 89 |
| 8. | Poleskie | 486.601.53 | 303.893.22 | 60 |
| 9. | Wołyńskie | 362.209.21 | 226.834.88 | 60 |
| 10. | Poznańskie | 3.835.183.59 | 3.224.833.72 | 19 |
| 11. | Pomorskie | 1.718.004.68 | 952.052.37 | 80 |
| 12. | Krakowskie | 3.582.139.60 | 2.619.195.15 | 37 |
| 13. | Lwowskie | 2.199.716.99 | 1.857.374.07 | 18 |
| 14. | Stanisławowskie i Tarnopolskie | 1.195.958.86 | 642.737.87 | 91 |
| 15. | Śląskie | 10.489.510.52 | 8.800.069.92 | 19 |
| | razem | 48.109.159.19 | 38.367.400.89 | 25 |

Zestawiając przypis składek z przeciętną liczbą ubezpieczonych otrzymujemy przeciętną składkę na jednego ubezpieczonego. Składka świadczy o wysokości zarobków w danem województwie. Składki te kolejno w/g wysokości podaje nam następujące zestawienie. W nawiasach podano kolejność w roku 1927.

| Województwo: | | |
|---|---|---|
| 1. M. st. Warszawa | (4) | 59.42 |
| 2. Krakowskie | (2) | 57.99 |
| 3. Poleskie | (12) | 56.98 |
| 4. Śląskie | (5) | 55.23 |
| 5. Poznańskie | (1) | 53.39 |
| 6. Pomorskie | (7) | 52.87 |
| 7. Warszawskie | (3) | 52.23 |
| 8. Łódzkie | (6) | 50.92 |
| 9. Lubelskie | (8) | 49.92 |
| 10. Białostockie | (10) | 48.09 |
| 11. Lwowskie | (9) | 47.30 |
| 12. Stanisławowskie i Tarnopolskie | (14) | 47.11 |
| 13. Wileńskie i Nowogródzkie | (13) | 46.29 |
| 14. Kieleckie | (11) | 43.53 |
| 15. Wołyńskie | (15) | 36.81 |
| przeciętnie | | 51.58 |

Wzrost składek w stosunku do roku poprzedniego wynosi 6%. Spadek wykazuje woj. poznańskie, gdyż w r. 1927 na skutek większych przypisów za lata ubiegłe składka wypadła za wysoko. Co do kolejności woj. poznańskie spadło na 5 miejsce; woj. poleskie zajęło 3 miejsce, a to tylko na skutek większych przypisów za lata ubiegłe, niewątpliwie w roku następnym utraci to miejsce. Ostatnie miejsce zajmują województwa rolnicze. Charakterystyczne jest, że województwo kieleckie zajmuje stale końcowe miejsce, co świadczy o niskich zarobkach w Zagłębiu Dąbrowskiem, jak również woj. Lwowskie w związku z niskiemi zarobkami w przemyśle naftowym.

Wysokość rzeczywistych zarobków, obliczona na podstawie powyższych składek wynosi zł. 1.719.30 rocznie.

## INNE DOCHODY

Oprócz przypisów składek odsetki od zakładów pracy wyniosły zł. 1.965.097,58, dary zł. 1.122,20, odsetki od kapitałów zł. 207.016,27, różnice z roku ub. zł. 3.947,54, wpłaty skarbu na zapomogi z akcji doraźnych zł. 15.959.274,61, oraz zwrot kosztów akcji doraźnych zł. 715.119, razem zł. 66.957.736.

## STAN BEZROBOCIA, LICZBA POBIERAJĄCYCH ZASIŁKI, WYSOKOŚĆ ZASIŁKÓW

Stan rynku pracy uległ w r. 1928 polepszeniu. Dowodzi tego z jednej strony wzrost ilości ubezpieczonych, z drugiej strony zmniejszenie liczby bezrobotnych. Liczba bezrobotnych robotników zarejestrowanych w Państwowych Urzędach Pośrednictwa Pracy wynosiła w m. styczniu 161.530, by w lutym wzrość do 166.027, poczem następuje stałe zmniejszanie do 69.513 w m. październiku, wobec 101.984 w roku 1927. W jesieni następuje sezonowy wzrost bezrobocia do liczby 106.468. Przeciętny stan bezrobocia w r. 1928 wyniósł 115.203 wobec 146.665 w roku poprzednim. Przyjmując stan bezrobocia w r. 1925 za 100 otrzymujemy wskaźniki:

| | | |
|---|---|---|
| w r. | 1926 | — 143 |
| | 1927 | — 97 |
| | 1928 | — 71 |

Liczba pobierających zasiłki w poszczególnych miesiącach w porównaniu z rokiem poprzednim jest następująca:

| Miesiąc | Rok 1928 | Rok 1927 | Wzrost (+) lub spadek(—) w % |
|---|---|---|---|
| styczeń | 48.566 | 31.375 | + 55 |
| luty | 55.205 | 37.642 | + 46 |
| marzec | 50.132 | 37.775 | + 33 |
| kwiecień | 31.057 | 33.775 | — 8 |
| maj | 23.358 | 28.767 | — 19 |
| czerwiec | 17.461 | 24.145 | — 28 |
| lipiec | 15.873 | 18.928 | — 16 |
| sierpień | 14.374 | 15.827 | — 9 |
| wrzesień | 14.237 | 13.146 | + 8 |
| październik | 13.720 | 13.441 | + 2 |
| listopad | 20.779 | 17.405 | + 15 |
| grudzień | 34.354 | 31.295 | + 10 |
| przeciętnie | 28.260 | 25.293 | + 12 |

Liczba korzystających z zasiłków wzrosła przeciętnie o 12%, a więc w mniejszym stopniu, niż liczba ubezpieczonych (18%). Znaczny wzrost następuje zwłaszcza w czasie zimowego sezonu martwego, skutkiem większego bezrobocia w odnośnych gałęziach przemysłu, lub też zniesienia w szerszym zakresie ograniczeń, tyczących się wypłat zasiłków w czasie sezonu martwego; w miesiącu styczniu i lutym 1928 r. liczba bezrobotnych, pobierających zasiłki na skutek uchylenia sezonu martwego, wynosiła przeciętnie 20.750, a w r. 1927—9.257. W miesiącach letnich następuje zmniejszenie liczby korzystających z zasiłków w stosunku do roku 1927.

Przeciętną pobierających zasiłki w poszczególnych województwach wskazuje następujące zestawienie:

| L. p. | Województwo | Rok 1927 | Rok 1928 | Wzrost(+) lub spadek (—) w % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | St. m. Warszawa | 1.359 | 1.134 | + 20 |
| 2. | Warszawskie | 2.021 | 1.465 | + 38 |
| 3. | Łódzkie | 6.942 | 4.767 | + 46 |
| 4. | Kieleckie | 5.286 | 4.070 | + 30 |
| 5. | Lubelskie | 575 | 430 | + 34 |
| 6. | Białostockie | 836 | 905 | — 8 |
| 7. | Wileńskie i Nowogródzkie | 411 | 313 | + 31 |
| 8. | Poleskie | 153 | 62 | +147 |
| 9. | Wołyńskie | 120 | 93 | + 29 |
| 10. | Poznańskie | 2.237 | 2.016 | + 11 |
| 11. | Pomorskie | 1.490 | 941 | + 58 |
| 12. | Krakowskie | 1.456 | 1.991 | — 27 |
| 13. | Lwowskie | 1.900 | 1.104 | + 72 |
| 14. | Stanisław. i Tarnopol. | 318 | 250 | + 27 |
| 15. | Śląskie | 3.156 | 5.752 | — 45 |
| | razem | 28.260 | 25.293 | + 12 |

Na 100 pobierających zasiłki wypada 77 mężczyzn i 23 kobiet, wobec 82 i 18 w r. 1927. W woj. Łódzkiem, gdzie liczba kobiet zatrudnionych w przemyśle włókienniczym jest znaczna, stosunek ten wynosił 57 i 43, wobec 66 i 34 w r. 1927. Ryzyko ubezpieczenia kobiet pogorszyło się i jest z reguły wyższe niż mężczyzn.

W związku z powyższem wzrósł udział samotnych w pobieraniu zasiłków. Na 100 pobierających zasiłki wypada 44 samotnych i 56 rodzinnych, wobec 43 i 57 w roku 1927; na terenie woj. Łódzkiego stosunek ten wynosił 61 i 39, wobec 54 i 46 w r. 1927. Mniejszy wzrost udziału samotnych, niż kobiet, dowodzi, że rodzinny bardziej jest narażony na utratę pracy, niż samotny, który łatwiej może z miejsca na miejsce się przenosić i podjąć się pracy za niższem wynagrodzeniem.

Stosunek korzystających z zasiłków do liczby bezrobotnych wzrósł w r. 1928 i wynosił 25% wobec 17% w r. 1927. Dowodzi to, że ubezpieczeni w większym stopniu wykorzystują w razie braku pracy swe uprawnienia i starają się przed utratą pracy przepracować w zakładach podlegających działaniu Ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. przez 20 tygodni, a tem samem zdobyć prawo do zasiłków. Zresztą spotykamy ten objaw, że zakłady pracy zwalniają w pierwszym rzędzie tych robotników, którzy nabyli prawa do zasiłków.

Na 100 ubezpieczonych pobierało zasiłki:

| Miesiąc | Rok 1928 | Rok 1927 |
|---|---|---|
| Styczeń | 5.7 | 4.4 |
| Luty | 6.5 | 5.2 |
| Marzec | 5.8 | 5.2 |
| Kwiecień | 3.6 | 4.6 |
| Maj | 2.6 | 3.8 |
| Czerwiec | 1.9 | 3.1 |
| Lipiec | 1.7 | 2.4 |
| Sierpień | 1.5 | 1.9 |
| Wrzesień | 1.5 | 1.6 |
| Październik | 1.4 | 1.6 |
| Listopad | 2.1 | 2 |
| Grudzień | 3.4 | 3.6 |
| przeciętnie | 3.03 | 3.21 |

Ryzyko ubezpieczenia zmniejszyło się więc do 3,03% wobec 3,21% w r. 1927. Zwiększenie się wykazują miesiące zimowe: styczeń, luty, marzec, oraz m. listopad; inne miesiące wykazują zmniejszenie.

Stan i zmiana ryzyka w poszczególnych województwach przedstawia następujące zestawienie:

| L. p. | Województwo | Rok 1828 | Rok 1927 |
|---|---|---|---|
| 1. | st. m. Warszawa | 1.6 | 1.51 |
| 2. | warszawskie | 5.37 | 4.81 |
| 3. | łódzkie | 4.21 | 3.36 |
| 4. | kieleckie | 3.48 | 3 |
| 5. | lubelskie | 3.49 | 3.14 |
| 6. | białostockie | 5.19 | 7.06 |
| 7. | wileńskie i nowogródzkie | 2.83 | 3.41 |
| 8. | poleskie | 1.79 | 0.79 |
| 9. | wołyńskie | 1.22 | 1.14 |
| 10. | poznańskie | 3.11 | 3.69 |
| 11. | pomorskie | 4.59 | 4.41 |
| 12. | krakowskie | 2.36 | 4.31 |
| 13. | lwowskie | 4.09 | 2.63 |
| 14. | stanisławowskie i tarnopolskie | 1.23 | 1.42 |
| 15. | śląskie | 1.66 | 3.34 |
| | | 3.03 | 3.21 |

Naogół w większości województw ryzyko ubezpieczenia wzrosło i to w województwach najbardziej uprzemysłowionych, jak Łódzkie, Kieleckie; zmniejszenie się ogólnego ryzyka przypisać należy wyłącznie woj. Śląskiemu, gdzie ryzyko zmniejszyło się o 50%. Województwo Warszawskie i Białostockie wykazują największe ryzyka, jak i w latach poprzednich, jednak w woj. Białostockiem ryzyko zmniejszyło się i województwo to stoi na drugiem miejscu. Woj. Warszawskie zawdzięcza tak duże ryzyko robotnikom sezonowym, a to głównie cegielnianym i ziemnym, w związku z uchyleniem sezonu martwego, woj. Białostockie nienormalnym stosunkom w przemyśle włókienniczym. Dalej idzie woj. Pomorskie ze względu na robotników sezonowych (ziemnych), woj. Łódzkie ze względu na pogorszenie się konjunktury w przemyśle włókienniczym, woj. Lwowskie z powodu stale słabej konjunktury w przemyśle naftowym. Najmniejsze ryzyko wykazują województwa rolnicze, jak Wołyńskie, Stanisławowskie, Tarnopolskie, Poleskie; na równi z nimi stoi m. Warszawa ze względu na prowadzenie robót samorządowych i woj. śląskie ze względu na pomyślne tam konjunktury.

Wysokość wypłaconych zasiłków w porównaniu z rokiem 1927 była następująca:

| L. p. | Województwo | Rok 1928 | Rok 1927 | Wzrost (+) lub spadek (—) w %% |
|---|---|---|---|---|
| 1. | St. m. Warszawa | 1.085.690,68 | 753.394,33 | + 44 |
| 2. | Warszawskie | 1.337.113,84 | 804.066,58 | + 66 |
| 3. | Łódzkie | 5.062.236,26 | 2.807.916,38 | + 80 |
| 4. | Kieleckie | 3.586.060,51 | 2.572.389,50 | + 39 |
| 5. | Lubelskie | 441.929,32 | 292.768,66 | + 51 |
| 6. | Białostockie | 707.667,48 | 599.012,71 | + 18 |
| 7. | Wileńskie i Nowogródzkie | 299.439,55 | 163.345,84 | + 83 |
| 8. | Poleskie | 103.150,74 | 30.303,53 | +240 |
| 9. | Wołyńskie | 104.554,21 | 65.208,37 | + 60 |
| 10. | Poznańskie | 1.783.557,21 | 1.194.949,21 | + 49 |
| 11. | Pomorskie | 1.130.652,40 | 586.701,22 | + 93 |
| 12. | Krakowskie | 1.269.644,56 | 1.147.868,13 | + 11 |
| 13. | Lwowskie | 1.210.813,74 | 743.959,50 | + 61 |
| 14. | Stanisławow. i Tarnopol. | 196.348,13 | 148.555,58 | + 32 |
| 15. | Śląskie | 2.361.621,47 | 4.144.731,43 | — 43 |
| | razem | 20.680.480,05 | 16.055.170,97 | + 29 |

We wszystkich więc województwach, z wyjątkiem woj. Śląskiego, wysokość wypłacanych zasiłków wzrosła.

Przeciętne roczne zasiłki, uszeregowane w/g wysokości, uwidocznia poniższe zestawienie. W nawiasach podano kolejność w roku 1927.

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Krakowskie | (11) 872.01 |
| 2. | Wołyńskie | (2) 871.28 |
| 3. | Białostockie | (6) 846.49 |
| 4. | St. m. Warszawa | (5) 798.89 |
| 5. | Poznańskie | (9) 797.24 |
| 6. | Lubelskie | (3) 768.57 |
| 7. | Pomorskie | (8) 758.83 |
| 8. | Śląskie | (1) 748.30 |
| 9. | Łódzkie | (10) 729.22 |
| 10. | Wileńskie i Nowogr. | (13) 728.56 |
| 11. | Kieleckie | (7) 678.41 |
| 12. | Poleskie | (14) 674.19 |
| 13. | Warszawskie | (12) 661.61 |
| 14. | Lwowskie | (4) 637.27 |
| 15. | Stanisław. i Tarnopol. | (15) 617.45 |
| | przeciętnie | 731.74 |

Bezrobotni nie pochodzą równomiernie ze wszystkich rodzajów przemysłów, lecz z gałęzi, objętych w większym stopniu kryzysem, stąd wysokość zasiłku kształtuje się wypadkowo i nie stoi w związku z przeciętną składką w województwie. Jeżeli województwo zajmuje wyższą kolejność, niż z wysokości składek wynika, to bezrobotni rekrutują się z płatnych robotników ponad przeciętny poziom i odwrotnie. I tak woj. Wołyńskie, zajmujące ostatnie miejsce co do wysokości składek, stoi na drugiem miejscu co do wysokości zasiłków, gdyż bezrobocie dotknęło lepiej płatnych robotników cukrowni.

Wysokość zasiłków wynosiła przeciętnie 42,5% przeciętnych zarobków wobec 29,2% w roku 1927 przy 30 — 50% zasiłku w zależności od stanu rodzinnego. Jest to wynikiem tego, że ryzyko bezrobocia jest wyższe w województwach bardziej uprzemysłowionych, a więc o wyższych zarobkach.

| | |
|---|---|
| Nadwyżka dochodów wyniosła | zł. 24.879.784.16 |
| doliczając nadwyżkę na 1.I.28 | „ 17.875.207.33 |
| otrzymujemy rezerwę w wysokości | zł. 42.754.991.49 |

Na powyższą rezerwę składa się należność od Ministerstwa Skarbu zł. 19.589.621.71, lokaty w bankach zł. 18.731.762..35, saldo zadłużenia zakładów pracy zł. 7.399.942.30 i t. d.

Zadłużenie zakładów pracy wynosi 22% przypisów w ciągu roku, a więc mniej niż Kasy Chorych w roku 1927 (25,2%), aczkolwiek Fundusz Bezrobocia dotychczas nie uskutecznił odpisów na należności nieściągalne i zadłużenie to jest w znacznej mierze wynikiem obciążeń za lata ubiegłe na skutek kontroli zakładów pracy w r. 1928.

Oprócz akcji ustawowej Fundusz Bezrobocia prowadził na rachunek Skarbu Państwa akcję doraźnej pomocy dla robotników według instrukcji i w rozmiarach określonych przez Ministra P. i O. S. W miarę polepszania się rynku pracy wprowadzono powoli dalsze ograniczenia (szerzej omawia tę sprawę artykuł w Nr. 2 z r. 1929), które dotykały w pierwszym rzędzie bezrobotnych samotnych i żonatych bezdzietnych, oraz inwalidów pracy, otrzymujących zapomogi już przez 52 tyg. W m. lipcu korzystało z tej akcji na każdych 100 pobierających zasiłki i zapomogi 43—58, od m. lipca odsetek stale spadał i w m. grudniu wyniósł 15 (Akcja ta w roku obecn. została od 1.VII w zupełności przerwana). Ogólna suma wypłaconych zapomóg z tej akcji wyniosła zł. 13.199.783.67 wobec 26.599.510.91 w r. 1927. Nadto prowadzono akcję pomocy doraźnej dla pracowników umysłowych i wypłata zapomóg wyniosła zł. 2.756.490.94. Wreszcie wspomnieć należy, że w pierwszej połowie roku wypłacono aż do chwili zorganizowania się Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych zasiłki dla pracowników umysłowych.

Wyłączając z ogólnych kosztów administracji (zł. 5.422.795.96) zwroty Skarbu Państwa za prowadzenie akcji doraźnych, otrzymujemy koszty własne Funduszu Bezrobocia zł. 4.707.676.96, wynoszące 9.4% wpływów wobec 8.7% w r. 1927. Biorąc pod uwagę, że koszty te obejmują i koszty ogólne, oraz wydatki na Państwowe Urzędy Pośrednictwa Pracy, będące właściwie świadczeniami, trzeba stwierdzić, że odsetek tych kosztów jest utrzymany na niskim poziomie. Rok bieżący przyniesie niewątpliwie znaczne pogorszenie, a to skutkiem obniżenia wkładek do 1.8% zamiast 2%, ukończenia kontroli Zakładów Pracy i związanych z tem przypisów za lata ub., a wreszcie zmniejszenia się wpływu odsetek od zakładów pracy. Wysokość kosztów administracyjnych na jednego ubezpieczonego wynosiła zł. 5.05 wobec zł. 4.79 w r. 1927.

STANISŁAW BALCERSKI.

# STATYSTYKA KAS CHORYCH W NIEMCZECH.

Od dłuższego już czasu toczy się na łamach naszych fachowych czasopism ubezpieczeniowych dyskusja na temat zakresu i metody organizacji statystyki w Kasach Chorych. Przypuszczamy, że artykuł niniejszy, omawiający organizację statystyki Kas Chorych w państwie, w którem ubezpieczenie na wypadek choroby egzystuje już przeszło 40 lat i które, dzięki temu, zdobyło na tem polu wielki zasób doświadczenia, będzie odpowiednim przyczynkiem do dalszych prób i projektów rozwiązania u nas tego zagadnienia, którego ważność i znaczenie nie ulega wątpliwości.

Obecną organizację statystyki Kas Chorych w Niemczech normuje rozporządzenie Rady Rzeszy (Bundesrat) o rodzajach i formie sprawozdań rachunkowych Kas Chorych miejscowych, wiejskich, zakładowych i cechowych, wydane w dniu 9.X.1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich Nr. 50 str. 1009). Rozporządzenie powyższe w części, dotyczącej wzorów tablic sprawozdawczych Kas, uległo zmianom, wprowadzonym przez rozporządzenie Ministra Pracy Rzeszy z dn. 25.XI.1922 roku (Zentralblatt für das Deutsche Reich, Nr. 63, str. 1038) o wprowadzeniu zmian w rodzajach i w formie sprawozdań rachunkowych.

Rozporządzenia powyższe, które w dalszym ciągu artykułu nazywać będziemy „rozporządzenia", nie zadawalniają się, jak wynika z tytułów, podaniem wzorów tablic sprawozdawczych, ale sięgają głębiej w organizację Kas, nakładając na nie obowiązek prowadzenia podstawowych ksiąg według przepisów, zawartych w wymienionych rozporządzeniach. Księgami temi są: 1) wykaz członków, 2) księga chorych, 3) księga dochodów i wydatków, 4) wykaz majątku, 5) wykaz ruchomości.

Na podstawie powyższych ksiąg poszczególne Kasy sporządzają 5 tablic według wzorów, załączonych do rozporządzenia i przesyłają je w dwóch egzemplarzach odpowiedniemu urzędowi ubezpieczeniowemu w terminie do pierwszego marca roku następnego po sprawozdawczym, Urząd ubezpieczeniowy po sprawdzeniu powyższych tablic 1 egzemplarz przesyła urzędowi statystycznemu Rzeszy, który zajmuje się dalszem opracowaniem zebranych danych i publikuje w ostatecznej formie w wydawnictwie „Statistik des Deutschen Reich *). Tymczasowe i skrócone dane są publikowane w perjodycznem wydawnictwie Urzędu „Wirtschaft und Statistik" **). Obecnie podamy przepisany przez rozporządzenia układ ksiąg i tablic sprawozdawczych oraz treść tablic publikowanych.

Stosownie do rozporządzenia wykaz członków winien zawierać obok danych osobistych każdego ubezpieczonego (płeć, zawód, dzień urodzenia), wysokość składki tygodniowej, dzień przystąpienia i wystąpienia z ubezpieczenia. Dla niektórych kategoryj ubezpieczonych, (niestale zatrudnieni, chałupnicy, pracownicy wędrowni) odróżniających się specjalnym charakterem pracy, wymaga rozporządzenie podania jeszcze i innych uzupełniających danych. Zamiast wykazu członków mogą Kasy prowadzić oddzielne konta dla poszczególnych pracodawców, które muszą jednak zawierać wszystkie żądane informacje.

Druga z kolei wymieniona przez rozporządzenie księga t. zw. księga chorych, przeznaczona jest do zapisywania każdego zameldowanego wypadku śmierci połączonego z odprawą. Dla każdego z tych wypadków winien być zanotowany w księdze chorych zawód chorego, rodzaj i początek choroby, czas udzielania pomocy, a przy wypadku śmierci — dzień śmierci. Pozatem w księdze powinna być odnotowana wysokość zasiłków wypłaconych przez Kasę przy każdym wypadku choroby lub śmierci i podana wysokość płacy chorego. Jako załącznik do księgi chorych mają Kasy prowadzić wykaz wydatków, dokonanych na zasiłki w razie śmierci lub choroby. Spisy w tym wykazie muszą się zgadzać z odnośnemi pozycjami księgi chorych. Zamiast księgi chorych mogą Kasy prowadzić oddzielne książeczki dla każdego chorego, pod warunkiem, aby zawierały one wszystkie dane, wyszczególnione w księdze chorych.

Do prowadzenia rachunkowości Kas jest przeznaczona księga dochodów i wydatków, podzielona dość szczegółowo na poszczególne pozycje wpływów i rozchodów. W dochodach są uwzględnione następujące pozycje: dochody z kapitałów składki (osobno obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczonych) dodatkowe składki na pomoc dla rodzin, dochody z majątku, podzielone na dochody z papierów wartościowych, z pożyczek zaciągniętych na nieruchomości, z hypotek, z posiadłości gruntowych, z ruchomości; zamyka to zestawienie pozycja przeznaczona dla innych niewymienionych dochodów. W wykazie wydatków znajdują się osobne pozycje dla wszelkiego rodzaju świadczeń pieniężnych i udzielanych przez Kasy w naturze, zarówno przymusowo jak i dobrowolnie. Pozatem wykaz uwzględnia jeszcze koszty administracji, rozbite na personalne i rzeczowe, oraz inne wydatki.

Sprawom finansowym Kas poświęcony jest jeszcze jeden wykaz — bilans majątku, który winien być sporządzany dla każdego roku obrachunkowego, i zawierać w aktywach: stan Kasy, hypoteki, papiery wartościowe, majątek w Kasach oszczędności, w bankach, posiadłości wiejskie, ruchomości, inne należytości, a w pasywach: pożyczki i zaliczki, niewypłacone wątpliwe świadczenia pieniężne i inne należytości. Pozatem pozycja papierów wartościowych winna zawierać podział na papiery wartościowe o kursie giełdowym i pożyczki wojenne Rzeszy Niemieckiej oraz podawać wartość kursową i rentową tych papierów. Uzupełnienie bilansu ma stanowić krótkie zestawienie obrotu majątkiem w roku sprawozdawczym, zawierające stan majątku w roku poprzednim, przyrost i zmniejszenie w roku sprawozdawczym, stan z końcem roku sprawozdawczego, oraz wykaz rocznych wydatków Kasy w przeciągu trzech ostatnich lat.

Ostatnia z przepisanych przez rozporządzenie ksiąg — wykaz ruchomości ma zawierać dla każdego posiadanego przedmiotu datę i wartość nabycia, odpis, ubytek i przyczyny ubytku, wartość w końcu roku sprawozdawczego. Jak już wspomniano na podstawie powyżej omówionych ksiąg sporządzają Kasy tablice spra-

*) Ostatnio statystyce Kas Chorych były poświęcone tomy: 331 (dane roku 1924), 338 (1925 r.) i 349 (1926 r.).

**) Nr. 12 z 1928 r., str. 454 zawiera dane na rok 1927.

wozdawcze, według wzorów, dołączonych do rozporządzeń. Nie wszystkie jednak dane, zawarte w omawianych księgach, mają być umieszczone w tych tablicach, podamy poniżej ich układ, pomijając tablice, dotyczące zamknięć rachunkowych i wykazu stanu majątkowego, które zawierają te same pozycje, co i odpowiednie księgi.

Poza temi tablicami rozporządzenie podaje wzory następujących tablic, wykaz członków, wykaz świadczeń, oraz wykaz zakładów dla lecznictwa i opieki nad chorymi. Wykaz członków zawiera zestawienie stanu członków na 1 każdego miesiąca, z podziałem ich według płci i charakterem ubezpieczenia (obowiązkowo, dobrowolnie).

Wykaz świadczeń podaje liczba wypadków choroby, macierzyństwa, śmierci, za które Kasa wypłaciła zasiłki, przytem osobno uwzględnieni są: mężczyźni, kobiety i członkowie rodziny. Ostatni z wykazów poświęcony jest opisowi zakładów leczniczych i opieki nad chorymi. W wykazie tym mają być podawane, dla obu rodzajów zakładów, charakter zakładu i rok założenia, a pozatem dla zakładów leczniczych: liczba łóżek w końcu roku sprawozdawczego, liczba chorych, leczonych w roku sprawozdawczym (z podziałem według płci), liczba dni wyżywienia, a dla zakładów opieki nad chorymi (ambulatorja, instytuty badawcze, zakłady kąpielowe i t. p.), cel zakładu liczba członków, posiadających prawo do korzystania z zakładu względnie korzystających z niego.

Oprócz tych tablic sprawozdawczych, przeznaczonych dla danych liczbowych winny Kasy wypełniać tak zwane „ogólne wyjaśnienie", zawierające cały szereg pytań, dotyczących tych okoliczności ubezpieczenia na wypadek choroby, które ordynacja ubezpieczeniowa pozostawia do rozstrzygnięcia statutom poszczególnych Kas. Na pytania te Kasy winny wyczerpująco odpowiedzieć. Ogólne wyjaśnienie podzielone jest na IV działy. W pierwszym, zatytułowanym „płaca zasadnicza i składki", znajdują się pytania, dotyczące sposobu oznaczania zasadniczej płacy i wysokości w stosunku do tej płacy oraz pobierania lub nie i ewentualnie wysokości składki na pomoc członków rodzin ubezpieczonych.

Dział drugi zawiera pytania, odnoszące się do wysokości ustalonych zasiłków leczniczych i domowych (w razie umieszczenia ubezpieczonego w szpitalu), terminów i czasu ich wypłacania, jak również do warunków udzielania pomocy dla członków rodziny ubezpieczonego.

Dział trzeci poświęcony jest wyjaśnieniu rozmiarów i charakteru pomocy udzielanej w razie macierzyństwa, czy to samej ubezpieczonej czy też członkom rodziny ubezpieczonego. W tym celu zawiera cały szereg pytań, mających dokładnie scharakteryzować wysokość, czas udzielania i inne warunki oraz zakres zasiłków, udzielanych w razie śmierci ubezpieczonego lub jego rodziny.

Na podstawie tablic sprawozdawczych, nadsyłanych jak już wspomniano za pośrednictwem urzędów ubezpieczeniowych, sporządza Urząd Statystyczny Rzeszy tablice, przeznaczone do publikacji. Treść tych tablic nie jest określona przez rozporządzenia i pozostawiona do decyzji Urzędu Statystycznego. Poniżej podamy ich treść według 331, 338, 349 tomów „Statistik des Deutschen Reichs", obejmujących statystykę Kas Chorych za lata 1924, 1925 i 1926, omawiając kolejno: tablice, poświęcone sprawom organizacji Kas, tablice zawierające sprawozdanie z akcji leczniczej Kas i wreszcie zestawienia o działalności finansowej i o majątku Kas. Ze względu na wielką liczbę Kas (przeszło 7000) nie publikuje Urząd Statystyczny danych dla poszczególnych Kas, a jedynie sumy dla krajów Rzeszy, — w Prusach również i dla prowincji i dla odrębnych rodzajów Kas, jak miejscowe, wiejskie, zakładowe i cechowe.

Podstawowem zagadnieniem składu osobowego poświęcona jest tylko jedna tablica, zawierająca przeciętną liczbę ubezpieczonych z podziałem według płci, charakteru (obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczeni) i zawierająca porównanie ze stosunkami w roku poprzednim. W tejże tablicy jest podana przeciętna liczba Kas czynnych w roku sprawozdawczym. Poza temi bardzo ogólnemi danemi nie dostarcza statystyka niemiecka żadnych szczegółowych informacyj o członkach Kas Chorych, a więc nie podaje ich wieku, stosunków rodzinnych, **zarobków,** mimo, że dane te wpływają na rozmiary świadczeń, udzielanych przez Kasy i powinny stanowić podstawę racjonalnej organizacji pomocy leczniczej. Należy zaznaczyć, że w publikacjach za poszczególne lata są różnice w układzie tablic, tak jednak nieznaczne, że nie wymagają omówienia i z tego względu pominięto je w niniejszym artykule.

W związku z zasadniczą strukturą ordynacji ubezpieczeniowej niemieckiej, pozostawiającej Kasom swobodę w określaniu wysokości składki podaje Urząd Statystyczny podział Kas, według przyjętych metod oznaczania płac i przeciętnej wysokości składek w procentach płacy oraz liczbę ubezpieczonych, którzy wypłacają składki danej wysokości. Jako uzupełnienie tych danych podaje jeszcze statystyka niemiecka liczbę Kas, pobierających składkę na pomoc dla rodzin ubezpieczonych, według ordynacji, która to pomoc jest dobrowolna dla Kas.

W dalszym ciągu w związku z liberalizmem ordynacji, pozostawiającej kasom dużo swobody w podwyższaniu, określeniu rodzaju, czasu udzielaniu i wysokości świadczeń, pozostają tablice, zawierające podział Kas według przyjętych w statystykach norm, określających te właśnie, pozostawione do decyzji Kas, przepisy o świadczeniach, jak zmniejszenie okresu wyczekiwania, podwyższenie wysokości, terminów wypłacania wszelkiego rodzaju zasiłków i t. p.

Wyniki działalności leczniczej Kas zawierają 2 tablice, jedna podaje ilość wypadków zachorowań, powodujących niezdolność do pracy, wraz z liczbą dni chorobowych, liczbę wypadków udzielenia pomocy położniczej i wypadków śmierci, za które wypłacono zasiłek pogrzebowy, druga tablica podaje koszty poniesione na poszczególne rodzaje świadczeń leczniczych, a więc wydatki na pomoc lekarską, na świadczenia pieniężne, udzielone zamiast pomocy lekarskiej, na pomoc dentystyczną, na lekarstwa i inne środki lecznicze, na szpitale, w końcu wydatki, poniesione na niektóre zasiłki pieniężne, a mianowicie: chorobowe, t. zw. kieszonkowe (część zasiłku chorobowego udzielana w razie umieszczenia chorego w szpitalu), na opiekę domową (pielęgniarki i t. p.), na opiekę nad rekonwalescentami.

Na podstawie omówionych powyżej tablic, ilustrujących działalność leczniczą Kas, można zaopinjować, że statystyka niemiecka postawiła sobie w tej

dziedzinie dość ważki cel, podania jedynie bardzo ogólnych i niezbędnych danych, najłatwiej dających się opracować, pomijając natomiast zagadnienia bardziej skomplikowane, wymagające więcej trudów i kosztów. Pominięto więc np. podział zachorowań według rodzajów chorób, mimo, że dane te charakteryzują przecież częstość lub rzadkość pewnych chorób i są znakomitym materjałem dla określania ryzyka zachorowania na daną chorobę i utrudniają Kasom organizację służby lekarzy - specjalistów, pominięto w dalszym ciągu podział chorób według zawodów, chociaż dane te mają doniosłe znaczenie dla badań nad chorobami zawodowemi, pominięto wreszcie podział zachorowań według miesięcy, z tego powodu, że masowe zachorowania członków w pewnych okresach wymagają od Kas rozszerzenia pomocy lekarskiej i aptekarskiej. Nie podaje również statystyka niemiecka liczby udzielonych porad, gdyż jak wiadomo, uwzględnia w tablicach nie wszystkie zachorowania, a tylko połączone z niezdolnością do pracy, brak więc jest danych na podstawie których możnaby sądzić o ogólnym stanie zdrowotności wśród członków Kas. Jeszcze więcej luk należałoby stwierdzić w organizacji statystyki niemieckiej, gdybyśmy przyjęli t. zw. naukowy punkt widzenia, domagający się od statystyki Kas Chorych opracowywania nietylko danych, które są bezpośrednio gromadzone przez Kasy przy wykonywaniu ich zadań, ale również i tych danych z zakresu statystyki stosunków społecznych, które Kasy najłatwiej i najlepiej mogłyby zgromadzić, dzięki styczności z wielką rzeszą pracowników, jak naprzykład dane o położeniu materjalnem ubezpieczonych, ich warunkach mieszkaniowych i t. p. Zresztą dane te mogłyby być przydatne i Kasom szczególnie przy szerzej pojętej działalności w zakresie polityki profilaktyki i propagandy higjeny wśród ubezpieczonych.

Żadnych zastrzeżeń co do zakresu nie przedstawiają tablice, ilustrujące finansową działalność Kas, uwzględniające prawie wszystkie pozycje wydatków i dochodów, mające znaczenie dla orjentacji w działalności Kas. Tablica wydatków podaje ogólną sumę świadczeń na wypadek macierzyństwa, koszty zasiłków dla karmiących oraz opieki i umieszczania w zakładach położniczych przyczem koszty te osobno są podawane dla ubezpieczonych i dla członków rodziny. Wykaz kosztów świadczeń zamyka ogólne koszta opieki z wyszczególnieniem kosztów opieki nad dziećmi i koszta zasiłków pogrzebowych. Poza kosztami świadczeń tablica wydatków zawiera jeszcze koszty administracji, podzielone na personalne i rzeczowe oraz sumę wydatków, poniesionych przez Kasy, na zakup papierów wartościowych, nieruchomości, ruchomości i t. p. lokaty kapitałów, przyczyniające się do powiększenia majątku Kas. Koszta administracji personalnej podaje tablica, wyjaśniając te koszta przez podanie liczby urzędników zatrudnionych w Kasach.

Tablica dochodów jest mniej szczegółowa, zawiera jednak wszystkie ważniejsze pozycje, a więc składki, wpłacone przez obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczonych, dodatki do składek na pomoc dla rodzin, przychód z kapitałów zakładowych, dochód ze sprzedaży majątku, podzielony na dochód osiągnięty ze sprzedaży papierów wartościowych, nieruchomości, ruchomości i innych pozycyj majątku Kas; zamyka tablicę pozycja obejmująca inne niewyszczególnione rozchody.

Stosunkom majątkowym Kas poświęcone są dwie tablice, jedna zawiera aktywa, druga pasywa. Tablice te odpowiadają wzorom bilansów zwykle stosowanym przez instytucje, obowiązane do publicznego składania rachunków i zawierają wszystkie dane, wyszczególnione w bilansie, który Kasy mają nadsyłać urzędom ubezpieczeniowym. Treść tego bilansu podano w pierwszej części niniejszego artukułu.

Poza tablicami w każdym tomie statystyki Kas Chorych znajduje się obszerny wstęp analityczny, omawiający ważniejsze zagadnienia i zawierający szereg tablic z liczbami względnemi. System organizacji statystyki Kas Chorych w Niemczech odpowiada najważniejszym zasadom stawianym przez teorję statystyki wszelkim dochodzeniom statystycznym. Zasadami temi są: zupełność, jednolitość i wiarogodność danych.

Zasadę zupełności, polegającą na objęciu dochodzeniem wszystkich przedmiotów, uwzględnionych w planie danego dochodzenia i otrzymaniu od nich wszystkich wymaganych danych, nie trudno osiągnąć przy organizacji statystyki Kas Chorych, gdyż już przed przystąpieniem do dochodzenia wiadomo jest władzy nadzorczej, t. j. w Niemczech urzędnikom ubezpieczeniowym, ile i jakie Kasy istnieją na terenie przez nią administrowanym. W razie braku danych od jakiejkolwiek Kasy, władza nadzorcza pośrednicząca ,jak wiadomo, w zbieraniu materjałów statystycznych, ma dostateczne środki, aby brakujący materjał uzyskać. Nie trudno jest również osiągnąć i zupełność danych w poszczególnych tablicach. Rozporządzenia, dotyczące organizacji statystyki tak dokładnie normują sposoby zbierania materjałów do tablic sprawozdawczych, że czynność Kasy polega w istocie tylko na sumowaniu danych w księgach, które Kasy muszą prowadzić jako przepisane przez rozporządzenia i wpisywaniu tych sum do odpowiednich tablic sprawozdawczych. W tych warunkach nie istnieje prawie możliwość, aby którakolwiek z Kas nie posiadała i nie podała względnie nie mogła podać wszystkich żądanych danych.

Zasada jednolitości materjałów również znalazła dobre rozwiązanie w organizacji statystyki niemieckiej. Zasada ta, polegająca na jednakowej interpretacji pytań i pozycyj tablic sprawozdawczych i w następstwie wypełnienia tych tablic w jednakowy sposób przez wszystkie Kasy, jest zagwarantowana, poza jasnym i przejrzystym układem tablic, przez obowiązek prowadzenia przez wszystkie Kasy jednakowych ksiąg, będących źródłem tablic sprawozdawczych i przez liczne instytucje, wyjaśniające sposób prowadzenia tych ksiąg i zestawienia tablic, a w niektórych tablicach i przez szczegółowy ich układ, usuwający możliwość łączenia danych w sposób niezgodny z planem. Przytem należy jeszcze nadmienić, że do jednolitości przyczynia się i odpowiedni przepis rozporządzenia o organizacji statystyki Kas Chorych, który zastrzega wyłącznie Urzędowi Statystycznemu Rzeszy prawo wydawania instrukcyj, wyjaśniających sposób sporządzania tablic sprawozdawczych. W ten sposób uniknięto możliwości różnego interpretowania wzorów tych tablic przez inne władze. Poza tą jednolitością materjalną dzięki zcentralizowaniu opracowania tablic publikacyjnych w Urzędzie Statystycznym Rzeszy osiągnięto i jed-

ność formalną, polegającą na opracowaniu zebranych już materjałów w jednakowy sposób i w tym samym zakresie. Nie istnieje więc nieporównywalność opublikowanych danych, któraby mogła łatwo nastąpić, gdyby opublikowanie danych spoczywało np. w rękach krajowych urzędników statystycznych.

Jedno z najtrudniejszych, przy wszelkich dochodzeniach statystycznych, zagadnień, a mianowicie sprawa wiarogodności danych nie nasuwa zastrzeżeń przy organizacji statystyki Kas Chorych. Kasy Chorych — przedmiot dochodzenia tej statystyki, — będąc organizacjami społecznemi, nie mają wyraźnego celu i interesu w wstrzymywaniu lub fałszowaniu jakichkolwiek danych, jak to ma często miejsce w dochodzeniach statystycznych, których przedmiotem są poszczególni ludzie lub instytucje prywatne. Pozatem wiarogodność danych jest umocniona i przez to, że wszystkie tablice sprawozdawcze, jak już raz wspomniano, są sprawdzone przez odpowiedni urząd ubezpieczeniowy i dopiero po skontrolowaniu, przesłane Urzędowi Statystycznemu do dalszego opracowania. Należy przypuszczać, że urzędy ubezpieczeniowe, sprawujące stały nadzór nad Kasami, dobrze orjentują się w gospodarce, organizacji i rozmiarach działalności Kas podległego terenu i łatwo mogą spostrzec niezgodność pewnych danych w tablicach sprawozdawczych z rzeczywistym stanem rzeczy, a co zatem idzie zarządzić ich poprawienie względnie uzupełnienie.

Dość ważne zagadnienie, o ile chodzi o dokładność i taniość pracy, kto ma opracowywać statystykę Kas Chorych, znalazło w Niemczech, zdaniem naszem, dość trafne rozwiązanie. Poruczenie tej statystyki Urzędowi Statystycznemu Rzeszy, a nie Urzędowi Ubezpieczeniowemu Rzeszy *) lub Ministerstwu Pracy, było wskazane przedewszystkiem ze względu na liczbę Kas, przekraczającą 7000. Opracowanie tych jednostek, dość szeroko planowanego dochodzenia statystycznego, może najtaniej i najlepiej dokonać Urząd Statystyczny, posiadający wykwalifikowany personel i wypróbowane metody pracy, zgodne z zasadniczemi założeniami teorji statystyki. Nie mniej jednak można uczynić zarzut Urzędowi Statystycznemu, że zbyt długo opracowuje materjał: przeciętnie statystyka Kas Chorych publikowana jest w ½ roku po zakończeniu roku sprawozdawczego. Jest to termin zbyt długi i mocno zmniejszający wartość danych dla praktycznego użytku. Jednak poza tym zastrzeżeniem należy uznać niemiecką statystykę Kas Chorych za dobrze zorganizowaną i mogącą służyć za wzór innym państwom.

# WYROK NAJWYŻSZEGO TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie Przewodniczącego Prezesa Dr. Moraczewskiego i Sędziów: Dr. Rappego, Dr. Bernaczka, Dr. Rybarzewskiego, Waśkowskiego tudzież przy udziale członka Sekretarjatu prawniczego Łypacewicza, jako protokólanta, w sprawie skargi gminy m. Kałusza na orzeczenie Urzędu Wojewódzkiego w Stanisławowie z dn. 9 grudnia 1925 r. L. 8591/LX. w przedmiocie przymusowego ubezpieczenia etatowych pracowników gminnych w Kasie Chorych, po przeprowadzonej dn. 4 maja 1928 r. rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego referenta, jakoteż wywodów zastępcy skarżącej gminy oraz zastępcy władzy pozwanej, o d d a l a s k a r g ę j a k o n i e u z a s a d n i o n ą.

## POWODY

Pismem z 24 grudnia 1924 r. Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Kałuszu zawiadomił magistrat m. Kałusza, że tenże jako pracodawca obowiązany jest po myśli art. 15 i 51 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Dz. U. poz. 272, zgłosić swych pracowników do Kasy Chorych i uiścić za nich wymierzoną przez Kasę za czas od 1 stycznia 1922 r. opłatę stosownie do § 19 i 61 Statutu Kasy, albowiem pracownicy ci jako zatrudnieni w instytucji samorządowej, w myśl postanowienia art. 3 ustawy z 19 maja 1920 r., podlegają ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Przeciwko temu orzeczeniu jak również przeciw nadesłanym listom płatniczym wniósł Magistrat m. Kałusza rekursy do Starostwa w Kałuszu, które decyzją z 21 lipca 1925 r. L. 13826 zatwierdziło na zasadzie art. 3 wymienionej ustawy dotyczące wymiary opłat.

Wniesionego przeciw tej decyzji rekursu Magistratu, Urząd Wojewódzki w Stanisławowie orzeczeniem z dn. 9 grudnia 1925 r. L. 8591 nie uwzględnił i zatwierdził decyzję Starostwa z powodów w niej naprowadzonych.

Orzeczenie to zaskarżył Magistrat m. Kałusza imieniem Gminy m. Kałusza do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który rozważył co następuje:

Skarżąca Gmina powołuje się w wywodach swej skargi na akcję Związku miast, Koła miast i Związku pracowników samorządowych, wszczętą w celu zmiany art. 3 ustawy z 9 maja 1920 r., a mianowicie w celu zwolnienia etatowych funkcjonarjuszów samorządów miejskich od obowiązku należenia do Kasy Chorych. W następstwie tej akcji, do której przyłączyła się także Gmina m. Kałusza, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało reskrypt z 6 marca 1923 r. Nr. 627/VI, w którym — jak wywodzi dalej skarżąca Gmina — zakomunikowało, że żądanie Zarządów miast w sprawie zwolnienia ich funkcjonarjuszów od obowiązku ubezpieczenia w Kasach Chorych zostało wzięte pod rozwagę przy opracowaniu noweli do ustawy z 19 maja 1920 r. oraz nadmieniło, że projekt ten wchodzi w najbliższym czasie pod obrady Sejmu.

Otóż skarżąca Gmina domaga się w skardze uznania, że przytoczony reskrypt jest wobec postanowień art. 102 i 104 powołanej ustawy wyjaśnieniem obowiązującem i dla sprawy miarodajnem i że w ślad za tem przymusowe pociągnięcie funkcjonarjuszów Gminy m. Kałusza do ubezpieczenia w Kasie Chorych przed ostateczną decyzją Sejmu w tej sprawie jest przedwczesne i niedopuszczalne.

To żądanie skargi nie jest uzasadnione.

---

*) Urząd opracowuje statystykę: ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i ubezpieczenia od wypadków.

Według wyraźnego brzmienia art. 3 ustawy z 19 maja 1920 r. obowiązkowi ubezpieczenia podlegają m. in. osoby zatrudnione w przedsiębiorstwach samorządowych oraz pracownicy i funkcjonarjusze samorządów i Państwa, a jedynie co do urzędników państwowych, powołanych przez nominację, ustanowiony jest w art. 4 tej ustawy wyjątek, na podstawie którego urzędnicy ci są zwolnieni od przymusowego ubezpieczenia.

Z naprowadzonych przepisów wynika, że funkcjonarjusze samorządowi — jak to już zresztą Najwyższy Trybunał Administracyjny wywiódł w wyroku swym z 23 marca 1927 r. L. Rej 1761 z 1925 r. — podlegają zasadniczo obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby od chwili wejścia w życie ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Coprawda powstanie tego obowiązku nie jest równoznaczne z ustaleniem kolejności pociągnięcia do tego obowiązku, atoli i w tym względzie stwierdzić należy, że Minister Pracy i Opieki Społecznej wydał na mocy art. 102, 103 i 104 powołanej ustawy rozporządzenie z 18 czerwca 1920 r. Dz. U. poz. 316, uzupełnione rozporządzeniem z 18 listopada 1920 roku Dz. U. poz. 750, którem powyższa ustawa została wprowadzona w życie na terytorjum b. zaboru austrjackiego, o które właśnie w niniejszem wypadku chodzi; rozporządzenie to przewiduje możność odsunięcia terminu ubezpieczenia tylko dla następujących kategoryj osób, z pośród objętych art. 3 ustawy: robotników i pracowników rolnych i leśnych, służby domowej oraz chałupników i osób z nimi zatrudnionych.

Jak dalej z załączonego do akt sprawy statutu Kasy Chorych w Kałuszu widoczne, statut ten uchwalony został na posiedzeniu Rady Przybocznej Kasy w dniu 2 stycznia 1921 r. a następnie w dniu 18 stycznia 1921 r. uzyskał zatwierdzenie ze strony Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dniem 1 stycznia 1921. Ponieważ w myśl § 113 statutu wchodzi on z dniem zatwierdzenia przez Urząd Ubezpieczeń w życie, przeto od 1 stycznia 1921 r. rozpoczął się obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasie Chorych w Kałuszu dla wszystkich osób, podlegających w myśl ustawy z 19 maja 1920 r. ubezpieczeniu ,a zatrudnionych na terenie działalności Kasy Chorych w Kałuszu, a więc dla funkcjonarjuszów skarżącej gminy.

W tym stanie rzeczy, bez wpływu na istniejący obowiązek ubezpieczenia funkcjonarjuszów miejskich w Kałuszu pozostaje wydanie wskazanego przez skarżącą Gminę reskryptu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z 6 marca 1923 r., który oczywiście jest tylko informacją o zabiegach Rządu, celem odpowiedniej zmiany ustawy z 19 maja 1920 r. Dopóki jednak projektowana zmiana nie zostanie uchwaloną przez ciało ustawodawcze i prawidłowo ogłoszona, dopóty postanowienia ustawy z 19 maja 1920 r. są jedynie obowiązujące.

Wobec powyższego upada zarzut skargi, jakoby pociągnięcie funkcjonarjuszów skarżącej Gminy do obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby na skutek zaskarżonego orzeczenia było przedwczesne i niedopuszczalne.

W skardze zarzucono ponadto, że władza pozwana nie rozpatrywała w zaskarżonem orzeczeniu zarzutów, podniesionych przez Magistrat w rekursie z 19 maja 1920 r. a mianowicie:

1) że doręczony nakaz zapłaty, jako podpisany nie przez przewodniczącego lub jego zastępcę, lecz tylko przez funkcjonarjusza Kasy, jest nieważny,

2) że wymiar składek ubezpieczonych za czas wstecz od dnia 1 stycznia 1922 r. wedle tabeli, obowiązującej z końcem grudnia 1924 r. jest niesłuszny, gdyż składki te winny być wymierzona wedle tabel, ustanowionych na poszczególny czas i okres, w markach polskich, a następnie zwaloryzowane w myśl obowiązujących przepisów,

3) że umieszczenie w liście ubezpieczonych za czas wstecz od 1 stycznia 1922 r. osób, które zatrudnione były chwilowo i żądanie za nich składek za cały czas wstecz z procentami jest niedopuszczalne, i

4) że obliczenie procentów zwłoki wogóle i żądanie ich za cały czas wstecz w wysokości po 2% miesięcznie niezgodne jest z postanowieniami art. 54 ustawy o Kasach Chorych.

Najwyższy Trybunał Administracyjny uznał zarzut skarżącego o nierozpatrzeniu punktów 1, 3) i 4) za nieuzasadniony, ponieważ zarzuty, zawarte w tych punktach nie zostały podniesione przez Magistrat w rekursie do Urzędu Wojewódzkiego z 19 sierpnia 1925 r. zatem co do nich nie może być mowy o wadliwości postępowania, spowodowanej rzekomo przez pominięcie tych zarzutów, we wspomnianym rekursie niezawartych; zaś co do zarzutu pod 2) Najwyższy Trybunał Administracyjny stwierdził, iż załączona do akt lista płatnicza za czas od 1 stycznia 1922 r. do 27 grudnia 1924 r. podaje za lata 1922 i 1923 wymiar składek właśnie w markach polskich, jak tego domaga się skarżąca Gmina, ustalając przerachowanie na złote wedle skali 1 zł. = 1.220.000 mkp. Takie przerachowanie przedstawia się już na pierwszy rzut oka bardzo korzystnie dla skarżącej Gminy, albowiem zbliża się do relacji z grudnia 1923 r., a zatem stosunkowo najmniej obciąża zobowiązanych do płacenia. Również i za pierwsze półrocze 1924 r. podany jest tamże wymiar w markach polskich, zwaloryzowanych wedle skali 1 zł. = 1.800.000 mkp., wreszcie wymiar za czas od 1 lipca 1924 r. uwidoczniony jest już tylko w złotych.

Ponieważ skarżąca Gmina ani w rekursie z 19 sierpnia 1925 r. ani obecnie w skardze niczem nie poparła swego twierdzenia, iż składki ubezpieczeniowe za czas wstecz od 1 stycznia 1922 r. wymierzone zostały wedle tabeli, obowiązującej z końcem grudnia 1924 r., a nie wedle tabeli za poszczególne okresy czasu w markach polskich, przeto Najwyższy Trybunał Administracyjny uznał, że pominięcie rozpatrzenia tego gołosłownego twierdzenia w zaskarżonem orzeczeniu nie powoduje istotnej wadliwości postępowania ze strony władzy pozwanej.

Z tych wszystkich względów należało skargę oddalić jako nieuzasadnioną. (L. rej. 900/26).

# KRONIKA

## DZIAŁALNOŚĆ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W WARSZAWIE W 1928 ROKU.

W przeciwieństwie do innych Zakładów Ubezpieczeń pracowników Umysłowych, które powstały z dawniejszych zakładów, działających na podstawie ustawy państw zaborczych, Zakład warszawski jest instytucją powołaną do życia dopiero przez rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z 24 listopada 1927 roku i działającą na obszarze, który poprzednio tego ubezpieczenia nie posiadał. Mimo trudności organizacyjnych siłą rzeczy napotykanych, Zakład dość szybko uruchomił swój aparat do wykonywania ustawowych obowiązków.

Najlepiej charakteryzuje to fakt, że w końcu roku 1928 Zakład liczył 13299 zarejestrowanych zakładów pracy i 104361 ubezpieczonych pracowników umysłowych. Liczba ta nie obejmuje jeszcze wszystkich pracowników umysłowych, podlegających ubezpieczeniu, o czem świadczą wyniki przeprowadzanych przez Zakład inspekcyj.

Prawie połowa (43.7%) ubezpieczonych zatrudniona jest na obszarze m. Warszawy.

Podział ubezpieczonych według rodzajów przedsiębiorstw, w których pracują, wykazuje, że najwięcej, bo 30.5% przypada na służbę publiczną i prace pomocnicze przy wolnych zawodach; prawie tyleż —na górnictwo i przemysł (29,8%) oraz na handel i ubezpieczenia — 27,0%.

Zakłady pracy innego rodzaju zatrudniają mniejsze ilości ubezpieczonych nie przekraczające 5,4% ogółu (rolnictwo).

Z podziału ubezpieczonych według płci wynika, że mężczyźni stanowią — 71,8%, kobiety — 28,2%.

Stosownie do postanowień ustawy, która przewiduje pewien okres ubezpieczenia (5 lat), jako niezbędny warunek do otrzymania świadczeń emerytalnych (rent), Zakład w roku omawianym mógł przyznawać tylko jednorazowe odprawy i zaopatrzenia starcze; te ostatnie zresztą na rachunek Skarbu Państwa.

Ogółem Zakład wypłacił w 1928 roku 120 jednorazowych odpraw na ogólną sumę 576.630 złotych, głównie wdowom i sierotom po ubezpieczonych. Przeciętna wysokość jednorazowej odprawy wynosiła 4800 złotych.

Zaopatrzenia starcze, których wysokość wynosi 50 złotych miesięcznie, przyznano 75 osobom, które pobrały w ciągu roku 21.060 zł.

Wypłatę zasiłków bezrobotnym pracownikom umysłowym przejął Zakład 1-go sierpnia od Funduszu Bezrobocia. W końcu tego miesiąca Zakład wypłacał zasiłki 556 osobom, w tem 454 mężczyznom. W ciągu następnych miesięcy ilość otrzymujących zasiłki wzrastała dość wydatnie i w końcu roku dosięgła liczby 1325 osób, wśród których było samotnych — 44,4%, utrzymujących 1 członka rodziny — 21,4%, 2 członków — 14,3%, 3 i więcej członków rodziny — 11,6%.

Ogółem suma wypłaconych zasiłków z powodu braku pracy wyniosła w 1928 r. 883.614 zł., a przeciętna wysokość wypłacanego zasiłku równała się 117,3 zł.

**T. B.**

* * *

## POSIEDZENIE MIĘDZYNARODOWEGO WYDZIAŁU ŚWIADCZEŃ SPOŁECZNYCH

Niedawno odbyło się w Międzynarodowem Biurze Pracy w Genewie posiedzenie Wydziału Świadczeń Społecznych. Zostało ono zwołane przez Radę Administracyjną Międzynarodowego Biura Pracy, celem dopomożenia odnośnemu wydziałowi Biura w jego pracach. Wydział miał do rozpatrzenia projekty pięciu monografij o świadczeniach społecznych w Niemczech, Francji, Anglji, Polsce i Czechosłowacji. Na posiedzeniu omówiono rozmiar monografij. Niektórzy członkowie Wydziału byli zdania, że należy badania ograniczyć do świadczeń na rzecz instytucyj ubezpieczeń społecznych, podczas gdy inni wyrażali zdanie, że badania powinny objąć również świadczenia opieki społecznej. Wydział zdawał sobie sprawę z poważnych trudności związanych z przyjętemi kryterjami pojęcia świadczeń społecznych. Stwierdzono, że w przeważnej ilości krajów niema w obecnej chwili urzędowych statystyk wydatków urzędów opieki społecznej. Z tego powodu postanowiono odłożyć ostateczną decyzję do następnego posiedzenia. Na tem następnem posiedzeniu Międzynarodowe Biuro Pracy złoży sprawozdanie o rozmaitych poglądach, dotyczących ograniczania badań nad świadczeniami społecznemi. Przy tem, o ile możności, Wydział zreferuje stosowane w różnych krajach metody o sposobie pokrywania ryzyk zawodowych i społecznych robotniczych.

Międzynarodowe Biuro Pracy dopełni, przy współpracy zainteresowanych rządów, uprzednio zebrane dane statystyczne. Gdy tylko M. B. P. będzie w możności przedłożyć wymagane sprawozdanie — Wydział znowu zbierze się na posiedzenie.

* * *

**„WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE"** (Nr. 32, sierpień 1929 )ogłasza artykuł p. Józefa Handelsmana (Tworki) p. t. „Tandeta Lekarska". Artykuł ten ma także duże znaczenie dla Kas Chorych ,albowiem one przedewszystkiem, jako największa instytucja lecznicza w Polsce, są zainteresowane w tem, by wykształcenie lekarzy stało na odpowiednim poziomie, na co zresztą nie mają żadnego wpływu.

„Przy przeglądaniu naszego bieżącego piśmiennictwa lekarskiego, przy obserwowaniu tempa życia lekarskiego, przejawiającego się w najrozmaitszych odczytach, wykładach, różnych występach publicznych, a także przy zapoznawaniu się ze stosunkami lekarskiemi, panującemi w instytucjach, przeznaczonych do leczenia chorych, uderza niezmiernie przykro w ostatnim dziesiątku lat panująca niemal wszechwładnie, panosząca się powszechnie, wciskająca się w każdą komórkę życia lekarskiego — cecha, której nazwać nie moglibyśmy inaczej, niż **tandeta lekarska.**

Do tandety w dziedzinie praktyki lekarskiej przyzwyczajeni byliśmy oddawna. Przywykliśmy do tego typu lekarza, który zdobywał i dotąd zdobywa praktykę nie drogą pracy, kształcenia się, pogłębiania swoich wiadomości lekarskich, doskonalenia się technicznego, lecz przy pomocy metod, zdala od wiedzy prawdziwej stojących. Trochę sprytu, sporo tupetu i gruhtowna znajomość „medycyny handlowej" — oto środki, prowadzące w szybkim tempie do opanowania „rynku" lekarskiego ,do zdobycia nawet tytułu powagi w świecie, który **vult decipi.**

Z tym typem lekarza już zżyliśmy się, nawet powoli zapominamy, w jaki sposób powstała ta lub owa „firma" lekarska, i sami, jak ów oszukiwany świat, z czcią i szacunkiem dłoń potężnego praktyka ściskamy.

Nie o nizinach praktyki lekarskiej jednak tu mówić chcemy: uderzają i bolą nas fakty, dowodzące, że tandeta wkrada się bezkarnie i do szlachetnych dziedzin działalności lekarskiej.

Fakty, o których istnieniu przed wojną nie można było pomyśleć, spotykają się obecnie na porządku dziennym, i nie otrzymują należytej odprawy czy krytyki; niema faktycznie nawet możności walczyć z niemi, ponieważ tam, gdzie ta tan-

deta wchodzi, nie dociera przeważnie poważna myśl lekarska; a że tandeta jest powierzchowna, łatwo znajduje więc zwolenników wśród młodych, niedoświadczonych lekarzy.

Fakty te, jak rzekłem, nie spotykają się jednak z należytą odprawą, a nawet choćby z łagodną krytyką. Przeciwnie, tandeta lekarska znajduje często ochronę w ustawach, nie pozwalających usuwać jednostek, które na zajmowanych przez siebie stanowiskach żadnej nie przynoszą korzyści, tandeta kryje się bezpiecznie pod opiekuńcze skrzydła wpływowych zwierzchników, korzysta z protekcji lub obojętności tych, którzy na straży dobra publicznego stać powinni.

Jeszcze gorsze stosunki panują w niektórych instytucjach, przeznaczonych do leczenia chorych, że się tak wyrażę „masowego". Rozpacz ogarnia, gdy widzi się, z jakim tupetem i pewnością siebie młodzi lekarze bez żadnego doświadczenia, bez należytego przygotowania szpitalnego, podejmują się wykonywania czynności lekarskich, wymagających właśnie doświadczenia, z jaką łatwością usuwają się od wszelkiej kontroli innych lekarzy! Jedynym dla nich dowodem „znakomitego" wypełniania obowiązków lekarskich jest liczba „załatwianych" coraz szybciej pacjentów; wydaje im się na skutek coraz większej „praktyki" że faktycznie nabierają wiedzy, gdy istotnie tracą oni te jej początki, które wynieśli z ławy szkolnej, i nie zwiększają jej ani przez pracę szpitalną, ani nawet przez czytanie odpowiedniego piśmiennictwa. Tandeta lekarska nabiera tam rozmachu i obniżenie poziomu medycyny staje się widoczne nietylko dla czujnych obserwatorów, ale nawet dla leczącej się publiczności.

Jedynie tam, gdzie niewiedzę spotyka krytyka i odprawa, mianowicie na posiedzeniach towarzystw lekarskich naukowych, tandeta lekarska wkracza bardzo nieśmiało; dyletanci lekarscy nie mogą i nie umieją podejmować naukowej dyskusji i, jeżeli nawet od czasu do czasu zdarza się jakieś przemówienie czy odczyt, wypowiedziany przez pseudonaukowca, to dzieje się to sporadycznie.

Wobec tego, na posiedzeniach towarzystw naukowych lekarskich spotykamy bardzo mało świeżych sił lekarskich czynnych, ale — co znacznie gorsze — widzi się również bardzo mało młodzieży lekarskiej nawet wśród słuchaczy.

Słowem, dyletantyzm wybitny, niechęć do pogłębiania wiedzy, tupet, pęd do reklamiarstwa, brak autokrytycyzmu — są to cechy tej choroby, którą nazywam tandetą lekarską. Z tandetą walczyć musimy koniecznie. Walki takiej nie mogą podjąć ani Izby lekarskie, ani Urzędy Zdrowia, bo nie należy ona do ich kompetencji. Ale w celu wprowadzenia pewnego ładu w postępowaniu lekarskiem, kontroli nad stosunkami lekarskiemi, powinna powstać rada, złożona z przedstawicieli wszystkich naukowych towarzystw lekarskich. Jak myśl tę urzeczywistnić, jak przezwyciężyć trudności formalne, z jej realizacją związane, — nie umiem narazie powiedzieć."

Autor proponuje, by sprawą tą zajął się Zjazd Lekarzy i Przyrodników. Naszem zdaniem, tego rodzaju Zjazd może w tej sprawie działać tylko swym autorytetem moralnym; sprawa wykształcenia lekarzy to zagadnienie, którem muszą się zająć inne czynniki, mające sankcję władzy.

* * *

### PAMIĘTNIK ZJAZDU PRZEDSTAWICIELI SEJMIKÓW POWIATOWYCH W 1928.

Ukazał się w druku „Pamiętnik Zjazdu Przedstawicieli Sejmików Powiatowych", który odbył się w grudniu r. z. Corocznie Biuro Zjazdów Samorządu Ziemskiego, organ wykonawczy Związku Sejmików Powiatowych, wydaje tom Pamiętnika, w którym w postaci szczegółowego sprawozdania z obrad i uchwał corocznego walnego zjazdu delegatów wszystkich związków samorządu powiatowego całego Państwa daje obraz działalności tych związków w ubiegłym okresie, ujęty w referaty sprawozdawcze ,oraz omawia najbardziej istotne zagadnienia bieżące w administracji samorządowej.

Pamiętnik Zjazdu z 1928 r. zawiera między innemi następujące prace:

1) W. Gajewskiego — Analiza działalności samorządu powiatowego na tle sprawozdań rachunkowych za 1926 rok.
2) J. Beka — Metody i wzory pracy w różnych dziedzinach działalności samorządu powiatowego w latach 1927 i 1928.
3) W. Dalbora i A. Bogusławskiego — Wnioski w zakresie ustawodawstwa samorządowego.
4) R. Grochowskiego — Projektowana reforma podatkowa a potrzeby samorządu ziemskiego.
5) S. Miklaszewski — Samorząd a rolnictwo.
6) Nadto działy, poświęcone organizacji i działalności Biura Zjazdów Samorządu Ziemskiego, jednoczącego obecnie z górą 240 powiatowych związków samorządowych całego Państwa.

# TREŚĆ:


**Od Redakcji.**

**Dr. G. C.** — Wstrzymanie świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Umowa pomiędzy Zarządem K. Ch. m. Warszawy a Zrzeszeniem Lekarzy K. Ch. m. Warszawy.

**Semper.** — Dziesięciolecie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

**Patrycy Dziurzyński.** — Działalność Funduszu Bezrobocia w r. 1928.

**Stanisław Balcerski.** — Statystyka Kas Chorych w Niemczech.

Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

**Kronika.**



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. STANISŁAW RUDKOWSKI.** **Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.**

Drukarnia „Artystyczna", Nowy Świat 47.

## Powiatowa Kasa Chorych w Biłgoraju

ogłasza

# KONKURS

**Na stanowisko NACZELNEGO LEKARZA KASY.**

Oferty z dokumentami, oraz podaniem warunków pracy należy nadesłać do P. K. Ch. w Biłgoraju do dnia 1 sierpnia roku b.

Wymagane jest:

1) Obywatelstwo polskie.

2) Prawo praktyki lekarskiej przyznane przez Władze Państwa Polskiego.

3) curriculum vitae.

Dokładne warunki do omówienia.

Dyrektor: (—) W. Andrzejewski

Przewodniczący Zarządu (—) J. Brodowski

## ZARZĄD POWIATOWEJ KASY CHORYCH W ŁOMŻY

ogłasza

# KONKURS

**na stanowisko kierownika apteki i pomocnika aptekarskiego**

Warunki według umowy

Podanie wraz z życiorysem i odpisem dyplomu i świadectw należy składać do 15 września b. roku do Zarządu Kasy.

WSZELKIE REKLAMACJE

Z powodu nieregularnego dostarczania

„PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

Kierować należy pod adresem Administracji:

WARSZAWA — LWOWSKA 13