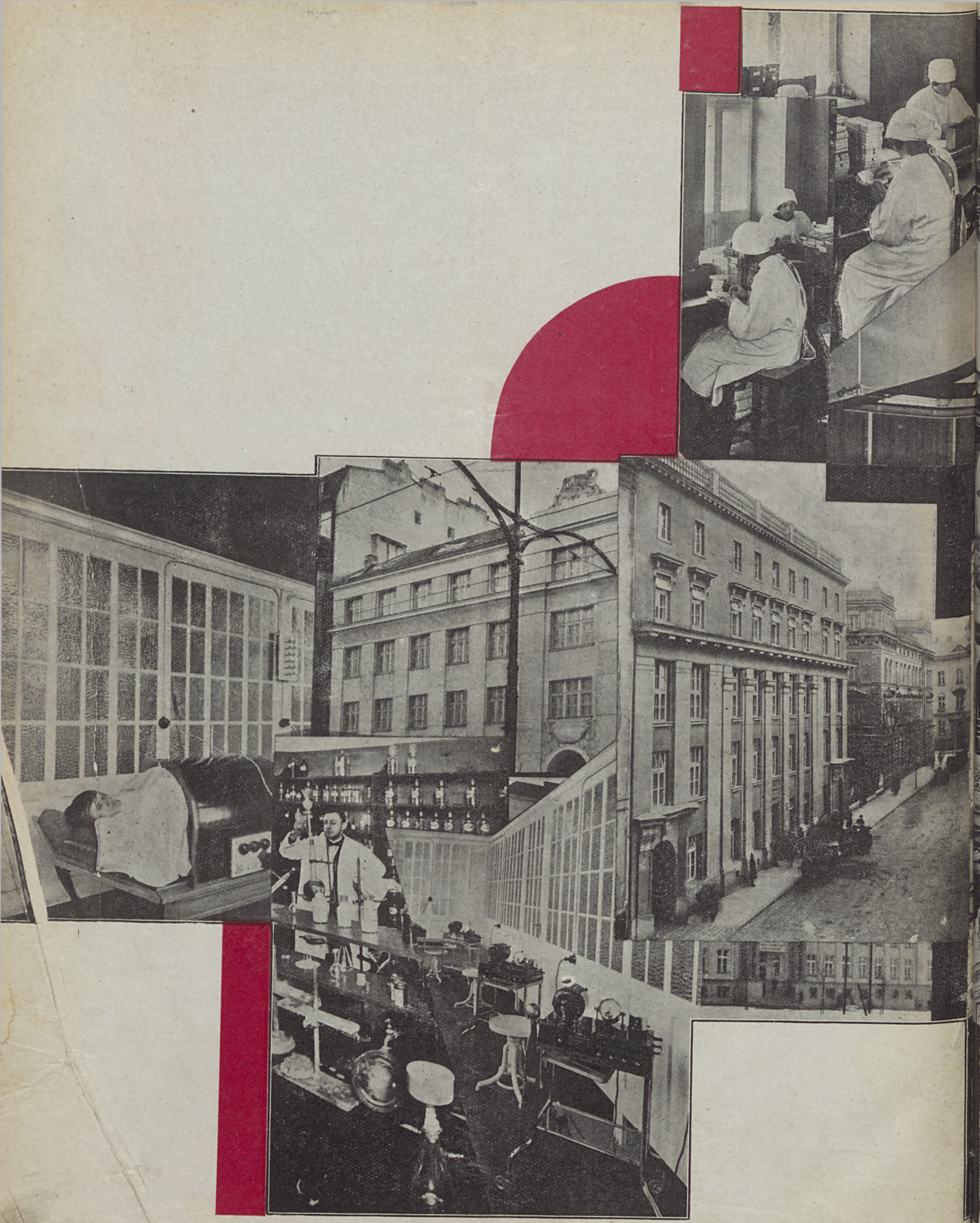

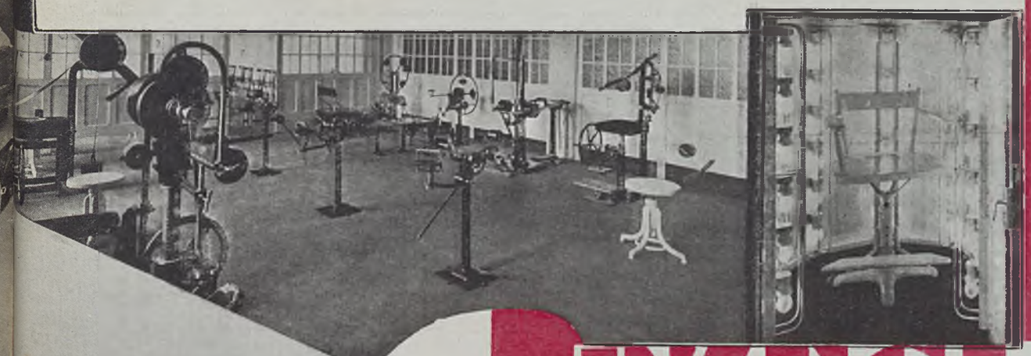

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH W POLSCE

N° 11

Prosimy o wpłacanie prenumeraty

za

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych"

na rok

1930

P. K. O. Konto czekowe 51150.

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno-farmaceutycznych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKI

Warszawa, ul. Kujawska 1, telefon 4890

12 złotych i srebrnych medali

Poleca:

PLASTRY SMAROWANE zwyczajne i kauczukowe, nie ustępujące wyrobom zagranicznym. **PLASTRY KAUCZUKOWE W KOPERTACH** (do odręcznej sprzedaży). **PLASTER KAUCZUKOWY** na szpulkach. **„CAPSICOL"** (emplastr. Capsici elast. perforat). **PLASTEREK ANGIELSKI,** przewyższający wyroby zagraniczne, w różnem opakowaniu. **PLASTER „THAPSIA". PLASTER TATRZAŃSKI** na odciski. **PLASTER PRZEPUKLINOWY** dziecięcy. **KATAPLAZMY** antyseptyczne. **GORCZYCZNIKI** (synapizma). **PAPIER „VLINSI"** i **„FAYARD ET BLEYN". MOUCHES DE MILAN, GAZY I WATY** aseptyczne i antyseptyczne. **OPATRUNKI** wyjałowione (sterylizowane). Opatrunki dla wojska. **BANDAŻE, PODUSZECZKI HIGJENICZNE dla pań. PUDER dla dzieci antyseptyczny.**

NOWOŚĆ: BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZEGAMI, BANDAŻE DO TAMPONOWANIA dla ginekologji i laryngologji aseptyczne i antyseptyczne z zakończonemi brzegami. **GAZIKI** do operacji z zakończonemi brzegami.

Dostawy dla wojska, Kas Chorych, szpitali i instytucyj sanitarnych, państwowych i komunalnych.

Ceratka

„BIEŁOUSOWA"

DO KOMPRESÓW

Batyst

„BILROTA"

I. Biełousow

WARSZAWA, Kapucyńska 13.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce

ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 11

WARSZAWA, 1 LISTOPADA 1929 R.

KONFERENCJA LEKARZY W SPRAWIE KAS CHORYCH

Naczelna Izba Lekarska na wyraźne życzenie p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej Prystora, zwołała zebranie lekarzy na dzień 24 i 25 listopada 1929 roku z następującym porządkiem dziennym:

1. Przemówienie p. ministra pracy i opieki społecznej.
2. Przemówienie p. prezesa naczelnej Izby Lekarskiej.
3. Oparcie działalności Kas chorych na czynniku lekarskim.
4. Podniesienie kwalifikacyj lekarzy kasowych.
5. Zwiększenie zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego i udostępnienie pomocy lekarskiej ubezpieczonym.
6. Nawiązanie współpracy Kas chorych z wydziałami lekarskiemi i zakładami leczniczemi.

Pan Minister Prystor zaprosił do stołu prezydjalnego prezesa Izby naczelnej D-ra Chodźkę i wszystkich naczelników izb lekarskich, jako też wielu profesorów uniwersytetów. Pan Minister Prystor zagajając zebranie złożone z przeszło 600 lekarzy zaznaczył, że Kasa chorych w zrozumieniu ustawy winna być instytucją pożyteczną i pożądaną przez całe społeczeństwo. Tak jednak w życiu praktycznem nie stało się. Zamiast tego, by być instytucją żywą, na wskroś społeczną, przesiąkniętą stałą troską o dobro społeczeństwa i jego członków, stała się instytucją suchą, biurokratyczną, świadczącą dobrodziejstwa jak z łaski.

Pan Minister analizuje przyczyny tego zjawiska, i stwierdza, że okres istnienia tej instytucji przypada na początki państwa polskiego, a więc w warunkach trudnych, powtóre jest jeszcze niski poziom uspołecznienia całego społeczeństwa, wskutek czego życie polityczne wdziera się w życie społeczne, zaciemnia i przesłania cel społeczny. Cel społeczny rozpatrywany jest pod kątem widzenia politycznym i partyjnym. Nadto nieumiejętność gospodarzenie pieniędzmi, brak należytego szacunku dla grosza publicznego, natomiast schlebianie swojej próżności w chęci zadziwienia świata, nieumiejętność a może nawet niechęć współpracy z innemi instytucjami jak samorządy, jak uniwersytety.

Dlatego chce p. minister z Kas chorych zrobić instytucję naprawdę a nie tylko z nazwy swojej społeczną. Instytucja ta przy swoich środkach mogłaby wiele zrobić chociażby w kierunku podniesienia powszechnej zdrowotności w kraju.

Drugi z kolei przemawiał b. minister zdrowia Dr. Chodźko: ,

„Mam, jak sądzę, prawo oświadczyć, że świat lekarski stoi jednomyślnie na tem stanowisku, że ubezpieczenie społeczne stanowi konieczność narodową i państwową, jako wynik wiekowych wysiłków w kierunku wytępienia nędzy i upośledzenia mas ludowych. Bez ubezpieczeń społecznych życie współczesne jest tak samo nie do pomyślenia, jak bez zdobyczy współczesnej techniki. Zebraliśmy się, aby stwierdzić iż lekarze polscy winni wziąć udział czynny w administracji ubezpieczeń społecznych, ponosząc jednocześnie odpowiedzialność za ten dział, który do nich, a nie do żadnego innego czynnika w państwie, bezsprzecznie należy, za lecznictwo i akcję zapobiegawczą w organizacjach ubezpieczeniowych".

Pan Minister wyraża podziękowanie p. Ministrowi Pracy za jego zamierzenia w zakresie reorganizacji i usprawnienia ubezpieczeń społecznych, dziękując również wydziałowi lekarskiemu, organizacjom lekarskim i Zarządowi Izb za gotowość, z jaką odpowiedziały na wezwanie Izby Lekarskiej.

Z kolei przemawiał Dr. Stefański, imieniem Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Z obszernego jego przemówienia przytaczamy najważniejsze myśli.

„Trzeba śmiało wejrzeć wgłąb ustawodawstwa, przeprowadzić nowelizację ustaw, przy opracowaniu których głos fachowy lekarski winien być wzięty szczególnie pod uwagę. Kasa chorych wszak to instytucja w znacznej mierze czysto lecznicza, a nawet ten ułamek administracyjno - finansowy wiąże się z lecznictwem i z lecznictwa wypływa. W Kasie chorych stanowisko kierownicze winien mieć lekarz. Lekarz posiada w swem wykształceniu fachowem i intelektualnem odpowiednie walory, aby sprostać przyjętym obowiązkom lekarsko - administracyjnym. Lekarz społecznik pragnąłby gorąco, aby teren tak ważny, jakimi są Kasy chorych, zużytkowujący miljonowe fundusze a obliczany częstokroć na korzyść interesów partyjno - politycznych, był terenem zharmonizowanej pracy wszystkich czynników powołanych".

Do trzeciego punktu porządku dziennego przemawiał Dr. Bujalski.

Z interesującego tego przemówienia przytaczamy najważniejsze momenty:

„Po raz pierwszy świat lekarski został wezwany do publicznego wypowiedzenia się o zagadnieniu, które od szeregu lat interesowało niezmiernie żywo cały stan lekarski.

W organizacji lecznictwa kasowego lekarz dotychczas zajmował dość dziwne stanowsko. Nie zawsze był do niej dopuszczany, w wielu wypadkach nie był nawet doradcą fachowym, często ignorowano go zupełnie.

Stąd powstał dzisiejszy system lecznictwa, który ze strony fachowców wywołuje poważne zastrzeżenia. Chorym zapewniano pomoc w sposób, który zresztą nie odpowiadał poziomowi kultury wielu ubezpieczonych, który jednak w zupełności odpowiadał poglądowi wielu zarządców Kas chorych na to zagadnienie. Byliśmy świadkami wielkiego niezadowolenia ze strony ubezpieczonych. Pewne zrzeszenia pracowników nie chciały korzystać z usług Kas chorych.

Ubezpieczeni patrzą na Kasy Chorych, jako na instytucję, która ma pilnować największego ich skarbu — zdrowia, która ma im dawać pomoc materjalną w okresie przymusowego bezrobocia.

Leczenie i zapobieganie chorobom jest w pojęciu większej części społeczeństwa głównem i najważniejszem zadaniem Kas. W działalności Kas chorych nie widzieliśmy akcji tak ściśle związanej z lecznictwem, a obecnie przodującej nawet lecznictwu, t. j. akcji profilaktycznej.

W wielu wypadkach odsunięto lekarza od pracy w Kasie, pozbawiono go nietylko wpływu należnego mu, ale go nawet ignorowano. Budżety lecznicze układano bez porozumienia się z lekarzem naczelnym.

Spotykaliśmy się ze sztucznem śrubowaniem budżetów leczniczych. Niektóre Kasy chorych chciały budżetowo wykazać wielki sukces leczniczy, starały się przedstawić w budżetach swoich cyfry budżetowe, rzekomo udowadniające charakter pomocy leczniczej.

Wykazywano wielkie procenty wydatków na lecznictwo, ale, żeby wykazać te procenty, przerzucano na lecznictwo wydatki, nic z lecznictwem nie mające wspólnego.

Na organizację lecznictwa kasowego wpłynął polityczny system wyborów, władze Kasy są ekspozyturami zwycięskich w wyborach partji politycznych. Na Radach i Zarządach Kas chorych prowadziło się pewne gry polityczne i na rzeczy ściśle związane z Kasami chorych nie było miejsca. Lecznictwo stało się objektem gry politycznej, bo tam gdzie wchodziły w grę wielkie interesy polityczne, nie było miejsca dla lecznictwa, dla właściwych zadań Kas chorych, albo było go za mało.

Chcemy oprzeć działalność Kas chorych na czynnikach fachowych, albowiem Kasa chorych jest instytucją leczniczą, poświęconą lecznictwu, poświęconą ochronie zdrowia publicznego.

Organizację tego lecznictwa musimy powierzyć rękom fachowców. Należy powierzyć lekarzowi naczelnemu całą organizację lecznictwa, dać mu zupełną samodzielność a jednocześnie włożyć na niego całą odpowiedzialność za stan i poziom lecznictwa kasowego.

Dr. Tytus Makowski stwierdził, że zespół lekarzy pracujących w Kasach dość skrupulatnie był odsuwany, a decydowali przeważnie mniej lub więcej inteligentni, a czasem zupełnie nieinteligentni członkowie Zarządów Kas. Skutki takiej polityki były fatalne. Zarządy Kas nietylko nie stały na wysokości zadania, ale wprost nawet nie rozumiały, jakie ustawa o kasach chorych nakłada na nie obowiązki.

Stworzyła się teorja „ubezpieczeniowa", która zasadniczo sprawę lecznictwa odsuwała na drugi plan; natomiast najważniejszą sprawą działaczy kasowych było opanowywanie wpływów w Zarządach Kas przez te lub inne partje i obsadzanie tych placówek swoimi ludźmi.

W wyniku takiego stanu rzeczy dotychczasową gospodarkę Kas chorych w zakresie lecznictwa cechowały: bezplanowość i bezkrytyczne dogadzanie mało uświadomionym rzeszom ubezpieczonych.

Bez żadnego planu, bez myśli przewodniej w organizacji lecznictwa, chorzy przepełniali poczekalnie ambulatorjów, tworzyło się coraz więcej coraz większych przychodni i zwiększało liczbę godzin przyjęć lekarzy, Kasa stwarza pogotowie i lekarze samochodami spieszą do przeważnie zupełnie nienagłych wypadków. Wszystko to pochłania ogromne środki w znacznym odsetku nieprodukcyjne.

Zarządy Kas chorych, jak to zwykle dzieje się z ciałami wyłonionemi z wyborów, o ile chętnie starały się, względnie zachowywały pozory, że starają się dogadzać wyborcom ubezpieczonym, o tyle uchylały się przed stawianiem im pewnych wymagań.

Związki Kas chorych odegrały ujemną rolę w organizacji lecznictwa. Nie widzieliśmy, żeby Związki w czemkolwiek przyczyniły się do usprawnienia organizacji lecznictwa w Kasach i podniesienia go na wyższy poziom".

Prof. Szenajch referował sprawę podniesienia kwalifikacji fachowych lekarzy Kas chorych, omówił szczegółowo sytuację obecną, spowodowaną brakiem poprzedniego przeszkolenia lekarzy kasowych w klinikach uniwersyteckich na stanowisku asystentów,

żądając równocześnie utworzenia katedr organizacji lecznictwa społecznego i ubezpieczeniowego.

Prof. Rosner z Krakowa przemawiał imieniem 5 wydziałów lekarskich w sprawie nawiązania współpracy Kas chorych z wydziałami lekarskiemi i Zakładami leczniczemi. Dysharmonia i brak koordynacji na polu lecznictwa i szpitalnictwa tyczy się nie tylko klinik i Kas chorych. Lecznictwem zajmuje się cały szereg władz centralnych i samorządowych, a panuje upokarzająca dla narodu naszego i dla państwa dysharmonia i brak koordynacji, co się nazywa kocią muzyką. Kliniki uniwersyteckie nie mają materjału badawczego, szpitale Kas chorych pozbawione są cennej pracy uczonych. Łóżka kliniczne stoją puste, gdyż inne instytucje zajmujące się zdrowiem, zbierają ten cenny materjał. Kliniki potrzebują gwałtownie łóżek, bo mają za mało, ale pieniędzy nie mają, a Kasy chorych mają tych pieniędzy wbród, przeto przedkłada wniosek, aby rząd i władze centralne zastanowiły się nad wyleczeniem Kas chorych z kłopotu nadmiernej ilości pieniędzy. Za to uniwersytety zobowiązują się do przeszkalania lekarzy kasowych narówni ze swoimi asystentami.

Również i dyrektor Głównego Urzędu Ubezpieczeń, Gettel zabrał głos w referacie o skoordynowaniu współpracy czynnika administracyjnego z lekarskim w Kasach chorych, wskazując na przepisy ustawy, ustalające zadania administracji i lekarza naczelnego.

Po referatach rozwinęła się dyskusja, w której wzięło udział kilkudziesięciu lekarzy. Większość stanęła na stanowisku wygłoszonych referatów.

Z dyskusji wyróżnić należy przemówienie Doc. D-ra Safarewicza z Wilna, który wskazał na konieczność pewnych reform w Kasach, proponując, celem zmniejszenia ilości niczem nieuzasadnionych zgłaszań się po radę lakarską, utrudniających niepomiernie tak pracę lekarską, jak i dostęp rzeczywiście potrzebującym opieki lekarskiej wprowadzenie jako czynnika psychologicznego pobieranie chociażby drobnych opłat np. 5 — 15% kosztów wizyty chorego w Kasie od kategorji ambulatoryjnych zgłaszających się po raz pierwszy, od chorych zaś zgłaszających się ponownie opłat o 50% niższych.

Dr. Machowski również stanął na stanowisku minimalnych dopłat za porady i leki i zaznaczył zarazem, że gabinetowy system udzielania pomocy lekarskiej należy wysunąć jako zasadę.

Przemawiali również Dr. Bobrowski, Kunicki, Biernacki i Kłuszyński, którzy zajęli odmienne stanowisko w pomienionych zagadnieniach.

Po skończonej dyskusji ujął Dr. Bujalski wynik konferencji w sposób następujący: Zebrani na Konferencji w dniu 24 — 25 listopada 1929 r. przedstawiciele Izb lekarskich, Wydziałów lekarskich i zaproszonych organizacji lekarskich stwierdzają, że:

1) Obecny stan lecznictwa kasowego i system organizacyjny jego nie odpowiadają rzeczywistym potrzebom ubezpieczonych, Państwa i Zdrowia Publicznego;

2) ze względu na najżywotniejsze interesy Kas chorych, jako instytucji i ubezpieczonych, należy wytworzyć ścisłą współpracę wszystkich czynników kasowych;

3) działalność Kas chorych należy oprzeć na czynnikach fachowych, nadając naczelnym lekarzom samodzielność i czyniąc ich odpowiedzialnymi za stan i poziom lecznictwa w Kasach chorych;

4) zebrani proszą Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej, aby zechciał przy wprowadzaniu zmian w lecznictwie kasowem wysłuchać opinji sfer lekarskich.

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

ZAGADNIENIE WSPÓŁPRACY KAS CHORYCH I ZWIĄZKÓW Z PUBLICZNĄ I PRYWATNĄ OPIEKĄ ZDROWOTNĄ W AKCJI ZAPOBIEGAWCZEJ

Na trzecim zjeździe przeciwgruźliczym w Poznaniu dnia 29 i 30 czerwca 1928 r. przy punkcie porządku dziennego: „Skoordynowanie organów państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych w walce z gruźlicą i finansowanie tej walki" stwierdziłem w referacie mym, że postawienie na porządku dziennym trzeciego zjazdu przeciwgruźliczego, sprawy utworzenia wspólnoty pracy wszystkich czynników zainteresowanych, a więc państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych ma dla akcji przeciwgruźliczej nader doniosłe znaczenie i w dalszych swych skutkach wybiega daleko poza ramy tego zagadnienia, któremu ów zjazd był poświęcony. Rzucona raz myśl stworzenia wspólnej platformy celem zwalczania wspólnego niebezpieczeństwa grożącego od gruźlicy nietylko ubezpieczonym w Kasach Chorych ale wszystkim nieubezpieczonym, nie zatrzyma się u bram chorych na gruźlicę, ale stanie się kamieniem węgielnym racjonalnej organizacji opieki nad zdrowiem i zapobiegania w najszerszem tego słowa znaczeniu. Niebezpieczeństwa wychodzące z otoczenia zagrażają ubezpieczonym i nieubezpieczonym, ponadto stosunek ubezpieczeniowy często się zmienia, przeto ciągłość leczenia i jedność opieki nad wszystkimi zagrożonymi nie dają się zrealizować przez podział opieki nad ubezpieczonymi i nieubezpieczonymi, *„Jedność opieki w konsekwencji swojej nie znosi również podziału na działy specjalne które*

powinny grupować się w jednej wspólnocie pracy".

Z wyłuszczonego tu stanowiska wynika, że 1) wspólnota pracy jest nieodzowną, 2) wspólnota ma obejmować wszystkie działy opieki zdrowotnej i zapobiegawczej.

Jak wygląda rzeczywistość? Nie wchodząc bliżej w przyczyny tego zjawiska stwierdzić należy, że instytucje ubezpieczeń społecznych i publiczna i prywatna opieka zdrowotna działają już to obok siebie, często krzyżują się ich działania, czasem—wprawdzie bardzo wyjątkowo—stają na tym samym terenie działania przeciwko sobie. A przecież chorym i zagrożonym człowiekiem należy się opiekować w całokształcie jego stosunków.

Mówi się w dzisiejszych czasach bardzo wiele o racjonalizacji pracy, o uproszczeniu administracji, przeto taka sama racjonalizacja jest konieczną w gospodarce zdrowotności. Pole pracy jest tak rozległe, jest tak wielki ugor zaniedbania higjenicznego do uprawienia, że rozstrzeliwanie pracy jest antitezą zasad gospodarki racjonalnej. Higjena społeczna ocenia wartość ubezpieczeń społecznych i opieki zdrowotnej według ich ogólnej wartości dla zdrowia ludności. Dla niej jest o wiele ważniejsze zapobieganie szkodzie, aniżeli usunięcie powstałej szkody, ważniejszą jest obrona przed uszkodzeniem, aniżeli prawo do odszkodowania.

Przy układaniu jednolitego planu akcji zapobiegawczej przez wszystkie Kasy Chorych i ich Związki w Polsce wyłania się pytanie, czy ją prowadzić samodzielnie, nie oglądając się na samorządy lub organizacje społeczne, które w wielu już miastach również prowadzą akcję zapobiegawczą. czy łączyć się we wspólnotę dla jednego i tego samego celu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości. że staje się koniecznością zorganizowanie jednolitej opieki zdrowotnej, która będzie miała za zadanie, wyszukanie wszystkich jednostek tej opieki potrzebujących, unikanie podwójnej pracy, podwójnej administracji i kosztów.

Pomoc udzielana będzie jednolita dla wszystkich i nie będzie więcej zależna od stanu organizacji, sprężystości i finansów jednej lub drugiej instytucji. Stworzy się lepszy przegląd nad całością prac, umożliwi się stworzenie planu na dłuższe lata, nastąpi lepsza ocena, która sprawa przedstawia większą wagę, a która jest mniejszej wagi i może być odroczona. A co najważniejsze zniknie podział ludności na ubezpieczoną i nieubezpieczoną, który jest sprzeczny z celami i metodami zapobiegawczemi i wogóle opieki zdrowotnej. Ten dualizm dziś istniejący w zakresie lecznictwa będzie w ten sposób złagodzony w zakresie zapobiegania chorobom. Kasy Chorych bowiem nie mogą się już więcej zamknąć w dotychczasowych granicach, lecz muszą uznać i wprowadzić w życie zdobycze hygjeny społecznej. Racjonalne spełnienie tych zadań jest możliwe jedynie we wspólnocie pracy. Niemcy używają dobrej gry słów dla tego zagadnienia: Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsarbeit. Możemy również powiedzieć: *wspólnota pracy celem wspólnej pracy, wspólnych zadań i wspólnych celów.* Wspólnota pracy stanie się punktem centralnym wszystkich organizacyj, instytucyj, które zajmują się opieką zdrowotną. We wspólnocie pracy i zawód lekarski musi znaleść miejsce. Każdy, kto poświęca swoje siły i środki w służbie pracy zdrowotnej znajdzie tam miejsce, jak również zastępcy pracodawców, robotników itd.

Utworzona wspólnota pracy winna przystąpić bezzwłocznie do opracowania szczegółowego planu pracy, rodzaju i zakresu działań. Musi ona zapewnić wszystkim jej uczestnikom udział we wszystkich urządzeniach i instytucjach opieki zamkniętej, półotwartej i otwartej, decydujący głos we wszystkich postanowieniach i uchwałach. Jesteśmy często świadkami, że pojedyńcze luzem chodzące organizacje tworzą instytucje, których urządzenie częstokroć nie odpowiadają wymaganiom hygjeny społecznej. Brak środków, doświadczenia odpowiedniego personelu są częstokroć przyczyną nieodpowiedniego ujęcia i realizowania urządzeń społeczno - hygjenicznych. Wspólnota pracy, jako jednostka silniejsza, finansowo zasobniejsza, doświadczeniem różnorodnych czynników w niej zasiadających bogatsza, upora się lepiej i skuteczniej ze wszystkiemi trudnościami i przeciwnościami wyłaniającemi się z racji pracy społeczno-hygjenicznej. Jesteśmy świadkami tworzenia w przemyśle karteli i trustów, musi nadejść czas, by w dziedzinie zdrowotności również utworzono wielki kartel wszystkich zainteresowanych czynników.

Stworzenie jednolitego budżetu dla wszystkich przewidywanych w roku budżetowym wydatków na ogólne cele zapobiegawcze i odpowiedni podział preliminowanych i uzyskanych funduszów na pojedyńcze działy pracy społeczno - hygjenicznej będzie ważnem zadaniem wspólnoty. Tworzenie odrębnych wspólnot dla każdego działu z osobna byłoby sprzeczne z zasadami gospodarki racjonalnej.

Praca cała będzie w ten sposób ujednostajniona, administracja uproszczona, koszt jej będzie dzięki temu zmniejszony. Zapewne w większości miast powiatowych wspólnota pracy nie obejmie odrazu wszystkich działów, brak bowiem będzie i ludzi i pieniędzy.

Sprawa ta rozwinie się sama drogą ewolucyjną. Ale tam, gdzie są już zorganizowane odrębne działy pracy w odrębnych organizacjach tam winno się je zcementować dla jednych i tych samych celów.

Wspólnota pracy winna być lokalna, względnie powiatowa i wojewódzka, która faktyczną opiekę zdrowotną przeprowadza i organizuje oraz centralna, która będzie połączeniem organizacyj powiatowych i wojewódzkich, która ma specjalne zadania t. j. obmyślenie programu dla całości zadań, rozdział funduszów otrzymanych od państwa, samorządów itd., przegląd działalności pojedyńczych wspólnot, zbieranie materjału ze wszystkich oddziałów i jego naukowe opracowanie.

Wspólnota pracy jest hasłem wysuwanem we wszystkich tych państwach, w których akcja zapobiegawcza jest na szeroką skalę prowadzona jak w Niemczech i Austrji. W podróży naukowej odbytej z międzynarodową podkomisją medycyny społecznej, utworzoną przez Komitet Hygjeny Ligi Narodów i Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie, zetknąłem się z organizacjami wspólnot pracy w Wiedniu, Hamburgu i Norymberdze, których organizacje opiszę w streszczeniu.

WSPÓLNOTA PRACY W WIEDNIU.

W Wiedniu istnieje wspólnota pracy przedewszystkiem celem zwalczania śmiertelności dzieci. W wydziale wspólnoty zasiadają jako członkowie delegat Urzędu Zdrowia w Ministerstwie Związkowem spraw społecznych, przewodniczący Wydziału Opieki Zdrowotnej w temże Ministerstwie, z tegoż Ministerstwa delegowany specjalista lekarski tych spraw, delegat z najwyższej Izby Sanitarnej, po dwóch delegatów z każdego kraju związkowego i zastępca Commonwealth Funds. Inni członkowie mogą być kooptowani.

Przewodniczącym wydziału jest Minister Związkowy spraw społecznych, względnie zastępca przez niego delegowany.

W komitecie brak jest zastępcy Kas Chorych. Jednak według zapewnienia przedstawiciela Ministerstwa ma jeszcze w bieżącym roku wejść przedstawiciel Kas Chorych.

Wspólnota pracy ma na celu jednolite przeprowadzenie opieki zdrowotnej nad niemowlętami i małemi dziećmi, jakoteż zwalczanie śmiertelności dzieci. W tym celu Wydział bada warunki zdrowotne matek, niemowląt i małych dzieci, częstość zachorowania i umieralności, studjuje jakiemi środkami można zwalczać stwierdzone uszkodzenia zdrowia. Przedkłada linje wytyczne celem planowego przeprowadzenia wspomnianych zadań i składa wnioski, w jaki sposób należy celowo zużytkować finanse ustawowo zagwarantowane przez rząd lub złożone przez inne instytucje.

Wydział ma nadto obowiązek zorganizowania fachowej rady i dozoru o celowem zużyciu środków, które rząd udzielił na prowadzenie poradni dla matek i dzieci, który to dział podlega wydziałowi wykonawczemu opieki nad matkami i niemowlętami.

Dla spraw fachowych zostaje przydzielony Wydziałowi Komitet fachowy złożony z 6-ciu osób. W każdym kraju tworzy się dla tych samych celów Komitet Krajowy obejmujący te wszystkie czynniki, które są zainteresowane w opiece zdrowotnej nad matkami, niemowlętami i małemi dziećmi, a więc zastępcy krajów, dyrektorowie sanitarni kraju i jego zastępcy, kierownik krajowego urzędu opieki nad młodzieżą, albo równorzędna mu organizacja.

Oprócz tej wspólnoty istnieje jeszcze specjalna wspólnota pracy statutowo już zorganizowana dla akcji opiekuńczej nad młodocianymi robotnikami, uczniami i terminatorami, praktykantami itd., obejmująca całe państwo austrjackie. Wspólnota ta nazywa się Kuratorjum; wchodzą do niej następujące instytucje:

Ministerstwo Związkowe spraw społecznych wysyła dwóch delegatów a jeden z nich musi być urzędnikiem Urzędu Zdrowia, Ministerstwo Przemysłu i Handlu jednego zastępcę, Kasy Chorych i ich Związki 13 delegatów i 32 delegatów rozmaitych instytucyj jak miasta Wiednia, związków zawodowych, związków młodzieży itd., Przewodniczącym Kuratorjum jest Minister spraw społecznych, względnie wyznaczony przez niego zastępca, drugiego przewodniczącego wybierają członkowie Kuratorjum. Z grona swego Kuratorjum wybiera corocznie wydział złożony z 12 członków, który jest faktycznym kierownikiem tej organizacji, do którego Ministerstwo przydziela 2-ch urzędników, z których jeden musi być z urzędu zdrowia. Wydział ten przygotowuje cały plan akcji opiekuńczej, przedkłada go kuratorjum, i po zatwierdzeniu realizuje go.

WSPÓLNOTA PRACY W HAMBURGU.

Została ona zorganizowana w r. 1927. Do niej należą: a) Urząd Zdrowia, b) opieka społeczna, c) urząd opieki nad młodzieżą, d) instytucje ubezpieczeń społecznych, e) prywatna opieka społeczna.

Wystąpienie ze wspólnoty może nastąpić tylko z końcem roku po sześciomiesięcznem wypowiedzeniu.

Zadaniem tej wspólnoty jest wejść w ścisły kontakt z instytucjami publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej, szczególnie współpraca wszystkich czynników, by uniknąć podwójnej pracy, zapewnić jednolite postępowanie w akcji opieki zdrowotnej, popieranie istniejących urządzeń i ich rozbudowa.

Planowa ewidencja wszystkich osób których zdrowie jest zagrożone. Zadania, które spełnia wiele instytucyj, wykonywać wspólnie albo w ścisłem porozumieniu a mianowicie: opieka nad chorymi na gruźlicę, opieka nad dzieckiem i młodzieżą, opieka nad inwalidami, alkoholikami i wenerycznie chorymi.

W końcu załatwianie zasadniczych spraw personelu pracującego we wspólnocie pracy. Sprawy wspólnoty załatwia walne zgromadzenie i wydział. Zgromadzenie odbywa się zazwyczaj dwa razy do roku.

Skład zarządu wybiera się w następujący sposób: władze i instytucje ubezpieczeń społecznych delegują po 3-ch zastępców, prywatna opieka społeczna po 2-ch delegatów.

Uchwały, wskutek których zakres pracy pojedyńczych organizacji stanowiących skład wspólnoty mógłby ulec zmianie, mogą być powzięte tylko za zgodą tychże organizacyj. Również i budżet jest uzależniony od zgody zarządów instytucyj ubezpieczeń społecznych i władz, zwłaszcza odnośnie od tych kwot, które one mają płacić.

Wydział wyłania komisję pracy, do której każda instytucja deleguje jednego reprezentanta.

Oprócz tego mogą być wyłonione poszczególne wydziały celem omawiania kwestyj specjalnych. Wydział pracy ma prawo w razie potrzeby zapraszać na posiedzenia rzeczoznawców.

WSPÓLNOTA PRACY W NORYMBERDZE.

Miasto Norymberga zorganizowało związek celowy dla walki z gruźlicą w formie stowarzyszenia zarejestrowanego. Zadaniem tego związku jest współpraca wszystkich czynników zainteresowanych, celem zwalczania gruźlicy i pomoc w walce z gruźlicą przez uzyskanie potrzebnych środków. Związek może także tworzyć urządzenia celem walki z gruźlicą i prowadzić je we własnym zarządzie. Zarząd składa się z 12 — 15 członków: 4-ch deleguje miasto, 5-ciu

instytucje ubezpieczeń społecznych, 2-ch towarzystwo przeciwgruźlicze itd. Najmniej dwóch lekarzy musi zasiadać w zarządzie. Budżet składa się ze składek i podatku .O ile składki nie pokrywają wydatków rocznych, nakłada się podatek na miasto, Kasy Chorych, zakład ubezpieczeń itd., odpowiednio do liczby mieszkańców względnie do liczby członków. Uchwalenie tego podatku jest uzależnione od uchwały odnośnych instytucyj tworzących ten celowy Związek, od władzy nadzorczej, zależnie od obowiązujących przepisów.

Prawo głosowania t. j. ilość głosów zastępców tych instytucji jest uzależnione od liczby mieszkańców względnie członków danej instytucji.

Oprócz związku celem walki z gruźlicą istniał też związek dla opieki nad dzieckiem. Akcja zdrowotna była jednak rozstrzelona, nie ujęta jednolicie, przeto miasto stworzyło celowy związek dla ogólnej opieki zdrowotnej. Zagadnienia opieki zdrowotnej były dotychczas oddzielnie traktowane przez miasto, instytucje ubezpieczeń społecznych, i prywatną opiekę społeczną. Odtąd są wspólnie omawiane i w miejsce różnych organizacyj obok siebie stworzono wspólnotę pracy.

Instytucje istniejące jako odrębne celowe związki pozostały narazie, ale wchodzą jako członkowie do tej wspólnoty pracy. Zarząd tej wspólnoty składa się z 14-tu osób: po 5 deleguje miasto i instytucje ubezpieczeń społecznych, jednego związek lekarski powiatowy, innych inne organizacje. Dla przykładu jak się rozkłada budżet na poszczególne jednostki tworzące wspólnotę niechaj służy celowy związek dla walki z gruźlicą w Norymberdze. Związek preliminował swoje wydatki na rok 1927/28 na 70.000.— marek niemieckich. Subwencja rządowa wynosiła 7.000 mk. niem, pozostało do pokrycia 63.000 Mkn. Kwotę tę uzyskano w następujący sposób:

Miasto Norymberga liczy 400.000 mieszkańców.
Ubezpieczalnia krajowa 130.000 członków.
Ogólna miejscowa Kasa Chorych 130.000 członków.
Inne Kasy Chorych 40.000 członków.

Ogólna liczba głów — 700.000 członków. Dla uzyskania 63.000.— Mk. niem. należało opodatkować się na każdą „głowę" po 9 fenigów. W ten sposób miasto miało wpłacić: . . . . . 36.000.— Mkn.

Ubezpieczalnia Krajowa . . .	11.700.—	„
Ogólna Kasa Chorych	11.700.—	„
Inne Kasy	3.600.—	„
razem daje sumę . . .	63.000.—	Mkn.

Dla całości obrazu przytaczam jeszcze jedną wspólnotę pracy podaną przez Goldmana w jego pracy: W okręgu Jerichow I powstała generalna wspólnota między Urzędem Zdrowia, Związkiem Kas Chorych, ogólną miejscową Kasą Chorych i wiejską Kasą Chorych dla następujących zadań:

1) popieranie istniejących i planowe tworzenie dalszych stacyj opiekuńczych gminnych, aby w całym okręgu powstały takie stacje;

2) wysyłanie dzieci do zakładów leczniczych i wypoczynkowych;

3) wysyłanie takich osób, które są rekonwalescentami albo zapobiegawczo potrzebują wypoczynku;

4) współpraca w zwalczaniu gruźlicy i popieranie poradni przeciwgruźliczych;

5) popieranie instytucyj opieki nad niemowlętami i położnicami:

6) opieka dentystyczna.

Przy tworzeniu podobnej wspólnoty pracy w Polsce pamiętać musimy, że w Niemczech istnieją obok Kas Chorych również instytucje ubezpieczeń długoterminowych, wskutek czego ciężar wydatków rozkłada się na obydwie instytucje ubezpieczeniowe. Nadto parlament w r. 1926 przeznaczył przez 10 lat z dochodów z ceł 40 miljonów marek rocznie t. j. przeszło 80 miljonów złotych rocznie, a przez lat 10 przeszło 800 miljonów dla instytucji ubezpieczenia długoterminowego na akcję zapobiegawczą. W Polsce wchodzą w rachubę Zakłady Ubezpieczeń pracowników umysłowych i Zakłady w Król. Hucie i w Poznaniu. Ale mimo, że Kasy Chorych są finansowo słabe i nie podołają materjalnie wszystkim wymaganiom, jednakowoż akcję tę choćby na razie w skromnych rozmiarach należy rozpocząć.

Najlepszą zatem formą organizacyjną wspólnoty pracy jest forma stowarzyszeniowa, w której zagwarantowane będą członkom równe prawa ale i równe obowiązki. Ciężary nakładane na poszczególne instytucje zasiadające w tej wspólnocie muszą być uprzednio aprobowane przez ich zarządy i władze nadzorcze. Spory natury prestiżowej nie będą też odgrywały poważniejszej roli, gdyż przy dobrej woli i zrozumieniu wagi spraw, którym wspólnota ma się poświęcić, mogą być szybko i łatwo usunięte. Rozchodzić się będzie głównie o to kto ma objąć przewodnictwo. W mieście powiatowem decydują normalnie dwa czynniki: samorząd i Kasa Chorych. Rzecz jest do uzgodnienia. O ile przewodnictwo obejmie zastępca samorządu, zastępstwo przewodniczącego spoczywać będzie w rękach delegata Kasy Chorych i odwrotnie. Zresztą może być kolejność przewodnictwa uzgodniona drogą wspólnego porozumienia. Jest to według mego zdania sprawa drugorzędna i mniej ważna. Ale o wiele ważniejszą jest sprawa kierownictwa. Kierownik bowiem, musi być hygjenistą społecznym, musi się dobrze znać na administracji i musi posiadać doświadczenie i praktykę w zakresie opieki zdrowotnej. Prowadzenie całej akcji na danym terenie jest zależne od kwalifikacyj społeczno - hygjenicznych kierownika utworzonej wspólnoty. Ocena kwalifikacji kandydata na kierownika przypadać musi z tego powodu centralnej organizacji wspólnoty. Druga sprawa, która się wyłoni w wspólnocie miejscowej, czy utworzonych przez nią poradniach mają być udzielane tylko porady z wykluczeniem wszelkiego leczenia. O ile sprawa pierwsza t. j. przewodnictwa wspólnoty nie ma zasadniczego znaczenia, to kwestja ta ma dla Kasy Chorych pierwszorzędną wagę, gdyż stać musimy bezwzględnie na stanowisku, że dla uprawnionych do świadczeń ze strony Kas Chorych obok porady musi być udzielone w razie potrzeby leczenie. W stosunku do innych osób nie uprawnionych do świadczeń ze strony Kas Chorych zachować możemy lojalną neutralność mając jednak swój własny pogląd na

tę sprawę. W wyżej przytoczonym już referacie na zjeździe przeciwgruźliczym zaznaczyłem też wyraźnie, „że drugim czynnikiem niemniej ważnym dla Kas Chorych jest obowiązująca zasada, by we wspólnych przychodniach... udzielał ubezpieczonym pomocy lekarskiej lekarz kasowy, który obowiązany jest imieniem Kasy spełniać wszystkie formalności ustawowe związane z czynnością lekarza kasowego".

Lekarz w przychodni ma zatem udzielać pomocy lekarskiej a w myśl ustawy o Kasach Chorych pomoc lekarska składa się z porady i leczenia, a najlepiej będzie jeżeli lekarz poradni będzie równocześnie lekarzem kasowym. Sądzę, że akcja wspólnoty o tą małą rafę nie rozbije się.

Reasumując zatem wszystko dochodzimy do przekonania, że nowoczesna praca w zakresie społeczno - hygjenicznym wymaga jednolitości planu i działania. Przeto utworzenie wspólnoty pracy celem racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej i akcji zapobiegawczej jest nieodzowne. Wspólnota pracy dzielić się będzie na a) powiatową, b) wojewódzką, c) państwową.

Do zakresu powiatowej należeć będzie:

1) organizacja poradni dla niemowląt, dzieci małych, matek, ciężarnych, dla walki z gruźlicą, chorobami wenerycznemi, alkoholizmem, szczepienie ochronne przeciw ostrym chorobom zakaźnym, szczepienie niemowląt przed gruźlicą itd.;

2) tworzenie półkolonji letnich, dziennych lub nocnych domów wypoczynkowych;

3) sprawa sportu.

Do zakresu wojewódzkiej wspólnoty:

1) organizacja kolonji letnich;

2) tworzenie domów i zakładów wypoczynkowych i dla uzdrowieńców;

3) propaganda hygjeny na terenie województwa. Wspólnota powiatowa mająca swą siedzibę w mieście wojewódzkiem może objąć rolę wspólnoty wojewódzkiej.

Do zakresu powiatowej wspólnoty:

1) opracowanie programu pracy;

2) jednolite zasady pracy na wszystkich placówkach;

3) kontrola działalności wspólnoty powiatowej i wojewódzkiej;

4) centralne biuro propagandy oświatowej i hygjenicznej;

5) centralny organ hygjeniczno - oświatowy;

6) statystyka działalności wszystkich wspólnot;

7) szkolenie lekarzy i sił pomocniczych;

8) organizowanie własnych zakładów leczniczo - zapobiegawczych.

Rzucam naturalnie tylko szkic do programu.

Życie samo wysunie cały szereg kwestyj, które wspólnota obejmie w przyszłości. Projekt utworzenia takiej wspólnoty niema pretensji, by wyczerpał wszystkie kwestje wyłaniające się przy omawianiu tak ważnego zagadnienia. Gdy sprawa przybierze realne kształty, będzie dosyć sposobności, by cały ten problem nie tylko ująć teoretycznie jeszcze dokładniej i ściślej, ale przedewszystkiem pod względem organizacyjnym szczegółowo go opracować

W końcu przytoczę opinję międzynarodowej mieszanej komisji medycyny społecznej wyrażoną w raporcie do Międzynarodowego Biura Pracy i Komitetu Hygjeny Ligi Narodów w Genewie dnia 23 kwietnia 1929 r. w sprawie wspólnoty pracy:

Podkomisja dla sprawy medycyny społecznej jest zdania, że na polu opieki zdrowotnej staje się koniecznością wspólnota pracy między instytucjami ubezpieczeń społecznych i organizacją publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej.

Wspólnota ma na celu unikanie niepotrzebnych wydatków, wzmacnianie środków odpowiednich instytucyj, zapewnienie racjonalnej akcji dla zapobiegania i wczesnego leczenia. Leży ona w interesie samych instytucyj jakoteż całej ludności.

Publiczne władze winny wydać wskazania dla przeprowadzenia i popierania wspólnych zarządzeń dla celów opieki nad zdrowiem, jakoteż instytucjom odnośnym nadać pełnomocnictwa dla przeprowadzenia swych zadań. Świadczenia udzielane ubezpieczonym i ich rodzinom przez wspólnotę pracy instytucyj ubezpieczeń społecznych i organizacji służby zdrowia mogą stać się obowiązkowemi jedynie na podstawie dostatecznego doświadczenia o ich celowości i gospodarczości.

J. Z.

WSTRZYMYWANIE ŚWIADCZEŃ NA WYPADEK BRAKU PRACY W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Artykuł niniejszy ma na celu rozstrzygnąć pytanie, jakie skutki wywiera na uprawnienia do świadczeń z powodu braku pracy ubezpieczonego pracownika umysłowego, fakt rozwiązania z nim umowy o pracę z winy pracodawcy lub wydalenia go bez ważnej przyczyny, względnie zwolnienia przez zarząd masy upadłościowej z powodu zamknięcia przedsiębiorstwa — i wypłaty należnego mu w takich wypadkach „wynagrodzenia" na podstawie przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 323).

Jest to drugi głos w sprawie poruszonej już ubocznie w sierpniowym numerze Przeglądu Ubezpieczeń przez p. Dr. G. C.*), dotyczy zaś interpretacji

*) Artykuł p. t. „Wstrzymanie świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych".

punktu czwartego art. 50 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911), który brzmi:

„Świadczenia z powodu braku pracy wtrzymuje się: jeżeli ubezpieczony otrzymał przy zwolnieniu go przez pracodawcę odprawę lub odszkodowanie, — na taki okres czasu, jakiemu odpowiada otrzymana kwota, według ostatnio pobieranego wynagrodzenia".

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych stosują praktycznie cytowany przepis, mają duże trudności w wyśledzeniu istotnej woli ustawodawcy, tak, że stanowisko ich jest niejednolite, a nawet jeden i ten sam Zakład, względnie jego kolegjalny organ, zmieniają w tej kwestji kilkakrotnie swe zapatrywania, przyjmując rozmaite tezy, jak to ilustruje przykład podany w artykule p. Dr. G. C. (str. 164)zaczerpnięty właśnie z praktyki jednego z Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Tak różnorodne stanowiska Zakładów są następstwem trudności uzgodnienia wewnętrznego pojęć i przepisów dwóch powyższych rozporządzeń, z których rozporządzenie o ubezpieczeniu pracowników umysłowych opracowane zostało i weszło w życie prędzej, aczkolwiek winno się było opierać na terminologji ustalonej i przyjętej już w rozporządzeniu o umowie o pracę.

Stąd też brak niejednokrotnie wśród ich postanowień wewnętrznej zgody, który poprawić winna sumienna interpretacja do czasu, dopóki błędy i niejasności nie zostaną zupełnie usunięte przez nowelę.

Dużą rolę odgrywać tu będą niewątpliwie nabyte doświadczenia.

Drugim powodem, który czyni sprawę piekącą, niezależnie od względów teoretyczno - prawnej natury, jest interes ubezpieczonego. Ubezpieczeni najwięcej na tem cierpią i to przeważnie w czasie, kiedy dotknięci zostali wypadkiem losowym od którego ujemnych następstw są przecież ubezpieczeni.

Zagadnienie nasze przedstawia się przykładowo, w świetle praktyki różnych Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, następująco:

Pracodawca X. zatrudniał u siebie pracownika Y. na warunkach umowy pracy nie przewidującej okresu wypowiedzenia; obowiązywał więc strony termin wypowiedzenia ustawowy (3 mies.).

X. zwalnia w dniu 31 marca Y. z pracy bez uprzedniego jej wypowiedzenia, wypłacając mu równocześnie wynagrodzenie za trzy następne miesiące (kwiecień, maj, czerwiec), zgodnie z art. 39 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 323).

Pracownik Y. poszukuje nowego zajęcia, i, nie mogąc go znaleźć, zgłasza się do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z prośbą o zasiłek z powodu braku pracy.

I. Wniosek odpowiedni, poparty wszelkiemi dowodami złożył Y. w Kasie Chorych właściwej ze względu na miejsce zamieszkania n. p. w miesiącu lipcu tegoż roku.

a) Zakład rozpatruje zgłoszenie, przyznaje świadczenia od dnia 1 lipca, równocześnie jednak, uwzględniając zastrzeżenie art. 50 p. 4 dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, iż w wypadku, gdy ubezpieczony otrzymał przy zwolnieniu „odprawę" lub „odszkodowanie" należy mu wstrzymać świadczenia na okres czasu, jakiemu odpowiada otrzymana kwota, — wstrzymuje je do dnia 1 października; odtąd dopiero zaczyna biec 6-cio miesięczny okres zasiłkowy, kończąc się w tym konkretnym przypadku z dniem 31 marca następnego roku. Zgłoszenie się pracownika przed 1 lipca nie wpływa korzystnie na powstanie jego prawa do świadczeń, gdyż Zakład uważa powyższy okres trzymiesięczny za okres zatrudnienia w sensie art. 7 ust. 3 i zasadniczo ściąga za ten czas składki ubezpieczeniowe.

Wstrzymanie świadczeń następuje zatem po ich przyznaniu na najbliższe 3 miesiące.

b) Inny sposób rozstrzygnięcia tego samego wypadku polega na tem, że niekiedy Zakład przyjmuje, iż okres wstrzymania rozpoczyna się z momentem powstania prawa do zasiłku według art. 47 t. j. od dnia faktycznej utraty zajęcia i gaśnie po trzech miesiącach, niezależnie od tego kiedy dokonano zgłoszenia o świadczenie. To znaczy, jeżeli ubezpieczony zgłosił roszczenie w ciągu miesięcy kwietnia, maja, czerwca i lipca dostanie zasiłek od 1 lipca, jeżeli później to od 1-go dnia tego miesiąca, w którym roszczenie zgłosił. Datą utraty zajęcia będzie 1 kwietnia. Okres świadczeń nie ulega tu jak i tam żadnej redukcji.

c) Jeszcze inne załatwienie sprawy nastąpi w wypadku, gdy Zakład stanie na stanowisku, że okres wstrzymania ma miejsce od dnia powstania okresu zasiłkowego, przyczem dzień 1 kwietnia uważa się za dzień utraty zajęcia. Pracownik Y. postawił wniosek o przyznanie mu świadczeń dla pozostających bez pracy w ciągu czerwca; okres zasiłkowy winien zatem biec od 1 czerwca, wobec tego jednak, że świadczenia wstrzymuje się na trzy miesiące zasiłek przypadnie za 6 miesięcy od dnia 1-go września począwszy.

II. Odmiennie przedstawia się sytuacja w tych wypadkach, kiedy Zakład uwzględniając ust. 1 art. 57 przyjmie za właściwe następstwo wstrzymania świadczeń redukcję okresu zasiłkowego.

W przykładzie pod a) będzie Y. pobierał zasiłek w miesiącach październiku, listopadzie i grudniu, pod b) zasadniczo od lipca do końca września, pod c) zaś za wrzesień, październik i listopad.

Teoretycznie byłyby możliwe jeszcze inne kombinacje, które tu pomijamy.

Wszystkie podane powyżej sposoby rozwiązania tego żywotnego zagadnienia tem się charakteryzują, że są mniej lub więcej krzywdzące dla ubezpieczonych (n. p. czas poszukiwania pracy ulega pod II b i c nieuzasadnionemu skróceniu), i do pewnego stopnia paraliżują sens i cel ustawy. Nie trzeba dodawać, jaki chaos wprowadza tak różnorodne ujęcie problemu i jak trudno zorjentować się uprawnionemu, co mu się i kiedy należy.

Z naszego punktu widzenia należy nasuwające się trudności rozwiązać na innej płaszczyźnie, aniżeli to dotąd czyniono; będziemy posługiwać się ogólnemi pojęciami prawnemi lub zwyczajami w tej dziedzinie panującemi tam, gdzie dotyczące przepisy nie wystarczają.

Zaczniemy od rozporządzenia o umowie o pracę, które winno tu być podłożem dyskusji, ponieważ zawiera zasadnicze pojęcia i przepisy na których interpretacja postanowień dekretu o ubezpieczniu pracowników umysłowych winna się przedewszystkiem opierać.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych postanawia w art. 39 jak następuje:

„Jeżeli umowa była zawarta na czas nieokreślony, a nastąpiło rozwiązanie jej z winy pracodawcy lub wydalenie pracownika bez ważnej przyczyny, pracownikowi należy się pełne wynagrodzenie za miesiąc, w którym rozwiązanie lub wydalenie nastąpiło, i za następne trzy miesiące, o ile z umowy nie wynikają dla pracownika dalej idące uprawnienia.

„Jeżeli umowa była zawarta na czas określony wówczas w wypadkach powyższych należy się pracownikowi wynagrodzenie za cały czas aż do wygaśnięcia umowy.

„Wynagrodzenie, przypadające w myśl ust. 1 i 2 artykułu niniejszego, jest płatne odrazu z procentem prawnym od daty uchybionego terminu, jednakowoż bez tantjemy oraz gratyfikacji, co do których płatności obowiązują postanowienia ogólne".

Z artykułu tego uzyskuje pracownik prawo do otrzymania pełnego wynagrodzenia w razie, jeżeli umowa była czasowo nieokreśloną:

a) za czas wypowiedzenia wynikający z umowy w wypadku, gdy czasokres wypowiedzenia był w niej wyraźnie przewidziany;

b) za 3 pełne miesiące następujące po miesiącu w którym nastąpiło rozwiązanie lub wydalenie pracownika z podanych bliżej w art. powodów.

Jeżeli umowa była zawartą na czas określony, wynagrodzenie należy się pracownikowi za cały czas aż do jej wygaśnięcia.

Z podobnych praw korzysta pracownik w razie zwolnienia go przez zarząd masy upadłościowej z powodu zamknięcia przedsiębiorstwa (art. 34).

Możnaby tu zastanawiać się bliżej nad datą rozwiązania umowy w poszczególnych wypadkach, dla nas jest to jednak bez większego znaczenia, ponieważ art. 7 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych podaje dokładnie, kiedy ustaje obowiązek ubezpieczenia.

Artykuł ten stwierdza wyraźnie, że „pracownika nie wykonywującego faktycznie czynności służbowych, uważa się za pozostającego w zatrudnieniu tak długo, jak długo otrzymuje od pracodawcy wynagrodzenie lub ma prawo do wynagrodzenia".

Jeżeli zajmiemy stanowisko, jakie dyktuje nam przytoczony ustęp, będziemy musieli zgodzić się, że okresu, za który otrzymał pracownik wynagrodzenie, nie można uważać za pozostawanie bez pracy stwarzające prawo do świadczeń. Pracownik podlega zatem w powyższym okresie obowiązkowi ubezpieczenia.

Stan wytworzony przez ustęp 3 art. 7 opiera się do pewnego stopnia na fikcji, która ubrana w szatę normy służy do urzeczywistnienia pewnych celów i zamierzeń pracodawcy. Miał on widocznie zamiar z jednej strony wyznaczyć tu termin ustania obowiązku ubezpieczenia odmienny od przyjętej gdzieindziej zasady, z drugiej zaś przekreślić prawo podmiotowe (doświadczeń) wtedy, kiedy nie posiadałoby logicznie dostatecznego uzasadnienia.

Zapatrywanie te jest w zasadzie słuszne, bo skoro pracownik opłaca składki ubezpieczeniowe i posiada środki materjalne z tytułu poprzedniego (dotychczasowego) zajęcia, nie można dozwolić, aby korzystał równocześnie ze świadczeń, przewidzianych jedynie dla osób pozostających bez zatrudnienia i pozbawionych równocześnie środków, jakie dawała mu wykonywana praca najemna.

Dotąd zatem moglibyśmy się zgodzić, że pracownik, który otrzymał na podstawie art. 39 i 34 wynagrodzenie przy opuszczeniu pracy, podlega w czasie, za jaki mu to wynagrodzenie winno być wypłacone, obowiązkowi ubezpieczenia i jako uważany za pozostającego w zatrudnieniu nie może za okres ten otrzymać zasiłków dla bezrobotnych.

Rozporządzenie Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych idzie jednak dalej. Art. 50 p. 4 wspomina bowiem, jak już zaznaczyliśmy, że w razie, jeżeli ubezpieczony otrzymał przy zwolnieniu go z pracy odprawę lub odszkodowanie, świadczenia z powodu braku pracy wstrzymuje się na pewien czas.

Zbadajmy bliżej w jakim pojęciowym stosunku pozostają „odszkodowania" i „odprawa" do wynagrodzenia z art. 39 i 34 rozporządzenia o umowie o pracę, które tak często się miesza i wręcz utożsamia.

Zastanawiając się nad znaczeniem i treścią pojęcia „odszkodowania" w związku z naszem zagadnieniem dojdziemy do przekonania, że pracodawca nie bez powodu użył w art. 39 i 34 termin „wynagrodzenie".

„Prawa osobisto - rzeczowe, na mocy których jedna osoba zobowiązaną jest drugiej do świadczenia, wypływają albo bezpośrednio z ustawy albo z aktu prawnego, albo z poniesionego uszkodzenia" (§ 859 austr. kod. cyw.).

„Wynagrodzenie" z art. 39 i 34 jest ustawowem zobowiązaniem pracodawcy do wypełnienia w każdym wypadku ustalonych porozumieniem warunków umowy pracy, dotyczących sposobu i terminu jej rozwiązania lub tych, które w braku poprzednich zupełnie wyraźnie przez ustawodawcę zostały narzucone.

„Odszkodowanie jest prawnem następstwem wyrządzonej szkody. Szkodą zaś, nazywa się każdy uszczerbek wyrządzony drugiemu na jego majątku, prawach lub osobie. Od szkody różni się stracony zysk, którego w zwykłym toku rzeczy można się było spodziewać".

Zacytowałem przykładowo § 1293 kodeksu cyw. austr., podający definicję szkody, celem lepszego unaocznienia teoretyczno - prawnej różnicy, jaka zachodzi pomiędzy odszkodowaniem z art. 50 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych a wynagrodzeniem, świadczonem pracownikowi na podstawie art. 39 i 34 rozporządzenia o umowie o pracę. Dalej kodeks mówi w sposób następujący:

„Szkoda pochodzi albo *z bezprawnej czynności* lub opuszczenia drugiego albo z przypadku (§ 1294).

„Każdemu służy prawo żądać od wyrządzającego szkodę wynagrodzenia tej szkody, którą mu wyrządził z winy, bez względu na to, czy szkoda nastąpiła z niedopełnienia obowiązku, wynikającego z umowy, czy też z obowiązku istniejącego bez umowy. (§ 1295).

„Wynagrodzenie zrządzonej szkody polega na przywróceniu wszystkiego do dawnego stanu; albo jeżeli to nie może już być uskutecznionem, na zapłaceniu wartości, wynikającej z oszacowania. Jeżeli wynagrodzenie odnosi się do samej tylko poniesionej szkody, natenczas właściwie nazywa się odszkodowaniem, jeżeli zaś obowiązek wynagrodzenia rozciąga się także do utraconego zysku i do zatarcia wyrządzonej obrazy, natenczas nazywa się zupełnem zadośćuczynieniem. (§ 1323)".

Prawdopodobnie bez bliższych objaśnień każdy czytający te słowa zorjentuje się, iż w naszem „wynagrodzeniu" brak elementów szkody. Stając bowiem na odmiennem stanowisku doszlibyśmy do absurdalnego wyniku, iż pracodawcy nie wolno pracownika w pewnych wypadkach zwolnić z pracy przedwcześnie, mimo, że wypłaca mu normalne świadczenia za ustawowy lub dozwolony przez ustawę okres wypowiedzenia.

Postaramy się przedstawić sprawę wyczerpująco.

Rozporządzenie o umowę o pracę zajmuje się bliżej okresami jej wypowiedzenia, nakładając na pracodawcę, z którego winy pracownik opuszcza zajęcie lub w razie, jeżeli zwalnia on pracownika bez ważnego powodu i uprzedniego wypowiedzenia, obowiązek zapłacenia należnego mu za okres powyższy wynagrodzenia tak, jak gdyby w czasie właściwym i w umówiony sposób umowa została rozwiązana. To kwestja wynagrodzenia za okres wypowiedzenia.

Na podstawie art. 40 pracodawca ma prawo żądać od pracownika wyrównania szkód i strat w razie, jeżeli umowa została rozwiązaną z winy pracownika lub z powodu jego wystąpienia z pracy przed czasem bez ważnej przyczyny. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że i pracownik ma prawo, mimo iż nie zostało to expressis verbis stwierdzone w rozporządzeniu, żądać od pracodawcy wynagrodzenia szkód na jakie został narażony przez rozwiązanie umowy z winy pracodawcy lub wydalenia go bez ważnej przyczyny, a to niezależnie od poprzedniego „wynagrodzenia". Wynika to właśnie z postanowień ogólnych ustaw cywilnych.

Takie wypadki mogą się zdarzać dość często.

Sam fakt niedopełnienia przez pracodawcę warunku z ust. 3 art. 39 stworzy dla pracownika podstawę do skargi o wypłacenie mu zaległego „wynagrodzenia" (poborów) wraz z procentem prawnym od daty uchybionego terminu, jak również może stanowić przyczynę skargi o wyrównanie szkody zrządzonej jego niedotrzymaniem (uszczerbku w jego prawach, majątku i osobie)*). Np. pracownik zaciągnął zobowiązanie uiszczenia osobie trzeciej w umówionym czasie pewnej kwoty pieniężnej. Skutkiem nieotrzymania w terminie ustawą przewidzianym należnych poborów nie mógł dopełnić przyrzeczenia, co spowodowało konkurs. Materjalne następstwa tego musiałyby w konsekwencji spaść na winnego pracodawcę.

Innym przykładem szkody zrządzonej pracownikowi będzie szkoda wynikająca dlań z samego faktu rozwiązania umowy. Może tu zachodzić wypadek, iż szkoda będzie skutkiem niedopełnienia obowiązku wynikającego z umowy (art. 31 p. d), lub istniejącego bez umowy (np. art. 31 ust. 1 p. c i e).

Podaliśmy najogólniej, że wynagrodzenia z art. 39 i 34 nie należy utożsamiać z odszkodowaniem. Wyżej wspomnieliśmy również, że przy interpretowaniu pojęć rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zaczerpniętych z ustawodawstwa pracy musimy opierać się przedewszystkiem na wyraźnych — o ile takowe istnieją — przepisach tego właśnie ustawodawstwa.

O „odszkodowaniu" wyraźnie postanawia art. 10; dotyczy on umów ograniczających pracownika w zarobkowaniu na pewien czas po rozwiązaniu stosunku pracy (klauzuli konkurencyjnej).

Niemożna nie zauważyć, że w najbardziej typowym, ustawowym przypadku najtrudniej może będzie uzgodnić postanowienia obu rozporządzeń: art. 50 p. 4 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, poleca bowiem wstrzymać świadczenia na czas jakiemu odpowiada otrzymane odszkodowanie, art. 11 zaś rozporządzenia o umowie o pracę nakazuje wypłacać wymienione powyżej odszkodowanie najpóźniej w końcu każdego miesiąca kalendarzowego.

Jeżeli przyjmiemy, że ograniczenie zarobkowania ma trwać cały rok, a pracodawca wypłaca pracownikowi przez ten czas co miesiąc połowę dawnego miesięcznego wynagrodzenia, to Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych nie będzie mógł przyznać świadczeń prędzej jak po sześciu miesiącach. Społecznie nie byłoby to krzywdzące, ponieważ klauzula konkurencyjna dotyczy umów o stosunkowo wysokiem wynagrodzeniu pracownika (minimum 6 tysięcy złotych rocznie), jak i z uwagi na to, że zasiłek dla pozostających bez pracy wynosi częstokroć mniej niż 50 proc podstawy wymiaru (przeciętnej płacy podstawowej), zaś granicą jego maksymalną jest 80 proc. (łącznie z dodatkiem rodzinnym). Trudność polega na tem, że po upływie — jak zaznaczyliśmy — 6-ciu miesięcy, ubezpieczony otrzymujący jeszcze ciągle odszkodowanie, mimo że faktycznie pozostaje bez pracy, nie nabywa praw do świadczeń, ponieważ nie spełniają się co do niego warunki art. 17 i 18 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Zwolennicy t. zw. interpretacji redukującej odmówiliby w powyższym wypadku świadczeń wogóle, opierając się na brzmieniu art. 57, który postanawia, że prawo do świadczeń ustaje z upływem 6-ciu miesięcy od dnia jego powstania, t. j. od daty utraty zajęcia, o ile zgłoszenie roszczenia nastąpiło w sposób przepisany w ciągu najbliższego miesiąca. Zagadnienia tego oraz nasuwających się wątpliwości bliżej tu omawiać nie będziemy.

Poza podanym wypadkiem rozporządzenie o umowie o pracę nie mówi więcej o odszkodowaniu, z czego jednak — zdaniem naszem — bynajmniej nie

*) Patrz Oddział IV (art. 1146—1155 oraz art. 1382 i nast. Kodeksu Napol., jak również judyk.).

wynika, że przy stosowaniu art. 50 p. 4 należy pominąć inne wypadki wypłaty odszkodowania w następstwie rozwiązania umowy o pracę, jeżeli podstawą ich są przepisy ogólnych ustaw cywilnych czy też norm specjalnych.

Jest rzeczą nie wykluczoną, że w praktyce będą zakłady wypłacać zasiłek, nie wiedząc częstokroć o tem, iż pozostający bez pracy wniósł skargę przeciw pracodawcy, który na skutek wyroku sądowego zmuszony był wypłacić mu odszkodowanie. Należałoby się zastanowić nad możliwością porozumienia sądów z zakładami celem zastosowania postanowień art. 60 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

W razie, jeżeli odszkodowanie zostało przewidziane w umowie pracy, a stosunek rozwiązuje się bezspornie, sprawa nie komplikuje się zupełnie.

Przejdźmy teraz do drugiego zagadnienia t. j. o d p r a w y. Ustawodawstwo zna dwa rodzaje odpraw: odprawy wynikające ze stosunków pracy oraz z ubezpieczenia , w tym ostatnim przypadku, gdy nie powstało prawo do renty. Interesujemy się odprawą będącą następstwem stosunku pracy.

Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej o umowie o pracę przewiduje odprawę jako świadczenie jednorazowe pracodawcy na rzecz rodziny po zmarłym pracowniku, który pracował conajmniej 10 lat w jego przedsiębiorstwie. Odprawa wynosi 3 lub 6-miesięczne ostatnio pobierane przez zmarłego wynagrodzenie (art. 42).

Odprawa powyższa nie ma nic wspólnego — poza nazwą — z odprawą o której wspomina art. 50 p. 4 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych i nie może tu być stosowną. Najwidoczniej ukazują się następstwa „chronologiczne" późniejszego opracowania przepisów dotyczących umów o pracę. Przepis art. 50 p. 4 o „odprawach", o ile ma być żywotny i słuszny, należy oprzeć na zwyczajach prawnych, przyjętych i powszechnie w praktyce uznanych.

Odprawą nazywa się w ustawodawstwie i stosunkach pracy, kwotę pieniężną, wypłacaną pracownikowi przez pracodawcę w formie dodatkowego wynagrodzenia przy rozwiązaniu długoletniego stosunku służbowego.*).

Tak prawdopodobnie rozumieli odprawę również twórcy rozporządzenia o umowie o pracę, chociaż ograniczyli ją tylko do świadczenia na rzecz pozostałej po pracowniku rodziny, co robi wrażenie, że opuszczoną została część pierwsza, niejako głowa zagadnienia. Na takie też rozwiązanie kwestji liczył niewątpliwie ustawodawca przy układaniu przepisów dotyczących ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Sądzę, że najlepiej zilustrują trafność naszego zapatrywania wywody wytrawnego znawcy tych zagadnień p. Józefa Zagrodzkiego. Pisze on w zeszycie 1-ym kwartalnika „Praca i Opieka Społeczna" z roku 1927, w artykule p. t. „Umowa o pracę pracowników umysłowych" następująco: „Do najbardziej chybionych postanowień, zawartych w rozporządzeniu o umowie o pracę, należy postanowienie o odprawach. Sama zasada odpraw została w tem rozporządzeniu spaczoną".

„Zasadą odprawy jest wynagrodzenie pracownika za długoletnią pracę w jednem przedsiębiorstwie..."

„Odprawa jest to dodatkowe wynagrodzenie pracownika za długoletnią nieprzerwaną pracę w jednem przedsiębiorstwie, któremu pracownik poświęci. swoje zdrowie i najlepsze lata".

Podobne zdanie wypowiada również we wstępie wydanego nakładem Księgarni Robotniczej komentarza do ogłoszonego już rozporządzenia o umowie o pracę. Nadto p. J. Zagrodzki powołuje się na podobne ujęcie omawianej kwestji w ustawach włoskiej i austrjackiej. Zwłaszcza ta ostatnia (§§ 20, 29, 31) traktuje problemy poruszone w nin. artykule niezwykle jasno a ściśle zarazem.

Postanowienie dotyczące odpraw brzmi:

(Bundesgesetz vom 11 Mai 1921 über den Dienstvertrag der Privatangestellten — Nr. Dz. 127).

§ 23. (1) Hat das Dienstverhältnis ununterbrochen drei Jahre gedauert, so gebührt dem Angestellten bei auflösung des Dienstverhältnisses eine Abfertigung. Diese beträgt das Zweifache des dem Angestellten für den letzten Monat des Dienstverhältnisses gebührenden Entgeltes und erhöht sich nach fünf Dienstjahren auf das Dreifache... des monatlichen Entgeltes".

(7) Der Anspruch auf Abfertigung besteh nicht wen der Angestellte kündigt, wenn er ohne wichtigen Grund vorzeitig austritt oder wenn ihn ein Verschulden an der vorzeitigen Entlassung trifft".

Odprawę, jako jednorazową należytość po przebyciu określonej ilości lat zna również dawne ustawodawstwo austrjackie. Ustawodawstwo rosyjskie nie zawiera w tych sprawach jakichkolwiek postanowień. Stan prawny według ustaw niemieckich będzie omówiony przy sposobności rozpatrywania kwestyj powyższych w odniesieniu do Górnego Śląska, gdzie rozporządzenie o umowie o pracę nie obowiązuje.

---

*) Wyrok Sądu Apelacyjnego we Lwowie z dnia 24 listopada 1927 r. w sprawie odprawy dla urzędnika banku (powoda). W uzasadnieniu czytamy:

„Rzeczoznawcy podali, że w braku innej umowy obowiązuje we Lwowie zwyczaj, iż prokurenci otrzymują, jako odprawę 3—6 miesięczne pobory. Odprawa jest, jak to pozwany przyznaje, pewnego rodzaju odrębnem wynagrodzeniem, które pracownik otrzymuje przy opuszczeniu służby, mająca mu ułatwić przetrwanie okresu przejściowego, zanim znajdzie inną posadę.

Odprawa nie ma zatem żadnej łączności z wynagrodzeniem za niedotrzymanie ustawowego czasu wypowiedzenia lub za to, że ten ustawowy czas możnaby uważać za nieodpowiedni i dlatego Sąd pierwszej instancji bezpotrzebnie stara się przyznanie odprawy uzasadnić także nieodpowiednim czasem wypowiedzenia służby".

Sąd Najwyższy odrzucił rewizję pozwanego Banku, motywując swe orzeczenie w sposób następujący:

„Zarzut rewizji... jest chybiony i przeocza, że wedle przepisu par. 6 ustawy o pomocnikach handlowych z dnia 16 stycznia 1910 r. Nr. 20 Dz. U. P. zarówno rodzaj i zakres usług, jakoteż należne za nie wynagrodzenie, określa w braku wyraźnej umowy zwyczaj miejscowy, istniejący dla odnośnej kategorji przedsiębiorstw".

„Słusznie Sądy niższych instancji przyznały powodowi zaczepioną w rewizji odprawę, jako ustalone zwyczajem w służbie bankowej uzupełnienie wynagrodzenia w czasie rozwiązania stosunku służbowego, po wysłużeniu pewnego czasu i przysądzenie tej kwoty powodowi znajduje uzasadnienie w powołanym przepisie par. 6 cyt. ustawy jakoteż w orzeczeniu znawców..."

Często spotyka się odprawę zawarowaną wprost w umowie służbowej (pracy). Zresztą już samo słowo „odprawa" wskazuje nam istotę pojęcia.

Identyfikowanie odprawy z wynagrodzeniem art. 39 i 34 jest pozbawione podstaw prawnych, a nadto uchybiałoby zasadzie powszechnie w prawie przyjętej „in dubio mitius"; wszak chodzi tu wyraźnie o interes ubezpieczonego.

A dalej. Przyjmując taką interpretację stanęlibyśmy w opozycji do sensu i celów rozporządzenia, a przecież nie to powinno przyświecać jako myśl przewodnia przy wykładni przepisów prawnych.

Streszczając powyższe dochodzimy do następujących wniosków:

Pracownik, otrzymujący wynagrodzenie z art. 39 i 34 rozporządzenia Prezydenta o umowie o pracę winien być za czas, jakiemu ono odpowiada, ubezpieczony w Zakładzie U. P. U. przez uiszczenie zwyczajnych składek. Ewentualne prawo do świadczeń na wypadek braku pracy powstaje dla niego po upływie tego okresu, za który otrzymał wynagrodzenie w myśl odnośnych przepisów prawnych, ponieważ art. 7 ust. 3 każe uważać go do tej chwili za „pozostającego w zatrudnieniu". Świadczenia nie ulegają wstrzymaniu na podstawie art. 50 p. 4.

Natomiast, jeżeli pracownik otrzymał przy zwolnieniu z pracy w myśl zawartej umowy lub panujących w tej mierze zwyczajów „odprawę" niezależnie od wymienionego wyżej wynagrodzenia, względnie „odszkodowania", świadczenia na wypadek braku pracy zostają wstrzymane na taki okres, jakiemu odpowiada otrzymana kwota według ostatnio pobieranego wynagrodzenia.

Pobory wypłacone pracownikowi przy jego zwolnieniu tytułem należności za niewykorzystany urlop należy traktować jeżeli chodzi o kwestję obowiązku ubezpieczenia za ten czas i powstanie następnie prawa do świadczeń z powodu braku pracy, w ten sam sposób, jak omówione wyżej „wynagrodzenie".

Uwagi niniejsze odnoszą się przez analogję także do wynagrodzenia wypłacanego w formie t. zw. odpraw prowizorycznym urzędnikom państwowym przy zwalnianiu ich ze służby (art. 116 ust. 7 i 8 ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej w brzmieniu nadanem ustawą z dnia 22 grudnia 1925 r. — D. U. R. P. Nr. 129, poz. 920).

Jest to bodaj jedyny wypadek, gdzie „odprawa" posiada równocześnie podwójny charakter: odprawy ubezpieczeniowej dla tych, którzy nie nabyli praw do emerytury (nie dotyczy to urzędników prowizorycznych) oraz wynagrodzenia za normalny 3 mies. okres wypowiedzenia, o ile takowe nie nastąpiło (zwykle jest on zapowiedziany już w akcie nominacyjnym).

Dopiero przeciwstawienie zdania pierwszego tego ustępu postanowieniu zawartemu w zdaniu drugiem, przy równoczesnem uwzględnieniu art. 5 ustawy, naprowadza na właściwy sens przepisu.

Należy wkońcu dodać, że wątpliwości wywołuje przedewszystkiem brak ustalonej i powszechnie uznanej terminologji.

Dr. FRANCISZEK PAJERSKI.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W JUGOSŁAWJI

Opierając się na wynikach teorji i praktyki ubezpieczeniowej, powojenne ustawodawstwo socjalne zmierza stale do możliwie ścisłego powiązania i scalenia odrębnych dotąd gałęzi ubezpieczeń społecznych.

Jedną z pierwszych prób ustawowego i organizacyjnego scalenia ubezpieczeń społecznych jest ustawa jugosłowiańska z dnia 14 maja 1922 r. o ubezpieczeniu robotniczem.

Jak wiadomo, w wyniku wojny europejskiej do obszaru dawnego Królestwa Serbów zostały w roku 1918 przyłączone nowe terytorja, a mianowicie południowe rubieże b. monarchji austro-węgierskiej (Bośnia, Hercogowina, Dalmacja, Kroacja, Slawonja, część Banatu) i Czarnogóra. Stan ubezpieczeń społecznych w tem nowopowstałem Królestwie Serbów, Kroatów i Słoweńców, jak do niedawna to państwo nazywało się, był tego rodzaju, że poszczególne dzielnice posiadały odmienne ustawodawstwo, a niektóre— jak Czarnogóra — nie znały zupełnie ubezpieczenia społecznego.

Rozwój historyczny

I tak w Królestwie Serbów została wprawdzie wydana w roku 1910 ustawa, która przewidywała przymusowe ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci dla robotników, zatrudnionych w przemyśle, handlu i rzemiośle, jednak ustawa powyższa nie weszła nigdy w życie, gdyż stanęły temu na przeszkodzie wojny bałkańskie (1912/13) oraz wojna europejska. Przeprowadzano tam tylko (i to na zasadzie dawnych przepisów i statutów) ubezpieczenie górników w Kasach Brackich, ubezpieczenie kolejarzy oraz robotników, zatrudnionych w zakładach wojskowych. Pozatem niektóre prywatne przedsiębiorstwa wprowadziły dla swoich robotników dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Od wypadków można się było ubezpieczać tylko w prywatnym zakładzie ubezpieczeń.

W Bośni i Hercogowinie istniało od roku 1910 przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby, obejmujące wszystkich robotników, zatrudnionych

w przemyśle i handlu, których zarobek nie przekraczał 3000 koron. W roku 1911 opracowano dla tych krajów projekt ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu od wypadków, który jednak wskutek zawieruchy bałkańskiej jakoteż wojny europejskiej nie zyskał nigdy mocy ustawy. W prowincjach, stanowiących część b. Austrji, istniało obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe, wypadkowe, górnicze oraz urzędników prywatnych.

Prowincje, stanowiące część b. Królestwa Węgierskiego, korzystały z dobrodziejstw ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego i górniczego. Natomiast funkcjonarjusze prywatni byli skazani na ubezpieczenie w prywatnych zakładach.

Jak widać z powyższego, już w chwili powstania państwa jugosłowiańskiego, ubezpieczenie społeczne w poszczególnych jego prowincjach było dość rozwinięte Nowe warunki polityczne, społeczne i gospodarcze pociągnęły za sobą oczywiście konieczność zmiany dotychczasowych przepisów (np. organizacja, wysokość składek, górna granica zarobków i t. d). W chwili, gdy poszczególne władze dzielnicowe dokonywały doraźnych reform w dotychczasowem ustawodawstwie ubezpieczeń społecznych, Min. Spraw Społecznych w Belgradzie nosiło się z myślą wydania dla całego państwa ustawy o ubezpieczeniu robotniczem. Rezultatem wysiłków Ministerstwa w powyższym kierunku był Dekret Królewski o ubezpieczeniu chorobowem i wypadkowem z dnia 27 czerwca 1921 (Dziennik Urzędowy Nr. 181), który po uzupełnieniu go przepisami o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci stał się podstawą ustawy o ubezpieczeniu robotniczem z dn. 14 maja 1922 r (Dziennik Urzędowy Nr. 117/22).

Prawie jednocześnie (ustawą z dnia 12 maja tegoż roku) znowelizowano ubezpieczenie funkcjonarjuszy prywatnych, obowiązujące w b. dzieln austr., upoważniając przytem Zakład Pensyjny w Lublanie do przeprowadzania tego ubezpieczenia, jako dobrowolnego, w całem państwie.

Ustawa z dnia 14 maja 1922 r. o ubezpieczeniu robotniczem

Ubezpieczenie, unormowane powyższą ustawą, opiera się na następujących zasadach: 1) rozciągnięcie obowiązku ubezpieczenia na jaknajszersze warstwy ludności, 2) poddanie obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek a) choroby, b) inwalidztwa, starości i śmierci a wreszcie c) od wypadków — wszystkich osób, utrzymujących się z pracy najemnej (uregulowanie ubezpieczenia na wypadek braku pracy pozostawiono specjalnej ustawie), 3) „współubezpieczenie" na wypadek choroby członków rodziny ubezpieczonego członka bez potrzeby opłacania na ten cel specjalnych składek, 4) centralizacja wszystkich trzech gałęzi ubezpieczenia w Centralnym Urzędzie Ubezpieczeń, w ten jednak sposób, że bezpośrednie przeprowadzanie tego ubezpieczenia pozostawiono organom lokalnym, utworzonym w potrzebnej ilości na całym obszarze państwa (scalenie organizacyjne), 5) jaknajdalej idący samorząd, przy odpowiednim a celowym nadzorze ze strony państwa, 6) równe przedstawicielstwo pracodawców i pracobiorców w organach instytucyj ubezpieczeniowych, 7) poddanie sporów między ubezpieczonymi a Centralnym Urzędem Ubezpieczeń specjalnym sądom ubezpieczeniowym. Pozatem ustawa zmierza do usprawnienia pomocy lekarskiej przez zorganizowanie własnych ambulatorjów, aptek, szpitali, domów odpoczynkowych i sanatorjów. Ubezpieczenie górnicze zniesiono, lecz gdzieniegdzie przeprowadzanie ubezpieczenia ogólnego poruczono kasom brackim, a nie instytucjom lokalnym, przewidzianym przez ustawę.

Dzięki ustawowemu scaleniu trzech różnych gałęzi ubezpieczeń osiągnęła ustawa z dnia 14 maja nadzwyczajną jednolitość, co zresztą odbiło się również dodatnio na samym rozmiarze ustawy, podzielonej na 5 części, a liczącej zaledwie 213 paragrafów.

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy zostało wydane przez Ministra dla Spraw Społecznych dnia 3 czerwca 1922 r. (Dz. Urz. Nr. 130/22).

Przepisy, dotyczące ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego, weszły w życie równocześnie na całym obszarze państwa z dniem 1 lipca 1922 r., natomiast ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci, które miało obowiązywać najpóźniej od dnia 1 lipca 1925 r. zostało ustawą skarbową odroczone na czas nieoznaczony, przyczem jednak ustawa upoważniła Ministra dla Spraw Społecznych do wprowadzenia tego ubezpieczenia w życie, skoro tylko pozwolą na to stosunki gospodarcze państwa

Zakres ubezpieczenia

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają bez różnicy płci, wieku i przynależności państwowej wszystkie osoby, które mieszkają stale lub przejściowo na obszarze Jugosławji i utrzymują się z pracy najemnej. Dotyczy to również uczniów, praktykantów, wolontarjuszów i chałupników.

Obowiązek ubezpieczenia istnieje bez względu na wysokość wynagrodzenia, jakkolwiek do ubezpieczenia nie jest policzalny zarobek dzienny wyższy niż 48 dynarów. Według wysokości zarobku zalicza się ubezpieczonych do odpowiednich grup zarobkowych, których jest 12 od 1 stycznia 1928 r.

grupa zarobkowa	płaca rzeczywista	przeciętna podstawowa płaca
I	aż do 8 dynarów *)	6,— dyn.
II	od 8,— do 9,60 dyn.	8,— „
III	„ 9,60 „ 11,60 „	9,60 „
IV	„ 11,60 „ 14,— „	11,60 „
V	„ 14,— „ 16,80 „	14,— „
VI	„ 16,80 „ 20,— „	16,80 „
VII	„ 20,— „ 24,— „	20,— „
VIII	„ 24,— „ 28,80 „	24,— „
IX	„ 28,80 „ 34,— „	28,80 „
X	„ 34,— „ 40,— „	34,— „
XI	„ 40,— „ 48,— „	40,— „
XII	ponad 48,— „	48,— „

Przeciętny podstawowy zarobek dzienny w każdej grupie zarobkowej (najwyżej 48 dynarów) służy w każdej gałęzi ubezpieczeń za podstawę do wymiaru

*) 1 dynar = około 15 groszy — *Red.*

składki jakoteż świadczeń. Obok ubezpieczenia przymusowego przewiduje ustawa także ubezpieczenie dobrowolne dla osób niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia (pod warunkiem posiadania dobrego zdrowia i nieprzekroczenia 40 lat) oraz kontynuowanie ubezpieczenia na wypadek starości i śmierci po zaprzestaniu pracy przez podlegających obowiązkowi ubezpieczenia pod warunkiem uiszczenia conajmniej 100 składek z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego.

Obowiązkiem ubezpieczenia nie objęto narazie robotników rolnych, osób przebywających w zakładach poprawczych, więźniów, jakoteż osób, które tylko okolicznościowo i przejściowo zatrudnione są w gospodarstwie domowem. Ubezpieczenie powyższych osób ma być w przyszłości unormowane odrębnemi statutami, wydanemi przez Ministra dla Spraw Społecznych. Z ubezpieczenia ogólnego wyłączono dalej pracowników kolei państwowych, dla których istnieje specjalny fundusz zabezpieczeniowy przy Ministerstwie Komunikacji. Urzędnicy państwowi i samorządowi jakoteż pracownicy, zatrudnieni w zakładach i przedsiębiorstwach państwowych, samorządów lokalnych i innych instytucyj publicznych, są również wyłączeni z ogólnego ubezpieczenia, o ile na podstawie pragmatyki służbowej mają zapewnione nie mniejsze ubezpieczenie, niż to, które omawiana ustawa przewiduje dla robotników ubezpieczonych na wypadek choroby, niezdolności do pracy, śmierci, starości oraz od wypadków.

Przedmiot ubezpieczenia.

Ustawa z dnia 14 maja 1922 roku normuje ubezpieczenie robotników:

1) chorobowe,
2) wypadkowe,
3) na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci.

Ubezpieczeni w razie choroby mają prawo do następujących świadczeń:

1) bezpłatnej pomocy leczniczej aż do 26 względnie 52 tygodni (opieka lekarska, lekarstwa, środki opatrunkowe, kąpiele, wody mineralne, protezy dentystyczne oraz środki pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu),

2) zasiłku chorobowego w wysokości 2/3 zarobku dziennego przez cały czas choroby, nie dłużej jednak, niż przez 26 względnie 52 tygodnie.

Zamiast powyższych świadczeń można zarządzić umieszczenie chorego w szpitalu lub w sanatorjum. O ile chory ma na utrzymaniu rodzinę, otrzymuje zasiłek domowy w wysokości 1/2 zasiłku chorobowego.

Świadczenia dla ubezpieczonych w razie połogu obejmują:

1) pomoc leczniczą i położniczą (aż do 26 tygodni),

2) zasiłek połogowy w wysokości 3/4 dziennej płacy podstawowej i to przez 2 miesiące przed i po połogu,

3) zasiłek dla karmiących matek oraz

4) zasiłek na wyprawę dla noworodka w wysokości czternastokrotnej podstawowej płacy dziennej.

Prócz powyższych świadczeń ma ubezpieczony prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i pomocy położniczej dla tych członków rodziny, którzy nie pracują zarobkowo, a mieszkają we wspólnem gospodarstwie z ubezpieczonym. W razie śmierci ubezpieczonego pozostała rodzina otrzymuje zasiłek pogrzebowy, równający się trzydziestokrotnej podstawowej płacy dziennej. Należy podkreślić, że za członka rodziny uważa ustawa zarówno żonę ślubną jak i żonę nieślubną.

Załoga okrętowa otrzymuje zazwyczaj pomoc lekarską dopiero po opuszczeniu okrętu. Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej oraz wyżywienia chorego w czasie podróży morskiej ciąży na właścicielu okrętu względnie na armatorze. W portach jugosłowiańskich zachodzi ta różnica, że tak pomoc lekarska jakoteż utrzymanie chorego należy do obowiązku **lokalnego organu ubezpieczeń** (urząd okręgowy dla ubezpieczenia robotniczego), chociażby chory dalszą podróż odbywał na tymsamym okręcie.

Uprawnienie do świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego jest niezależne od tego, czy pracodawca zgłosił pracownika do ubezpieczenia wystarcza, jeśli ten ostatni podlegał zasadniczo obowiązkowi ubezpieczenia.

Świadczenia, udzielane w razie niezdolności do pracy, starości i śmierci, są następujące:

1) renta inwalidzka i starości,
2) zasiłek pogrzebowy,
3) zapomoga dla wdowy po ubezpieczonym, znajdującej się w wielkiej potrzebie,
4) renta dla niezaopatrzonych sierot.

Prawo do powyższych świadczeń jest uzależnione od przebycia przez ubezpieczonego okresu wyczekiwania, wynoszącego dla renty inwalidzkiej 200, dla renty starczej 500, oraz dla renty dla pozostałych 100 składek tygodniowych. Uprawnienia nabyte gasną bowiem bezpowrotnie, o ile — w razie nieprzebycia jeszcze 200 tygodni składkowych — nie uiszczono w ciągu 3 lat ani jednej składki tygodniowej.

Rentę inwalidzką przyznaje się przy 66⅔% niezdolności do pracy (za wyjątkiem niezdolności spowodowanej wypadkiem przy pracy), a rentę z powodu starości z chwilą ukończenia 70 lat życia.

Renta inwalidzka po przebyciu 200 — 500 tygodni składkowych równa się ośmiokrotnej wysokości przeciętnej rocznej składki, powyżej 500 tygodni składkowych równa się 12-tokrotnej wysokości przeciętnej składki rocznej. Renta starcza wynosi tyle, ile renta inwalidzka po przebyciu więcej, niż 500 tygodni składkowych.

Świadczenia w razie nieszczęśliwego wypadku składają się z

1) bezpłatnej opieki lekarskiej i lekarstw,
2) niezbędnych przyborów ortopedycznych i
3) zasiłku chorobowego, licząc od dnia wypadku.

Opieka lekarska, oraz zasiłek chorobowy przez pierwsze 4 tygodnie po wypadku obciąża ubezpieczenie chorobowe. Jeżeli niezdolność do pracy poszkodowanego wskutek nieszczęśliwego wypadku po upływie 10 tygodni od wypadku przekracza 10 proc., w takim razie otrzymuje on rentę czasową, której wysokość pozostaje w stosunku do zmniejszonej zdolności do pracy. W razie całkowitej niezdolności do pracy renta równa się podstawowej płacy rocznej ubezpie-

czonego. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował śmierć, to udziela się zasiłku na koszta pogrzebowe, a pozatem wdowa i sieroty otrzymują rentę (wdowa 1/3, sierota 1/4 rocznej płacy zmarłego). Również rodzice i dalsi krewni otrzymują rentę, o ile byli na utrzymaniu zmarłego.

Fundusze

Koszty ubezpieczenia pokrywa się ze składek, opłacanych przez pracodawców i pracobiorców po połowie. Jakkolwiek całe ubezpieczenie jest scentralizowane w jednym zakładzie, to jednak dla każdej gałęzi ubezpieczenia prowadzi się osobny rachunek i ustanawia się osobną składkę.

Składka na ubezpieczenie chorobowe wynosi począwszy od 1 lipca 1928 r. 6%, 6½% i 7% podstawowej płacy. Składkę na ubezpieczenie wypadkowe uiszcza sam pracodawca. Wysokość tej składki zależna jest od stopnia niebezpieczeństwa, do którego zalicza się dane przedsiębiorstwo. Dekret klasyfikacyjny z dnia 21/VI 1922 r. rozróżnia 14 klas i 100% ryzyka. Składka wynosi obecnie 6% płacy podstawowej w przedsiębiorstwach o 100% ryzyku.

Składka na ubezpieczenie inwalidzkie, o ile ubezpieczenie to wejdzie w życie, ma wynosić 3% dziennej płacy podstawowej.

Wpływy ze składek mogą być użyte tylko na świadczenia i renty, na koszta administracyjne oraz na utworzenie funduszów rezerwowych (w ubezpieczeniu inwalidzkiem na utworzenie rezerwy premjowej, obliczonej według zasad asekuracyjno-technicznych, w ubezpieczeniu wypadkowem na pełne kapitałowe pokrycie zobowiązań rentowych, w ubezpieczeniu chorobowem na lecznice, poradnie).

Organizacja

Wszystkie rodzaje ubezpieczenia są scentralizowane organizacyjnie w Centralnym Urzędzie z siedzibą w Zagrzebiu. (Središnji Ured za Osiguranje Radnika u Zagrebu). Podlegają mu organy lokalne, jako to Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń (w liczbie 27), Robotnicze Kasy Ubezpieczeniowe przedsiębiorstw transportowych oraz Kasy Brackie. Dotychczasowe kasy, obejmujące jedną gałąź ubezpieczenia lub jedną kategorję ubezpieczonych, zostały zlikwidowane, za wyjątkiem Prywatnych Kas Związku „Merkur" w Zagrzebiu, Kasy młodzieży kupieckiej w Belgradzie oraz Kas pracowników handlowych w Lublanie, które to kasy funkcjonują również jako organy lokalne Centralnego Urzędu i to tylko w odniesieniu do pracowników odnośnej branży.

Centralizacja ubezpieczenia w jednym zakładzie umożliwiła bezwątpienia jednolite i tanie przeprowadzenie tego ubezpieczenia. Koszta administracyjne znacznie obniżono. Istnieje jedna statystyka ubezpieczonych i pracodawców, jedna księgowość i jedno biuro obrachunkowe. Jednym nakazem płatniczym ściąga się składkę za wszystkie rodzaje ubezpieczenia. Dzięki organizacyjnemu scaleniu ubezpieczeń osiągnięto w całem państwie jednolitość postępowania oraz co najważniejsza równomierny rozkład ciężarów społecznych w państwie jakoteż jednolity wymiar świadczeń ubezpieczonym, którzy zresztą mogą poszukiwać i spełniać pracę w całem państwie bez obawy utraty swych praw w razie zmiany miejsca pracy.

Centralny Urząd Ubezpieczeń jest instytucją o charakterze prawno-publicznym, opartą na zasadach samorządu. Organami jego są: Walne Zgromadzenie, Zarząd i Rada Nadzorcza. Walne Zgromadzenie składające się z delegatów (po połowie pracodawców i ubezpieczonych), wybranych przez Walne Zgromadzenia organów lokalnych, wybiera Zarząd (24 członków — 12 pracodawców i 12 ubezpieczonych) i Radę Nadzorczą (10 członków). Zarządowi dodaną jest do pomocy Komisja Lekarska, wybrana przez lekarzy organów lokalnych.

Nadzór i orzecznictwo

Naczelny nadzór nad Centralnym Urzędem Ubezpieczeń jakoteż nad jego organami lokalnemi sprawuje Minister Spraw Społecznych, przyczem uprawnienia jego są bardzo szerokie.

Spory między ubezpieczonymi i pracodawcami, dotyczące obowiązku ubezpieczania i składek ubezpieczeniowych, rozstrzyga Okręgowy Urząd Ubezpieczeń. Odwołanie rozstrzyga w I instancji Centralny Urząd, a w II instancji Minister.

Spory między ubezpieczonymi z jednej strony a Centralnym Urzędem i jego organami z drugiej strony o świadczenia wynikające z wszystkich 3 gałęzi ubezpieczenia rozstrzygają Robotnicze Sądy Ubezpieczeniowe w siedzibie każdego Okręgowego Urzędu.

Sąd Ubezpieczeniowy składa się z sędziego zawodowego jako prezesa oraz 20 ławników, wybranych przez Walne Zgromadzenia organów lokalnych i to po połowie z pracodawców i ubezpieczonych. Poszczególne Izby Sądu urzędują w kompletach złożonych z 5 osób.

——oo——

Według spisu z roku 1921 ludność całego państwa jugosłowiańskiego wynosi 12.017.323 osób; w stosunku do ogółu ludności liczba ubezpieczonych wynosiła w roku 1926 — 3,75 proc. t. j. 476.610 osób

Średni zarobek, dochodzący w roku 1925 do 23,37 dynarów, podniósł się w roku 1926 do 24,11, a w roku 1927 osiągnął cyfrę 25,04 dynarów.

Wpływy z ubezpieczenia chorobowego wynosiły za czas od 1 czerwca 1922 r. do 31 grudnia 1926 roku 853.426.870 dyn., z czego na rok 1924 przypada 197.147.516 dyn. zaś na rok 1926 — 218.372.528 dyn.

W tym samym okresie wydatkowano 781,142,448 dynarów, a mianowicie:

1)	na zasiłki pieniężne	241,670,377	dyn. t.j.	28,32%
2)	„ lekarstwa i bandaże ubezp. .	88,173,072	„ „	10,33„
3)	„ honorarja lekarskie	80,626,682	„ „	9,45„
4)	„ koszta szpitalne ubezpiecz. .	63,595,886	„ „	7,45„
5)	„ kąpiele i sanatorja	28,442,729	„ „	3,33„
6)	„ lekarstwa i bandaże dla członków rodziny	25,574,362	„ „	3,00„
7)	„ zasiłki pogrzebowe	9,694,567	„ „	1,14,
8)	„ koszta administracyjne . .	137,628,458	„ „	16,13,

Saldo aktywne w końcu okresu omawianego wynosiło 72.284.422 dyn. Wpływy z ubezpieczenia wypadkowego za ten sam okres osiągnęły kwotę 247.811. 788 dyn., z czego na rok 1924 przypada dyn. 60.567.014, zaś na rok 1926 dyn. 55.804.565. W okresie tym udzielono nowych rent 5.183 na sumę 14.496.410 (rocznie). Pozatem wypłacie podlegają również renty, wypłacane jeszcze na podstawie dawnego ustawodawstwa (5.786 rent) na sumę 5.193.947 dyn. rocznie. Kapitałowe pokrycie wymagało sumy 169.355.523 dyn. Deficyt wynosił jednak aż 28.677.148 dyn. Przyczyną tego było zmniejszenie premji asekuracyjnej z początkowych 8 proc. na 6 proc., a od 1 stycznia 1925 r. nawet na 5 proc. Celem wyrównania tej różnicy między świadczeniami i składkami, podniesiono składki z dniem 1 kwietnia 1927 roku do 6 proc. Stan obecny (ostatnie wykazy) nie rokuje jednak nadziei usunięcia deficytu, wskutek czego premję asekuracyjną trzeba podnieść do 7 proc., wobec czego średnia składka na ubezpieczenie wypadkowe wyniesie około 2 proc. zarobków robotniczych. Pozatem na uwagę zasługują duże zaległości pracodawców, które w dniu 31 grudnia 1926 r. wynosiły: w ubezpieczeniu chorobowem 116.981.399 dyn., w ubezpieczeniu wypadkowem 24.269.238.

Kapitałowy system pokrycia świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego umożliwił zgromadzenie kapitałów, których część zużyto na budowę nowych gmachów oraz na remont starych. Tu należą:

1) 3 domy rekonwalescyjne (Kasindol obok Serajewa, Palić i wyspa Rab) z 292 łóżkami,

2) 2 sanatorja dla chorych na gruźlicę (Prestovac i Klenownik) z 318 łóżkami,

3) 1 dom odpoczynkowy z 120 miejscami w Zagrzebiu,

4) 7 małych szpitali z 152 łóżkami,

5) I instytut hydroterapeutyczny z 51 łóżkami a wreszcie,

6) 11 budynków, w których znalazły pomieszczenie organy lokalne.

Pomoc sanitarna była w roku 1927 udzielana przez 1077 lekarzy, z których 1069 urzędowało w biurach organów lokalnych. Przeciętnie przypadał 1 lekarz na 440 ubezpieczonych. Zaznaczyć należy, że system wolnego wyboru lekarza nie został zastosowany jako zbyt kosztowny.

Poważne wydatki dla Centralnego Urzędu pociąga za sobą walka z gruźlicą, chorobami wenerycznemi i umysłowemi ubezpieczonych. Wprawdzie omawiana ustawa zawierała przepis nakazujący Rządowi zwrot wydatków ponoszonych przez Centr. Urząd na leczenie szpitalne wymienionych chorób, o ile taki obowiązek ciążył na państwie w myśl dawnych ustaw, przepis ten jednak został zniesiony ustawą skarbową na rok 1924/25. Z drugiej strony przewidziany ustawą z dnia 14 maja 1922 r. udział skarbu państwa w pokrywaniu kosztów ubezpieczenia wypadkowego, wynoszący jeden miljon dyn., został zmniejszony do 50 tysięcy dyn. z tem, że Centralny Urząd Ubezpieczeń pokrywa z własnych funduszów wydatki, połączone z wykonywaniem nadzoru przez państwo (koszta podróży i djety urzędników władzy nadzorczej).

——oo——

Oceniając przepisy ustawy z dnia 14 maja 1922 roku pod kątem teoretycznego ujęcia i rozwiązania podstawowych problemów ubezpieczenia społecznego, oraz badając praktyczne ich zastosowanie przez Centralny Urząd Ubezpieczeń w Zagrzebiu nie można zaprzeczyć, że Jugosławja o ile chodzi o ubezpieczenia społeczne zajmuje jedno z pierwszych miejsc w szeregu państw europejskich, a temsamem może służyć jako doskonały teren do studjów dla polskich teoretyków i praktyków ubezpieczeniowych, zwłaszcza w chwili obecnej, kiedy gotowy już projekt polskiej ustawy o ubezpieczeniu społecznem stał się przedmiotem ponownych i głębokich roztrząsań i rozważań wśród sfer naukowych jakoteż czynników rządowych.

Prof. dr. RUD. KOBATSCH.

RACJONALIZACJA W UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH*)

Wszystkie nowoczesne państwa oddawna już za niesporne zadanie polityki społecznej uważają ustawowe zabezpieczenie wszystkich rodzajów „niesamodzielnie zarobkujących" robotników oraz pracowników umysłowych przed skutkami ich pracy zawodowej. Przodują pod tym względem Niemcy. W jedynych tylko Stanach Zjednoczonych Ameryki ubezpieczenia społeczne w tem znaczeniu, w jakiem my je w Europie rozumiemy, są bardzo mało rozpowszechnione, co należy złożyć z jednej strony na karb amerykańskiego, całkiem odrębnego, znacznie bardziej indywidualistycznego sposobu myślenia, z drugiej zaś — na tę okoliczność, że dochody pracobiorców są tak wysokie, że przeważna ich część może się sama ubezpieczyć. Dla państw europejskich jednakże ustawowe unormowanie ubezpieczeń społecznych stanowi zasadę, od której nie można odstąpić i która nie powinna być kwestjonowana. Nie może nam to jednak przeszkadzać w ocenie, czy poszczególne ustawy o ubezpieczeniu społecznem, więcej nawet czy praktyczne ich wykonanie wszędzie i pod każdym względem odpowiadają postulatom racjonalizacji, t zn. czy i tu przestrzega się zdrowej i słusznej zasady: przy jaknajniższych wkładach (wydatkach) osiąganie jaknajwiększych lub jaknajlepszych wyników gospodarczych.

*) Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung 1929 zesz. I.

Zanim przystąpimy do bliższego rozważania tej kwestji, uważamy przedewszystkiem za stosowne zaznaczyć, że w najmniejszym choćby stopniu nie idzie nam o zmianę „ciężarów socjalnych" co często bywa wysuwane, ani nawet o jakiekolwiekbądź ograniczenie ekspektatyw czy świadczeń instytucyj ubezpieczeniowych — wprost przeciwnie: racjonalizacja i tu również ma wpłynąć na osiągnięcie lepszych wyników, umożliwić większe świadczenia, wogóle w pierwszej linji ma być chroniony interes najbardziej zainteresowanego w ubezpieczeniu społecznem, a mianowicie interes samego ubezpieczonego.

Podstawą racjonalizacji w instytucjach przeprowadzających ustawowe ubezpieczenie, tak samo, jak we wszystkich instytucjach publicznych, winno być dawanie ubezpieczonemu — przy pomocy środków, przysługujących z mocy ustawy — jaknajwiększych świadczeń albo innemi słowy: zredukowanie do możliwego minimum „martwych kosztów" administracyjnych. Administrowanie majątkiem państwowym, gminnym i instytucyj ubezpieczeniowych nakłada podwójny i święty obowiązek gospodarowania w sposób możliwie jaknajbardziej oszczędny, nakłada obowiązek dostosowywania wydatków do dochodów (a nie odwrotnie, jak to często bywa zalecane w podręcznikach skarbowości i jak to w praktyce przez administracje skarbowe bywa stosowane). Fundusze bowiem, które składają się na majątek państwa, gminy czy instytucji ubezpieczeniowej wpływają w drodze przymusu, nie zaś, jak w prywatnych przedsiębiorstwach, jako owoc często żmudnej i ciężkiej techniki produkcji i sprzedaży. Przymusowe wpływy wymienionych instytucyj powstają dzięki prywatnym gospodarstwom, którym niełatwo jest uiszczać w porę nałożone ciężary. Dotyczy to również i tych składek, które wpłacają sami ubezpieczeni, co stanowi 40—50% ogólnej sumy składek.

Nim przystąpimy do omówienia kwestji, w jakim stopniu instytucje ubezpieczeń społecznych czynią zadość wymogom racjonalnej gospodarki, należy omówić inną kwestję, a mianowicie: czy przewidziana w ustawie i wprowadzona w życie organizacja instytucyj ubezpieczających odpowiada zasadom racjonalizacji czy też nie.

I tu również według wypróbowanych w analogicznych wypadkach metod gospodarki prywatnej należy przedewszystkiem zbadać, czy i w jakim stopniu w organizacji instytucyj ubezpieczających godna jest zalecenia zasada „koncentracji" to zn. czy w obrębie jednego i tego samego rodzaju ubezpieczeń np. w ubezpieczeniu na wypadek choroby nie istnieje zbyt wiele zbyt małych kas, które mają niewątpliwie znacznie wyższe koszta administracyjne, niż mniejsza ilość większych kas, następnie zbadać należy, czy Zakłady, przeprowadzające poszczególne rodzaje ubezpieczenia, stosują wszędzie, gdzie to możliwe, współpracę. Współpraca taka (kooperacja) to wspólna akcja, zmierzająca do osiągnięcia pokrewnych celów, jako to zakup rozmaitych środków leczniczych utrzymywanie szpitali, sanatorjów i inne, oczywiście bardzo ważne zadania instytucyj ubezpieczeniowych, których rozwiązanie — właśnie w interesie samego ubezpieczonego — da się w drodze wspólnej akcji urzeczywistnić łatwiej, lepiej i na szerszą skalę, niż wówczas, gdy każda poszczególna organizacja ubezpieczająca działa w dumnej, lecz krótkowzrocznej i właściwie samolubnej izolacji, nie dbając bynajmniej o to, że niejednokrotnie spełnia się w ten sposób podwójną robotę, co jest jaskrawem uchybieniem wobec zasady racjonalizacji.

Dużo światła na problem racjonalizacji rzuciły debaty, które odbyły się na zjeździe związków niemieckich ubezpieczeń (Monachjum 1928). Omówiono tam problem racjonalnego administrowania zakładami ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, którym często zarzucano biurokratyzm. Społeczne instytucje ubezpieczeniowe tak samo, jak gospodarstwa prywatne, muszą być racjonalnie prowadzone; korzyści ekonomiczne przypadają w udziale całej ludności. Racjonalizacja musi znaleźć wyraz przedewszystkiem w ustawodawstwie, które nie powinno w sposób zgoła zbędny komplikować zarządzania instytucjami ubezpieczeniowemi. Racjonalizacja to nie mechanizacja, lecz ujednostajnienie metod i instytucyj. Wymaga to nowej organizacyjnej budowy. Jeśli teraz np ubezpieczenie rozciąga się również na nieszczęśliwe wypadki, które zaszły nie przy pracy, to jest to bardzo silne zbliżenie ubezpieczenia od wypadków do ubezpieczenia inwalidzkiego. „Wypadek nie przy pracy" i „inwalidztwo" w sensie gospodarczym (co było niewątpliwie zamiarem ustawodawcy) nie różniłyby się już tak bardzo od siebie. Wogóle, różne dziedziny ubezpieczeń winny bardziej zbliżyć się do siebie. „Rentę otrzymuje ten, kto jest niezdolny do zarobkowania". Możnaby w ten sposób zaoszczędzić kosztów uprościć administrację, przyspieszyć załatwianie spraw rentowych.

Innem zagadnieniem, dotyczącem lepszej organizacji, jest wielkość poszczególnych organizacyj ubezpieczeniowych. Dr. Rud. Hotowetz badał ten problem w organizacjach ubezpieczeń emerytalnych pracowników umysłowych w Czechosłowacji i doszedł do wniosku, że koszta administracyjne są w stosunku do przypisanych składek tem niższe, im większa jest miejscowość. (1927 np. Praga I — 5.46, Brno I — 10.79) następnie im większa miejscowość, tem stosunkowo (w stosunku do liczby ubezpieczonych) mniejsza jest liczba urzędników (1927 r. 1 urzędnik w Pradze I na 655 ubezpieczonych, w Brnie I na 459), nie inaczej jest z przypadającemi na 1 ubezpieczonego kosztami administracyjnemi. Analogicznie jest w rozmaitych krajach z ubezpieczeniem chorobowem. Jeśli pominiemy koszta utrzymania instytucji, które z reguły ponosi przedsiębiorstwo, to dojdziemy do wniosku, że mniejsze kasy brackie ponoszą w stosunku do przypisu wyższe koszta administracyjne, niż duże kasy terytorjalne czy związkowe. Mimo wszystko zasady scalania mniejszych kas czy też ich zwijania nie można zbyt daleko posuwać. A więc niektóre kasy fabryczne mogą mieć lekarzy bardziej wyspecjalizowanych w zapobieganiu i leczeniu chorób zawodowych, niż ogólni lekarze kasowi. Również niektóre małe, lecz dobrze sytuowane kasy związkowe mogą zatrudniać specjalistów, co niewątpliwie leży w interesie ubezpieczonych. Jeśli np. z liczby 100.000 robotników, ubezpieczonych w powszechnej kasie terytorjalnej, 5 ulegnie zatruciu ołowiem, to mała ta liczba utonie w masie; jeśli jednak wypadek taki zajdzie

w kasie związku drukarzy liczącej 400 czy 500 członków. to wcześniej zwróci się uwagę na tę niebezpieczną chorobę zawodową i wcześniej przedsięweźmie się środki zaradcze.

Z drugiej strony mniejsze kasy dzięki celowej współpracy mają również możność daleko intensywniejszego spełniania zadań społecznych, niż poszczególne choćby nawet większe kasy. Tylko bardzo duże kasy, jak w Wiedniu, Pradze, Brnie, Lipsku w Szwajcarji i t. d. wprowadzają doniosłe inowacje w dziedzinie profilaktyki i lecznictwa, mające na celu dostarczenie członkom urządzeń jaknajlepszych pod względem technicznym, higienicznym i lekarskim. Są one, jak np. wielka wiedeńska robotnicza Kasa Chorych bardzo nowocześnie pod względem technicznym urządzone, mają zracjonalizowaną pracę (księgowość, leczenie, kartoteka i t. d.), lecz nader ważne również jest współdziałanie, o którem już wyżej wspomniano. Współdziałanie w dziedzinie higieny społecznej jest konieczne i to zarówno z innemi organizacjami ubezpieczeń społecznych jak i z instytucjami publicznej i prywatnej opieki społecznej. Instytucje, mające na celu opiekę nad matką i dzieckiem, instytucje. zwalczające gruźlicę. choroby weneryczne, alkoholizm i t. p. dzięki tego rodzaju „kooperacji" mogą powstawać znacznie szybciej, działać skuteczniej i stosunkowo taniej a więc racjonalniej, niż wówczas, gdy wypełnienia zadań tych podejmuje się jakaś jedna odosobniona kasa.

Bardzo doniosłem zagadnieniem jest kwestja kosztów administracyjnych. Tu — przy pomocy wszystkich środków zracjonalizowanego przedsiębiorstwa — można i musi się jaknajwięcej oszczędzać, tak by nie przeciążając ubezpieczonych składkami. można było utrzymać wydatki na świadczenia na odpowiednio wysokim poziomie. Przedewszystkiem specjalista w sprawach racjonalizacji musi od instytucyj ubezpieczeń społecznych domagać się dwóch rzeczy: 1) przyjmowania pracowników. zwłaszcza zajmujących stanowiska kierownicze, tylko pod kątem ich fachowych (a nie politycznych) kwalifikacyj to zn. iż przyjmowani być winni tylko wykwalifikowani fachowcy: 2) nowoczesnych urządzeń technicznych.

Czy i w jakiej mierze poszczególne organizacje ubezpieczające w poszczególnych krajach czynią zadość tym postulatom — bardzo trudno orzec. Gdziekolwiek istnieje zarząd, złożony z niewielu, ale dzielnych fachowców, między niemi również przedstawicieli ubezpieczonych, zorjentuje się niewątpliwie, w jakim kierunku należy zreformować ubezpieczenie społeczne to zn. administrowanie niem, aby przekształcić je wedle naukowych zasad racjonalizacji.

Z szeregu sprawozdań widać, jakie w poszczególnych krajach są koszta administracyjne i gdzie wobec tego wskazane są niewątpliwie ulepszenia. W 1926 r. koszta administracyjne procentowo w stosunku do składek wynoszą:

	Austrja	Czechosłowacja	Niemcy	Szwajcarja
ubezp. chorob.	11,6—13,2	9,5—12,2	6,1	?
ubezp. wypadk. (kolejowe 13,1)	17,6	11,2—14,1	12,2	7
ubezp. prac umysł.	5,9	5,46—10,79	3,48	?

Przeciętnie ogólne koszta administracyjne instytucyj ubezpieczeniowych wynoszą w Niemczech 6½% przypisu. w Austrji — 10,8%, we Włoszech — 4,25%. Gdyby ubezpieczeniami społecznemi w Austrji administrowano tak tanio, jak w Niemczech, to ubezpieczeni (i ich rodziny) zaoszczędziłby mogli rocznie 9 — 10 milj. szylingów albo też mogliby odpowiednio podnieść świadczenia. W Niemczech na jednego ubezpieczonego przypada 3 marki na administrację, w Austrji zaś 7 szyl. Wprawdzie różnicę tę usprawiedliwia częściowo znacznie mniejszy obszar Austrji ale Niemcy wprowadziły już zato ubezpieczenie inwalidzkie i na starość.

Przy administrowaniu instytucjami ubezpieczeniowemi trzeba nadto wziąć pod uwagę dwie kwestje: stopę procentową i fundusz zapasowy („tezauryzacja"). Na kongresie niemieckich Kas Chorych w Karlsruhe bardzo szeroko omawiano sprawę stopy procentowej i umiejętny jej wybór. Wybór ten ważny jest przedewszystkiem ze względu na uiszczanie składek. Jeśli stopa procentowa jest zbyt wysoka, zwłaszcza w ciągu dłuższego okresu czasu, to mogą stąd dla instytucji wyniknąć bardzo poważne niebezpieczeństwa. w każdym razie pożądany jest udział bardzo doświadczonego doradcy w sprawach polityki kredytowej, któryby zawsze wybierał właściwą stopę procentową, tak by z jednej strony instytucja nie żądała zbyt wysokich składek, z drugiej strony jednak nie wpadała w kłopoty finansowe.

Równie ważne jest racjonalne gromadzenie funduszów zapasowych (rezerw. pokryć kapitałowych it.p.). W „Berliner Tageblatt" (13 września 1928 r.) zastanawiano się nad tem. że niemieckie instytucje ubezpieczeń społecznych nie mają zbyt wielkich „nadwyżek". Jest to z tego względu nieuzasadnione, że składki. tak samo jak podatki, nie są przeznaczone wyłącznie na to, by pokrywały niezbędnie konieczne wydatki, a niezużyte kwoty składek były gdziekolwiek mniej lub bardziej celowo zużyte. Majątek niemieckich instytucyj ubezpieczeniowych wynosi (por. „Wirtschaft und Statistik 1928") w końcu 1927 roku 2,6 miljarda marek rentowych, w końcu 1926 r 1,9 miljarda marek rentowych. Pewną niezaznaczoną tu część tego przyrostu należy przypisać dewaluacji. Zastanawiające wydaje się, że nadwyżka zwykłych wpływów nad zwykłemi wydatkami wynosiła: w 1925 roku 398 milj. marek rentowych w 1926 — 577 milj. marek rentowych. w 1927 r. — 624 milj. marek rentowych. Bardzo wysokie i coraz wzrastające kwoty. W rozmaitych dziedzinach ubezpieczeń wielkość nadwyżek jest bardzo rozmaita; nie mogą np. w młodem jeszcze ubezpieczeniu pracowników umysłowych składki i obliczenia rent być matematycznie zrównoważone. Jeśli jednak z ubezpieczenia tego wyłączymy nadwyżki. to za trzy cytowane lata pozostanie jeszcze zawsze 255, 320 i 424 milj. marek rentowych, a więc w każdym razie bardzo wysokie i wciąż wzrastające kwoty. W ubezpieczeniu chorobowem majątek wynosi 7,3%. względnie 8,7% przypisu, a więc stanowczo zbyt wiele. Trzebaby przeto albo obniżyć składki, albo zwiększyć świadczenia. Fundusz zapasowy jest niezbędny jako zaopatrzenie podczas kryzysu lub na wypadek epidemji. ale 4 do 5% również mogłoby na ten cel wystarczyć. W Austrji Kasy Cho-

rych miały w 1926 r. rezerwy, wynoszące 36,6 miljona szylingów, składki wynosiły 112,6 milj. szylingów, świadczenia 89.4 milj. szyl., a więc rezerwy były tak samo zbyt wielkie. Co do ubezpieczenia wypadkowego, to te państwa które stosują ten lub ów sposób kapitałowego pokrycia, odrzucają z natury rzeczy bardzo wysoki fundusz zapasowy. Oddawna już uważam, że i ze względów polityki społecznej i ze względów gospodarczych system repartycji według niemieckich wzorów przy przymusie ubezpieczeniowym, jakiem jest ubezpieczenie od wypadków, wystarcza, by zagwarantować interesy ubezpieczonych i że jest rzeczą niesłuszną pozbawiać gospodarstwo tak znacznych kwot i w mniejszym lub większym stopniu unieruchamiać je, co jest konsekwencją stosowania systemu kapitałowego pokrycia. W Austrji, częściowo via facti stosuje się system repartycji. W ostatnich latach na 100 jednostek świadczeń wypadkowych rezerwy i pokrycie wynosiły: w Niemczech 273.1 w Austrji 231,5, w Szwajcarji 655.50, w Praskim Zakładzie 810,3, w Berneńskim 723.3. Znamy bardzo dobrze argumenty fachowców ubezpieczeniowych za systemem pokrycia kapitałowego i jeśli rzucamy słowo „repartycja", to musimy wyraźnie dodać, że przy tym systemie interesy ubezpieczonych—ekspektatywy i świadczenia — nie mogą być w żadnym wypadku zmniejszone i w żadnym też wypadku zmniejszane nie są. Jednakże system repartycji wymaga ważnego uzupełnienia i dlatego przechodzimy do ostatniej ale szczególnie ważnej kwestji racjonalizacji: skutecznej działalności profilaktycznej instytucyj ubezpieczeniowych, a w ubezpieczeniu wypadkowem kwestji zapobiegania wypadkom. Do zadań racjonalnej polityki społecznej należy nietylko umiejętne obliczanie składek, nietylko ściąganie ich przy możliwie małych kosztach administracyjnych, nietylko szybkie przyznawanie należnych rent i innych świadczeń, lecz również stosowanie tego wszystkiego, co daje medycyna i technika, by uchronić ubezpieczonych przed nieszczęściami: chorobami zawodowemi, przedwczesnem inwalidztwem, wypadkami. To dopiero jest prawdziwa społeczna opieka, racjonalne traktowanie tego największego „dobra społecznego" państwa, jakiemi są życie, zdrowie i siła robocza narodu.

Jeśli zbadamy w jakim stopniu instytucje ubezpieczeń społecznych spełniają to zadanie, to niestety zmuszeni będziemy skonstatować, że przeważnie zbyt mało zwraca się uwagi na działalność zapobiegawczą. Pod tym względem ubezpieczonym, jako głównie zainteresowanym, przedstawicielom ich, pracodawcom i publicznym oraz fachowym urzędom pozostaje bardzo wiele sposobności do wykonywania społecznej opieki w najlepszem znaczeniu tego wyrazu. Najwięcej, o ile idzie o rzecz najważniejszą, t. j. o zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom zrobiły niemieckie związki brackie. W Niemczech ilość śmiertelnych wypadków 88,49 (na 1000 nieszczęśliwych wypadków) w 1924 roku spadła na 64,11 w 1926 r. mimo iż akurat na ten okres przypada techniczna racjonalizacja z nowemi szybko pracującemi maszynami i t. d. Ze sprawozdań bardzo niebezpiecznego przemysłu np. budowlanego z zadowoleniem skonstatować można, że dzięki świadomej polityce zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom repartycja nietylko, jak się tego spodziewano, wzrasta, lecz może nawet być obniżona ponieważ właśnie liczba wypadków i stopień uszkodzeń zmniejsza się. W 1926 r. wydały związki zawodowe w Niemczech 5.2 marek rentowych (2% wszystkich wydatków) na zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom, przyczem dodać należy jeszcze wyższe, nieuchwytne kwoty, które wydano w zakładach pracy na środki zapobiegawcze, na propagandę (odczyty i t. d.). Szwajcarski zakład ubezpieczeń od wypadków (sprawozdanie za 1927 r.) poświęcił na ten cel 163 tys. franków, zbyt mało bezwątpienia wobec tego, iż składki wynoszą 50,2 milj. franków. Czyż w interesie robotników nie leży raczej unikanie nieszczęśliwych wypadków, niż świadomość, że dzięki składkom nagromadzą olbrzymie kapitały, od których procentów w razie nieszczęśliwego wypadku mogą dostać skromną rentę? Nie chcemy rozstrząsać, czy należałoby tak jak w Szwajcarji zalecić, by karać nietylko przedsiębiorcę, który nie wprowadza środków ochronnych przeciw nieszczęśliwym wypadkom, lub sprzeciwia się odnośnym przepisom, ale również robotnika, który mimo pouczeń nie posługuje się temi środkami ochronnemi. Stwierdzamy to tylko dla informacji. Zakład Ubezpieczeń od Wypadków w Brnie wykazuje za 1925 rok wydatki na zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom w kwocie 10.470 koron czeskich przy przypisie 65.27 milj. koron czeskich; spodziewać się należy, że od tego czasu ta bardzo skromna suma została wydatnie podwyższona. Praski zakład nie wykazuje wprawdzie żadnych konkretnych wydatków na działalność (sprawozdanie za 1926 rok), powiada jednak, że wobec wzrastających ciągle obciążeń przemysłu i rzemiosła przez takie wypadki, których możnaby uniknąć dzięki należytym urządzeniom ochronnym albo przez pouczenie robotników oraz przy ostrożności z ich strony — przystępuje do propagandy, mającej na celu zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom; szczególnie charakterystyczne wypadki ogłasza ten Zakład w prasie codziennej z odpowiedniem pouczeniem, urządza wykłady w dzielnicach robotniczych, do przedsiębiorstw i szkół rozsyła plakaty agitacyjne i reklamy. W niemieckiem górnictwie oraz w innych krajach robi się intensywną propagandę zapobiegawczą między innemi każdemu robotnikowi wręcza się kieszonkową książeczkę, traktującą o tym przedmiocie. Również austrjacka komisja dla zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom pracuje gorliwie na tem polu. Organizacje ubezpieczenia chorobowego, inwalidzkiego i pracowników umysłowych mogą również w znacznej mierzy przyczynić się do zapobiegania wypadkom ubezpieczeniowym (choroby, inwalidztwo). Niemiecki Zakład ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przeznacza np. wydane sumy na leczenie sanatoryjne, opiekę nad młodzieżą, na ochronę niemowląt i małych dzieci, dalej na wyjaśnienie ludności istoty zapobiegania chorobom i prowadzenia zdrowego trybu życia. Z wpływów (1927) w wysokości 280,4 milj. marek rentowych poświęcono 6,1% na te niezmiernie ważne społecznie cele profilaktyczne. Niemiecki zakład ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa był i jest wzorowy na polu wszelkiego rodzaju ochrony zdrowia. W 1926 r. te „dobrowolne" świadczenia wyniosły 50,49 milj. marek rentowych przy 659,6 milj. marek rentowych przy-

pisu, a więc 7,6%. W Austrji wielkie Kasy Chorych i Związki ich, jak również Główny Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych prowadzą, i to bardzo skutecznie, działalność zapobiegawczą na rozmaitych polach.

Z tego, co wyżej powiedziano, wynika, że rozumnie stosowana racjonalizacja może wpłynie na wprowadzenie bardzo doniosłych ulepszeń w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Jest to przedewszystkiem w interesie ubezpieczonych, lecz również w interesie całego gospodarstwa społecznego, wpływa bowiem dodatnio na zdolność zarobkowania, wzmacnia i utrzymuje w zdrowiu szerokie warstwy ludowe. To też byłoby rzeczą bardzo słuszną, by miarodajne czynniki zajęły się bardziej niż dotąd kwestją „racjonalizacji w ubezpieczeniach społecznych".

TADEUSZ BARTNICKI.

KASA CHORYCH M. WIEDNIA

Zasada terytorjalnej organizacji Kas Chorych jest nietylko prawie że ogólnie uznana w teorji ubezpieczeń społecznych, ale znajduje coraz powszechniejsze zastosowanie w obowiązującem ustawodawstwie, które często zresztą idzie tylko śladem ewolucji dokonywującej się bez współudziału nakazów ustawy.

Aczkolwiek terytorjalna organizacja Kas Chorych jest stosowana w całej rozciągłości poza Polską tylko w kilku jeszcze państwach, to jednak obserwujemy w tych państwach, które posiadają obok kas terytorjalnych jeszcze kasy innego rodzaju np. kasy fabryczne, kasy zawodowe, stały wzrost liczby ubezpieczonych w Kasach terytorjalnych przy jednoczesnem zmniejszaniu się zarówno liczby samych Kas zastępczych, jak i liczby ich członków. Zjawisko powyższe zupełnie wyraźnie już od szeregu lat występuje w Niemczech.

W Austrji ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z 30 stycznia 1888 r. przewiduje obok Kas terytorjalnych, kasy fabryczne, kasy cechowe, górnicze, ubezpieczeń wzajemnych. Rozczłonkowanie ubezpieczonych w różnego rodzaju kasach, często bardzo małych i finansowo słabych, wywołało, już w pierwszych latach wejścia w życie wspomnianej ustawy, ruch zmierzający do łączenia się kas, bądź na podstawie terytorjalnej bądź na podstawie zawodowej.

Przykładem powyższego mogą służyć stosunki panujące pod tym względem na terenie miasta Wiednia, gdzie ze szczególną jaskrawością występowały na jaw ujemne strony istnienia obok siebie na tym skupionym terenie, całego szeregu kas, z pośród których pewne, często bardzo małe, miały członków, rozproszonych na całym terenie miasta.

Ten stan rzeczy był sprzeczny z racjonalną organizacją ubezpieczenia na wypadek choroby, a w wyniku przyczyniał się do zmniejszenia korzyści, jakie ubezpieczenie to mogłoby dać w innych bardziej odpowiednich warunkach.

Postępujący w ciągu szeregu lat ruch scaleniowy spowodował, że zamiast kilkudziesięciu kas istniejących w Wiedniu, po wejściu w życie ustawy na wypadek choroby w roku 1913 istniały już tylko cztery kasy: Wiedeńska Kasa Okręgowa (149.755 członków), Okręgowa Kasa Floridsdorf (15.712 członków), Powszechna Robotnicza Kasa Chorych i Wzajemnej Pomocy (168.340 członków), wreszcie Związek Kas Chorych (155.972 członków).

Swobodny ruch scaleniowy został ujęty w formy prawne i nakazany przez ustawę o organizacji Kas Chorych z 28 grudnia 1926 roku.

W myśl tej ustawy wszystkie Kasy Chorych działające na terenie Wiednia złączone zostały w jedną kasę nazwaną „Arbeiter - Kranken - Versicherungs - kasse Wien".

Obecnie więc wszyscy pracownicy zatrudnieni na terenie miasta Wiednia ubezpieczeni są na wypadek choroby w jednej tylko Kasie Chorych; wyjątek stanowią pracownicy umysłowi, których ubezpieczenie na wypadek choroby uregulowane jest odrębną ustawą z dnia 29 grudnia 1926 roku, która to ustawa prócz ubezpieczenia chorobowego pracowników umysłowych zawiera normy dotyczące ubezpieczenia emerytalnego i ubezpieczenia od wypadków przy pracy.

Jak wielkie znaczenie posiada zjednoczenie wiedeńskich Kas Chorych świadczą wyniki z pierwszego roku działalności nowej Kasy.

Podajemy szereg liczb i informacyj zaczerpniętych ze sprawozdania Wiedeńskiej Kasy Chorych za rok 1928.

Liczba członków Kasy w końcu roku sprawozdawczego wynosiła 419.559 osób, w tem 216.211 mężczyzn i 203.348 kobiet. Pod względem liczby członków Wiedeńska Kasa Chorych jest jedną z największych w Europie i prawie dwukrotnie większa, niż Kasa Chorych m. Warszawy.

Podział ubezpieczonych według zawodów wykazuje, że przeszło 75 proc. stanowią robotnicy zatrudnieni w przemyśle i rzemiosłach — 308.748 osób; następnie służby domowej było 68.226 osób ubezpieczonych, dozorców domowych — 14.805, chałupników — 4.200 i członków dobrowolnie ubezpieczonych — 23.580 osób.

Ogólne dochody Kasy wynosiły w 1928 roku 40.722.861 szylingów (1 szyling = 1 25 zł.). Główną pozycją dochodów były składki członkowskie, które wyniosły przeszło 38 miljonów szylingów. Na resztę dochodów złożyły się kasy pieniężne, dochody z kapitałów, a głównie dochody osiągnięte przy likwidacji

dawnych Kas, z których otrzymano kwotę przeszło miljona szylingów.

Wydatki Kasy w tym okresie sprawozdawczym wynosiły 40.807.451 szylingów. Procentowy podział wydatków na poszczególne rodzaje był następujący:

Zasiłki pieniężne	— 37.2%
Zasiłki połogowe	— 4.0 „
Zasiłki pogrzebowe	— 1.2 „
Pomoc lekarska i kontrola chorych	— 16.1 „
Lekarstwa	— 3.6 „
Pomoc terapeutyczna	— 1.1 „
Kąpiele	— 0.7 „
Naświetlania	— 0.1 „
Pomoc dentystyczna	— 2.6 „
Koszty utrzymania zakładów leczniczych	— 3,1 „
Koszty leczenia w szpitalach	— 12.1 „
Koszty przewozu chorych	— 0.3 „
Koszty administracji	— 10.0 „
Inne wydatki	— 7.9 „
Razem	100.0%

Ciekawe będzie porównanie powyższych danych z danemi sprawozdania Warszawskiej Kasy Chorych za r. 1927. Porównanie to nasuwa duże trudności ze względu na odmienny układ sprawozdań tych dwóch instytucyj. Wobec tego porównamy jedynie niektóre tylko pozycje, te mianowicie, których porównanie jest możliwe, łącząc przytem odpowiednie pozycje wydatków ze sprawozdania Wiedeńskiej Kasy stosownie do pozycyj sprawozdania Kasy m. Warszawy.

Uderza w sprawozdaniu Kasy Wiedeńskiej duży odsetek (42.4 proc.) zasiłków pieniężnych w porównaniu z takąż pozycją w Kasie Warszawskiej (19.6%).

W pozycji kosztów pomocy lekarskiej jest już znacznie mniejsza różnica, gdyż w Kasie Wiedeńskiej wydatkowano na ten cel 20.6 proc. ogółu wydatków, a w Kasie Warszawskiej — 22.7 proc.

Bardzo znaczną różnicę obserwujemy znów zestawiając wydatki na środki lecznice i opatrunkowe. Kasa Warszawska wydatkowała na ten cel przeszło 4-krotnie więcej (14.06 proc.), aniżeli Kasa Wiedeńska (3,6 proc.).

Koszty leczenia w szpitalach wynoszą w Kasie Warszawskiej 2 razy tyle (21,02 proc.), co w Kasie Wiedeńskiej (12.1 proc.).

Z porównań powyższych wynika, że Kasa Wiedeńska więcej wydatkuje od Kasy Warszawskiej na świadczenia pieniężne, natomiast ta ostatnia przewyższa pierwszą pod względem rozmiarów świadczeń rzeczowych.

Koszta administracji wynosiły w obu kasach prawie tyleż samo t. j. około 10 proc.

Fundusz zapasowy Wiedeńskiej Kasy wynosi 11.274.262 szylingi, czyli stanowi przeszło 25 proc. ogółu wydatków w 1928 roku.

Bilans Kasy zamyka się po stronie aktywów i pasywów kwotą 35.211.538 szylingów. Wśród aktywów zaległe składki odgrywają poważną rolę, gdyż sięgają sumy 11 miljonów szylingów, czyli wynoszą prawie trzecią część aktywów. W Warszawskiej Kasie Chorych należności od pracodawców z tytułu składek stanowią prawie 45 proc. aktywów.

W roku sprawozdawczym Wiedeńska Kasa Chorych liczyła 233.187 wypadków zachorowań, powodujących niezdolność do pracy. Wśród tych wypadków mężczyźni stanowili 55.8 proc., a kobiety 44.2 proc. Natężenie chorobowości było zatem nieco większe wśród mężczyzn, niż wśród kobiet, gdyż na 100 mężczyzn było 56.2 wypadków niezdolności do pracy, spowodowanych chorobą, a wśród kobiet 51.7. Porównanie tych danych z danemi zaczerpniętemi z III Rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce za rok 1927 wykazuje, że przeciętnie w Polsce zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet przypada mniej zachorowań, gdyż na 100 mężczyzn było ich 47.02, a na 100 kobiet — 42.09.

Leczeni przez Wiedeńską Kasę Chorych otrzymali zasiłki pieniężne z powodu niezdolności do pracy za 6.203.891 dni choroby. Na jedno zachorowanie przypada więc 26.6 dni, a przeciętnie na jednego ubezpieczonego — 14.4 dni. W Polsce okresy chorobowe są znacznie krótsze: na jedno zachorowanie przypada 15.7 dni zasiłkowych; na jednego ubezpieczonego — 7.1 dni zasiłkowych.

Jak podnosi sprawozdanie Wiedeńskiej Kasy Chorych w roku sprawozdawczym wzrosła znacznie liczba porad udzielonych przez lekarzy specjalistów, co zawdzięczać należy otwarciu nowych ambulatorjów kasowych, dzięki czemu liczni chorzy przechodzą z pod opieki lekarzy okręgowych pod opiekę lekarzy specjalistów ordynujących w ambulatorjach.

W zakresie pomocy dentystycznej leczonych było przez Kasy Chorych 195.147 zębów, z czego 113.413 przypada na własne ambulatorja.

Organizacja służby lekarskiej uregulowana jest umową zawartą przez Wiedeńską Kasę Chorych ze związkiem lekarzy tej Kasy. W umowie powyższej unormowano organizację pomocy lekarskiej i sprawy dotyczące przepisów służbowych oraz uposażeń lekarzy Kasy.

Zasadniczo przepisy służbowe oparte są na zasadzie nieusuwalności lekarzy, którzy odbyli prowizoryczną służbę w Kasie.

Dla celów pomocy lekarskiej m. Wiedeń podzielone jest na 283 okręgi. W każdym okręgu ordynuje lekarz Kasy, który udziela pomocy lekarskiej ubezpieczonym bądź w ambulatorjum, bądź w mieszkaniu ubezpieczonego.

18 do 19 okręgów połączone są w grupy; na czele każdej grupy stoi lekarz naczelny grupy, którego zadaniem jest nadzór nad stanem sanitarnym i stanem zdrowia ubezpieczonych podległego mu obszaru i który zastępuje kasę przy rozstrzyganiu niewątpliwych roszczeń ubezpieczonych. Pozatem do zadań naczelnego lekarza grupy należy obznajmianie nowych lekarzy okręgowych z ich kompetencjami i obowiązkami.

Poza lekarzami okręgowymi 102 lekarzy zatrudnionych jest w ambulatorjach Kasy Wiedeńskiej. Lekarze ci są to specjaliści wszystkich ważniejszych rodzajów chorób. Ogółem Wiedeńska Kasa Chorych zatrudnia przeszło 400 lekarzy.

Poza ambulatorjami Kasa posiada cztery następujące główne stacje lekarskie: jedną dla mężczyzn, jedną dla kobiet oraz dwie stacje specjalne, a miano-

wicie stację dla badań gruźlicy i stację dla chorób żołądkowych i kiszek.

Do zadań stacyj tych należy:

1) rozstrzyganie wszelkich odwołań ubezpieczonych od orzeczeń lekarzy grupy, przeprowadzanie ponownych badań lekarskich, które są już ostateczne;

2) badanie lekarskie ubezpieczonych celem przyjęcia ich do zakładów leczniczych, stacyj kuracyjnych i domów wypoczynkowych;

3) rozstrzyganie o przyjęciu do specjalnych zakładów leczniczych oraz rozstrzyganie o konieczności zastosowania kosztownego leczenia.

W końcu roku sprawozdawczego posiadała Wiedeńska Kasa Chorych jedno centralne, dwa główne i 18 okręgowych ambulatorjów W roku 1929 i 1930 zamierza kasa utworzyć pięć nowych ambulatorjów.

W ciągu 7 miesięcy 1928 roku udzieliły ogółem wszystkie ambulatorja Kasy 575.911 porad.

KRONIKA

W SPRAWIE NADUŻYĆ W KASIE CHORYCH M. WARSZAWY.

W związku z defraudacją dokonaną w Kasie Chorych m. Warszawy, oraz w związku z zaniepokojeniem opinji społecznej w tej sprawie — Kasa Chorych podaje do wiadomości, co następuje:

1) Nadużycia polegały na stopniowem przywłaszczaniu sum, inkasowanych w firmach państwowych i samorządowych przez inkasenta, Franciszka Kwiatkowskiego, który działał w porozumieniu z rachmistrzem - buchalterem Mieczysławem Sochaczewskim. Obydwaj zostali natychmiast oddani w ręce władz śledczych.

2) Sprawca defraudacji Franciszek Kwiatkowski pracował w Kasie Chorych jako inkasent od lat dziewięciu i cieszył się zaufaniem swoich przełożonych. Początek defraudacji datuje się od 1928 r. (jak stwierdzono narazie, od lipca).

3) Wykrycie nadużyć, dokonywanych przez Kwiatkowskiego, było rzeczą trudną, gdyż Kwiatkowski działał w porozumieniu z Sochaczewskim, który, jako rachmistrz, podawał do bilansu pozycje rzeczywiste, natomiast fałszował odnośne księgi kontowe.

4) Gdy tylko rachuba Kasy wpadła na trop nadużyć, natychmiast obaj poszlakowani, Kwiatkowski i Sochaczewski, zostali oddani wręce władz śledczych i aresztowani.

5) Niezależnie od dochodzenia władz śledczych władze Kasy Chorych przeprowadzają szczegółowe badanie nadużyć Kwiatkowskiego w drodze powołania specjalnej Komisji.

6) Zaznaczyć wypada, że inkasowanie sum, należnych Kasie Chorych od firm, zostało zasadniczo skasowane z dniem 1-go września r. b. Nakazy płatnicze wysyła się płatnikom drogą pocztową, o czem kilkakrotnie informowano płatników w prasie. Jedynie do obsługi instytucji państwowych i samorządowych pozostawiono czasowo 2-ch najstarszych i najbardziej godnych zaufania inkasentów.

7) Zarówno egzekutorzy Kasy, jak i omawiani dwaj inkasenci, składają Kasie wzajemną porękę, popartą odpowiednią kaucją pieniężną, niezależnie od poręczenia materjalnego 2-ch godnych zaufania osób.

8) Władze Kasy Chorych czynią wszystko, aby usprawnić funkcjonowanie aparatu urzędniczego i kontrolnego K. Ch. Wszelkie nadużycia, jakie mogłyby zajść ze strony personelu Kasy są i będą tępione z całą bezwzględnością.

Komisarz Kasy Chorch m. Warszawy

Warszawa, dn. 17 grudnia 1929 r.

(—) K. Rożnowski.

XIII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PRACY.

Od 10 do 26 października b. r. obradowała w Genewie XIII Międzynarodowa Konferencja Pracy; była to trzecia z rzędu konferencja całkowicie poświęcona zagadnieniom dotyczącym pracy marynarzy.

Porządek dzienny obejmował, zgodnie z decyzją Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy, następujące zagadnienia:

1. Długość dnia roboczego marynarzy na statkach.
2. Ochrona marynarzy w razie choroby lub nieszczęśliwych wypadków.
3. Polepszenie warunków życia marynarzy podczas ich pobytu w portach.
4. Minimum kwalifikacji zawodowych, których należy wymagać od kapitanów i oficerów marynarki.

Sprawa czasu pracy marynarzy już od dziesięciu lat stanowi przedmiot długich dyskusji. Znajdowała się ona na porządku dziennym pierwszej sesji poświęconej sprawom pracy marynarzy w Genui, w 1920 r., w postaci wniosku o rozciągnięcie konwencji Waszyngtońskiej o 8-godzinnym dniu pracy na marynarzy, lecz z powodu braku jednego głosu, projekt ten wówczas upadł.

Na wniosek przedstawicieli robotników, druga sesja morska, która obradowała w Genewie w 1926 r. postanowiła ponownie zbadać tę sprawę.

Wnioski przyjęte przez tegoroczną konferencję przewidują uchwalenie projektu konwencji o 8-godzinnym dniu pracy i 48-godzinnym tygodniu pracy marynarzy. Konferencja przewidziała możliwość wyłączenia z zakresu działania konwencji żaglowców, okrętów nie należących do marynarki handlowej, a stanowiących własność państwa, okrętów należących do przedsiębiorstw użyteczności publicznej oraz okrętów, których pojemność nie przekracza pewnego minimalnego tonażu. Ponadto statki rybackie nie mają być objęte powyższym projektem konwencji, a praca na nich ma ewentualnie stanowić przedmiot odrębnej konwencji.

Kwestja ochrony marynarzy w razie choroby była rozpatrywana przez XIII Międzynarodową Konferencję Pracy z dwóch punktów widzenia:

a) Indywidualnych obowiązków pracodawców w stosunku do chorych lub rannych marynarzy.

b) Ubezpieczenie marynarzy na wypadek choroby.

W odniesieniu do p. a. przyjęte przez konferencję uchwały przewidują, że na wypadek choroby, nieszczęśliwego wypadku lub śmierci pracownika, pracodawca winien mu zapewnić pomoc lekarską, pożywienie, mieszkanie, płacę, powrót do ojczyzny, a ewentualnie koszta pogrzebu.

W odniesieniu do punktu b., uchwały wypowiadają się za obowiązkowem ubezpieczeniem chorobowem marynarzy, które-

go świadczenia winny się zazębiać ze świadczeniami pracodawców.

Sprawa minimalnych kwalifikacji zawodowych wymaganych od kapitanów i oficerów marynarki została wniesiona na porządek dzienny XIII Konferencji na wniosek Międzynarodowego Zrzeszenia Oficerów Marynarki Handlowej.

Konferencja wypowiedziała się za uchwaleniem projektu konwencji wprowadzającej konieczność posiadania specjalnych dyplomów zawodowych dla osób pragnących objąć posady kapitana lub oficera okrętu.

Poza decyzjami powziętemi w stosunku do wyżej omówionych czterech zagadnień, Konferencja przeprowadziła dyskusję nad kilkoma innemi projektami uchwał dotyczącemi przyszłej działalności Międzynarodowego Biura Pracy w zakresie spraw morskich.

Uchwały przyjęte przez Konferencję zalecają Biuru zająć się w szczególności:

I. Warunkami pracy i płacami marynarzy azjatyckich.
II. Czasem pracy w żegludze wewnętrznej.
III. Warunkami pracy w lotnictwie.
IV. Płacami marynarzy.
V. Stosowaniem przepisów zawartych w konwencjach oraz zaleceniach przyjętych przez poprzednie sesje poświęcone sprawom morskim.

SPRAWA UBEZPIECZENIA MAJSTRÓW FABRYCZNYCH.

Otrzymaliśmy następujące sprawozdanie:

W dniu 1 listopada b. r. odbył się w Warszawie kongres majstrów fabrycznych.

Z różnych ośrodków przemysłowych zjechało kilkuset majstrów, którzy wobec społeczeństwa i władz argumentowali i demonstrowali swoje stanowisko w walce o ubezpieczenia i o prawa pracowników umysłowych wogóle.

Kwestja ta w dość zawiły sposób wlecze się od stycznia 1928 r., t. j. od dnia, w którym weszło w życie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Rozporządzenie to przesądziło sprawę w sposób kategoryczny, ale w praktyce budzi moc trudności i wątpliwości.

Przedewszystkiem ustawodawca ustalił, że o uprawnieniach, przewidzianych w ustawie, decyduje nie tytuł, a charakter spełnianych czynności. Stanowisko to, w dzisiejszych warunkach jedynie słuszne, gdyż w przeciwnym razie wszyscy majstrzy zdaniby byli na łaskę pracodawcy, do którego należałaby decyzja w sprawie kwalifikacji, — w praktyce poważnie utrudniło stanowisko Zakładów Ubezpieczeń.

Już w pierwszych miesiącach ubiegłego roku zarysowały się bardzo poważne różnice między stanowiskiem wielkiego przemysłu łódzkiego i białostockiego, a stanowiskiem organizacyj majstrów, a w następstwie i Zakładów Ubezpieczeń.

Przemysłowcy, interpretując art. 3 p. 1 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, odmawiają majstrom praw do ubezpieczenia, twierdząc, że ci nie odpowiadają warunkom, przewidzianym przez ustawodawcę.

Parę tysięcy majstrów, korzystając z art. 106 tegoż rozporządzenia, które pozwala pracownikom zgłaszać się samym do ubezpieczenia, wysłało do Zakładu Ubezpieczeń formularze zgłoszeń.

Pracodawcy, wbrew stanowisku majstrów, twierdzą, że pracownicy ci nie spełniają czynności administracyjnych i nadzorczych, technicznie pracą nie kierują i za pracę robotników nie są odpowiedzialni.

Na tem tle rozpoczęły pracę inspektoraty Zakładu. W poszczególnych fabrykach rozpoczęto badania czynności majstrów, spisywano zeznania, sporządzano protokoły, wreszcie na podstawie bezpośrednich badań, ustalających, czy dany pracownik odpowiada wymogom art. 3 p. 1, zgłaszano tych majstrów do ubezpieczenia z urzędu.

Zakłady Ubezpieczeń, stojąc na gruncie przepisów rozporządzenia i stosując doń interpretację, zawartą w tezach, zatwierdzonych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, wydały orzeczenia, mocą których uznały obowiązek ubezpieczenia majstrów zgłoszonych z urzędu.

Pracodawcy, w dalszym ciągu podtrzymując swoje stanowisko, od decyzji Zakładu odwołują się do odnośnych wojewodów.

O ile nam wiadomo, województwa narazie nie zajęły jeszcze w tej sprawie stanowiska.

Natomiast Ministerstwo Pracy, które jest terenem nieustannych delegacyj obu stron, memorjałów i interwencyj, przystąpiło do bezpośrednich badań tej sprawy.

W sierpniu b. r. specjalna komisja ministerjalna przeprowadziła badania czynności majstrów na miejscu w fabrykach Łodzi i Białegostoku. W wyniku tych prac Ministerstwo zajęło wyraźne stanowisko w sprawie majstrów przędzalnianych i wykończalni, pozostawiając znów otwartą kwestję majstrów tkackich przez wstawienie warunkującego zdania „jeżeli nie ponoszą odpowiedzialności".

Zapewne znów nastąpi serja inspekcyj, protokółów, orzeczeń Zakładu i odwołań pracodawców, aż wreszcie po wielu miesiącach sprawa przebrnie przez wszystkie instancje odwoławcze.

Wszystko to jednak trwa bardzo długo. Miesiące i lata płyną, majstrowie tracą pracę, tracą zdolność do pracy, umierają, a kwestja praw do świadczeń wciąż wisi w powietrzu. Fundusz Bezrobocia w wielu wypadkach odmawia praw do zasiłków majstrom, uważając ich za pracowników umysłowych. I słusznie.

Sądy Pracy ogłaszają jeden za drugim wyroki, stwierdzające, że majstrowi przysługują uprawnienia pracownika umysłowego.

Już nawet szereg fabryk w zakresie przepisów umowy o pracę skapitulowało, przyznając majstrom prawa do trzymiesięcznego wymówienia ewentualnie odszkodowania, ale całość sprawy wciąż nie może znaleźć zdecydowanego rozwiązania.

Zastanówmy się z kolei nad temi czynnościami majstra, które wywołują tyle dyskusyj teoretycznych, sporów i trudności praktycznych.

Zupełnie niezależnie od poszczególnych działów pracy, niezależnie też od różnic, jakie zachodzą między organizacją pracy w fabrykach Łodzi i Białegostoku, szukając wspólnych cech dla czynności prawie wszystkich majstrów, należy stwierdzić, że kierują oni pracą powierzonych im robotników, mają nad tą pracą nadzór, instruują robotników, w wielu wypadkach prowadzą podręczne książki kontroli, produkcji i kontroli dniówek, czasami nawet sporządzają bruljony list płac.

Majster ma prawo dysponowania, prawo lokalnych przesunięć i przydziałów w danej grupie robotników. Majster stawia wnioski, dotyczące kwalifikacji podległych mu robotników. Niejednokrotnie też zdarza się, że majster ma prawo usuwać i przyjmować robotników.

Na terenie przemysłu włókienniczego trudno znaleść majstra, któryby nie sprawował nadzoru nad robotnikami, a już tylko w sprawie tej jednej funkcji Ministerstwo Pracy w cytowanych już tezach zajęło następujące stanowisko: „Osoba, mająca tytuł majstra, lub używająca takiego tytułu, mająca nadzór nad pewną grupą pracowników fizycznych, będzie podlegała ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdyż nadzór nad grupą pracowników fizycznych, łączący się z pewnemi nieodłącznemi atrybucjami dysponowania pracą osób nadzorowanych, jest

czynnością administracyjną, a zatem objętą punktem 1-ym art. 3-go rozporządzenia".

Do omawianych cech pracy należy dodać jeszcze odpowiedzialność za wyprodukowany przez robotników towar.

Ze strony przemysłowców najsilniejszy opór dotyczy majstrów tkackich, t. zw. majstrów na krosnach. Tutaj pracodawcy twierdzą, że są to zwykli „monterzy - mechanicy", których czynności polegają na reparacji maszyn. Nie miejsce tu na drobiazgowe wyczerpanie tematu i na obszerną polemikę, na miejscu jednak będzie wskazać, że w związku z tą kwalifikacją dziwnie wygląda sposób premjowania majstra tkackiego za wydajność pracy jego grupy.

W związku z tem strona przeciwna zapytuje: „Jakaż jest podstawa do procentowego wynagradzania majstra tkackiego, jeżeli on nie ma wpływu na bieg pracy grupy robotniczej"?

Podobnych sprzeczności jest więcej. W tej paroletniej już polemice padło tyle argumentów i z uporem powtarzanych zdań, że trudno już dziś wierzyć w możność szybkiego osiągnięcia kompromisu.

Dopiero ostatnie posunięcia Związku Majstrów zmuszają do baczniejszego śledzenia tej sprawy.

Majstrowie na kongresie stwierdzili, że nie zrezygnują z tych uprawnień, które przyznawały im Sądy zaborców. Majstrzy zapowiadają ostrą walkę. Ostatnio nawet w prasie stołecznej i prowincjonalnej ukazały się zapowiedzi strajków.

Nie naszą rzeczą jest w tej chwili oceniać wartość tych posunięć i metod. Nie będziemy też przewidywali skutków, jakie one mogą sprowadzić. Naszym obowiązkiem jest wskazać na konieczność wyczerpania wszelkich możliwych środków, prowadzących do przyśpieszenia definitywnego wyczerpania tej sprawy.

Dominik Starczewski.

CENTRALNY ZAKŁAD ŚRODKÓW LECZNICZYCH W WIEDNIU.

Zakład ten jest czynny od 1 listopada 1919 r. Zadaniem tego przedsiębiorstwa jest dostarczanie publicznym instytucjom leczniczym, opiekuńczym i dobroczynności i innym czynnikom środków lekarskich i innych środków pomocniczych, jakoteż przedmiotów do pielęgnowania chorych. Oprócz tego zakład ma za zadanie fabrykację, zakupywanie i sprzedawanie środków leczniczych i pomocniczych. Wreszcie — nabywanie i zużytkowywanie patentów, koncesji, celem fabrykacji środków leczniczych i pomocniczych.

Zakład dzieli się na: a) część fabryczną, b) handlową, c) oddział badawczy, d) oddział zajmujący się hodowlą i kulturą ziół leczniczych.

Do odbiorców oprócz wyżej wymienionych instytucji należą również sanitarne instytucje przemysłu, zakłady naukowe, drogerzyści, poczęści także aptekarze.

Z zakładu badawczego korzystają również liczne sfery przemysłowe. Np. przy badaniu tub cynkowych, czy zawierają 2% ołowiu, zakład wykazał, iż zawierają 12%, przeto szkodliwe są dla zdrowia.

Dla szerokich sfer publiczności wchodzą w rachubę przedewszystkiem środki lekarskie w opakowaniu specjalnem, przez co następuje znaczne potanienie lekarstw nietylko dla Kas Chorych, ale także dla ludności nieubezpieczonej. Wybór środków najbardziej używanych i najważniejszych dla jednolitego opakowania celem obniżenia ich cen nastąpił na podstawie orzeczenia rady rzeczoznawców. W r. 1928 wydano tych paczek, tylko w formie tabletek i ampułek 2 miljony, a ogólny obrót wynosił 61 miljonów szylingów.

Fabrykacja własna jakoteż preparaty dostarczane przez handlowy oddział zakładu wpływają w wysokim stopniu na regulację ceny. Zakład posiada obecnie 270 pracowników, a wśród nich 14 magistrów farmacji, 12 chemików, 2 inżynierów, 1 lekarza, 1 botanika, 36 drogistów i 27 wykwalifikowanych robotników.

Zamówień było w r. 1928 przeszło 60.000.

Hodowane w Zakładzie zioła lecznicze są także exportowane zagranicę.

Zakład posiada własną, nowocześnie urządzoną fabrykę chemiczno - farmaceutyczną i materjałów opatrunkowych, fabrykę dla wytwarzania środków dezynfekcyjnych dla analitycznych laboratorjów i własne warsztaty.

Wszystkie bez wyjątku preparaty wytwarzane w fabryce, jakoteż środki nabyte przez oddział handlowy są badane pod względem chemicznym, biologicznym i technicznym. Żaden preparat nie zostaje wypuszczony z zakładu, dopóki przez badanie nie zostanie stwierdzone, że jego skład jest bez zarzutu. Oprócz tego są one badane przez państwowe zakłady.

Centralny Zakład dostarcza ludności dobrych środków lekarskich po niskich cenach nie wykraczając przeciwko zasadom handlowo-kupieckim, zapewniając pracownikom odpowiednie warunki życia i tworząc odpowiedni kapitał zakładowy.

Według statutu Zarząd Zakładu składa się z 19 udziałowców, a wśród nich jest 3 przedstawicieli Kas Chorych. Zakład jest zorganizowany jako towarzystwo akcyjne, którego głównym akcjonarjuszem jest państwo austrjackie.

Wszystkie apteki powinny posiadać na składzie preparaty z zakładu, lekarze Kas Chorych obowiązani są zapisywać lekarstwa gotowe istniejące w specjalnych opakowaniach i mogą tylko te środki stosować.

TREŚĆ:

Konferencja lekarzy w sprawie Kas Chorych.

Dr. Henryk Kłuszyński. — Zagadnienie współpracy Kas Chorych i Związków z publiczną i prywatną opieką zdrowotną w akcji zapobiegawczej.

J. Z. — Wstrzymywanie świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu prac. umysłowych.

Dr. Franciszek Pajerski. — Ubezpieczenia społeczne w Jugosławji.

Prof. dr. Rud. Kobatsch. — Racjonalizacja w ubezpieczeniach społecznych.

Tadeusz Bartnicki. — Kasa Chorych m. Wiednia.

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.

BILANS SUROWY
KASY CHORYCH m. WARSZAWY
na dzień 1 października 1929 roku

STAN CZYNNY			STAN BIERNY		
1 Gotówka w Kasie i w Bankach . .	520 489 99		1. Fundusz zapasowy	17.744.011,19	
2. Papiery wartościowe	19.376,70		2 Fundusz rezerw na udziały . .	673.304,01	
3 Weksle	166.161,53		3. Fundusz amortyzacyjny	1.818 272,85	
4. Nieruchomości	6.865.012,25		4. Wierzyciele	1.717.859,52	
5 Ruchomości	2.830.511,82		5. Zobowiązania hipoteczne	318.627,55	
6. Zapasy leków, środk. opatrunk. i materjałów	1.761 667,48		6. Kaucje	192.223,73	
7. Udziały	673.304,01		7. Akcepty	269.000,—	
8. Dłużnicy			8. Sumy przechodnie	2.487 847,02	25.221.145,87
pracodawcy za składki 15 472 419,40			9. Składki członkowskie	37.384.720,—	
Kasy Chorych Obce . . 234.148,42			10. Wpływy różne	1.851.393,69	39.236 113.69
Różni 1.108.002,92	16 814.570,74	29.651.094,52			
9. Swiadczenia					
Zasiłki i zwroty gotówkowe 10.472.572,99					
Koszty leczenia . . 21.142 483,31	31.615.056,30				
10 Koszty administracyjne	2.650.748,32				
11. Koszty ogólne	540.360,42	34.806 165,04			
		64.457 259,56			64.457.259,56

Warszawa, dnia 31 października 1929 r.

Naczelny Buchalter
(—) A. STEFANOWSKI

Komisarz
(—) K. ROŻNOWSKI