

przeGLĄD ubezpieczeń społecznych

W.P. W Kotwiniński

1930r.

organ instytucyj
ubezpieczeń
społecznych

**DOSTARCZAMY CAŁKOWITE URZĄDZENIA GABINETÓW ELEKTRO-FIZYKALNYCH
URZĄDZILIŚMY KILKANASĆCIE STACJI SANITARNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KASACH CHORYCH**



APARATY ELEKTROMEDYCZNE

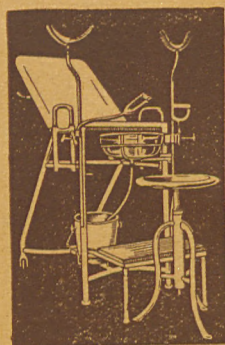
Lampy kwarcowe i Solux, oryg. Hanau, Diatermje, Multo-Pan-
tostaty, Kąpiele świetlne, Aparaty rentgenowskie.

MEBLE OPERACYJNE

Mikroskopy Reicherta, wagi analityczne, szkła dla celów labo-
ratoryjnych oraz wszelkie aparaty badawcze.



**WSZELKIE NARZĘDZIA LEKARSKIE
ORAZ MATERJAŁ OPATRUNKOWY**



JAROSZKA i S-ka

Tel. 25-54. POZNAŃ—Św. Marcin 33. Tel. 25-54.

Największe przedsiębiorstwo tego rodzaju.—Ceny bardzo umiarkowane.

ŻĄDAJCIE KOSZTORYSY!



FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno - farmaceu-
tycznych 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 KAUCZU-
KOWE W KOPERTACH (do odręcznej sprzedaży).
PLASTER KAUCZUKOWY na szpulkach. „CAPSICOL”
(empl. Capsici elast. perforat). PLASTEREK ANGIEL-
SKI, przewyższający wyroby zagraniczne, w różnym opa-
kowaniu. PLASTER „THAPSIA”. PLASTER TATRZAŃ-
SKI na odciski. PLASTER PRZEPUKLINOWY dziecięcy.
KATAPLAZMY antyseptyczne. GORCZYCZNIKI (syna-
pizma). PAPIER „VLINSI” i „FAYARD ET BLEYN”.
MOUCHES DE MILAN, GAZY I WATY aseptyczne i an-
tyseptyczne. OPATRUNKI wyjąłowane (sterylizowane).
Opatrunki dla wojska. BANDAŻE, PODUSZECZKI HI-
GJENICZNE dla pań. PUDER dla dzieci antyseptyczny.
NOWOŚĆ: BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZE-
GAMI, BANDAŻE DO TAMPONOWANIA
dla ginekologii i laryngologii aseptyczne i antyseptyczne
z zakończonemi brzegami. GAZIKI do operacji z zakoń-
czonemi brzegami.

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

PROSIMY

O WPLACANIE

PRENUMERATY

ZA IV KW. 1930 R.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K V

WARSZAWA
1 LISTOPADA
1930 R.

ZESZYT 11

M I E S I Ę C Z N I K

Do zespołu instytucyj ubezpieczeń społecznych, wydających Przegląd Ubezpieczeń, przystąpił ostatnio Zakład Ubezpieczenia od wypadków i Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie oraz Spółka Bracka w Tarnowskich Górach.

Począwszy od numeru niniejszego Przegląd jest organem wyżej podanych instytucyj oraz Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych i Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Dr. E. BIRZOWSKI.

DROGI I „BEZDROŻA“ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W r. 1929 ukazało się dziełko znanego lekarza niemieckiego Lieka p. t. „Ubezpieczenia społeczne, a zdrowie ludności“, będące niejako uzupełnieniem i ujęciem w pewną całość poglądów wypowiedzianych przez autora w jego słynnej książce: „Lekarz i jego posłannictwo“ (rozdz. o ubezpieczeniu społecznym). I w tej swojej pracy autor widzi wszystko w czarnych przeważnie barwach, dosadnie i jaskrawo maluje cienie i ujemne strony, niechętnym okiem patrząc wszakże i na cechy dodatnie ubezpieczenia socjalnego. Co najważniejsze zaś, nie wskazuje, albo nie potrafi wskazać skutecznych sposobów i dróg naprawy. Koncepcja Hartza nprz. o „oszczędności przymusowej“, której Liek jest takim gorącym zwolennikiem, a która ma być tym zbawczym lekiem na wszystkie bolączki obecnych ubezpieczeń — została ostro zaatakowana i odrzucona przez prof. Hellpacha, czołowego mówcę na Zjeździe niemieckich lekarzy w r. ub.

Biorąc pod uwagę wybitną indywidualność autora, jego trafny i głęboki sąd w wielu innych sprawach, ogromną jego poczytność (książka „Lekarz i jego posłannictwo“, ukazuje się już w 7-ym wydaniu i tłumaczona jest na obce języki) — ciekawem będzie przytoczyć w ogólnych zarysach jego dowodzenia i myśli — w krytycznym świetle tych nowych danych, które się wyłoniły w międzyczasie od ukazania się dziełka wyżej wspomnianego.

1. Liek wogóle wątpi, czy ubezpieczenia społeczne przyczyniły się do osiągnięcia tego dużego postę-

pu socjalno - higienicznego Niemiec współczesnych, jakim jest mianowicie znaczny spadek liczby śmiertelności, przeciętne przedłużenie życia jednostki o lat 20 (w r. 1870 średni wiek człowieka wynosił 40 lat, obecnie — blisko 60). Raczej — twierdzi — przypisać to należy ogólnie - higienicznym urządzeniom, jak kanalizacja, rozszerzenie sieci wodociągowej, budowa zdrowych mieszkań, zwalczanie epidemji, śmiertelności niemowląt i t. d. Ameryka i Francja osiągnęły niegorsze wyniki. A są to kraje, gdzie niema ubezpieczeń społecznych. Zdrowe mieszkania, dobra płaca i ogólny dobrobyt więcej zdziałają niż wszelkie ubezpieczenia.

Nie miejsce tu wdawać się w to, w jakim stopniu liczby śmiertelności mogą wogóle służyć sprawdzianem i wskaźnikiem stanu zdrowotnego ludności, jakie dalej czynniki i w jaki sposób składają się na ukształtowanie się tych liczb — zagadnienie zbyt skomplikowane i znacznie wychodzące po za ramy niniejszego artykułu. Faktem niezaprzeczalnym wszakże jest, iż ubezpieczenia społeczne w znacznym stopniu przyczyniły się do podniesienia na dość wysoki poziom warunków higienicznych mas robotniczych (w porównaniu z okresem przedubezpieczeniowym) — czemu i Liek niejednokrotnie daje szczerze świadectwo. Przytem winniśmy i tę okoliczność jeszcze wziąć pod uwagę, iż i w Niemczech również Kasy Chorych dotychczas przeważnie tylko leczęły, mniej uwzględniając natomiast najistotniejsze swoje zadanie socjalno-ubezpieczeniowe — jak najracjonal-

niej i najskuteczniej zapobiegać zachorowaniom pracowników i ich rodzin. W tym właśnie kierunku istnieje dążność do przebudowy działalności Kas Chorych niemieckich (badanie zdrowia każdego nowego ubezpieczonego, badanie okresowe zdrowych ubezpieczonych, racjonalizacja lecznictwa, branie czynnego udziału w akcji socjalno-higienicznej organów państwowych i samorządowych). Można byłoby się zgodzić z autorem, co do dużego znaczenia socjalno-higienicznego dobrobytu ludności, ale pod jednym warunkiem: ten dobrobyt rzeczywiście musi istnieć. A przecież o nim w Europie powojennej możemy narazie tylko marzyć. I w Ameryce coś z „prosperity” zaczyna się ostatnio psuć — przynajmniej tak sądzić można z prasy. A jak jednak dotychczas stała tam sprawa z pomocą lekarską dla ludności niezamożnej? Ciekawe dane o tem znajdujemy w sprawozdaniu Komitetu Higienicznego Ligi Narodów za rok 1929. Otóż Komitet Higieniczny obradował podczas tej sesji nad następującymi dwoma zagadnieniami: 1) wprowadzenie metody „survey” do instytucji służby zdrowia (metoda polegająca na racjonalizacji, ujednostajnieniu i standaryzacji całości kształtu służby zdrowia) i 2) studia nad kosztami leczenia w Ameryce Północnej (w kontakcie z ameryk. Committee on the Cost of Medical Care). Oto o jakich ciekawych rzeczach dowiedziano się przy debacie nad drugim zagadnieniem. Jak wiadomo w Ameryce ludność zasadniczo ma prawo do bezpłatnego leczenia się w szpitalach. Ale cóż z tego — kiedy dość często w wielu miejscowościach niema ani szpitali, ani nawet w pobliżu — lekarzy. Ludności nie stać tam na utrzymanie lekarzy tembardziej szpitali (w Ameryce i Anglii przeważnie zakładanych i utrzymywanych ze środków prywatnych). Dane zebrane przez Committee on the Cost of M. C. ilustrują w następujący sposób powyższe twierdzenie. W jednym z okręgów stanu North Carolina na 18.000 ludności przypada zaledwie 4 lekarzy, szpitala tu wcale niema. Natomiast w dzielnicy New - Jorku - Mulberry znajduje się dużo szpitali i są tysiące lekarzy, a jednak i tu 16 proc. obłożnych chorych i 22 proc. niezdolnych z powodu choroby do pracy, ale nie leżących — pozbawionych jest wszelkiej opieki i pomocy lekarskiej. Z odbywających się corocznie w Stanach Zjednoczonych 2.400.000 porodów — 15 proc. obywa się bez wszelkiej opieki lekarskiej. Co się zaś tyczy zarobków lekarzy — to dane co do 17 miast stanu Massachusetts świadczą, iż dochody lekarzy są tam tak mizerne, iż zaledwie nieco przewyższają koszty lokum albo nawet nie osiągają nieraz i tej cyfry (średni dochód dzienny lekarza do 6 dol.). Z drugiej zaś strony — ceny leczenia się w większych miastach nietylko u specjalistów, ale nawet lekarzy - praktyków są tak wysokie (w Ameryce koszty kształcenia się lekarza i utrzymywania gabinetu są b. duże), iż warstwy średnie nie mają wprost możliwości racjonalnego leczenia się. O ile przyjąć średni roczny dochód blisko 30 milionów pracowników przemysłowych (nie robotników) w r. 1925 za 1250 dol. i doliczając zarobek dodatkowy członków rodziny podnieść go do 2000 — to wzięwszy pod uwagę średni roczny rozchód takiej rodziny około 1550 dolarów, przekonamy się, iż nic prawie nie zostaje na

leczenie się. Dane, zebrane przez Metropolitan Life Insurance Company co do 11 tysięcy ludzi, z powodu choroby uznanych za niezdolnych do pracy — potwierdziły iż blisko 25 proc. z nich nie otrzymało żadnej pomocy lekarskiej (niektóre dane przemawiają nawet za 40 proc. nieleczonych). Przez taki stan rzeczy oprócz ludności cierpią, rzecz prosta, i lekarze (bezrobocie), którzy przy racjonalizacji służby zdrowia znaleźliby duże pole do pracy. To też wspomniany Committee, który pracuje pod przewodnictwem Min. Spr. Wewn., Dra Willbura, i składa się z lekarzy, ekonomistów, działaczy społecznych, postawił sobie za zadanie, „ażeby udostępnić wszystkim warstwom ludności, niezależnie od ich stanu majątkowego, dostateczną i przystępną pomoc lekarską. Ciekawe, w jaki sposób i jakimi drogami Committee dojdzie do celu sobie postawionego — narazie zajmuje się przedwstępniemi studjami przygotowawczemi, obliczonemi na 5 lat.

Co się zaś tyczy francuskich warunków socjalno-higienicznych — to świadectwo o nich dają nam ciekawe artykuły doc. Kacprzaka (Warsz. Czasop. Lekarskie 1930). Oto, co m. in. pisze doc. K. o stanie obecnym francuskich urzędzeń publiczno - higienicznych. „W dziedzinie higieny, jako sztuki stosowanej, nie ma Francja dobrej sławy. Ojczyzna Pasteura, od którego, jak niektórzy twierdzą, zaczyna się nie nowy kierunek, lecz nowa era, początek higieny naukowej — pod względem zastosowania higieny w kraju, udostępnienia jej dla mas społecznych — pozostawia dużo do życzenia. Niewątpliwie pod względem urzędzeń sanitarnych daleka jest Francja od krajów skandynawskich, pod względem działalności służby zdrowia nieprędko będzie mogła dorównać Anglii, pod względem rozbudowy instytucji i przenikania tą drogą do wszystkich dziedzin życia społecznego i gospodarczego nie dorównywa Jugosławiji (ubezpiecz. społeczne od r. 1922) i t.d.... Co do organizacji służby zdrowia w centrum i na obwodzie, pod tym względem Francja bodaj, że jest wzorem, jak być nie powinno. Prawda, obecnie kiełkują nowe prądy, dążenia do podniesienia całej pracy socjalno-higienicznej na wysoki poziom, nawet dużo w tym kierunku już zdziałano (walka z chorobami wenerycznemi, gruźlicą, opieka nad matką). Higiena szkolna, higiena pracy i inne działy higieny muszą organizować się niemal od fundamentów. Braki wyraźne są widoczne niemal wszędzie, ale jest i sporo dobrego”.

Nadmienić należy, iż podany przez Lieka przykład Francji, jako kraju pozbawionego ubezpieczeń społecznych, jest obecnie zupełnie nieaktualny. W roku bowiem bieżącym weszła w życie we Francji z dniem 1 lipca wielka ustawa o ubezpieczeniu społecznem, która obok innych rodzajów ubezpieczeń wprowadza również szeroko rozbudowane przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby dla wszystkich pracujących. Ubezpieczenie to obejmuje około 8 milj. osób. Nie należy zapominać i o tem, że we Francji przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby posiadali oddawna górnicy, a następnie, że ubezpieczenie chorobowe zastępowały w pewnej mierze szeroko rozgałęzione dobrowolne stowarzyszenia wzajemnej pomocy na wypadek choroby, które posiadały przeszło 4 milj. członków; po-

nadto przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby istniało w Alzacji i Lotaryngji, wprowadzone tam w czasie przynależności tych ziem do Rzeszy Niemieckiej i nie zniesione po przyłączeniu ich do Francji. Wiele danych przemawia również zatem, iż tocząca się w Belgji walka o ubezpieczenia socjalne uwieczni się niedalekim już zwycięstwem. W Holandji, od 1 marca 1930 r. wprowadzono częściowe ubezpieczenie społeczne.

2. Drugi „zarzut” Lieka stawiany Kasom Chorych jest następujący: Objawem rzucającym się wprost w oczy w działalności K. Ch. jest ciągłe wzrastanie chorobowości w miastach, chociaż należało spodziewać się skutku wprost odwrotnego. Według statystycznych danych—twierdzi L.—w Niemczech każdy ubezpieczony „obowiązkowo” choruje 2 razy na rok. Co drugi ubezpieczony zachorowuje, stając się przytem niezdolnym do pracy. Według statystyki Webera, dyrektora Związku K. Ch. w Akwizgranie (za r. 1927) — z 1000 ubezpieczonych tam, zaledwie 100 nie skorzystało w r. sprawozdawczym z Kasy Chorych. Wogóle, o ile obliczyć średnią częstość zachorowania prywatnego pacjenta powiedzmy na 20 proc., to u pacjenta K. Ch. należy określić ją na 200 proc. Pacjent K. Ch. trzykrotnie więcej używa lekarstw niż pacjent prywatny. Warto podkreślić, iż liczba zachorowań waha się nietylko w zależności od okresów roku, warunków pracy, ale co jest dziwne — najdokładniej zbiega się z okresem bezrobocia, t. zn., iż ubezpieczony w razie utraty zajęcia — udaje się do przychylnego „dobrego” lekarza, otrzymuje „niezdolność” do pracy i zasiłek. Nadużycia tego rodzaju, t. j. ciągnięcie zysku i wyzyskiwanie K. Ch., zmusiły już zarządy wielu K. Ch. do powtórnego, kontrolnego badania w tych wypadkach, w których zachodzi wątpliwość, co do uznanej niezdolności do pracy. I co się okazuje — blisko 700 proc. chorych niesłusznie uzyskało zwolnienie. Doszło nawet do tego, iż każdego ubezpieczonego uznanego z powodu choroby za niezdolnego do pracy, w niektórych Kasach (Królewiec) bada powtórnie zaufany lekarz. Jest to objawem, demoralizującym zarówno ubezpieczonych jak i lekarzy, obfitującym w groźne skutki dla zdrowia moralnego całego narodu. Tyle Liek. Na to możnaby odpowiedzieć (Pryll, prof. Hirschbruch) co następuje. Statystyka coprawda stwierdza obok znacznego spadku śmiertelności wśród ubezpieczonych stale wzrastającą liczbę zachorowań. O ile porównamy okres 1891 — 1900 z 1924 — 1925, będziemy mieli następujące dane: powiększenie liczby zachorowań dla mężczyzn i kobiet od 8,8 (1891 — 1900) do 34,2 dla mężczyzn i 33,1 dla kobiet (1924 — 1925); spadek zaś śmiertelności za ten czas: dla mężczyzn z 46,6 na 22,0, dla kobiet zaś z 44,3 na 21,4. Ale te liczby odnoszące się do zachorowań, słusznie wnioskuje Hirschbruch — nie są wcale dowodem powiększenia się ilości zachorowań, a raczej odpowiadają ilości porad, zasięgniętych u lekarza. Nie sposób bezkrytycznie manipulować temi obok siebie stojącymi liczbami — nie jest wcale wykluczoną ta możliwość w warunkach powojennego bytowania robotnika — iż właśnie zmniejszenie się śmiertelności może mieć po części swoje uzasadnienie w tem właśnie częstem zwracaniu się po radę i pomoc lekarską, możliwości

leczenia choroby w zarodku, niedawania jej możliwości dalszego rozwoju i powodowania przez to zejścia śmiertelnego. Nie daje się również wykluczyć i tego momentu, iż w sferę zasięgu K. Ch. wciągnięte zostały warstwy ludności zamożniejszej, ludzie, którzy przedtem mieli możliwość i sposobność większego dbania o zdrowie, częstego zwracania i zasięgania porady lekarskiej, obecnie zaś i przy ubezpieczeniu socjalnem utrzymały nadal swoje przyzwyczajenia. A dalej — przy zakwalifikowaniu niezdolności do pracy powinno się liczyć również z czynnikiem psychicznym, osobowością psychiczną chorego, aczkolwiek, rzecz prosta, najważniejszym momentem decydującym jest tu czynnik przedmiotowy, stwierdzenie obiektywnych zmian chorobowych. A właśnie w takich przypadkach chodzi nietylko o chorobę. Chodzi przede wszystkim o chorego człowieka. Kierować się winniśmy bezwzględnie wskazaniami obiektywnymi, ale czy doświadczenie codzienne nie poucza nas, iż granica pomiędzy zdolnością jest bardzo chwiejna i zależy w dużym stopniu od psychiki chorego (nawiasem, właśnie Liek w swojej ostatniej pracy: „Drogi chirurgji” tak wnikliwie, głęboko i mądrze pisał o roli czynnika psychicznego, czynnościowego w powstawaniu i spowodowaniu objawów chorobowych — przedmiotowych i podmiotowych).

Widzimy przecież często ludzi z daleko posuniętymi chorobami ciężko, resztką sił pracujących, podczas gdy rzeczywiście o wiele zdrowsi żądają wciąż zasiłków chorobowych (wszakże liczba symulantów bezwzględnych jest — jak przypuszcza H. — nieznaczna). A pozatem nie wolno zapominać, iż przy materialnym niedostatku (bezrobocie) nie jest wykluczona wzmózona, wygórowana obawa o swoje zdrowie, obawa utraty swej zdolności do dalszej pracy. Zastrzec przytem należy, iż wszelkie historyczne agrawacje winny być jak najenergiczniej zwalczane. Co się zaś tyczy sposobów zaradczych przeciwko temu zjawisku w życiu ubezpieczenia społecznego — wyzyskiwaniu K. Ch. przez nabieraczy i symulantów — wysunięto kilka ciekawych projektów. Otóż Pryll i Sauerbon zaproponowali, ażeby lekarze K. Ch. tylko leczyli, natomiast orzeczenia, co do niezdolności mają wydawać lekarze zaufani, specjaliści, mający do swojej dyspozycji odpowiednie środki do lepszego różnicowania i rozpoznawania. Tacy lekarze poza fachowem wykształceniem mają również posiadać zasób wiadomości z dziedziny praktyki ubezpieczeniowej. Taki lekarz, niezależny od ubezpieczonych, mógłby z większym obiektywizmem wydawać sąd w sprawach niezdolności. Projekt ten spotkał się jednak ze sprzeciwem ze strony świata lekarskiego z dwóch względów: przede wszystkim trudno o takich idealnych nieomylnych lekarzy — mężów „potrójnego” zaufania: lekarzy, ubezpieczonych i zarządów K. Ch., po drugie zaś nie jest zgodne z wiedzą lekarską oddzielać stawianie rozpoznawania i rokowania od przeprowadzenia leczenia u tegoż pacjenta. Inny projekt (Klauber) wypowiada się za większym udziałem bezpośrednim samych ubezpieczonych w sprawach ubezpieczenia. W pierwszym rządzie — twierdzi — ogromnie przydałoby się oni w sprawach orzeczenia niezdolności, jako biegli w komisjach lekarskich. Warto również wspomnieć

o propozycji Prylla badania każdego ubezpieczonego przy przyjmowaniu go w poczet członków K. Ch. i okresowego badania zdrowych (możliwego u nas w razie wprowadzenia instytucji lekarzy domowych). Zebrany w ten sposób materiał („paszport zdrowia”) ogromnie przydałby się przy zapobieganiu ewent. chorobom, dałby możliwość udzielania wskazówek zdrowotnych, jak również sposobność badania od czasu do czasu stanu zdrowia zagrożonych. W ten sposób postępują amerykańskie towarzystwa ubezpieczeniowe, ostatnio również i niemieckie, badając bezpłatnie raz na rok wszystkich swoich ubezpieczonych. Podobne „szkolenie” zdrowia okazało się bardzo korzystne zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla towarzyszy — tym ostatnim przynosząc w następstwie duże dywidendy, a stanowiąc jednocześnie czynnik o dużym znaczeniu dla całokształtu zdrowotności ludności w tych krajach. Istniał również projekt o dodatkowych opłatach za korzystanie z Kasy Chorych, który ostatnio wprowadzono w życie w Niemczech od 1 października (opłata za wizytę i lekarstwo wynosi 50 fen.).

3. W związku z drugim stoi i trzeci „zarzut” Lieka: ogromna drożyzna obecnych ubezpieczeń społecznych. Otóż, podczas gdy w r. 1913 wydatki wynosiły zaledwie 1,37 miliardów marek (w złocie), to w r. 1928 osiągnięto sumę 5,245 miliardów. O ile do tego dodać koszty leczenia (przecież ulgowego) w klinikach i szpitalach, koszty utrzymywania administracji, inwalidów (wojen.), ubezpieczenia od bezrobocia, starości — można je razem określić na 8 — 9 miliardów. Co najgorsze — twierdzi L. — iż wydatki te wykazują ciągłą tendencję do stałego wzrastania. Coprawda — nadmieniam L. ironicznie — naród niemiecki, który stać na wyrzucenie rok rocznie 5 miliardów na szkodliwe dla zdrowia względnie luksusowe produkty, jak alkohol, tytoń, południowe owoce stać powinno również na taką przynajmniej sumę na popieranie swych niezamożnych obywateli, pozbawionych możliwości albo sposobności zarobkowania. W Niemczech — mówi L. — jest do 4,6 mil. socjalnych rentjerów, co wraz z inwalidami wojskowymi wynosi razem do 6 milionów. Wypada zatem, iż co ósmy lub dziewiąty obywatel jest rentjerem społecznym. Dla Gdańska nawet obliczono, iż każde dwie rodziny utrzymują swoim kosztem trzecią. Podobny stan rzeczy — obawia się L. — doprowadza do zniewieścienia, utraty samodzielności obywatela niemieckiego. Bezwątpienia Liek porusza tu jedną z największych bolączek organizacyjnych obecnego stanu rzeczy w ubezpieczeniu społecznym. Ale w ramach niniejszego artykułu nas przedewszystkiem interesują liczby ubezpieczenia na wypadek choroby. Otóż niedawno dyr. departam. opieki społecznej (niem.) d-r Grieser przytoczył ciekawe wyjaśnienia, co do budżetu „rynku zdrowia” ubezpieczonego. Okazuje się, iż liczba ubezpieczonych w porównaniu z r. 1913 powiększyła się o 5,5 milionów, co wraz z rodzinami wynosi obecnie blisko 35 milionów. Koszty leczenia samych członków rodzin plus zasiłki wynosiły np. w r. 1928 sumę w 317 milj. W związku z podniesieniem po wojnie płacy robotniczej — składki i świadczenia siłą rzeczy dostosowały się do tego (drogie świadczenia wysoko opłacanym ubezpieczonym).

Przed wojną średnia płaca robotnika wynosiła 6 mk.n., obecnie — 11,66. Kasy znacznie rozszerzyły zatem zasięg swego działania, zajmując się akcją zapobiegawczą, leczniczą, leczeniem zębów, opieką nad wyzdrowieńcami, biorąc stopniowo czynny współdział w akcji zdrowotnej Państwa i komunalnej. Wogóle „rynek zdrowia” znacznie podrożał. Stawiamy — mówi G. — surowsze wymagania obecnie przy rozpoznawaniu i leczeniu. W tym właśnie celu okazało się niezbędnym nabycie w znacznej ilości aparatów pomocniczych dla lepszego różnicowania. Wynagrodzenie lekarzy (w Niemczech pracuje w K. Ch. 35.000 lekarzy) zostało również ostatnio podwyższone, znaczne są wydatki na apteki i lekarstwa, które w związku ze specjalizacją ogromnie się zróżnicowały i podniosły w cenie. Ceny podniosły także i szpitale. Ryzyko ubezpieczeniowe (chorobowość) wykazuje tendencję zwyżkową (większy udział kobiet, ruch ludności wiejskiej do miast w związku z uprzemysłowieniem kraju), dając stałą cyfrę chorych (niezdolnych do pracy) 4 proc., podczas gdy przed wojną wynosiło niecałych 3 proc. (wojna, głód mieszkaniowy, kryzysy i wstrząsy w przemyśle nie mogły nie odbić się na zdrowiu ludności pracującej). Wogóle zaznaczyć wypada fakt, zresztą znany, iż powiększenie się liczby zachorowań idzie stale w parze z uprzemysłowieniem kraju. Robotnik rolny choruje średnio raz jeden na 3 lata (daleko i trudno jest dostać się do lekarza), podczas gdy w przemyśle choruje co drugi robotnik (w ciężkim przemyśle z pośród 3 robotników — dwóch zachorowuje). Z powodu spadku liczby uszkodzeń, strat wojennych w ludziach — gorzej przedstawia się pod względem wieku skład osób ubezpieczonych, do których należy duży odsetek robotników starszych, którzy częściej i dłużej chorują. Trzeba zaznaczyć, iż odnosi się wszakże wrażenie, iż stan zdrowia warstw pracujących stał się chwiejniejszy, nie daje się również stwierdzić w wielu wypadkach (moralność powojenna) dążenia do wyzdrowienia.

Jak złu wskazanemu przez Lieka zapobiec? Bezwątpienia dodatkowe opłaty w znacznym stopniu mogą się przyczynić do zmniejszenia się wydatków i bagatelizowania leczenia się. Poza tem w Niemczech ostatnio energicznie roztrząsa się zagadnienie racjonalizacji całego aparatu ubezpieczeniowego a w tej liczbie i gospodarki K. Ch. Bezwątpienia lekarze Kasowi odegrają tu dużą rolę. Lekarze z natury rzeczy są miarodajną częścią składową ciała ubezpieczeniowego — wraz z zarządami będą szukali i znajdą drogę jak najoszczędniejszej i najumiejętniejszej gospodarki powierzonym im majątkiem. W jakim kierunku winny być skierowane te wysiłki? Otóż przedewszystkiem należy dokładnie zbadać miejscowe warunki socjalno - higieniczno - patologiczne każdego większego rejonu kasowego i stosownie do tego wykonywać swoje czynności lecznicze i zapobiegawcze. Taką statystykę, głęboko i gruntownie ujętą, posiadają już K. Ch. Berlina, Lipska i okręgu reńskiego — i w tym kierunku pragną prowadzić nadal swoją działalność. Następnie, jeśli sprawdzą się dane Aschnera, Teilhabera i in. — stoimy przed możliwością znacznego potaniaenia kosztów leczenia, możliwością w szybkim czasie wyleczenia

chorób, które dotychczas były ciężarem dla K. Ch., szpitali i uzdrowisk. Następnie — jednym z zadań lecznictwa K. Ch. będzie wynalezienie dróg i sposobów racjonalizacji (Martini) leczenia tej ogromnej liczby (armji!) chorób - żołądkowych, cukrzycowych, reumatyków, z chorobami skórными, cierpiących na przewlekłe choroby kobiece, dróg żółciowych, anemję i t. d. W tym właśnie kierunku kroczy obecnie myśl socjalno - lekarska w Niemczech.

Liek wytacza jeszcze niemało zarzutów ubezpieczeniu społecznemu. Życie jednak jak to wykazują liczne przykłady, nie kroczy wytkniętą przez niego drogą. Reformy są konieczne, częściowa przebudowa

ubezpieczenia społecznego jest niezbędna, ale fundament ich powinien zostać nietknięty.

W polemice z Liekiem słusznie zaznacza Dr. Möring, iż nie można twierdzić, jak to czyni L., że powinno się pomóc słabym i niezamożnym, ale nie przy pomocy ubezpieczeń społecznych. W warunkach naszych (mowa o niemieckich, ale jeszcze więcej nadaje to się do naszych warunków w Polsce) pomoc słabym powinna iść właśnie drogą ubezpieczeń. Wszelka filantropja ma skutki o wiele gorsze i znacznie więcej demoralizujące. A gdy się chce prąd (których ani powstrzymać, ani cofnąć się nie da) prowadzić i kierować — nie należy potępiać i przeciwstawiać się im — trzeba je opanować i prowadzić do celu, który uzna się za odpowiedni.

JONDA.

HISTORIA I ZAKRES DZIAŁANIA SPÓŁKI BRACKIEJ W TARNOWSKICH GÓRACH

Spółka Bracka w Tarnowskich Górach jest instytucją ubezpieczenia górników na wypadek choroby i niezdolności do pracy zawodowej, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w zawodzie lub wyczerpaniem sił fizycznych wskutek starości.

Obowiązkowi ubezpieczenia w Spółce Brackiej podlegają poza górnikami w nielicznych tylko wypadkach hutnicy, mianowicie ci, którzy są zatrudnieni w hutach, dawniej należących do Skarbu Państwa. Spółka Bracka istnieje w swej obecnej postaci dopiero od 1922 roku, t. j. od podziału Górnego Śląska, nie jest ona jednak tworem nowym, lecz posiada długą tradycję, sięgającą do drugiej połowy 18-go stulecia. W tym bowiem okresie powstał Główny Instytut Bracki, założony w 1769 roku we Wrocławiu, przekształcony następnie na Górnośląskie Bractwo Górnicze w Tarnowskich Górach, które wskutek podziału Górnego Śląska zostało rozdzielone umową polsko - niemiecką z 26 sierpnia 1922 r. na niemieckie bractwo w Gliwicach i na Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach.

Brackie instytucje ubezpieczeniowe były pionierami i służyły wzorem dla współczesnego ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Na setki lat przedtem, nim była mowa o ubezpieczeniach społecznych w obecnym ich znaczeniu i zakresie, górnictwo wytworzyło dla swoich pracowników wspólne kasy tak zwane „skarbonkowe”, które wspierały swoich członków w razie niezdolności do pracy zawodowej, choroby, nieszczęśliwego wypadku i w razie zajścia innych jeszcze wypadków koniecznej potrzeby. Istnienie takich kas jest przewidziane i unormowane już w najstarszych znanych ustawach górniczych średniowiecza, począwszy od roku 1300. Górnicy więc mieli w przeciwieństwie do innych stanów i zawodów już od wieków instytucje, które w szerokiej mierze opiekowały się swymi członkami i ich rodzinami i dawały im także świadczenia, a które inne

zawody i stany zdobyły dopiero pod koniec 19 wieku lub później.

Świadczenia kas brackich przewyższały nawet świadczenia innych, później powstałych instytucji ubezpieczeniowych, od początku bowiem swego istnienia wspierały kasy wdowy i sieroty po górnikach i to nietylko w razie nieszczęśliwych wypadków mężów względnie ojców, a ponadto przychodziły z pomocą rodzinom ubezpieczonych również w innej formie np. ponosząc część ciężarów kościelnych i szkolnych, co jednak w obecnych warunkach wobec sprzecyzowania zasadniczych celów ubezpieczeń społecznych, już nie należy do właściwych zadań ubezpieczenia brackiego, a do t. zw. „Funduszu Wolnych Kuksów”, istniejącego na Górnym Śląsku przy Wyższym Urzędzie Górniczym w Katowicach i przezeń administrowanego.

Jako jeden z najdawniejszych zabytków polskiego ustawodawstwa górniczego przechowała się do naszych czasów klasyczna ordynacja górnicza, wydana w roku 1528 przez Księcia Jana Opolskiego pod tytułem „ordunek górny”, na której wzorowały się późniejsze ustawy górnicze pruskie.

Do połowy 19 wieku kasy brackie były administrowane przez władze górnicze. Dopiero ustawodawstwo górnicze drugiej połowy 19 wieku zmieniło ten stan rzeczy, powierzając administrację kas odrębnym organizmom, mianowicie zarządom bractw, wybieranym w połowie przez właścicieli kopalń, a w połowie przez członków kasy, władzom górniczym zaś pozostał tylko nadzór nad samorządową administracją kas. Równocześnie kasy te uzyskały osobowość prawną.

Współpraca właścicieli kopalń i górników na terenie kas brackich miała wielkie znaczenie dla rozwoju górnictwa, a nadanie praw samorządowych kasom brackim w dziedzinie ubezpieczeń wydało jaknajlepsze rezultaty.

Jak już wspomniano, Spółka Bracka wywodzi się z Górnośląskiego Bractwa, a to znów powstało ze Śląskiego Głównego Instytutu Brackiego, powstałego w roku 1769 na mocy tak zwanego „przywileju dla górników samodzielnego księstwa śląskiego i hrabstwa Kłockiego”. Dochody tego instytutu składały się z danin pracobiorców i pracodawców. Pracobiorcy płacili tak zwane skarbonkowe, t. j. skromny procent zarobku, prócz tego tak zwane dniówkowe, t. j. w każdym miesiącu płacili równowartość 8-miogodzinnego zarobku. Pracodawcy płacili tak zwane wolne kuksy, według śląskiej ustawy górniczej z 5 czerwca 1769 r., t. j. 2/128 a później 4/128 dochodu swych kopalń. Instytut płacił swym członkom w razie niezdolności do pracy zawodowej, a w razie ich śmierci wdowom, tak zwaną pensję (t. j. emeryturę), następnie w razie choroby członków pokrywał koszty ich leczenia i medykamentów oraz wypłacał im zarobek zastępczy. Dzieci inwalidów i zmarłych członków otrzymywały wsparcie, a członkowie rodziny zasiłek na pokrycie kosztów pogrzebu członka instytutu. Ponadto instytut zwracał swoim członkom koszty nauki szkolnej.

W roku 1854 Śląski Główny Instytut Bracki został zlikwidowany i zastąpiony dwoma bractwami, dolnośląskiem i górnośląskiem. Równocześnie bractwom nadano ustrój samorządowy, przy zachowaniu prawa nadzoru władz górniczych. Zarazem zniesiono wolne kuksy, płatne przez pracodawców, na rzecz ubezpieczenia brackiego. Dochody nowoutworzonych bractw składały się odąd ze stałych składek pracodawców i pracobiorców. Ustawą z 19 czerwca 1906 roku, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1908 roku, wprowadzono do ustroju związków brackich daleko sięgające zmiany, w szczególności oddzielono pod względem finansowym ubezpieczenie na wypadek choroby od ubezpieczenia inwalidzkiego, to znaczy utworzono dwie odrębne kasy, bracką kasę chorych, jako instytucję ubezpieczenia na wypadek choroby i bracką kasę pensyjną, jako instytucję ubezpieczenia inwalidów i pozostałych rodzin.

W chwili podziału Górnego Śląska, Górnośląskie Bractwo Górnicze w Tarnowskich Górach posiadało 223.000 członków Kasy Chorych i 177.897 członków Kasy Pensyjnej, a liczba członków rodzin osób ubezpieczonych w Bractwie uprawnionych do świadczeń wynosiła około 700.000. Po podziale Bractwa Spółka Bracka pozostała jedną z największych i najpoważniejszych instytucji ubezpieczeniowych. Spółka Bracka przejęła bowiem 166.785 członków Kasy Chorych i 133.672 członków Kasy Pensyjnej, a z grona rodzin tych członków około 500.000 osób uprawnionych do świadczeń tych kas. Na początku 1930 roku liczba członków wynosiła 109.149 w Kasie Chorych, 93.453 w Kasie Pensyjnej. Liczba pobierających świadczenia z Kasy Pensyjnej wynosiła 21.365 inwalidów, 16.668 wdów, 11.592 sierot.

Obowiązujący obecnie statut Spółki Brackiej z dnia 28 lutego 1925 roku jest oparty na wspomnianej wyżej ustawie z 1906 roku, która została znowelizowana ustawą bracką z dnia 17 czerwca 1912 roku.

Członkowie Spółki Brackiej dzielą się na przymusowych i dobrowolnych. Do kasy chorych należeć muszą obowiązkowo wszyscy pracownicy kopalń oraz przynależnych zakładów przetwórczych i pomocniczych, o ile ich zatrudnienie nie jest ograniczone z natury rzeczy lub kontraktowo na czas poniżej jednego tygodnia. Do kasy pensyjnej, przystąpić muszą wszyscy pracownicy bez różnicy płci, którzy należą do kasy chorych, pod warunkiem, że odpowiadają statutowym wymaganiom co do wieku i zdrowia, przyczem należy zaznaczyć, że kasa pensyjna stawia większe wymagania co do zdrowia niż kasa chorych. Kasa pensyjna uzależnia przyjęcie na członka od nieprzekroczenia minimalnej i maksymalnej granicy wieku, t. j. 16 względnie 40 lat.

Członkowie kasy chorych są podzieleni na 3 klasy według zarobku podstawowego, stopniowanego według faktycznego zarobku dziennego, a członkowie kasy pensyjnej — na 6 klas według wysokości zarobku miesięcznego.

Wysokość składki do kasy chorych jest tak obliczona, aby przy uwzględnieniu innych dochodów kasy składka wystarczała na pokrycie ustawowych i statutowych wydatków i oprócz tego na stworzenie funduszu rezerwowego w wysokości przeciętnego rozchodu rocznego z ostatnich 3 lat. Wysokość składki do kasy pensyjnej jest tak ustalona na podstawie zasad ubezpieczeniowo-technicznych, że dochody ze składek wraz z innymi jeszcze dochodami kasy, gwarantują jej stałą zdolność do wypłacania świadczeń pensyjnych.

Obecne składki do kasy chorych wynoszą 5,5 proc. zarobku podstawowego, a składki do kasy pensyjnej — 8 proc. wzgl. w wyższych klasach — 10 % najwyższego zarobku danej klasy, przyczem za najwyższy zarobek klasy VI przyjmuje się kwotę 225 złotych miesięcznie. Z tych składek połowę płaci pracodawca i połowę pracobiorca.

Pobierane składki wynoszą w złotych dla pracobiorców i pracodawców:

a) w kasie chorych **tygodniowo:**

			zł.	zł.
w I.	stopniu zarobkowym	zarobek dzienny do	2,50	— 0,33
w II.	"	"	3,50	— 0,50
w III.	"	"	5,—	— 0,74
w IV.	"	"	7,—	— 1,07
w V.	"	"	8,50	— 1,32
w VI.	"	"	11,40	— 1,73
w VII.	"	"	14,—	— 2,08
w VIII.	"	"	" powyżej 14,—	— 2,48

b) w kasie pensyjnej **miesięcznie:**

	klasie	zarobek miesięczny do	75,—	— 3,—
w II.	"	"	125,—	— 5,—
w III.	"	"	150,—	— 6,—
w IV.	"	"	175,—	— 8,75
w V.	"	"	225,—	— 11,25
w VI.	"	"	" powyżej 225,—	— 12,50

Jak dotąd wyłącznym obszarem działania Spółki Brackiej jest górnośląska część województwa śląskiego. Rozciąga ona swoją działalność przeważnie na położone na tym obszarze kopalnie skarbowe i prywatne, przez Państwo nadane, obrobnie i saliny, przynależne do tych kopalń zakłady pomocnicze

oraz na takie huty, obrobnie i kopalnie rudy żelaznej, niepodlegające ogólnej ustawie górniczej, które należały do Spółki Brackiej w dniu 31 marca 1925 r. Pod koniec 1929 roku liczba czynnych zakładów brackich wynosiła 57, mianowicie 44 kopalnie węgla kamiennego, 2 kopalnie rudy żelaznej, 1 kopalnia ołowiu i srebra, 7 kopalń rudy cynkowej, 1 huta żelazna i stali, 1 huta ołowiu i srebra, 1 zakład wodociągowy.

Spółką Bracką kieruje Zarząd i Walne Zebranie przy udziale starszych brackich, których obecnie jest 106. Starszych brackich wybierają pełnoletni członkowie bractwa płci męskiej z pośród siebie. Wybieralność uzależniona jest od posiadania obywatelstwa polskiego, pełni praw obywatelskich i wieku 30 lat. Starsi braccy mają prawo i obowiązek dozorować przestrzeganie statutu przez członków bractwa i dochodzić wobec Zarządu praw członków do Spółki Brackiej. Zarząd składa się z 10-ciu członków, wybieranych w połowie z właścicieli kopalń, w drugiej połowie z pośród starszych brackich. Poza tem należy do Zarządu na czas przejściowy, a mianowicie do 30 czerwca 1932 roku, delegat Rządu, z pełnią praw członków z wyboru. Przewodniczący Zarządu i jego Zastępca są wybierani z grona właścicieli kopalń. Zarząd zastępuje Spółkę Bracką przed sądami i wobec osób trzecich. Walne zebranie składa się z właścicieli kopalń i starszych brackich. Do głównych jego zadań należy zmiana statutu, wybór Zarządu, wybór wydziału dla zbadania i przyjęcia rachunku rocznego, wybór członków do Brackiego Sądu Rozjemczego. Funkcje władzy nadzorczej sprawuje Wyższy Urząd Górniczy w Katowicach. Zadaniem Władzy Nadzorczej jest przestrzeganie, by władze Spółki Brackiej nie naruszały obowiązujących ustaw i statutu.

Przeciwko decyzjom Administracji Spółki Brackiej służy odwołanie do Brackiego Sądu Rozjemczego w Katowicach. Instancją dalszą i ostateczną jest Wyższy Bracki Sąd Rozejmczy w Warszawie.

O ile odwołanie do Brackiego Sądu Rozjemczego nie jest w myśl ustawy dopuszczalne, członkowie mogą wnosić zażalenie do Wyższego Urzędu Górniczego w Katowicach, a w dalszej instancji do Ministra Przemysłu i Handlu w Warszawie. Zwykła droga sądowa jest wykluczona.

Zarząd Spółki Brackiej przyjmuje urzędników i lekarzy. Siedziba głównej Administracji znajduje się w Tarnowskich Górach. Organy administracyjne niższego stopnia znajdują się w lecznicach, które Spółka Bracka utrzymuje w większych miejscowościach obwodu przemysłowego.

Świadczenia Spółki Brackiej dzielą się na rzeczowe i pieniężne.

Kasa Chorych udziela przede wszystkim świadczeń rzeczowych, t. j. opieki lekarskiej, lekarstw i pomocniczych środków leczniczych. Opieki lekarskiej udziela przeważnie we własnych instytucjach i przez własnych lekarzy.

W tym celu Spółka Bracka utrzymuje obecnie 11 lecznic w następujących miejscowościach: w Bielszowcach, w Katowicach, w Królewskiej Hucie,

w Knurowie, w Siemianowicach, w Mysłowicach, w Orzeszu, w Rudzkiej Kuźnicy, w Rybniku, w Rydułtowach, w Tarnowskich Górach, oraz lecznicę przeciwgruźliczą w Wodzisławiu i 5 klinik, a mianowicie 2 dla kobiet w Królewskiej Hucie i w Rybniku, oczną, uszną i chirurgiczną w Katowicach, instytut bakteriologiczny w Katowicach, wreszcie 2 letniska: w Goczałkowicach i w Jastrzębiu - Zdroju. Trzynasta lecznica w Szarleju jest na wykończeniu. Wszystkie lecznice, kliniki i letniska razem posiadają 4.300 łóżek. Lecznice posiadają wszelkiego rodzaju urządzenia gospodarcze, jak kuchnie, pralnie, urządzenia dezynfekcyjne, kotłarnie, centrale elektryczne, ortopedje, budynki administracyjne. Dla celów lecznictwa lecznice są wyposażone w różne nowoczesne przyrządy i urządzenia lecznicze z uwzględnieniem specjalnych potrzeb lecznictwa górników. Personel lekarski składa się z 12 lekarzy naczelnych (na czele lecznic) 6 lekarzy kierujących (na czele klinik i instytutu bakteriologicznego) i 38 asystentów. Oprócz lecznic wymienionych Spółka Bracka posiada kliniki dentystyczne w Królewskiej Hucie, w Katowicach, w Siemianowicach, w Rybniku, w Bielszowicach, w Rydułtowach, w Mysłowicach, w Knurowie i w Rudzkiej Kuźnicy. W klinikach tych pracuje 10 lekarzy dentystów. W końcu Spółka Bracka posiada jedną składnicę sanitarną i aptekę szpitalną, umieszczoną w lecznicy w Katowicach.

Poza lecznicami Spółka Bracka udziela pomocy lekarskiej przez tak zwanych lekarzy okręgowych Okręgów jest 25, a lekarzy okręgowych 97, w tem 8 specjalistów.

Spółka Bracka kładzie specjalną uwagę na walkę z gruźlicą, tym najstraszniejszym wrogiem pracującej ludności. Spółka Bracka dąży do stworzenia takiej organizacji walki z gruźlicą, któraby już w zarodku przy stwierdzeniu początków tej choroby pozwalała rozwijać szeroką akcję profilaktyczną. Dlatego też utworzyła organizację, obejmującą cały Górny Śląsk, który podzielony został na obwody opiekuńcze, co daje gwarancję, że każdy członek Spółki Brackiej zagrożony gruźlicą płuc zostanie wyszukany, poddany obserwacji i otoczony opieką.

W walce z gruźlicą biorą udział braccy lekarze okręgowi, pod których kierownictwem pracują opiekunki, siostry zakonne. Lekarze braccy, jako lekarze opiekuni, przekazują osoby, chorujące na gruźlicę, jako też osoby podejrzane o tę chorobę, pod opiekę sióstr opiekunek, które odwiedzają tych chorych, starają się o środki zapobiegawcze, izolację, umieszczenie w szpitalach i t. p., udzielają na koszt Spółki Brackiej środków wzmacniających i powodują w porozumieniu z brackim lekarzem okręgowym naświetlanie lampą kwarcową.

Siostr takich Spółka Bracka zatrudnia 36, otrzymują one bezpłatnie potrzebne przybory, poduszki gumowe, ciepłomierze, spluwaczki i t. d., a jeżeli chory nie posiada odpowiedniego łóżka, wypożycza się mu je z lecznicy.

Po ułożeniu chorego w szpitalu, lub po śmierci chorego, Spółka Bracka uzyskuje u miejscowej władzy policyjno - sanitarnej odkażanie mieszkania

i udziela zapomóg pieniężnych na pokrycie powstałych kosztów.

Organizacja ta, może niezupełnie jeszcze dostateczna, okazała się w każdym razie w zasadzie odpowiednia i dotychczasowe wyniki działalności Spółki na tem polu są dodatnie.

Dodać należy, że Spółka Bracka, aby już w zarodku zapobiec gruźlicy wysyła corocznie około 1.200 schorzałych i źle odżywianych dzieci do letnisk, zdrojów i nad morze. Przyczynia się w szerokiej mierze do zapobiegania gruźlicy, w konsekwencji czego wypadki gruźlicy u dzieci są rzadkie.

Do świadczeń rzeczowych kasy chorych mają naogół prawo następujące osoby w następujących rozmiarach:

a) Członkowie Kasy Chorych:

leczenie lekarskie ambulatoryjne względnie szpitalne, jako też leczenie dentystryczne, zaopatrzenie w potrzebne lekarstwa, okulary, opaski przepuklinowe i inne drobniejsze środki lecznicze przy leczeniu szpitalnem, oprócz tego jeszcze odzież, odżywianie i pielęgnowanie. Świadczeń tych udziela się z reguły na przeciąg najdłuższej 26 tygodni, w szczególnych wypadkach nawet na dłuższy okres czasu. Kasa chorych ponosi ponadto w pewnych wypadkach koszta większych środków leczniczych w całości lub częściowo, poza tem koszta kuracji w specjalnych zakładach leczniczych względnie kąpielowych.

b) Osoby z rodzin członków:

Żony i nie mające jeszcze lat 16 dzieci członków mają prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej lekarzy okręgowych, lekarzy specjalistów, lekarzy dentyistów oraz otrzymują medykamenty i drobniejsze środki lecznicze za zwrotem połowy ich kosztów. W szczególnych wypadkach udziela się członkom rodziny bezpłatnego leczenia szpitalnego zasadniczo w ciągu 13 tygodni oraz kuracji kąpielowej.

Świadczenia pieniężne kasy chorych są następujące:

a) Członkowie Spółki otrzymują na wypadek niezdolności do pracy, wywołanej chorobą, zasiłek chorobowy, domowy względnie kieszonkowy, w zależności od rodzaju leczenia, w ciągu najwyżej 26 tygodni od początku choroby. Zasiłek chorobowy, płatony przy leczeniu ambulatoryjnym, wynosi 50 proc. zarobku podstawowego. W wypadkach niedostatku udziela kasa chorych nadzwyczajnych jednorazowych zapomóg w gotówce, w wysokości, uzależnionej od okoliczności. Członkowie otrzymują w razie choroby świadczenia połogowe w wysokości ustalonej przez statut,

b) Osoby z rodzin członków Spółki otrzymują w wypadkach niedostatku odpowiednie jednorazowe zapomogi w gotówce; żony i córki w razie połogu świadczenia pieniężne w ramach przepisów ustawy wzgl. statutu,

c) W razie śmierci członka Spółki lub osoby z jego rodziny przysługują pozostałym zasiłki pośmiertne wzgl. pogrzebowe.

Świadczenia kasy pensyjnej są obecnie następujące:

a) pensja inwalidzka w razie niezdolności członków do pracy zawodowej,

b) pensja wdowia dla żon po zmarłych członkach Spółki i odprawa wdowia w razie ponownego zamążpójścia wdowy,

c) grosz sierocy dzieciom pozostałym po zmarłym członku Spółki,

d) zasiłki pogrzebowe w razie śmierci uprawnionych inwalidów, ich rodzin i uprawnionych wdów i sierot,

e) opieka nad chorym i pomoc dla osób z rodziny w razie choroby uprawnionych inwalidów, osób z ich rodzin i uprawnionych wdów i sierot,

f) nadzwyczajne zapomogi w szczególnych wypadkach niedostatku u inwalidów, wdów lub osób z ich rodzin.

Obecna przeciętna miesięczna pensja inwalidy zwyczajnego wynosi 75 zł., pensja wdowy zwyczajnej 45 zł., zasiłek zupełnej sieroty 14,50 zł.

Rzecz oczywista, że instytucja taka jak Spółka Bracka, nie mogła nie doznać katastrofalnych skutków wojny światowej. Oszczędności kilku generacji, nagromadzone w dziesiątkach lat, zostały przez inflację powojenną przekreślone. Równocześnie polityczne i gospodarcze skutki wojny światowej wpłynęły z jednej strony na zmniejszenie liczby czynnych, a z drugiej strony na powiększenie biernych członków Spółki. Niemniej wszystkie czynniki, tak Zarząd jak przede wszystkim członkowie sami, uporaawszy się ze skutkami inflacji, przystąpili natychmiast w dobrze zrozumianym interesie własnym i Państwa do energicznej od- i rozbudowy tej potężnej organizacji społecznej, z którą i dziś jeszcze, mimo zmniejszonej ilości członków, związane są jak najściślej losy jednej trzeciej ludności województwa śląskiego.

Powyższy pobieżny przegląd zasad ubezpieczenia górniczego powinienby dostatecznie zaznajomić z istotą i zadaniami Spółki Brackiej i utrwalić przekonanie o konieczności jej istnienia i utrzymania, podyktowanej nie tylko względami tradycyjnymi, ale specjalnymi warunkami górnictwa śląskiego. Konieczność istnienia odrębnej organizacji instytucyj brackich wynika również z charakteru tych instytucyj, jako organów ubezpieczenia zawodowego górników, których praca połączona jest ze specjalnem ubezpieczeniem dla zdrowia i życia i z tego powodu wymaga też specjalnych urządzeń i w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Spółka Bracka, to samopomoc górników zakrojona na wielką skalę, spoczywająca we własnych rękach górników; w rozmiarach swych zależna wprawdzie po części od każdorazowych warunków gospodarczych i konjunkturalnych, ale poza tem przede wszystkim od ich własnego przekonania i uznania i przeto najlepiej odpowiadająca ich potrzebom, a zarazem i interesom państwowym.

STRAJKI PRZECIW UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM?

W ostatnich dwóch miesiącach obiegała naszą prasę cała serja wiadomości o olbrzymich strajkach zorganizowanych we Francji przez robotników przeciw wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych. Skwapliwie podchwyczone przez wrogi ubezpieczeniom społecznym odłam naszej prasy i w odpowiedniej formie zaaplikowane publiczności, nie mogły one nie wywołać pewnego wrażenia. Strajki przeciw ubezpieczeniom społecznym? A więc walka z nimi tych warstw i grup, w których interesie zostały wprowadzone? Byłaby to nowina niewątpliwie bardziej kompromitująca francuską klasę robotniczą, niż ubezpieczenia społeczne; niemniej musiałaby ona wzbudzić zrozumiałego niepokój u tych wszystkich, którzy w obliczu ogromnego po wojnie rozwoju ubezpieczeń społecznych i wzmożonego zainteresowania nimi świata pracy (wyrażającego się nieraz — jak ostatnio w Czechosłowacji — strajkami, prowadzonymi, rzecz jasna, nie przeciw ubezpieczeniom społecznym, lecz w ich obronie!) upatrują w ubezpieczeniu społecznym jeden z najskuteczniejszych instrumentów nowoczesnej polityki socjalnej.

Wiadomości o ruchach strajkowych we Francji skierowanych przeciwko wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych nie wydawały się na pierwszy rzut oka prawdopodobne, ale nie mogły też być zgóry odrzucone jako niemożliwe.

Znany jest bowiem powszechnie dotychczasowy stosunek Francji do asekuracji socjalnej. Do ostatniego czasu była jedynym wielkiem państwem europejskim, które z małymi tylko wyjątkami, dotyczącymi zwłaszcza Alzacji i Lotaryngji — terytorjalnie, a ubezpieczenia górników — rzeczowo, nie znało obowiązkowego ubezpieczenia społecznego. O naogół mało przychylnem i niezbyt życzliwym, a tkwiącym niewątpliwie swymi korzeniami głęboko w narodowym charakterze francuskim — nastawieniu społeczeństwa francuskiego wobec asekuracji socjalnej, świadczyć może pozbawiony wprost precedensu fakt zbiorowego sabotażu zastosowanego we Francji wobec ustawy o emeryturach robotniczych i włościańskich z dnia 5 kwietnia 1910 r. Ustawa ta, zresztą skonstruowana dość wadliwie i błędnie, a wprowadzająca obowiązek ubezpieczenia bardzo szerokich grup pracowników najemnych przemysłu, handlu i rolnictwa, jakkolwiek formalnie do dziś dnia obowiązująca została w bardzo tylko ciasnym zakresie wprowadzona w życie, a już zwłaszcza od głośnego wyroku Cour de Cassation z r. 1913 (zwalniającego pracodawcę z odpowiedzialności za potrącenie składki ubezpieczonego) straciła wszelkie znaczenie (obejmuje dziś zamiast 8 milionów ledwie 1.200.000 ubezpieczonych). Nieudany eksperyment z loi sur les retraites paysannes et ouvrières i względne powodzenie — może we Francji (po Danji) stosunkowo największe — ubezpieczenia dobrowolnego (w 26.000 Sociétés de Secours mutuels zorganizowanych jest dziś niemniej jak 6 i pół miliona ubezpieczonych!) sprawiły — obok różnych innych czynników zasadniczej natury, że nieufny stosunek do

obowiązkowych ubezpieczeń społecznych okazywały wprawdzie przedewszystkiem warstwy materialnie w tem zainteresowane, by ich we Francji nie wprowadzono, że jednak nie odnosiły się do nich z entuzjazmem również i te grupy społeczne, w których dobrze zrozumiałym interesie leżało ich ustanowienie. To też nie bez podstaw francuski przywódca robotniczy Jouhaux scharakteryzował ostatnio Francję jako „kraj stosunkowo mało dostosowany do nowoczesnego rozwoju społecznego, w którym propaganda za ubezpieczeniami społecznymi natrafiać musi na poważne trudności“.

Brak tu miejsca dla zastanowienia się nad tem, w jaki sposób mimo zorganizowanej znakomicie, lepiej niż gdziekolwiek indziej na kontynencie europejskim, akcji sfer kapitalistycznych wprost monopolizujących wpływową prasę codzienną, a traktujących projekt przymusowych ubezpieczeń społecznych narzeczian jako wymysł bolszewicki i jako kopję „nieszczęśliwego wynalazku Bismarcka“ zdołano we Francji jednorazowo przeprowadzić największą reformę ubezpieczeniową, jaką zna historia. Ale i w krótkich dziejach wprowadzania ubezpieczeń społecznych we Francji nie brak szczegółów świadczących o bardzo swoistym i jedynym w swoim rodzaju stosunku do nich wszystkich czynników w mniejszym lub większym stopniu ponoszących odpowiedzialność za wydanie nowej ustawy.

Ustawę z 5 kwietnia 1928 r. uchwalono (ostatni akt parlamentu przed zakończeniem kadencji i nowymi wyborami...) jednomyślnie. Ale już nazajutrz po jej ogłoszeniu rozpoczęła się bodaj równie jednomyślna przeciw niej kampanja, świetnie zorganizowana przez koalicję jej wrogów. Okrzyczano ją jako „loi folle“ czy „loi d'escroquerie“. Uznano, że nie może być wprowadzona w życie „telle quelle“. Prasa zamieszczała fotografię jednego jedyne go deputowanego, który, w ogólnej psychozie zmierzającej ku użyciu ustawy o ubezpieczeniu społecznym (po odpowiednim jej rozreklamowaniu) jako atutu wyborczego, „miał odwagę cywilną“ nie głosować za ustawą. Skończyło się na tem, że — znowu fakt pozbawiony analogii w dziejach ustawodawstwa! — ustawę z dn. 5 kwietnia 1928 r. o ubezpieczeniach społecznych t. zw. Lex Chauveau jeszcze przed jej wprowadzeniem w życie dwukrotnie znowelizowano na podstawie trzech rządowych projektów ustawy (najważniejsze „rectificatifs“ z 29 marca 1929 r. i z 26 lipca 1929 r.) Nic dziwnego, że w tych warunkach wytworzyć się musiał niemały chaos prawny przy wprowadzeniu tak rozległej i skomplikowanej organizacji scalonego ubezpieczenia na wypadek choroby, macierzyństwa, śmierci, starości i niezdolności do pracy w drodze kilkudziesięciu rozporządzeń wykonawczych wydanych do trzech tych ustaw.

Wszystkie okoliczności, poprzedzające wprowadzenie w życie ustawy zdawały się zapowiadać, że napatka ona we wszystkich środowiskach i sferach, nieprzyzwyczajonych do ubezpieczeń społecznych i z nie-

mi nieobeznaczonych, na bardzo istotne i poważne trudności rzeczowe.

Główną podstawę finansową nowego ubezpieczenia społecznego stanowi składka ponoszona na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy po połowie przez pracodawcę i ubezpieczonego (ta ostatnia potrącana przez pracodawcę przy wypłacie zarobku), a narazie łącznie wynosząca przeciętnie około 8 proc. zarobku. (obniżono więc składkę w stosunku do dawnego tekstu ustawy o 2 proc.).

Przy wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych musiały się więc nasunąć zasadniczo dwa pytania: 1) czy pracodawcy uiszczą obciążającą ich składkę i 2) czy pracownicy najemni nie zareagują wrogo wobec potrącenia im przez pracodawców obciążającej ubezpieczonego części składki ubezpieczeniowej.

Dzisiaj po trzech blisko miesiącach od daty wprowadzenia w życie ustawy można już stwierdzić, że wbrew wszelkim obawom i wątpliwościom odbyło się ono nadspodziewanie pomyślnie.

„Zastosowanie ubezpieczeń społecznych, a raczej zapłata pierwszych składek” — stwierdza niepodejrzana chyba o przychylną stronniczość wobec ubezpieczeń społecznych „Revue politique et parlementaire” (z 10 września r. b.) — „dokonały się naogół bez jakichkolwiek komplikacji w ogromnej większości przemysłowych centrów kraju. A więc z jednej strony robotnicy zgodzili się na potrącenie składek z ich zarobków, a z drugiej strony pracodawcy wyrazili zgodę na podwyżki płacy przeznaczone na złagodzenie pracownikom najemnym ciężarów nałożonych na nich przez ustawę”.

Od opinii „Revue politique et parlementaire” nie odbiegają głosy innych czasopism fachowych i prasy codziennej, które stwierdzają zgodnie, że wprowadzenie w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym dokonało się w sposób bardzo pomyślny z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych.

Czy jednak nie świadczy o czemś przeciwnym fala strajków, które z końcem lipca i początkiem sierpnia r. b. wybuchły w północnej Francji, gdy porzuciło pracę blisko 150.000 robotników przemysłu tekstylnego i metalurgicznego w okolicy Lille i w centrum przemysłowym Roubaix — Tourcoing?

Przystępując do udzielenia odpowiedzi na to pytanie winniibyśmy po kolei rozważyć, czy a) za przyczynę strajków tych należy uważać wprowadzenie ubezpieczeń społecznych (bo fakt, że „post hoc” nie świadczy jeszcze o tem, że „propter hoc”) i czy b) celem ich było usunięcie, czy też zrewidowanie w tym czy innym kierunku ubezpieczeń społecznych (bo nawet gdyby okazało się, że wejście w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym wpłynęło w pewnym stopniu i w pewien sposób na wybuch strajków, to nie wynikałoby stąd jeszcze bynajmniej, jakoby były one skierowane przeciw ubezpieczeniu społecznemu!).

Zgóry — jeszcze przed bliższym omówieniem przebiegu akcji strajkowej — wypada stwierdzić, że dwie okoliczności zdają się przemawiać przeciw temu, jakoby należało ją powiązać w tem czy innym znaczeniu z ubezpieczeniami społecznymi.

Okoliczność, że strajki wybuchły tylko w dwóch centrach przemysłowych północnej Francji i to tylko w obrębie pewnej gałęzi produkcji (głównie tekstyl-

nej), obejmując nie więcej jak 150.000 tysięcy pracowników, podczas gdy ustawa obejmuje swym zakresem prawie całe gospodarstwo społeczne francuskie (poza produkcją górniczą), podporządkowując sobie osobowo według obliczeń szacunkowych nie mniej jak 8 milionów ubezpieczonych, zdaje się świadczyć o tem, że strajki musiały widocznie powstać na podłożu ściśle lokalnej natury, związanem z szczególnymi warunkami określonego tego, a stosunkowo niewielkiego wycinka gospodarczego, natomiast uniezależnionem od jednolitych przecięt dla całej Francji warunków ubezpieczeń społecznych. Jeżeli Francja stanowi dzisiaj oazę pomyślności gospodarczej w nawiedzonej ostrym kryzysem Europie, to natomiast konjunkturalnie najbardziej upośledzoną gałąź produkcji francuskiej stanowi przemysł tekstylny, który po znacznym rozwoju produkcji bezpośrednio po wojnie znalazł się dzisiaj, wobec zmniejszonych możliwości zbytu produktów zagranicą, w ciężkiem położeniu; fakt, że strajk wybuchł w tej właśnie gałęzi produkcji przemysłowej, zdaje się świadczyć o tem wymownie, że ma on powody związane ze specjalną sytuacją, tego działu produkcji, że natomiast nie wiąże się z wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych.

Podobnie muszą uspasabiać krytycznie do agitacyjnego wykorzystania strajków francuskich do propagandy antyubezpieczeniowej dane co do tego, kto te strajki wywołał i prowadził.

Akcję strajkową zorganizowały związki zawodowe trzech odłamów: socjalistyczne (Confédération générale du Travail), chrześcijańskie (Syndicats libres) i komunistyczne (uniterzy).

Otóż nie jest nieznanym zasadniczym stosunek każdego z trzech tych ugrupowań do francuskiej ustawy o ubezpieczeniu społecznym i — najbezpośredniej dotyczącego materialnie ubezpieczonych — potrącenia im składki ubezpieczeniowej.

Confédération Générale du Travail, przedstawiając swą opinię komisji parlamentarnej oświadczyła już w listopadzie 1921 r., że wyraża zgodę na składkę robotniczą. Stwierdziła, że „jeżeli w przeszłości w związku z ustawą z r. 1910 o emeryturach robotniczych i włościańskich była przeciwna składce robotniczej, to tylko z tego powodu, że projekt rządowy był zupełnie niedostateczny i niezadawalający. Dzisiaj projekt rządowy przyznaje klasie robotniczej oczywiście korzyści, wobec czego C. G. T. uważa, że robotnicy nie powinni się uchylać od swego obowiązku. Chcemy — dodali przedstawiciele C. G. T. — by robotnicy na zasadzie własnych swych składek mogli domagać się za pośrednictwem swych organizacji zawodowych odpowiedniego udziału w zarządzie, gestji i administracji organizmów ustanowionych przez ustawę”. Stanowisko to podtrzymał socjalizm francuski do chwili obecnej. Podobnie określił stosunek związków zawodowych do nowej ustawy Jouhaux na „Comité National” C. G. T. z końcem lipca r. b. Już po wybuchu strajku, bo w dniu 9 sierpnia r. b. napisał Blum w „Populaire”, że „wyrażając zgodę na potrącenie składki z płacy, zdobywają sobie robotnicy za jednym zamachem wielki organizm zbiorowy, który dzięki ofiarom rąk robotniczych stanie się kamieniem węgielnym przyszłego społeczeństwa”. Zwraca

uwagę fakt, że socjalistyczne związki zawodowe uzasadniają opłacanie przez ubezpieczonych części składki głównie w ten sposób, że zapewnia ona klasie robotniczej współudział w zarządzaniu instytucjami; przytem jednak związki zawodowe nie wiążą ściśle proporcji, w jakiej przedstawiciele ubezpieczonych mieliby zasiadać we władzach ubezpieczeniowych, ze stosunkowym udziałem ubezpieczonych w składce. Punkt ten widzenia — nie odpowiadający naogół praktyce stosowanej w tym względzie w niemieckich ubezpieczeniach społecznych, — harmonizuje zresztą najzupełniej z ostatecznym rozwiązaniem tego zagadnienia, jakie spotykamy we francuskiej ustawie ubezpieczeniowej, która obciążając ubezpieczonego połową składki, przyznaje mu wzajemian za to znaczną przewagę we władzach instytucji ubezpieczeniowych (próba wprowadzenia parytetu podjęta ze strony rządu w projekcie rectificatif z 9 marca 1929 r. napotkała na tak poważny opór, że została czempredziej zaniechana).

Jeżeli tak przedstawia się stosunek związków zawodowych socjalistycznych do ubezpieczeń społecznych, to conajmniej równie pozytywnie odnosi się do nich chrześcijański odłam ruchu robotniczego. Chrześcijańska opinia robotnicza od wielu lat domagała się reformy ubezpieczeniowej. La Tour du Pin, Charmel, Albert de Mun walczyli za nią na różnych terenach. W lutym 1928 r. generał de Castelnau w imieniu Fédération Nationale Catholique dał wyraz opinii, że „instytucja ubezpieczeń społecznych opiera się najniewątpliwiej na zasadzie sprawiedliwości zawartej w boskich przykazaniach doktryny ewangelicznej. Odpowiada też dążnościom chrześcijańskiej solidarności i pomocy wzajemnej, która żyje gorąco w sercach katolików. Musimy więc przyjąć zasadę, która stanowi podstawę ustawy, mimo pewnych braków, które ona zawiera” (za braki te uchodzi w opinii katolickiej „etatystyczny charakter ubezpieczenia” i niedostateczne wykorzystanie przez nią organizacji mutualistycznych). Broszura „La Fédération Nationale Catholique et les Assurances Sociales” wydana w r. 1928 podkreśla, że ubezpieczenia społeczne są wynikiem społecznej akcji katolickiej wprowadzonej od pół wieku i że opierają się na zasadach prawdziwie chrześcijańskich, wzywając katolików do jak najdalej idącej współpracy przy wprowadzeniu ustawy w życie.

Zupełnie inaczej ustosunkował się do ubezpieczeń społecznych obóz komunistyczny. Zdając sobie z tego sprawę, że ubezpieczenia społeczne z natury rzeczy utrudniają ruchy rewolucyjne, zwalcza on je zaciekle od początku. Prowadzi obecnie celową i świadomą kampanję przeciw „faszystowskiej ustawie ubezpieczeniowej”. „Burżuazja” — wspomina Ferrat w korespondencji z Francji do „Komunistische Internationale” — „zdecydowała się na eksperyment ustawy ubezpieczeniowej, by zdławić bojową akcją proletariatu francuskiego”. „Precz z tą oszukańczą ustawą” — oto, zdaniem komunistycznego tego działacza — „najpopularniejsze dziś hasło we francuskiej klasie robotniczej”. Ruch komunistyczny dąży, zdaniem jego, do zmuszenia mieszczaństwa do odwrotu, a więc do odwołania ustawy ubezpieczeniowej. Przytem — rzecz charakterystyczna — podobnie jak obóz

socjalistyczny, który zwalczając ustawę z r. 1910, zaznaczał, że jego opozycja przeciw ustawie nie oznacza wrogiego stosunku socjalizmu do ubezpieczeń społecznych w ogólności, tak i w chwili obecnej ruch komunistyczny, zwalczając ustawę z r. 1928, podkreśla, że kampanję prowadzi nie przeciw samej zasadzie asekuracji socjalnej, ale przeciw tej jej formie, którą przyjmuje nowa ustawa w szczególności zaś przeciw przewidzianej w ustawie francuskiej składce robotniczej. „Komuniści będą musieli” — wywodzi wspomniany wyżej artykuł Ferrat'a — „w dalszym ciągu rozwijać akcję prowadzoną przeciw obecnej ustawie ubezpieczeniowej, przyczem zadaniem ich będzie bliżej wytlumaczyć zasadnicze swe stanowisko w tej sprawie, udawadniając w sposób konkretny, że nie są przeciw samej zasadzie ubezpieczeń społecznych, wykazując, że wprowadzenie właściwego ubezpieczenia społecznego, które dałoby istotne korzyści klasie robotniczej, zależy od walki, jaką proletarijat będzie musiał za nimi prowadzić i od pozycji, jaką proletarijat w tej walce zdobędzie, wreszcie wyjaśniając główne założenia, na których opierają się ubezpieczenia społeczne w Rosji sowieckiej”.

Jak widać z powyższego zestawienia tylko komunistyczny kierunek ruchu robotniczego opiera się wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych, dwa inne natomiast nie kryją się z tem, że aprobują nową ustawę, zgłaszając z całym naciskiem gotowość współpracy około wprowadzenia jej w życie; to też zgóry trudno przypuścić, by większość robotników chciała dać się użyć jako narzędzie ruchu, skierowanego przeciw ubezpieczeniom społecznym.

Nie inaczej przedstawia się też rzeczywisty stan rzeczy.

Od roku wzrastają we Francji koszty utrzymania. Zarobki robotników włókienniczych i metalurgicznych w północnej Francji nie wzrosły w tym czasie prawie zupełnie. W przeciwieństwie do niektórych innych działów produkcji nie dały próby uzyskania podwyżki w obu tych działach produkcji żadnego rezultatu. Niedostosowanie płacy do wzrastających kosztów utrzymania niewątpliwie dało się szczególnie odczuć robotnikom z chwilą wprowadzenia w życie ubezpieczeń społecznych, a więc potrącenia im przeciętnie 4 proc. płacy na cele ubezpieczenia. Jeżeli w tych warunkach robotnicy uznali za konieczne zażądanie podwyżki płac w wysokości 0,25 fr. względnie 0.50 fr. na godzinę, to należy przyjąć, że podobnie jak poprzednio tak i teraz wysuwaliby ten postulat również i w tym wypadku gdyby wysokość otrzymanej do własnej dyspozycji robotnika płacy nie była zmniejszyła się o sumę potrąconą na składkę ubezpieczeniową. Wprowadzenie w życie ustawy ubezpieczeniowej, która zresztą wpłynęła w pewnym stopniu na wzrost drożyzny, a więc obniżyła z kolei siłę nabywczą zarobku, przyspieszyło więc co najwyżej i zaostriżyło akcję zarobkową, ale jej nie wywołało.

Jeżeli tak przedstawia się ogólne podłoże strajku w północnej Francji, to o ile chodzi o centrum włókiennicze Roubaix — Tourcoing dołączają się do niego pewne warunki specjalne. Zasługują one z pewnych powodów na szczególną uwagę. Większość przedsiębiorstw włókienniczych w tym okręgu zrzeszona jest w konsorcjum, które skupiając 430 fabryk

(zatrudniających przeszło 100.000 robotników) poświęca część swego budżetu na akcję opieki społecznej nad robotnikami. Konsorcjum przed wprowadzeniem w życie ustawy domagało się wyłączenia z wprowadzonej przez nią organizacji ubezpieczeniowej robotników pracujących w tych przedsiębiorstwach, przyczem zobowiązywało się ze swej strony do zapewnienia im równowartościowych korzyści. Kiedy usiłowania konsorcjum, podyktowane chęcią bliższego zespolenia robotników zatrudnionych w jego fabrykach z przedsiębiorcą, nie doprowadziły do żadnego rezultatu, nie rzekło się konsorcjum dalszych prób zapewnienia sobie stałego personelu, a równocześnie zdepopularyzowania ustawy ubezpieczeniowej. Konsorcjum uchwaliło mianowicie wypłacać tym robotnikom, którzy pracowali cały rok w tem samym przedsiębiorstwie bez ani jednej nieusprawiedliwionej nieobecności t. zw. „prime de fidélité” w wysokości pokrywającej się naogół ze składką roczną pracownika. Inicjatywa ta miała zupełnie uzależnić od pracodawcy robotnika, zdając go odtąd faktycznie na jego łaskę i niełaskę i odsunąć go od organizacji zawodowej. Ale to jeszcze nie wszystko. Podejmując się ponoszenia ciężarów ubezpieczeniowych za swoich „wiernych” robotników, a więc zapłaty pełnej obciążającej obie strony składki, tem samem kompromitowało poniekąd równocześnie samą zasadę składki ubezpieczeniowej jako niesłuszną i nie nadającą się do urzeczywistnienia, wzbudzając w innych nieobdarzonych premją grupach pracowniczych niezadowolenie z powodu obciążenia ich połową składki. Równocześnie wprowadzenie premji wierności musiało — z tego zdawano sobie zgóry sprawę, — doprowadzić do strajku; nic łatwiejszego przecież, jak przedstawić powstały w tych warunkach ruch strajkowy, jako wymierzony przeciw ubezpieczeniom społecznym. Mając więc do wyboru 1) powszechną podwyżkę, której uparczywie przemysł włókienniczy odmawiał, powołując się na niekorzystną konjunkturę i spadek eksportu i 2) częściową podwyżkę, która — przy nieznacznie może mniejszych kosztach — zapewniała równocześnie tyle bezpośrednich i pośrednich korzyści, zdecydowało się konsorcjum na drugą drogę. Oficjalnie sfery przemysłowe uzasadniały przytem premję znaczną ruchliwością elementu robotniczego, szczególnie niebezpieczną przy skomplikowanych technicznych warunkach pracy w przemyśle tekstylnym, wskazując poza tem na funkcjonowanie oddawna systemu premij w przemyśle księgarskim i browarnianym.

Strajk, jaki w tych warunkach wybuchł w przemyśle włókienniczym, a częściowo metalurgicznym w północnej Francji, wysunął więc dwa hasła: 1) podwyżki płac, której siła nabywcza zmalała ostatnio bardzo znacznie i 2) usunięcie premji wierności uwłaczającej godności robotnika.

W programie strajku nie figurowały natomiast żadne postulaty związane z ustawą ubezpieczeniową. Rzecz ciekawa, że usiłowania w kierunku nadania

strajkom charakteru ruchu zwróconego przeciw asykuracji socjalnej, wychodziły z dwóch stron: ze strony komunistycznego odłamu robotniczego i ze strony ugrupowań pracodawców. Manifestujący pod batutą komunistyczną w Toulon robotnicy portowi podkreślając swą solidarność ze strajkiem, wrzucili przy dźwiękach międzynarodówki swe książeczki ubezpieczeniowe do kanału. Mniej hałaśliwe lecz równie tendencyjne demonstracje wielkiego kapitału zmierzwały w podobnym kierunku. Z obu tych stron podejmowane próby przekonania opinii publicznej, że poza wysuwanymi oficjalnie ze strony miarodajnych czynników postulatami, kryje się w istocie rzeczy pozytywna i świadoma walka z ubezpieczeniem społecznym napotkały jednak na ostry sprzeciw ze strony czynników rządowych.

Komunikaty urzędowe dementują energicznie wiadomości tego rodzaju rozgłaszane przez obie strony. Ministerstwo Pracy już w dniu 1 sierpnia ogłosiło po odbyciu konferencji między Ministrem Pracy Lavalem a delegacją robotniczą komunikat, który stwierdza, że „robotnicy domagają się już oddawna, jeszcze przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, podwyżki zarobków, której im stale odmawiano i protestują przeciw „prime de fidélité”. Delegacja robotnicza oświadczyła, że robotnicy są za ustawą o ubezpieczeniu społecznym, ale z powodu zwyczajki cen konieczna jest dla nich podwyżka zarobków o 25 cent. za godzinę”.

Szczegółowy przebieg strajku, kolejne stadja walki obu grup, stanowisko zajęte wobec niej przez Rząd nie interesują nas tu bliżej, jako niezwiązane bezpośrednio z reperkusjami strajku w stosunku do ubezpieczeń społecznych.

Co nas tu jednak musi szczególnie interesować, to fakt, że jak przyczyny i cele strajku, tak i jego zakończenie pozostawiło w zupełności na boku sprawę ubezpieczeń społecznych.

Formułka, która pozwoliła na zupełne zlikwidowanie strajku w Lille, ograniczyła się do ustalenia warunków podwyżki płacy, która uzależniona będzie od obliczenia przez komisje departamentalne wzrostu kosztów utrzymania i pozostawać będzie w granicach konjunkturalnych możliwości przemysłu włókienniczego w czasie najbliższym. Strajk w centrum Roubaix - Tourcoing zakończono w terminie nieco późniejszym, przyczem przyjęto zgodnie w miejsce „prime de fidélité” — „prime de présence”, która ma być przyznana — w nieco odmiennych warunkach niż poprzednio proponowane — robotnikom pracującym od roku u pracodawcy w wysokości równej składce ubezpieczeniowej ale bez dalszej jakiegokolwiek jej zależności od poziomu składki. Przy zlikwidowaniu tak jednego jak i drugiego strajku w niczem nie naruszono nałożonego ustawą na ubezpieczonego obowiązku ponoszenia przez niego połowy składki ubezpieczeniowej.

Jeszcze jedna próba kampanji przeciw ubezpieczeniom społecznym spaliła więc na panewce.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W KRÓLEWSKIEJ HUCIE

W maju r. b. minęło 8 lat od założenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie.

Powstanie i historia tego Zakładu musi wzbudzić szczególniejszą uwagę. Gdy pokrewne instytucje, jak Zakład Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie lub Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu mogły kontynuować dotychczasową działalność austriackiej względnie niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, których miejsce zajęły i po których pozostał im w znacznej części wyszkolony aparat urzędniczy, organizacja, akta, formularze i t. d., — to Zakład Ubezpieczeń Społecznych w momencie powstania nie posiadał nic. Urzędników w przeważnej mierze należało uczynić urzędowania i skomplikowanego systemu ubezpieczeń społecznych na specjalnych kursach, akta trzeba było ściągać od odnośnych instytucji ubezpieczeniowych niemieckich i wogóle należało zorganizować całą pracę w Zakładzie. Co najgorsze jednak, Zakład, w przeciwieństwie do powyżej wymienionych instytucji ubezpieczeniowych, nie posiadał żadnych rezerw, prawie żadnych funduszy, któreby mu umożliwiły należyty rozwój.

Coprawda art. 13 traktatu wersalskiego z 28 czerwca 1919 roku dział VIII, traktujący o ubezpieczeniach społecznych i ubezpieczeniach państwowych na odstąpionych terytorjach, zobowiązał Rząd niemiecki do przelania części rezerw, nagromadzonych w instytucjach ubezpieczeniowych, Rządowi polskiemu w celu zapewnienia realizacji na tychże terytorjach wszystkich ubezpieczeń społecznych i państwowych. Przekazanie tych rezerw jednak dotychczas nie nastąpiło, z wyjątkiem drobnej kwoty, wypłaconej bezpośrednio po dniu zmiany suwerenności na Górnym Śląsku.

Art. 208 Konwencji Genewskiej przewidywał zawarcie odrębnej umowy, która miała uregulować przekazanie Polsce rezerw niemieckich instytucji ubezpieczeniowych. Na kilku konferencjach, które się odbyły w tej sprawie, obie strony przysły jednak do przekonania, że w drodze bezpośrednich rokowań nie dojdą do porozumienia. Dlatego też oddano rozstrzygnięcie kwestji Komisji Arbitrażowej, która w listopadzie 1924 r. zdecydowała, że Niemcy winny przekazać Polsce tytułem nagromadzonych rezerw dla uprawnionych, ubezpieczonych w naszym zakładzie, kwotę 26 milj. marek w złocie. Większa część tej kwoty, była przeznaczona dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Gdyby Zakład otrzymał te pieniądze w pierwszym roku organizacyjnym, mógłby daleko łatwiej, niż to faktycznie się stało, rozwinąć swą działalność i przeprowadzić swe prace organizacyjne. Niestety Niemcy dzięki swym bezustannym zabiegom na forum międzynarodowym, zdołali jeszcze tyle uzyskać, że wspomnianej kwoty 26 milj. marek nie potrzebowali zapłacić gotówką; kwota ta została zaliczona do dłu-

gów Rzeszy niemieckiej spłacalnych w myśl „planów“ powojennych.

W momencie założenia Zakładu obowiązywał na Górnym Śląsku następujący stan prawny:

W wyniku plebiscytu w dniu 20 marca 1921 r. główne mocarstwa sprzymierzone decyzją z dnia 20 października 1921 r. określiły granice pomiędzy Polską a Niemcami na Górnym Śląsku, przyczem równocześnie zobowiązały Rządy Polski i Niemiecki do zawarcia odpowiedniego układu, zmierzającego do zawiązania dla wspólnego dobra ciągłości życia gospodarczego, a mającego wejść w życie z ukończeniem prac Komisji Delimitacyjnej, wytyczającej granice na miejscu. Po dłuższych rokowaniach układ taki został podpisany w Genewie w dniu 15 maja 1922 r.

W tytule II Konwencji Genewskiej w art. 181 do 215 unormowane zostały prawa i obowiązki instytucji ubezpieczeniowych, osób ubezpieczonych, rencistów i rządów odnośnych państw w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Wskutek niedostatecznego przemyślenia, szybkiego tempa w zawieraniu Konwencji i nieznajomości wśród kontrahentów stosunków, panujących na Górnym Śląsku, jak również wskutek nieorjentowania się w skomplikowanych przepisach ubezpieczeń społecznych, postanowienia powyższej Konwencji Genewskiej nie przyczyniły się do ułatwienia urzędowania Zakładu; były one powodem ciągłych nieporozumień między Zakładem a Ubezpieczalnią niemiecką i sprawiły Zakładowi wiele trudności.

Na podstawie art. 7 Ustawy Konstytucyjnej, zawierającego statut organiczny Województwa Śląskiego z 15 lipca 1920 r. ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczeń społecznych przekazane zostało Sejmowi Śląskiemu, przyczem czasowo ograniczono właściwość Sejmu Śląskiego do chwili wprowadzenia w całej Rzeczypospolitej Polskiej lepszego względnie przynajmniej takiego samego ubezpieczenia, jakie obowiązuje na terenie Górnego Śląska.

Opierając się na powyżej przedstawionym stanie prawnym, a w szczególności na podstawie wyraźnego przepisu Konwencji Genewskiej, nakazującej powołanie do życia instytucji ubezpieczeniowych, któreby objęły funkcje odnośnych niemieckich instytucji, Tymczasowa Rada Wojewódzka rozporządzeniem z dnia 28 czerwca 1922 r. Dz. U. Śl. Nr. 4, które zostało zatwierdzone później przez Sejm Śląski, utworzyła Zakład Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą w Królewskiej Hucie, jako instytucję o charakterze publiczno - prawnym, dając tylko zupełnie ogólne zarysy organizacji Zakładu, pozatem zaś odwołując się do obowiązujących ustaw i rozporządzeń niemieckich.

Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych powierzono w roku 1922 przeprowadzenie trzech rodzajów ubezpieczeń społecznych, a mianowicie: ubezpieczenia od wypadków, ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa

i pozostałych rodzin i ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych, dla których to ubezpieczeń istniały w Niemczech trzy odrębne instytucje ubezpieczeniowe. Ubezpieczenie od wypadków przeprowadzały w Niemczech osobne Spółki zawodowe (Berufsgenossenschaft) których zakres działania był ograniczony terytorjalnie i przedmiotowo na gałęzie przemysłu, handlu i t. d., ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i pozostałych rodzin przeprowadzały osobne „Ubezpieczalnie Krajowe“, działające zasadniczo na terenie jednej prowincji, wreszcie ubezpieczenie pracowników prywatnych przeprowadzała jedna ubezpieczalnia na całym terytorjum państwa niemieckiego. Pierwsze dwa rodzaje ubezpieczeń były regulowane przez Ordynację Ubezpieczeniową Rzeszy z 19 lipca 1911 r., zaś ubezpieczenie funkcjonariuszy prywatnych osobną ustawą z dnia 20 grudnia 1911 r. Każda z tych instytucji ubezpieczeniowych posiadała odmienny ustrój i odmiennie zorganizowane organa.

Dla dalszego przeprowadzenia wymienionych ubezpieczeń podzielono Zakład na trzy Wydziały według rodzajów ubezpieczenia, a mianowicie:

- 1) Wydział Wypadkowy,
- 2) Wydział Inwalidzki i
- 3) Wydział Ubezpieczenia Funkcjonariuszy Prywatnych; jednak nie nadano wyraźnie każdemu z tych Wydziałów osobowości prawnej. Rozporządzenie wyżej wspomniane powołało pozatem do życia tylko jeden dla całego Zakładu Zarząd oraz jedną tylko Radę Administracyjną.

Pomimo tych pozornych objawów połączenia organizacyjnego w jednej instytucji ubezpieczeniowej trzech rodzajów ubezpieczeń społecznych, nie było przy utworzeniu Zakładu zamiarem ustawodawcy, by Zakład tworzył na przyszłość jedną całość, by majątek wszystkich Wydziałów był wspólny i t. d. W tym wypadku bowiem musiałyby ulec zmianie obowiązujące przepisy odnośnych ustaw.

Ponieważ przedstawiony powyżej stan rzeczy budził ciągle nieporozumienia, — Tymczasowa Rada Wojewódzka w krótkim czasie po pojawieniu się pierwszego rozporządzenia wydała nowe rozporządzenie z dnia 12 września 1922 roku, na mocy którego organizacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uległa zmianie w tym kierunku, że utworzono wspólny Zarząd i Radę Administracyjną dla Wydziału ubezpieczenia od wypadków i dla Wydziału ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, a osobne Dyrektorjum i Radę Administracyjną dla Wydziału ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych.

Z biegiem czasu życie wykazało, że organizacja Zakładu, ujęta w powyżej wyszczególnione ramy prawne, nie jest wystarczająca. W szczególności podział Zakładu na trzy Wydziały według pierwszego rozporządzenia nie uległ zmianie, tak że nasuwały się później z tego powodu wspomniane już wątpliwości prawne. Pozatem nie była uregulowana sprawa stosunku służbowego urzędników poszczególnych Wydziałów, a dotychczasowe przepisy ustawowe w tej dziedzinie dla każdego Wydziału były inne, inny był również charakter służbowy urzędników w każdej z tych instytucji ubezpieczeniowych i t. d.

Dlatego też powstała konieczność wydania nowej ustawy o organizacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, któraby uwzględniała wszystkie powyżej wymienione braki organizacyjne.

Ustawa ta została uchwalona w dniu 5 marca 1927 roku.

W myśl tej ustawy, zamiast dotychczas istniejących Wydziałów zostały powołane do życia:

Zakład Ubezpieczenia od wypadków,
Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i
Zakład Ubezpieczenia pracowników umysłowych.
Każdy z tych Zakładów posiada osobowość prawną i ma charakter władzy publicznej.

Dla osiągnięcia i przeprowadzenia wspólnych tym Zakładom celów łączą się one w związek, noszący nazwę „Zakład Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego“, który także posiada osobowość prawną i ma charakter władzy publicznej.

Majątek i zobowiązania dotychczasowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uległy rozdziałowi pomiędzy poszczególne Zakłady.

W Zakładzie ubezpieczenia od wypadków i w Zakładzie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa czynności zgromadzenia przedsiębiorców po myśli przepisów księgi trzeciej Ordynacji Ubezpieczeniowej jak również czynności Wydziału po myśli § 1351 Ordynacji Ubezpieczeniowej wykonywuje Rada Zawiadowcza składająca się z Dyrektora Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub jego zastępcy jako przewodniczącego oraz z ośmiu zastępców ubezpieczonych i z ośmiu zastępców pracodawcy. Czynności Zarządów w Zakładach tych po myśli księgi trzeciej i czwartej Ordynacji Ubezpieczeniowej pełni Zarząd, składający się z urzędników, mianowanych przez Wojewodę oraz z czterech przedstawicieli pracodawców i z czterech przedstawicieli ubezpieczonych, jako członków honorowych. Przewodniczy Zarządowi Dyrektor Zakładu.

W Zakładzie ubezpieczenia pracowników umysłowych została powołana do życia odrębna Rada Zawiadowcza i Zarząd po myśli dawnej ustawy o ubezpieczeniu pracowników prywatnych z dnia 20 grudnia 1911 r., lecz tylko na krótko. Z chwilą wprowadzenia jednolitego w całym Państwie Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, Zakład ubezpieczenia pracowników umysłowych otrzymał organizację, przewidzianą w tym Dekrecie. Jednocześnie Zakład ten został wyłączony z organizacji Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego, wchodząc teraz w skład Związku, utworzonego powołanym Dekretem dla Zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych całej Polski.

Zarząd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego „Związku Zakładów“ składa się z członków Zarządu poszczególnych Zakładów.

Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jak również członkowie urzędnicy Zarządów poszczególnych Zakładów, mianowani przez Wojewodę, są urzędnikami śląskimi (Wojewódzkiego Związku Samorządowego), inni urzędnicy poszczególnych Zakładów są urzędnikami tychże Zakładów.

Uchwalony przez Zarząd Regulamin służbowy przewiduje prawo nominacji przez odnośny Zarząd urzędników stałych i prowizorycznych. Prawo do opatrzenia emerytalnego posiadają jedynie urzędni-

cy, mianowani na stałe w myśl obowiązujących przepisów, natomiast urzędnicy prowizoryczni są przyjmowani za trzechmiesięcznym wypowiedzeniem. Dyrektor ma prawo przyjmowania urzędników kontraktowych.

Z chwilą przyłączenia Śląska do Polski Zakład Ubezpieczeń Społecznych musiał przejąć od niemieckich instytucji ubezpieczeniowych około 20.000 rencistów wypadkowych, przeszło 24.000 rencistów inwalidzkich i wreszcie 460 rencistów z ubezpieczenia pracowników prywatnych.

Wydział wypadkowy na podstawie przepisów Konwencji Genewskiej obowiązany był przejąć czynności 38 przemysłowych spółek zawodowych, śląskiej spółki zawodowej rolniczej i wreszcie spółki zawodowej dla ogrodnictwa, które wszystkie przed objęciem władzy na Górnym Śląsku przez Polskę działały na terenie Górnego Śląska.

Wobec krótkiego okresu czasu, stojącego do dyspozycji dla utworzenia nowej instytucji ubezpieczeniowej, niemieckie spółki zawodowe zobowiązane były prowadzić sprawy ubezpieczenia od wypadków na polskim Górnym Śląsku na przeciąg sześciu miesięcy po dniu zmiany suwerenności. Natomiast Wydział wypadkowy na podstawie układu, zawartego w Katowicach 15 września 1922 r. przejął opracowanie wszystkich wypadków, zaszłych po 1 lipca 1922 r.

Również energicznie zabrał się do pracy Wydział inwalidzki.

W chwili zmiany suwerenności wydał on własne znaczki ubezpieczeniowe, karty kwitowe i t. d., i podjął na własną rękę zbieranie składek od zgorą 300.000 ubezpieczonych.

Łatwiejsze zadanie miał Wydział pracowników umysłowych ze względu na stosunkowo niewielką ilość ubezpieczonych i rencistów.

Zaledwie Zakład Ubezpieczeń Społecznych zdołał się jako tako zorganizować, okoliczności zewnętrzne postawiły mu trudne zadania do spełnienia. Ciągła dewaluacja pieniądza zmuszała ustawodawcę do stałego podwyższania świadczeń i składek ubezpieczeniowych. Zakład obowiązany był jak najrychlej przeprowadzać przeliczenie rent ewent. wydawać odnośne polecenia poczcie, aby renty jak najrychlej doszły do rąk uprawnionych i w ten sposób uchroniły się od dewaluacji. Pozatem ustawodawca w ciągu tych kilku lat znacznie rozszerzył zakres uprawnionych n. p. obniżając granice wieku dla inwalidów i wdów do 60 lat w ubezpieczeniu inwalidzkim i wogóle łagodząc warunki uzyskania świadczeń, wskutek czego Zakład, licząc się z cierpliwością uprawnionych, zmuszony był jaknajrychlej przyznawać im świadczenia.

Już nawet po wprowadzeniu złotego Sejm Śląski kilkakrotnie zmieniał świadczenia, a przez to zmuszał Zakład do bardzo intensywnej pracy.

W historii dotychczasowej działalności Zakładu można rozróżnić dwie wyraźnie rzucające się w oczy fazy, mianowicie jedną od założenia Zakładu do mniej więcej połowy 1924 roku, drugą zaś po tym czasie. W pierwszym z tych okresów działalność Zakładu ograniczała się do poboru składek i wypłaty świadczeń, wszystkie inne funkcje Zakładu albo

nie były wcale wykonywane albo też w bardzo nieznacznym stopniu.

Poczynając od powyżej wspomnianego momentu, zaczyna się powoli reorganizacja Zakładu, utrwalanie jego działalności, korygowanie błędów, rozszerzanie jego działalności. Zakład reguluje prowizorycznie swój stosunek do instytucji niemieckich na specjalnych konferencjach, ostatecznie ustala liczbę rencistów, co do których obowiązek odszkodowania przeszedł na Zakład, określa w drodze specjalnych układów stanowisko ubezpieczonych przechodnich w ubezpieczeniu inwalidzkim najpierw w stosunku do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, później w stosunku do Kolejowej Kasy Emerytalnej w Poznaniu; przeprowadza podział kompetencji w ubezpieczeniu wypadkowym między Zakładem ubezpieczenia od wypadków a Zakładem ubezpieczenia od wypadków we Lwowie i Ubezpieczalnią Krajową w Poznaniu; organizuje obszerną statystykę; wydaje objętościowe sprawozdania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych również za lata ubiegłe. Przedstawiciele Zakładu biorą czynny udział w rokowaniach międzynarodowych ubezpieczeniowych w charakterze rzeczoznawców Rządu Polskiego.

W roku 1926 rozpoczyna Zakład budowę własnego gmachu administracyjnego w Królewskiej Hucie, gdyż dotychczas mieścił się w wydzierżawionej od Zarządu miasta szkole powszechnej. Budowa gmachu zostaje ukończona w roku 1928. Jednocześnie Zakład buduje dla ubezpieczonych i dla własnych urzędników domy i mieszkania. Nabywa Uzdrowisko w Jastrzębiu celem leczenia ubezpieczonych i rencistów.

O rozmiarach działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w chwili obecnej mogą świadczyć następujące cyfry:

Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa wypłacał z końcem 1929 roku 62.314 rent. Dochody tego Zakładu ze składek w 1929 roku wynosiły 20.377.260 zł. Ilość ubezpieczonych wynosiła przeszło 300.000. Na samo leczenie wydano w tym roku 474.245 złotych.

W tym samym czasie Zakład ubezpieczenia od wypadków wypłacał rent uszkodzonym 19.510, pozostałym członkom rodziny 4.436. Wydatki na renty wynosiły 10.801.672 zł., liczba normalnych robotników ubezpieczonych w Zakładzie wynosiła 202.319. (dni robocze 60.695.947).

Danych odnośnie do Zakładu Ubezpieczenia pracowników umysłowych nie podajemy, gdyż, jak już poprzednio wspomniano, Zakład ten został wyłączony ze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z chwilą wejścia w życie Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Zarówno Zakład ubezpieczenia od wypadków jak i Zakład ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa prowadzą wzorową gospodarkę finansową. Mniejszą rolę odgrywa tutaj Zakład ubezpieczenia od wypadków, gdyż w Zakładzie tym obowiązuje system repartycji, t. zn., że dochody ze składek muszą jedynie każdorocznie pokrywać wydatki na renty. Tylko drobną stosunkowo kwotę odkłada się na nieznaczną rezerwę. Natomiast Zakład ubezpieczenia na wypadek inwa-

lidztwa, który nie otrzymał przecież nic z rezerw, uzbieranych w ciągu tylu lat przez niemieckie instytucje ubezpieczeniowe, zaczyna powoli rozwijać się i, dzięki swej przewidującej polityce, staje się coraz bardziej solidnym gwarantem ciężących na nim zobowiązań.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych spełnia swe

ciężkie i odpowiedzialne czynności przy pomocy niesłychanie małej ilości urzędników. Udało się tak zorganizować pracę urzędników, że praca każdego z nich w Zakładzie jest wyzyskiwana do maksimum. W zakładzie inwalidzkim zatrudnionych jest wszystkiego 79 urzędników, w Zakładzie ubezpieczenia od wypadków tylko 90 urzędników.

Dr. H. KLUSZYŃSKI.

O SYSTEMIE UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W ANGLJI*)

OGÓLNE ZASADY SYSTEMU UBEZPIECZENIOWEGO.

Angielski system Ogólnokrajowego Ubezpieczenia Chorobowego wprowadzony został ustawą ubezpieczeniową z r. 1911, która we wstępie została określona, jako „Ustawa, przewidująca ubezpieczenie na wypadek utraty zdrowia, oraz zapobieganie i leczenie choroby, oraz służąca do związanych z tem celów”. System ten ulegał modyfikacjom na zasadzie kilku następnich ustaw, z których najważniejszą była ustawa Konsolidacyjna z r. 1924, ale zmiany te dotyczyły głównie szczegółów i zasadniczym ich celem było uproszczenie administracji i przystosowanie ubezpieczenia do zmienionych warunków, spowodowanych wojną. Główne zasady ubezpieczenia pozostały do dziś dnia niezmienione.

Wyjątek pod tym względem stanowi może tylko ustawa, dotycząca pensji dla wdów, sierot i starców z roku 1925, podwyższająca wkładki płacone przez ubezpieczonych, i, wzamian za to, zapewniająca im ubezpieczenie na starość, oraz pensje dla wdów i sierot po zmarłych ubezpieczonych. Ale ta Ustawa, chociaż powiększa wydatnie korzyści ubezpieczonej ludności, nie zmienia, poza szczegółami, ogólnego systemu administracji.

Ubezpieczenie chorobowe jest przymusowe dla wszystkich, mężczyzn i kobiet, od 16 roku życia wzwyż, którzy są kontraktowo zatrudnieni pracą fizyczną. Poza tem, wszyscy kontraktowo zatrudnieni pracą nie fizyczną, podlegają ubezpieczeniu, o ile ich wynagrodzenie nie przewyższa 250 funtów rocznie, t. j. 10.868 zł.

System ubezpieczeniowy przewiduje również dobrowolne ubezpieczenie. Każdy, z wyjątkiem kobiety zamężnej, kto był zatrudniony i ubezpieczony nie krócej, niż przez 104 tygodnie, może, przestawszy być członkiem „zatrudnionym”, kontynuować ubezpieczenie, jako dobrowolny członek. Osoby te płacą same całą tygodniową wkładkę. Ogólna liczba ubezpieczonych w Anglii i Walji wynosi około 14.800.000

*) G. F. Mc. Cleary, lekarski urzędnik Min. Zdrowia w Anglii wydał broszurę pod powyższym tytułem. Ze względu na zasadniczo odmienną w Anglii aniżeli u nas organizację ubez. na wypadek choroby, podajemy treść tej broszury w obszernem streszczeniu. — Red.

osób, mniejwięcej jedną trzecią część ogółu ludności. Dobrowolny członek, którego ogólny dochód przekracza 250 funtów rocznie, nie jest uprawniony do świadczeń lekarskich. Koszta ubezpieczenia ponoszą częściowo ubezpieczeni, częściowo pracodawcy, częściowo państwo. Ubezpieczeni i ich pracodawcy płacą swoje części w formie tygodniowych składek, według poniższej tabeli:

Mężczyźni			
Zwykłe składki	Na ubez. chorobowe	Na pensje	Ogólna suma
Pracodawca	4 $\frac{1}{2}$ pensów	4 $\frac{1}{2}$ pensów	9 pensów
Z zarobków pracownika	4 $\frac{1}{2}$ „	4 $\frac{1}{2}$ „	9 „
Tygodniowo marka, którą nalepia pracodawca			I sz. 6 pensów
Kobiety			
Zwykłe składki	Na ubez. chorobowe	Na pensje	Ogólna suma
Pracodawca	4 $\frac{1}{2}$ pensów	2 $\frac{1}{2}$ pensów	7 pensów
Z zarob. pracow.	4 „	2 „	6 „
Tygodniowo marka, którą nalepia pracodawca			I sz. 1 pensów

Składki nie muszą być płacone za tydzień, kiedy ubezpieczony nie jest zdolny do pracy z powodu choroby, ale mogą być płacone za te tygodnie, o ile zachodzi potrzeba uzupełnienia 104 wkładek kwalifikujących do korzystania z pewnych świadczeń, lub pensji.

Udział Państwa w kosztach ubezpieczenia wynosi 1/7 części, o ile chodzi o mężczyzn, oraz 1/5, o ile chodzi o kobiety, ogólnych kosztów świadczeń i administracji.

Pracodawca odpowiedzialny jest za opłatę własnych składek, oraz składek swoich pracowników. Opłatę dokonywa się przez zakupienie specjalnych marek, które nabywa się w Urzędach Pocztowych. Marka na potrzebną sumę musi być nalepiona za każdy tydzień pracy na karcie składek. Pracodawca uprawniony jest do odebrania należnej mu od pracownika części opłaty za markę przez potrącenie z jego zarobków odpowiedniej kwoty.

Świadczenia dla ubezpieczonych są następujące:

1) Świadczenia lekarskie, t. j. zabiegi lekarskie, lekarstwa i takie środki lekarskie i chirurgiczne, jakie są przewidziane na liście, ustalonej przez Ministra Zdrowia.

2) Świadczenia chorobowe, t. j. tygodniowy zasiłek pieniężny w okresie niezdolności do pracy, spowodowanej chorobą. Zapomoga wynosi 15 szylingów tygodniowo dla mężczyzn i 12 szylingów tygodniowo dla kobiet, jest ona wypłacana w ciągu 26 tygodni począwszy od czwartego dnia niezdolności do pracy.

3) Świadczenia z powodu niezdolności do pracy, t. j. tygodniowe zasiłki (wynoszą 7 szyl. 6 pensów zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet), wypłacane, gdy kończy się prawo do świadczeń chorobowych.

Świadczenia z powodu niezdolności do pracy są właściwie dalszym ciągiem świadczeń chorobowych, w mniejszej tylko wysokości. Są one jednakowe dla każdej płci i wieku, nie zmieniają się, zależnie od wysokości zarobków. W przeciwieństwie do świadczeń chorobowych, nie są one ograniczone do 26 tygodni, ani do żadnego innego terminu, ale są wypłacane do czasu, póki ubezpieczony nie odzyska zdolności do pracy, lub dopóki nie osiągnie 65 roku życia, kiedy to zazwyczaj otrzymuje rentę z ubezpieczenia na starość. Zasiłek z powodu niezdolności do pracy, płacony tak długo, jak długo ubezpieczony jest niezdolny do pracy, jest właściwie tem samym, co renta inwalidzka. Odróżnia go od renty inwalidzkiej to, że jest wypłacany jedynie w razie całkowitej niezdolności do pracy, nie otrzymują go więc ubezpieczeni, częściowo tylko niezdolni do pracy.

4) Świadczenia macierzyńskie, t. j. zasiłek w wysokości 2 funtów w razie porodu ubezpieczonej, lub żony ubezpieczonego. Jeśli ubezpieczona jest zamężna i jest zatrudnionym członkiem, otrzymuje dodatkowo 2 funty.

5) Dodatkowe świadczenia mogą być wypłacane przez te zatwierdzone towarzystwa, które mają do dyspozycji dostateczne fundusze na ten cel. Świadczenia te mogą przybrać albo formę zwiększonego świadczenia chorobowego, świadczenia od niezdolności do pracy i świadczenia macierzyńskiego, albo też formę udziału w kosztach pewnych specjalnych zabiegów, np. dentystycznych, oftalmicznych i szpitalnych, związanych z rekonwalescencją.

Administracja ubezpieczenia wykonywana jest przez organa lokalne i centralne. Administracja lokalna, wykonywana jest przez „Zatwierdzone Stowarzyszenia” i „Komitety Ubezpieczeniowe”, pod centralnym nadzorem Ministra Zdrowia.

„Zatwierdzone stowarzyszenia” są to samorządowe związki ubezpieczonych, którzy łączą się dobrowolnie w „Stowarzyszenia”, dla celów, związanych z przeprowadzeniem ubezpieczenia chorobowego. Aby stowarzyszenie mogło wykonywać ubezpieczenie musi uzyskać zatwierdzenie Ministra Zdrowia. Istnieje 900 zatwierdzonych stowarzyszeń w Anglii i Walji, a z tych 28 posiada oddziały, które mają znaczną niezależność finansową. Istnieje około 6.000 oddziałów. Zatwierdzone stowarzyszenia administrują świadczeniami pieniężnymi, t. j. chorobowymi, niezdolności do pracy i macierzyńskimi, oraz dodatko-

wymi. Stowarzyszenia nie są zorganizowane na podstawie terytorjalnej, jednak członkowie niektórych mniejszych stowarzyszeń rekrutują się głównie z ludzi, mieszkających w jednej okolicy. Liczba członków waha się od 50 do przeszło 2.000.000. Niektóre z większych stowarzyszeń mają członków we wszystkich częściach kraju i obejmują robotników z różnych zawodów. W każdym hrabstwie i w każdym mieście istnieje „Komitet Ubezpieczeniowy”; razem jest ich w Anglii i Walji 146.

3/5 członków komitetu powołanych jest z spośród ubezpieczonych, wybierani są oni przez zatwierdzone stowarzyszenia, mające członków swoich, mieszkających w danym okręgu lub mieście. 1/5 członków wyznaczana jest przez Radę danego hrabstwa lub miasta. Z pozostałych członków dwaj są to lekarze praktykujący, wyznaczeni przez lokalny komitet lekarski; jeden jest lekarzem praktykującym, wyznaczonym przez radę hrabstwa lub miasta, a pozostali członkowie są wyznaczeni przez Ministra Zdrowia. Z członków, wyznaczonych przez Radę hrabstwa lub miasta, oraz przez ministra najmniej dwóch musi być kobietami, o ile chodzi o większe komitety; a wśród nominatów ministra musi się znajdować najmniej jeden lekarz praktykujący.)

Liczba członków komitetów ubezpieczonych może być różna, byleby nie była mniejsza, niż 20, ani nie większa, niż 40; jak wynika z powyższego, liczba lekarzy w komitecie nie może być mniejsza, niż 3, ale może być większa.

Komitety ubezpieczeniowe administrują świadczeniami lekarskimi i, w tym celu, zawierają umowy z miejscowymi lekarzami w sprawie leczenia ubezpieczonych, oraz z farmaceutami w sprawie dostarczania lekarstw, oraz lekarskich i chirurgicznych środków. Pewne sprawy załatwiają komitety po porozumieniu z 3 innymi komitetami lokalnymi, a mianowicie: z komitetem lekarskim, t. zw. „Panel” komitetem, oraz komitetem farmaceutycznym.

W każdym hrabstwie i mieście znajduje się komitet lekarski, utworzony przez lekarzy danego okręgu, reprezentujący lekarzy ubezpieczonych, oraz wszystkich członków zawodu lekarskiego na danym terenie. Do komitetu tego, który podlega zatwierdzeniu Ministra Zdrowia, zwracać się musi komitet ubezpieczeniowy we wszystkich sprawach ogólnych, dotyczących administracji świadczeniami lekarskimi.

Ze względu na konieczność ustalenia dogodnego sposobu, umożliwiającego komitetom ubezpieczeniowym uzyskanie opinii lekarzy ubezpieczeniowych w pewnych sprawach, dotyczących administracji świadczeniami lekarskimi, ustawa ubezpieczeniowa z 1911 roku przewiduje, że w każdym okręgu lekarze ubezpieczeniowi muszą utworzyć w tym celu specjalny komitet. Komitet ten nazywa się „Panel Komitet”. Wszyscy jego członkowie muszą być lekarzami, a niemniej niż 3/4 muszą być lekarzami ubezpieczeniowymi. W wielu okręgach „Panel Komitet”

*) Nie dotyczy to komitetów, mających mniej niż 25 członków.

został uznany za lokalny komitet lekarski, a wówczas nazywa się: „Lokalny Komitet Lekarski i Panel Komitet”. W innych okręgach lokalny komitet lekarski i Panel Komitet stanowią odrębne ciała.

W każdym hrabstwie i mieście istnieje komitet, wybrany przez aptekarzy ubezpieczeniowych danego okręgu, do którego zwracać się musi komitet ubezpieczeniowy we wszystkich ogólnych sprawach, dotyczących dostarczania lekarstw i stosowania ich wobec ubezpieczonych. Komitet ten nazywa się komitetem farmaceutycznym.

Ubezpieczenie chorobowe w Anglii i Walji znajduje się pod ogólnym nadzorem Ministra Zdrowia, w którego imieniu występuje w Walji Walijski Wydział Zdrowia. Ustawa ubezpieczeniowa daje ministrowi szerokie prawa. Wydaje on przepisy, mające moc prawa w różnych sprawach ubezpieczeniowych, np. w sprawie zbierania składek, administrowania świadczeniami, tworzenia komitetów ubezpieczeniowych, warunków służbowych lekarzy ubezpieczeniowych, farmaceutów i t. d. Minister jest również instancją apelacyjną w zatargach między ubezpieczonymi, lekarzami, aptekarzami, zatwierdzonymi stowarzyszeniami i komitetami ubezpieczeniowymi, chociaż funkcje jego odnośnie tych spraw przekazywane są w znacznej mierze niezależnym trybunałom, przez niego wyznaczonym.

SWIADCZENIA LEKARSKIE.

Po krótkim opisie ogólnych zasad ubezpieczenia chorobowego, zatrzymamy się szczegółowiej na administracji świadczeń lekarskich, którą to sprawą głównie zajmuje się niniejsza praca.

Pierwotny projekt ustawy ubezpieczeniowej, przewidywał, że świadczenia lekarskie będą administrowane przez zatwierdzone stowarzyszenia. Lekarze gwałtownie przeciwstawili się temu, domagając się utworzenia lokalnych instancji, w których lekarze byliby reprezentowani, powołanych specjalnie do administrowania świadczeniami lekarskimi. Rząd zgodził się na tę zmianę i ustawa przewiduje utworzenie komitetów ubezpieczeniowych, których obowiązkiem jest dostarczanie lekarzy ubezpieczeniowych i rozdział ubezpieczonych na każdym terenie między lekarzy danego terenu. Ani lekarze ubezpieczeniowi, ani farmaceuci ubezpieczeniowi, nie mają bezpośredniego kontaktu administracyjnego z zatwierdzonymi stowarzyszeniami.

Komitety ubezpieczeniowe nie mają prawa doboru lekarzy. Każdy zarejestrowany lekarz praktykujący (prócz lekarzy, których nazwiska zostały usunięte z listy lekarskiej przez Ministra) ma prawo zażądać od komitetu ubezpieczeniowego, aby umieścił jego nazwisko na liście lekarzy, uprawnionych do udzielania opieki i pomocy lekarskiej ubezpieczonym na warunkach, zaproponowanych przez komitet i zatwierdzonych przez Ministra. Prawo każdego wykwalifikowanego lekarza do uczestniczenia w lekarskiej służbie ubezpieczeniowej było jedną z zasad, o które zawód lekarski gwałtownie walczył w okresie, gdy projekt ustawy rozpatrywany był nadto prawa dla ubezpieczonych wolnego wyboru przez Parlament. Zawód lekarski domagał się po-

lekarza, co również zostało uwzględnione w ustawie. Ubezpieczony ma prawo wybrać jakiegokolwiek lekarza z pośród tych, którzy znajdują się na liście lekarskiej danego okręgu, w którym mieszka, w zależności od zgody tego lekarza, i może w każdej chwili zmienić lekarza za jego zgodą, lub bez zgody, o ile zawiadomia o tem na 2 tygodnie zgóry komitet ubezpieczeniowy. Lekarz może również uzyskać usunięcie ze swojej listy tej ubezpieczonej osoby, za której leczenie nie chce już ponosić odpowiedzialności, ale to podlega pewnym ograniczeniom.

Zatwierdzone stowarzyszenia zawiadamiają o wszystkich swoich członkach Ministra Zdrowia, który przekazuje otrzymane informacje komitetom ubezpieczeniowym, w których okręgach członkowie ci mieszkają. Komitet ubezpieczeniowy daje każdemu ubezpieczonemu kartę lekarską, wraz ze wskazówkami, w jaki sposób może on uzyskać pomoc lekarza ubezpieczeniowego. We wszystkich urzędach pocztowych znajdują się listy lekarzy, które mogą obejrzeć ubezpieczeni. Ubezpieczony przedstawia kartę lekarską wybranemu przez siebie lekarzowi, który, jeśli pacjenta przyjmuje, podpisuje kartę i odsyła ją komitetowi ubezpieczeniowemu. Komitet wówczas dodaje nazwisko tego ubezpieczonego do listy danego lekarza, zwraca kartę lekarską ubezpieczonemu i posyła lekarzowi inną kartę, t. zw. kartę ewidencyjną, która służy podwójnemu celowi: 1) wchodzi w skład indeksu ubezpieczonych, za których dany lekarz jest odpowiedzialny, oraz 2) stanowi kartę ewidencyjną, na której lekarz umieszcza wszelkie szczegóły, dotyczące zabiegów lekarskich wobec danego pacjenta i chorób, na które go leczył.

Lekarz nie jest obowiązany przyjąć każdego ubezpieczonego, który pragnie zapisać się na jego listę, ale jeśli odmawia przyjęcia, musi dać zgłaszającej się do niego osobie nazwisko i adres innego lekarza, do którego może się ona zwrócić, oraz dać jej niezbędną pomoc, póki nie przyjmie jej inny lekarz. Musi również zawiadomić Komitet Ubezpieczeniowy, że odmówił przyjęcia. Jeśli ubezpieczony nie może uzyskać dobrowolnego przyjęcia przez lekarza, może zgłosić się do komitetu ubezpieczeniowego, który przekazuje jego sprawę podkomitetowi, składającemu się z 3 członków, wyznaczonych przez komitet ubezpieczeniowy, i z 3 członków, wyznaczonych przez komitet „Panel”, a ten podkomitet ma władzę przekazania danego pacjenta wybranemu przez siebie lekarzowi.

Lekarz ubezpieczeniowy, pracujący sam, nie może przyjąć więcej, niż 2.500 ubezpieczonych, ale jeżeli posiada stałego asystenta, może przyjąć dodatkową ilość, nie przewyższającą 1.500, jaką zatwierdzi komitet ubezpieczeniowy. Stały asystent nie może być jednak użyty do leczenia ubezpieczonych bez zezwolenia komitetu, a dla zatrudnienia 2 stałych asystentów przez lekarza potrzebne jest zezwolenie nie tylko komitetu, ale i Ministra Zdrowia.

Liczba urzędujących lekarzy ubezpieczeniowych w Anglii i Walji wynosi około 15.200, a przeciętna liczba ubezpieczonych na liście lekarza wynosi około 930.

Lekarska służba ubezpieczeniowa obejmuje lekarzy ogólnych, nie obejmuje specjalistów. Kontrakt lekarza z komitetem ubezpieczeniowym opiewa, iż obowiązany on jest udzielać właściwą i niezbędną pomoc lekarską, oprócz jednak tej, jaka wymaga specjalnych umiejętności i doświadczenia w stopniu, lub rodzaju, jakich od ogólnych lekarzy nie możnaby wymagać.

Określenie zakresu pomocy, do jakiej lekarz ubezpieczeniowy jest zobowiązany ustalone jest tylko w terminach ogólnych i czasami zdarzają się wątpliwe wypadki. Sprawa ta ma znaczenie z punktu widzenia praw ubezpieczonych, bo, jeśli jakieś specjalne zabiegi lekarskie nie są objęte kontraktem lekarza, ma on prawo policzyć sobie za nie specjalną opłatę. Procedura załatwiania tych spraw jest następująca: lekarz, który chce z takim żądaniem wystąpić, musi dostarczyć komitetowi ubezpieczeniowemu szczegółowych informacji o zabiegach lekarskich, jakie wykonał, lub jakie ma wykonać.

Informacje te zostają przesłane lokalnemu komitetowi lekarskiemu, który ma wyrazić opinię, czy opisane zabiegi wymagają „specjalnych umiejętności i doświadczenia w stopniu, lub rodzaju, jakich nie możnaby wymagać od ogólnych lekarzy”. Opinia lokalnego komitetu lekarskiego poddana jest następnie ocenie komitetu ubezpieczeniowego, a jeśli komitety te różnią się w zdaniach, Minister musi przedłożyć tę sprawę trybunałowi z trzech sędziów polubownych, których wyznacza, a z których dwaj muszą być praktykującymi lekarzami, a trzeci — adwokatem lub notariuszem, przyczem decyzja tych sędziów jest ostateczna. Jeżeli 2 komitety zgadzają się w opinii, decyzja ich jest zazwyczaj przyjmowana ale Minister ma prawo przekazać taką sprawę również sędziom polubownym.

Jeżeli, jak zazwyczaj zdarza się w tych sprawach, lekarz rzeczywiście wykonał operację, lub też inny zabieg, co do którego twierdzi, że wymagał on specjalnych umiejętności i doświadczenia, to musi on wykazać, że rzeczywiście posiada takie umiejętności i doświadczenie, a mianowicie: musi dowieść:

a) że miał szpitalne lub inne wypadki, które mu dały sposobność zdobycia specjalnych umiejętności i doświadczenia, potrzebnych do wykonania danego zabiegu lekarskiego i że miał rzeczywiście ostatnio praktykę w wykonywaniu zabiegu lub zabiegów podobnego rodzaju, lub

b) że miał specjalne akademickie studia, lub też studia poza akademickie obejmujące sprawy, do których zalicza się dokonany zabieg i, że jak powyżej, miał ostatnio rzeczywistą praktykę w tym kierunku, lub

c) że uznany jest ogólnie przez innych lekarzy danego okręgu, jako mający specjalne umiejętności i doświadczenie w sprawach, do których zalicza się dokonany zabieg.

Obowiązki lekarzy ubezpieczeniowych ustalone są szczegółowo w warunkach służbowych, przepisanych przez Ministra i stanowią część umowy każdego lekarza z komitetem ubezpieczeniowym. W umowach są określone ponadto pewne specjalne obo-

wiązki, co do których potrzebne jest krótkie objaśnienie.

Od początku swojej pracy ubezpieczeniowej lekarze mają obowiązek prowadzenia ewidencji, co do chorób swoich pacjentów.

Jak już było powiedziane, lekarskie karty ewidencyjne, w ich obecnej formie, służą podwójnemu celowi: są spisem pacjentów, za których leczenie jest on odpowiedzialny, oraz zawierają dokładne wyliczenie: (I) chorób, na które dany pacjent był leczony, czy to przez tego samego lekarza czy też przez poprzednich lekarzy ubezpieczeniowych; następnie (II) zawierają sprawozdanie z przeprowadzonych badań pacjentów i dokonanych zabiegów. Gdy pacjent zmienia lekarza, karta ewidencyjna, dotycząca jego choroby, zostaje odebrana od lekarza, który był dotychczas odpowiedzialny za jego leczenie, i przesłana do nowego lekarza; przytem zwrócona jest uwaga na to, by podczas przekazywania ewidencji przez jednego lekarza drugiemu został utrzymany poufny charakter zawartych tam informacji. Karty ewidencyjne, chociaż mają wartość statystyczną, nie są prowadzone głównie dla celów statystycznych. Są to dokumenty o charakterze klinicznym. Ich najważniejszym celem jest dostarczenie lekarzowi, który w danym czasie jest odpowiedzialny za leczenie danego ubezpieczonego pacjenta, szczegółów, dotyczących jego poprzedniej lekarskiej historii, nie tylko za okres, kiedy był leczony przez tego samego lekarza, ale i za okres kiedy leczyli go inni lekarze. W ten sposób, lekarz ubezpieczeniowy ma w wypadkach, dotyczących ubezpieczonego pacjenta, specjalne ułatwienia, których nie ma w wypadkach, dotyczących prywatnych pacjentów.

Lekarz ubezpieczeniowy obowiązany jest dostarczać urzędnikowi, zajmującemu się sprawami gruźlicy w miejscowym urzędzie zdrowotnym, periodycznych raportów klinicznych, dotyczących ubezpieczonych, których ten lekarz leczy na gruźlicę, a lekarz otrzymuje podobne raporty od tego urzędnika w czasie, gdy pacjent, chory na gruźlicę, znajduje się na leczeniu w sanatorium, lub też w innej instytucji, podlegającej miejscowej władzy rządowej. W ten sposób lekarze pozostają w ścisłym kontakcie z krajową organizacją kontroli gruźlicy.

Jednym z obowiązków lekarzy ubezpieczeniowych jest wydawanie tym z pośród ubezpieczonych pacjentów, których uważa on za niezdolnych do pracy, zaświadczeń, stwierdzających ten fakt, po to, aby pacjenci ci mogli żądać świadczeń pieniężnych, które w takich wypadkach im się należą. Przez pierwsze lata istnienia ustawy, istniały wielkie różnice w formach wydawanych zaświadczeń, oraz w warunkach, w jakich były one wydawane, ale w 1915 roku zostały ustalone specjalne formy przepisowe i od tej pory zaświadczenia są wydawane według ściśle określonych wzorów, przewidzianych w t. zw. „Przepisach w sprawie zaświadczeń”.

Lekarze ubezpieczeniowi zazwyczaj nie wydają lekarstw. Normalna procedura polega na przepisaniu przez lekarza recepty i daniu jej pacjentowi, który może dać ją do wykonania któremukolwiek z ubezpieczonych aptekarzy w danym okręgu; ubez-

pieczeni mają wolny wybór aptekarzy tak samo, jak wolny wybór lekarzy. Po wsiach jednak, gdzie pacjenci mieliby trudności z uzyskaniem lekarstw od aptekarzy, sami lekarze wydają lekarstwa.

Ubezpieczeni mają prawo do otrzymania takich „odpowiednich i wystarczających” lekarstw i takich środków leczniczych, jakie są im przepisane przez ich lekarzy ubezpieczeniowych. Minister zdrowia zatwierdza listę środków leczniczych dopuszczalnych dla ubezpieczonych.

Lekarz ubezpieczeniowy nie jest urzędnikiem publicznym, chociaż wykonuje obowiązki o wielkiem publicznem znaczeniu i jest wynagradzany z fundusów publicznych. Jest to prywatny lekarz praktykujący, który skorzystał z prawa umieszczenia swego nazwiska na liście lekarskiej i w ten sposób wszedł w stosunek umowny z komitetem ubezpieczeniowym, obowiązując się wykonywać, zgodnie z warunkami służbowymi, opiekę lekarską i zabiegi lekarskie wobec tych ubezpieczonych, którzy wybrali go jako swego lekarza. Nie jest jednak jak np. w wojskowej służbie lekarskiej, podwładnym wyższego urzędnika lekarza, powołanego do wykonywania kontroli, t. j. odróżniania dobrej roboty od złej. Dobrą opiekę lekarską zapewnia w pewnej mierze prawo pacjenta do zmiany w każdej chwili swego lekarza, ale koniecznem było również stworzenie specjalnej procedury dyscyplinarnej dla załatwiania skarg, zgłaszanych na lekarzy czy to przez ubezpieczonych co do ich rzekomego niedbalstwa, czy też przez zatwierdzone stowarzyszenia, co do rzekomo błędnego zaświadczenia, wydanego przez lekarza, czy też w innych sprawach.

Każdy komitet ubezpieczeniowy musi wyznaczyć podkomitet lekarski, składający się w równej liczbie (zazwyczaj 3) z lekarzy, wyznaczonych przez lokalny komitet lekarski, oraz z członków, wyznaczonych przez i z pośród członków komitetu ubezpieczeniowego, reprezentujących ubezpieczonych. Członkowie podkomitetu wybierają przewodniczącego z pośród członków komitetu ubezpieczeniowego, wyznaczonych przez radę miasta, lub hrabstwa, lub też przez Ministra, którzy nie są ubezpieczonymi, urzędnikami stowarzyszeń, lekarzami, ani też aptekarzami. Skargi na lekarzy przekazywane są takiemu podkomitetowi lekarskiemu, którego obowiązkiem jest zbadać skargę i złożyć raport komitetowi ubezpieczeniowemu. Raport ten musi zawierać sprawozdanie z faktów, jakie podkomitet zbadał, i fakty te, o ile nie zostaje zgłoszone odwołanie, uważane są za stwierdzone.

Komitet, otrzymując taki raport, może, o ile przekonany jest, że dany lekarz nie jest w stanie zapewnić dostatecznej pomocy lekarskiej wszystkim ubezpieczonym, znajdującym się na jego liście, wyznaczyć (po naradzie z „Panel” komitetem) maksymalną liczbę ubezpieczonych, za których lekarz ten może ponosić odpowiedzialność lekarską. Ma również prawo domagać się od danego lekarza zwrotu kosztów jakie zostały w sposób uzasadniony i konieczny poniesione przez komitet, lub też przez któregokolwiek z ubezpieczonych, z winy tego lekarza. Następnie komitet może, jeśli uważa za stosowne,

podać tę sprawę specjalnie do wiadomości Ministra Zdrowia, by Minister orzekł, czy rozpatrywana przez siebie sprawa, sama, lub też w związku z innemi sprawami, odnoszącemi się do tego samego lekarza, wykazuje, iż pozostawienie tego lekarza na liście lekarskiej byłoby szkodliwe dla sprawności pomocy lekarskiej; w tym wypadku komitet może przedstawić sprawę Ministrowi Zdrowia.

Każda ze stron, która nie zgadza się z decyzją Komitetu, może odwołać się do Ministra Zdrowia, którego decyzja jest ostateczna.

Komitety ubezpieczeniowe obowiązane są przysłać Ministrowi Zdrowia kopje wszystkich raportów podkomitetów lekarskich, a jeżeli w jakiejkolwiek sprawie Minister uzna, że postępowanie lekarza zasługuje na nałożenie kary pieniężnej, to, bez względu na decyzję komitetu, może zarządzić potrącenie pewnej sumy z ogólnego ryczałtu, przekazywanego komitetowi na honorarja dla lekarzy danego okręgu, a w takim razie komitet potrąca tę sumę lekarzowi. Przed decyzją Ministra, lekarz ma możność przedstawienia swojej sprawy pisemnie lub ustnie powołanym do tego urzędnikom Ministerstwa, którzy znajdują się w miejscu możliwie dogodnym dla lekarza, i z którymi ma możność odbycia konferencji w każdej sprawie, w której popełnione zostało przez niego rzekome niedbalstwo. Komitet ubezpieczeniowy i „Panel” komitet informowane są o tych konferencjach i mają prawo przysłać na nie swych przedstawicieli. Nie jest to jednak w żadnym sensie traktowane jako odwołanie, lub powtórne rozpatrzenie sprawy.

Minister może zmniejszyć lekarzowi honorarja za sprawę, o których dowiaduje się inną drogą, niż za pośrednictwem raportu podkomitetu lekarskiego, ale z prawa tego nie korzysta często.

Jak już powiedziano, komitet ubezpieczeniowy musi wpisać na listę lekarską każdego lekarza, który tego żąda (o ile nie został on usunięty z listy przez Ministra), komitet może jednak wszcząć kroki o usunięcie z listy każdego lekarza, którego działalność uważa za szkodliwą dla sprawności pomocy lekarskiej, zgłaszając odpowiedni wniosek do Ministra Zdrowia.

Otrzymałszy taki wniosek, Minister tworzy komitet śledczy, składający się z adwokata, lub notariusza, zajmującego się czynną praktyką, oraz z dwóch praktykujących lekarzy, i skierowuje do nich tę sprawę do zbadania. Komitet śledczy, po zbadaniu sprawy, składa Ministrowi raport z tego, jakie zebrał fakty i jakie wysnuwa z nich wnioski, a po otrzymaniu raportu, Minister wydaje decyzję, czy pozostawienie tego lekarza na liście byłoby szkodliwe dla całości obsługi lekarskiej. Jeżeli nazwisko lekarza zostaje usunięte z listy, nie może on wrócić do lekarskiej służby ubezpieczeniowej bez zgody Ministra.

Załatwiając sprawy, w których lekarz rzekomo popełnił niedbalstwo przy leczeniu chorego, Minister ma do pomocy doradczy komitet lekarski, utworzony przez niego i składający się z: głównego urzędnika lekarskiego, oraz z 2 innych urzędników lekarzy z Ministerstwa, ponadto 3 z lekarzy, wybra-

nych przez Ministra z pośród lekarzy ubezpieczeniowych, wyznaczonych przez komitet, który uznany jest przez Ministra za przedstawicielstwo ogółu lekarzy ubezpieczeniowych, a mianowicie: przez komitet, wybierany na rocznej konferencji lokalnych komitetów lekarskich i t. zw. „Panel” komitetów.

Ogólna suma, przeznaczona na honorarja dla lekarzy ubezpieczeniowych, obliczana jest przede wszystkim według ilości osób, uprawnionych do świadczeń lekarskich. Ponieważ jednak nie można ustalić dokładnie liczby ubezpieczonych, upoważnionych do świadczeń w ciągu całego roku, przeto w porozumieniu z lekarzami ustalono następujący sposób obliczania, który został wprowadzony 10 lat temu i dał wyniki zadawalniające. Liczbę ubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń lekarskich w ciągu roku, oblicza się według ostatniego kwartału poprzedniego roku, przyczem obliczenie to jest oparte na liczbie sprzedanych znaczków ubezpieczenia chorobowego, oraz na innych odpowiednich danych. Otrzymałą w ten sposób cyfrę mnoży się przez 9 szylingów — kwota, oznaczona przez Niezależny Sąd Arbitrażowy w 1924 roku — i otrzymana suma stanowi „Centralny Fundusz Lekarski”, przeznaczony na honorarja dla lekarzy ubezpieczeniowych, który w roku 1928 wynosił około 6.581.300 funtów. Poza tem istnieje fundusz „Central Mileage Fund”, przeznaczony na pokrycie kosztów podróży, ponoszonych przez lekarzy na wsi przy odwiedzaniu pacjentów, mieszkających w znacznej odległości. W 1928 r. fundusz ten wynosił w przybliżeniu 240.000 funtów.

Oba te fundusze centralne rozdzielane są między poszczególne komitety ubezpieczeniowe przez Ministra, na wniosek komitetu rozdzielczego, wyznaczonego przezeń, w którym reprezentowani są lekarze ubezpieczeniowi, a suma, przeznaczona dla każdego komitetu ubezpieczeniowego, rozdzielana

jest między poszczególnych lekarzy danego okręgu, zgodnie z planem, przygotowanym wspólnie przez komitet ubezpieczeniowy i „Panel” komitet i zatwierdzonym przez Ministra. Podział dokonywany jest według liczby ubezpieczonych, znajdującej się na liście każdego z tych lekarzy.

Prócz tych sum, specjalny fundusz przeznaczony jest, jako pomoc dla lekarzy praktykujących w okręgach wiejskich, w których ludność mieszka w znacznem oddaleniu od lekarza lub też lekarzy znajdujących się w specjalnie trudnych warunkach. Pomoc ta przeznaczona jest np. dla umożliwienia lekarzowi utrzymania samochodu, na założenie oddziału chirurgicznego, na założenie telefonu, lub na studia pozauniwersyteckie. Specjalna uwaga była zwrócona w ostatnich latach na ułatwianie studiów pozauniwersyteckich. W 1928 roku odpowiednie plany zostały przygotowane w 26 okręgach powiatowych przez komitety ubezpieczeniowe, wspólnie z komitetami „Panel” i 89 lekarzom ubezpieczeniowym umożliwiono uczęszczanie na zatwierdzone kursy, za tygodniową opłatą 15 funtów 8 szylingów tygodniowo, przyczem suma ta obejmowała opłatę za kurs, utrzymanie w czasie uczęszczania na kurs i dostarczenie czasowego pomieszczenia.

Lekarze w okręgach wiejskich, którzy dostarczają lekarstw i środków lekarskich swoim pacjentom, otrzymują na ten cel roczną subwencję w kwocie 2 szyl. 3 pensów za każdą osobę na swojej liście, na pokrycie kosztów tych lekarstw i środków leczniczych, a inni lekarze kwotę 1 szylinga 3 pensów za każde 100 osób na liście, na te lekarstwa i środki lecznicze, jak np. iniekcje podskórne, które zazwyczaj aplikowane są osobiście przez lekarzy, lub których natychmiastowe użycie jest konieczne.

(C. d. n.)

Dr. MARJAN ZENON MOSKWA.

ART. 160 I 161 ROZP. PREZ. R. P. Z 24 XI. 1927 O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Uwagi interpretacyjne.

Wśród przepisów zawartych w rozporządzeniu Prez. R. P. z dnia 24.XI.1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, między innymi na uwagę zasługują postanowienia art. 160 i 161. Te dwa artykuły noszą specjalne piętno tendencji socjalnych, wyrażających się w zapewnieniu minimum zaopatrzenia na starość tym pracownikom umysłowym, którzy z powodu podeszłego wieku nie mogą zostać objęci ubezpieczeniem według normalnych przepisów powyższego rozporządzenia. I podczas gdy normalne zaopatrzenie w formie rent starczych i inwalidzkich, oraz rent dla członków rodzin po zmarłych ubezpieczonych opiera się na środkach finansowych, uzyskanych ze składek, wpłaconych przez pracowników i pracodawców, art. 160 i 161 przewidują zaopatrze-

nie na rachunek Skarbu P. w kwocie 50 zł. miesięcznie dla samych pracowników, wzgl. w odpowiedniej procentowej kwocie dla wdów i sierot po zmarłych pracownikach tej kategorii. Oczywiście artykuły te, a zwłaszcza art. 161, łączą się w pewnej mierze z innymi artykułami, dotyczącymi normalnego ubezpieczenia, — i tu nasuwają się wątpliwości co do granic tej łączności, zwłaszcza w odniesieniu do art. 112.

Art. 2 rozp. określa na lat 60 górną granicę wieku, w obrębie której pracownik podlega pociągnięciu do ubezpieczenia. Art. 111 i 112 określają policzalność miesięcy składkowych. Tak więc od chwili skutecznego zgłoszenia do ubezpieczenia liczą się poszczególne miesiące składkowe, choćby składki nie zostały za nie uiszczone. Jeżeli zgłoszenie nastą-

piło nie w chwili objęcia zajęcia, lecz później, w takim razie miesiące poprzedzające zgłoszenie będą zaliczone do ubezpieczenia najwyżej za 3 lata wstecz, o ile składki za nie zostaną wpłacone wzgl. wyegzekwowane. Dodatkowe zgłoszenia są nieważne, jeżeli nastąpiły po zajściu okoliczności, uprawniających do świadczeń emerytalnych, jak niezdolność do pracy, osiągnięcie wieku starczego, śmierć ubezpieczonego. Pracodawca odpowiada materialnie za szkodę, wyrządzoną pracownikowi wzgl. jego rodzinie przez nieuskutecznienie zgłoszeń przepisanych w rozporządzeniu, przyczem zakłady ubezpieczeń są obowiązane dostarczyć poszkodowanemu obliczenia świadczeń, których zostali pozbawieni skutkiem braku zgłoszeń. Art. 16 w ustępie ostatnim uzależnia nabycie uprawnień do świadczeń emerytalnych od przebycia t. zw. okresu wyczekiwania t. j. 60 miesięcy składkowych. Art. 24 określa wiek starczy, uprawniający do renty starczej, na lat 65 dla obu płci, wzgl. dla mężczyzn do lat 60 w wypadku przebycia 480 miesięcy składkowych, a dla kobiet na lat 55 w wypadku przebycia 420 miesięcy składkowych.

Są to wszystko przepisy dotyczące normalnych ubezpieczeń. Art. 160 i 161 zawierają przepisy wyjątkowe. Wedle art. 160 osoby, które w chwili wejścia w życie rozporządzenia o ubezpieczeniu, t. j. w dniu 1 stycznia 1928, ukończyły już 65 lat życia, są obywatelami polskimi, nie posiadają niezbędnych środków do życia, są niezdolne do pracy zawodowej, a przed nastaniem tej niezdolności pracowały przynajmniej 5 lat w zajęciu, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia, otrzymują zaopatrzenie na rachunek Skarbu P. w wysokości minimalnej renty inwalidzkiej t. j. 50 zł. miesięcznie. Członkowie rodzin, pozostali po śmierci takich osób, otrzymują zaopatrzenie w wysokości renty wdowiej wzgl. sieroczej, obliczonej w stosunku do wyższej minimalnej renty inwalidzkiej.

Art. 161 przewiduje dla osób, które dnia 1.I.1928 (dzień wejścia w życie rozp. o ubez.) ukończyły wprawdzie 60 lat, lecz nie przekroczyły jeszcze 65 lat, wyjątkowo pociągnięcie ich do ubezpieczenia. Normalnie bowiem wedle art. 2 wobec określenia górnej granicy wieku, uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia na lat 60, osoby te nie podlegają już temu obowiązkowi. Postanowienie art. 161 jest słusznem, ponieważ jest wiele osób, które mimo podszłego wieku są jeszcze zdolne do pracy i mogą przebyć w ubezpieczeniu przynajmniej okres wyczekiwania potrzebny dla uzyskania uprawnień do renty starczej wyższej niż zaopatrzenie na rachunek Skarbu P. z art. 160. W wypadku jednak, gdyby taka osoba nie mogła przebyć w ubezpieczeniu okresu wyczekiwania i nabyć uprawnienia do renty starczej, lub nie została objęta ubezpieczeniem z powodu braku zajęcia lub niezdolności do pracy, w takim razie nabędzie po ukończeniu 65 lat prawo do zaopatrzenia na rachunek Skarbu P., o ile jest obywatelem polskim, nie posiada niezbędnych środków do życia i jest niezdolną do pracy. Jeżeli taka osoba nie posiada tych warunków, specjalnie co do obywatelstwa polskiego i co do środków na utrzymanie, a przebyła w ubezpieczeniu pewien okres (oczywiście krótszy od okresu wyczekiwania), ma prawo do zwrotu skła-

dek uiszczonych za nią t. zn. nie tylko części składek, przypadającej na pracownika, ale i części przypadającej na pracodawcę.

Przepisy te są jasne i nie budzą żadnych wątpliwości. Jednakże praktyka ubezpieczeniowa wykazała, że mogą zająć wypadki, w których interpretacja przepisów wymaga szczególniejszej uwagi, a może nawet należy uznać potrzebę uzupełnienia odnośnych przepisów w mającej ukazać się noweli do rozporządzenia Prez. Rz. z 24.XI.27.

Mianowicie w wypadkach, gdy osoby z ust. 1 art. 161, t. j. takie, które dnia 1 stycznia 1928 ukończyły wprawdzie 60 lat, ale nie przekroczyły jeszcze 65 lat, zostają pociągnięte do ubezpieczenia, należy przyjąć oczywiście, że to ubezpieczenie w swoim przebiegu podlega normalnym przepisom rozporządzenia. W takim razie mają doń zastosowanie również art. 111 i 112. Cóż jednak zrobić w wypadku, gdy zostaje zgłoszona do ubezpieczenia osoba, która wprawdzie 1.I.1928 nie ukończyła jeszcze 65 lat, jednakże w chwili zgłoszenia miała już ten wiek przekroczony? Ust. 2 art. 112 stwierdzający, że dodatkowe zgłoszenia są nieważne, gdy nastąpią po zajściu okoliczności, uprawniających do świadczeń emerytalnych (w tym wypadku osiągnięcie wieku starczego 65 lat), wyklucza taką osobę od dobrodziejstwa art. 161.

Zastanawiając się nad kwestją stosunku przepisów art. 161 do art. 112 ust. 2 należy z jednej strony mieć na oku cel opieki społecznej, zawarty w postanowieniach art. 160 i 161. Celowość tych postanowień każe nam interpretować przepisy raczej na korzyść tej kategorii starców. Ustawodawca chce im zapewnić pewne zaopatrzenie, a więc nie można stosować bezwzględnych rygorów ustawy tam, gdzie się to mija z celem społecznym, odbiegającym od normalnych celów, którym służy ustawa. Z drugiej strony praktyczne konsekwencje zastosowania art. 112 ust. 2 muszą budzić silne zastrzeżenia. Sprawa jest o tyle ciekawszą i domagającą się autentycznego wyjaśnienia, że nie jest przedmiotem teoretycznych rozważań lecz została wywołana faktycznymi wypadkami, które zaszły po 1.I.1928.

Zastanówmy się nad poszczególnymi momentami, dającymi pewne naświetlenie sprawy.

Przedewszystkiem art. 161 kładzie w pierwszym ustępie nacisk na datę 1.I.1928, jako decydującą o obowiązku ubezpieczenia pewnych osób. Kto w tym dniu nie ukończył 65 lat i jest pracownikiem umysłowym w rozumieniu rozporządzenia, podlega ubezpieczeniu. Czy wobec tego nacisku na tę datę ma znaczenie okoliczność, że zgłoszenia dokonano po ukończeniu 65 lat?

Art. 160 i 161 mają na celu przedewszystkiem zapewnienie starcom *zaopatrzenia* na rachunek Skarbu P. a nie *świadczeń emerytalnych*, przewidzianych w rozp. Prez. R. P., a wskazanych w art. 112 ust. 2. W wyjątkowych tylko wypadkach po przebyciu okresu wyczekiwania — o czym pośrednio wspomina 2-gi ustęp art. 161 — dojdą poszczególni starcy z art. 161 do świadczeń emerytalnych. Czy więc ze względu na zasadniczy cel art. 160 i 161 można stosować ust. 2 art. 112?

Również samo brzmienie ust. 2 art. 112 nie daje pewności, co do słuszności zastosowania jego przepisów w tych wyjątkowych wypadkach. Poza wspomnianą już różnicą między zaopatrzeniem na rachunek Skarbu P. a świadczeniami emerytalnymi, budzą wątpliwość same początkowe słowa: „dodatkowe zgłoszenia”. Starcy z art. 161 są to osoby prawie bez wyjątku zgłoszone po raz pierwszy wogóle do ubezpieczenia. U tych osób więc mimo osiągnięcia wieku starczego, t. j. okoliczności uprawniającej do świadczeń emerytalnych nie można mówić o powstaniu uprawnień do świadczeń emerytalnych, ponieważ nie istniało uprzednio ubezpieczenie, uzasadniające powstanie uprawnień; również nie można mówić a „dodatkowym zgłoszeniu” tam, gdzie nie było uprzednio żadnego zgłoszenia i żadnego ubezpieczenia.

Należy zwrócić uwagę także na brzmienie dalszych ustępów art. 161. W ust. 2 jest mowa o kategoriach starców między 60 a 65 rokiem życia, którzy z pewnych powodów nie zostali przyjęci do ubezpieczenia. Są to np. osoby, które nie pozostawały w zajęciu 1.I.1928 (art. 2 pkt. 1), albo były w tym czasie niezdolne do pracy (art. 5 pkt. 1), czyli są to kategorie osób, które dla pewnych przyczyn byłyby upośledzone nawet wobec ulgowych postanowień art. 160 i 161. Jeżeliby stosować art. 112 ust. 2 i nie podciągnąć pod ubezpieczenie pewnych starców tylko z tego powodu, że zgłoszenie wpłynęło po ukończeniu 65 lat, choć byli 1.I.1928 zdrowi i pozostawali w zajęciu, to będzie to również kategorią osób upośledzonych. Jeżeli zaś ustawodawca wyliczając w ust. 2 art. 161 nie przykładowo, lecz dokładnie, różne kategorie mniej uprzywilejowanych, tej kategorii nie wymienia, należy przypuszczać, że nie przewidywał zaistnienia tych wypadków, t. zn. zastosowania art. 112 ust. 2.

Przypuśćmy jednak, że ten artykuł powinien być zastosowanym. W takim razie należy również przyjąć odpowiedzialność pracodawcy z art. 112 ust. 3 za niezgłoszenie na czas pracownika do ubezpieczenia. Ustalenie jednakże granic tej odpowiedzialności byłoby często prawie niemożliwe. O ile bowiem początek okresu, od którego zaczyna się odpowiedzialność pracodawcy, stanowi datę 1.I.1928, o tyle końca tego okresu nie można ustalić. Nie można przyjąć daty ukończenia 65 lat. Często bowiem może się zdarzyć, że odnośna osoba w dniu 1.I.1928 liczyła już 64 lat i 11 miesięcy, czyli, że odpowiedzialność pracodawcy dotyczyłaby zaledwie okresu 1 miesiąca, co w efekcie materialnym nie dałoby odnośnemu starco-

wi nawet minimum z art. 160. Należałoby więc przyjąć dwie alternatywy. Pierwsza, to odpowiedzialność pracodawcy polegająca na obowiązku zapewnienia poszkodowanemu pracownikowi minimum z art. 160. Jednakże w rozporządzeniu niema takiego przepisu, ani nie można tego rodzaju odpowiedzialności wyprowadzić z art. 160 i 161 wobec specjalnego ich charakteru wciągającego subsydjarnie Skarb P. do świadczeń socjalnych. Zresztą pracodawca może stać się niewypłacalnym.

Druga alternatywa każe przyjąć, że taki starzec nieprzyjęty do ubezpieczenia z powodu późnego zgłoszenia i nie mogący korzystać z dobrodziejstw art. 161 z powodu zdrowia i zajęcia, musiałby pracować aż do utraty zupełnej zdolności do pracy, aby dopiero wtedy procesować się z pracodawcą o odszkodowanie w myśl art. 112 ust. 3 i to ewentualnie z negatywnym skutkiem w razie niewypłacalności pracodawcy. Zdaje się, że ustawodawca nie mógł mieć na myśli tak dalece idących konsekwencji, które należałoby uważać za niesłuszną karę dla starców za to, że byli zdrowymi i mogli pracować, a tylko z powodu często parę dni wynoszącego spóźnienia nie zostali przyjęci do ubezpieczenia.

Z drugiej strony zachodzi pytanie, — w wypadku wykluczenia art. 112 ust. 2, — jak długo należy przyjmować spóźnione zgłoszenia tych starców? Czy takie zgłoszenia mogą Zakłady przyjmować i później? Zdaje się, że tak, — z tem, że zasadniczo musi być wykazane, iż dana osoba pozostawała 1.I.28 w zajęciu podlegającym ubezpieczeniu. Do ubezpieczenia będą wtedy zaliczone w razie ściągnięcia składek (art. 110, 111, 112 ust. 1) 3 lata poprzedzające zgłoszenie, a za okres z przed trzech lat wstecz, aż do 1.I.1928 odpowie pracodawca po myśli art. 112 ust. 3. Ta odpowiedzialność bowiem da się dokładnie rachunkowo określić.

Rozważania te prowadzą nas do przekonania, że wobec wyjątkowego charakteru przepisów art. 160 i 161 nie należy stosować ust. 2 art. 112 przy zgłoszeniach do ubezpieczenia osób z ust. 1 art. 161. Oczywiście sprawa domaga się autentycznej interpretacji ze strony ustawodawcy. O ileby jednak autentyczna interpretacja stwierdziła, że art. 112 ust. 2 ma zastosowanie i w wypadkach z art. 161, to w takim razie konsekwencje tego stanowiska wskazują ze względów słuszności na potrzebę wprowadzenia do art. 161 przepisu nowelizacyjnego, któryby wykluczył stosowanie art. 112 ust. 2.

ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE W ZAKRESIE OBJĘTYM KONWENCJAMI ROZRACHUNKOWEMI Z AUSTRJĄ

Mimo, iż rozrachunek z Austrią w dziedzinie b. wspólnych ubezpieczeń społecznych dokonany został dopiero w latach 1924 — 1925, i że dotyczące konwencje (omówione w sierpniowym numerze „Przeglądu U. S.”) nie weszły dotąd w życie, spora część zobowiązań dawnych instytucji austriackich przejęta została przez odpowiednie zakłady ubezpieczeniowe polskie już w pierwszych latach istnienia Państwa Polskiego. Wpłynęło na to wiele przyczyn, wśród których decydujące znaczenie odegrał sam niecierpiący zwłoki charakter zobowiązań ubezpieczeniowych ciążyących na likwidowanych instytucjach.

Jak aparat państwowy nie może stanąć w swym biegu nawet przez chwilę, tak wstrzymanie normalnej działalności ubezpieczeń, zwłaszcza wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych bez względu na powód tego wyjątkowego zjawiska, wywołuje niepożądane konsekwencje zarówno dla instytucji, jak i dla ubezpieczonych, a zwłaszcza samej idei ubezpieczeń.

Przewrót 1918 r. nie zerwał bezpośrednio dawnej łączności ubezpieczonych z b. zakładami względnie instytucjami ubezpieczeniowymi, to też jeszcze po 1 stycznia 1919 r. — krócej lub dłużej — wypłacały one renty, ściągaly składki i t. d. Było to korzystne, gdyż w chwili organizacji władz państwowych polskich trudno było zająć się od razu wszelkimi zagadnieniami społecznymi, i pozwoliło przetrwać bezboleśnie okres wstrząsu. Gorszym zjawiskiem była postępująca z dnia na dzień dewaluacja pieniężnych środków obiegowych, która przekreślała dotychczasowe wartości w tem także wartość ubezpieczeń społecznych.

Zadaniem artykułu niniejszego będzie przedstawić pokrótce, jak rozwiązano wewnętrznie problem objęty 7 konwencjami rozrachunkowemi i jakie nasuwają się ewentualnie uwagi na wypadek wprowadzenia konwencji w życie w związku z obowiązującym stanem prawnym.

I. Terytorjum przypadłe Polsce od b. monarchji austriackiej podzielone było w zakresie ubezpieczenia pensyjnego funkcyjuszami kompetencyjnie pomiędzy dwa biura krajowe Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla Funkcyjuszki, a to: biuro krajowe we Lwowie dla Galicji i Bukowiny oraz biuro krajowe dla Śląska w Opawie*).

Galicja poddana została prawie bezpośrednio po przewrocie warszawskim władzom centralnym, to też bieg wypadków był tu nieco odmienny, aniżeli na spornym obszarze Śląska Cieszyńskiego.

Pierwszym aktem natury prawodawczej, normującym ubezpieczenie pensyjne na terenie b. zaboru austriackiego (na Śląsku nie weszło w życie, o czem

później) było rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej, opublikowane w Monitorze Polskim Nr. 244 z dnia 10 listopada 1919 r. Poza okolicznością już podniesioną, że normuje ono na przyszłość sprawy wspomnianego ubezpieczenia pensyjnego, zawiera nadto cytowane rozporządzenie zasadnicze postanowienia, dotyczące kwestyj wynikających z ubezpieczenia w Powszechnym Zakładzie Pensyjnym i jego biurach krajowych. Mianowicie art. II, zawierając na terytorjum Rzeczypospolitej Polskiej działalność Powszechnego Zakładu i jego biur krajowych, przekazuje jednocześnie funkcje tego Zakładu, określone austriacką ustawą pensyjną z 16 grudnia 1906 roku. Towarzystwu Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych we Lwowie, jako Krajowemu Zakładowi Pensyjnemu. Do Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń przechodzą w myśl art. II członkowie, ubezpieczeni w Powszechnym Zakładzie Pensyjnym w Wiedniu, tudzież jego agendy, majątek i *zobowiązania*, jakie przypadną na obszar Rzeczypospolitej Polskiej na skutek likwidacji Powszechnego Zakładu Pensyjnego w Wiedniu.

Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych przejmuje (art. VIII) na obszarze b. zaboru austriackiego od daty wejście w życie rozporządzenia (10 listopada 1919) wobec członków przejętych wszystkie obowiązki, jakie dotychczas ciążyły na Powszechnym Zakładzie Pensyjnym, przy czem na zabezpieczenie praw tych członków służyć ma majątek uzyskany z likwidacji Powszechnego Zakładu Pensyjnego.

W razie gdyby otrzymany majątek nie wystarczał na zabezpieczenie dotychczasowych praw członków, co winno być stwierdzone w specjalnym sprawozdaniu do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, rozporządzenie poleca podjęcie specjalnych kroków ustawodawczych w kierunku zapewnienia przejętym członkom pełni ich praw ubezpieczeniowych.

Pomijając stosunek pojęciowy art. II i VIII rozporządzenia, należy zwrócić uwagę, iż istnieje rozbieżność pomiędzy rozporządzeniem a konwencją, dotyczącą Powszechnego Zakładu Pensyjnego przede wszystkim co do daty, od której ma nastąpić przejęcie zobowiązań (31 grudnia 1918 i 10 listopada 1919 roku). Bardziej już zasadnicze, choć wewnętrzne znaczenie posiada przepis rozporządzenia zapowiadający uregulowanie w drodze ustawodawczej problemu zapewnienia ubezpieczonym pełni ich dawnych praw po stwierdzeniu, że przyznany Polsce przy likwidacji majątek jest niewystarczający.

Co się tyczy samej konwencji, to zgodnie z art. 275 Traktatu Pokoju w Saint - Germain, na którym się opiera, krępuje ona Polskę tylko co do sposobu zużycia otrzymanych funduszy, żadną zaś miarą nie nakłada na nią zobowiązań dalej idących. To też brzmienie rozporządzenia, o ile wykracza poza

* Patrz statut Powszechnego Zakładu dla Funkcyjuszki w brzmieniu, nadanem rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 26 września 1914 r. (Dz. u. p. Nr. 259).

granice określone konwencją, winno być traktowane odrębnie.

Stan wytworzony rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z listopada 1919 r. trwał do chwili wejścia w życie ustawy z 10 czerwca 1921 roku (Dz. U. R. P. Nr. 59, poz. 370) w przedmiocie zmiany przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 1906 r. w brzmieniu, ustalonym rozporządzeniem cesarskim z dnia 25 czerwca 1914 r. Aczkolwiek ustawa ta bliższych postanowień, specjalnie co do kwestyj ubezpieczeniowych wynikających z podziału Austrii a ujętych następnie w konwencji, dotyczącej Powszechnego Zakładu Pensyjnego nie zawiera, zwłaszcza, że było to przed dokonaniem rozrachunku, to jednak stosunki walutowe ówczesne wywarły tu swój wpływ, zacierając jasny jeszcze w rozporządzeniu obraz i sprowadzając wszystko do wspólnego niejako mianownika.

Kwestje rezerw, należnych od Austrii już przy układaniu ustawy z 10 czerwca 1921 r. przestały odgrywać rolę. Zagadnienie to wysunęło się ponownie po zmianie stosunków walutowych i dokonaniu waloryzacji na gruncie wewnątrz - polskim. Natomiast kwestja waloryzacji rezerw należnych od Austrii, jak już wspomniano w numerze sierpniowym, upadła, to też nie można się zbyt łudzić, iż wartości przypadające Polsce i innym państwom z tytułu konwencji będą wystarczające na pokrycie przejętych zobowiązań.

Mimo braku rezerw polskie ustawodawstwo nie potraktowało tego działu ubezpieczenia pensyjnego po macoszemu. Jeżeli jednak mimo to ubezpieczenie w czasie dewaluacji nie odgrywało odpowiedniej roli wobec znikomości świadczeń, to należy winy dopatrywać w wyjątkowych okolicznościach, które załamały cały system gospodarki społecznej.

Jak już wspomniano, nastąpiło z biegiem czasu przeliczenie świadczeń ubezpieczeniowych i składek początkowo z marek na złote, a następnie od 1 stycznia 1928 r. według zasad jednolitego dla całego Państwa rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911).

Idea jednak wypowiedziana w rozporządzeniu z 10 listopada 1919 r. posiadać będzie bez względu na fakt wejścia w życie konwencji, dotyczącej Powszechnego Zakładu Pensyjnego pewne historyczne znaczenie, które już dziś wyraża się w usiłowaniach wynalezienia nowego klucza, mającego na celu należyte przeliczenie okresu ubezpieczenia w czasie dewaluacji, w tem także okresie 1914 — 1918 r.

Siłą faktu nasuwa się znowu kwestja rezerw.

Poza stroną finansową konwencja posiada jeszcze oblicze prawne, zawierające właściwe ujęcie rozrachunku w czasie i przestrzeni z uwzględnieniem terminów, kręgu osób, działów ubezpieczenia i t. p.

W zetknięciu z obecnym stanem prawnym mogłyby tu jeszcze wynikać niejaki trudności, które zapewne rozwiążą przepisy wykonawcze do konwencji.

Chociaż sprawa jest już najogólniej omówioną, wypada jeszcze wspomnieć o Śląsku Cieszyńskim, gdzie przed upadkiem Austrii działało biuro krajowe z siedzibą w Opawie. Rozporządzeniem Rządu Krajowego Księstwa Cieszyńskiego z dnia 11 lipca 1919 roku L. 2430/2 utworzono w Bielsku dla polskiego terytorjum Księstwa Cieszyńskiego Prowizoryczne Biuro Urzędowe Ubezpieczenia Pensyjnego dla urzędników prywatnych, mające na celu przejęcie i dalsze prowadzenie agend krajowego biura w Opawie.

Późniejsze co do chwili wydania i wejścia w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z listopada 1919 roku nie uzyskało na Śląsku mocy obowiązującej, natomiast z biegiem czasu przekształcono tamtejsze biuro bielskie na Oddział Lwowski Zakładu Pensyjnego, z kolei zaś oddział ten stał się częścią składową Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Królewskiej Hucie (po 1 stycznia 1928 roku).

II. Ubezpieczenie pensyjne w zakładach zastępczych (§ 65 ustawy austr.) — konwencja, dotycząca zastępczych zakładów pensyjnych.

O ile ogólne ubezpieczenie pensyjne zostało na ogół przejęte i unormowane przez ustawodawstwo polskie jeszcze przed podpisaniem odnośnej konwencji, o tyle ubezpieczenie pensyjne zastępcze nie znalazło właściwego rozwiązania do ostatniej chwili. Oczywiście chodzi tu o ubezpieczenie zastępcze na obszarze dzisiejszej Austrii.

Poza nadzorczym reskryptem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z 1923 roku w sprawie tymczasowego zaliczenia okresów ubezpieczeniowych przybytych w zagranicznych (w stosunku do Polski) instytucjach ubezpieczeniowych zastępczych, materji tej dotyka dopiero art. 151 rozporządzenia Prezydenta z 24 listopada 1927 roku.

Niestety rozporządzenie to aczkolwiek zostało opracowane już po podpisaniu przez Polskę konwencji, dotyczącej zastępczych zakładów mimo to ignoruje zupełnie w cytowanym art. 151 kryterja na jakich się konwencja opiera. Wyodrębnia część osób objętych także konwencją i stanowi, że w razie jeżeli ziszczą się co do nich szczegółowe warunki nastąpi zaliczenie (na zasadzie przepisów przejściowych art. 150 przy uwzględnieniu art. 145 i 149) okresu poprzedniego ubezpieczenia. Innych zaś wypadków nie dotyczy.

Pozatem wspomniany artykuł jest zakresem swym szerszy od konwencji, bo odnosi się do zagranicznych instytucji zastępczych w ogólności, a nie zaś tylko tych, które miały swą siedzibę na obszarze dzisiejszej Austrii. Streścić go można następująco: Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ponosi wobec osób przejętych do ubezpieczenia z zastępczej instytucji zagranicznej odpowiedzialność za ich nabyte tam uprawnienia (ale tylko do wysokości i na warunkach, jakie przysługiwałyby im w myśl postanowień art. 145 i 149, gdyby były ubezpieczone w instytucji ubezpieczeniowej ogólnej), o ile dana osoba w chwili utworzenia odpowiedniego polskiego zakładu — co do b. Galicji 10 listopada

1919 roku — zamieszkiwała na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, posiadała obywatelstwo polskie oraz była w tym zakładzie obowiązkowo ubezpieczona. Zatem w wypadku jeżeli np. ktoś w chwili decydującej przebywał na obszarze b. zaboru rosyjskiego i skutkiem tego nie był wówczas w danym zakładzie obowiązkowo ubezpieczony, to żadnych praw nie nabywa z tytułu osiągniętych poprzednio ekspektatyw, podobnie jak i ci, którzy — a takich jest sporo — zostali wydaleny z granic Czechosłowacji za udział w walce o Śląsk Cieszyński po stronie polskiej, a nie mają dziś wszystkich powyższych warunków. Do tego dodać jeszcze należy nieuwzględnione w art. 151 i 150 pretensje b. ubezpieczonych z tytułu ubezpieczenia w zakładach zastępczych poza granicami Polski, o ile wypadki ubezpieczeniowe zaszyły przed utworzeniem odpowiedniego polskiego zakładu.

Struktura więc art. 151 jest wadliwa w obecnej formie, gdyż nie opiera się ani na przesłankach wynikających z konwencji, ani nie bierze pod uwagę wszystkich wypadków, które należałoby rozwiązać. Toteż z chwilą ratyfikacji konwencji, dotyczącej zastępczych zakładów pensyjnych stanie się koniecznym poczynienie odpowiednich kroków, celem umożliwienia wejścia w życie jej przepisów i to zwłaszcza tych, które nie znajdują jeszcze żadnego oparcia na gruncie pozytywnego ustawodawstwa.

Podobne trudności będą się nasuwały również po zawarciu umowy rozrachunkowej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych z Czechosłowacją.

Sama konwencja, o której mówimy, mogłaby wprowadzić jako norma wyższego rzędu wypełnić własną treścią niedokładności art. 150 i 151 co do b. zaboru austriackiego, gdyby nie fakt, że postanowienia jej są w stanie zupełnej fluktuacji z uwagi na brak wyraźnego oblicza finansowego, co też czyni wartość ich zależną od późniejszego wewnętrznego uregulowania przez Polskę sposobu przeliczania przejętych ekspektatyw i uprawnień już płynnych, nabytych do momentu przełomowego.

Zwróćmy raz jeszcze uwagę na kwestję najbardziej istotną to jest finansową (pokrycie). Trudno jest w chwili obecnej wycenić w złotych kwotę udziału polskiego. Nie jest jednak bynajmniej wykluczone, że rezerwy okażą się z punktu widzenia techniczno - ubezpieczeniowego niewystarczające do pokrycia wszystkich zobowiązań w wysokości, odpowiadającej stosunkom obecnym w odniesieniu do stosunków przedwojennych lub przynajmniej takiej, która nie czyniłaby świadczeń iluzorycznymi, a nabytych ekspektatyw niewspółmiernie niskimi w stosunku do dzisiejszych kategorii płac, w jakich te osoby są — ewentualnie — obecnie ubezpieczone.

Powstaje dwojaki problem: część zaliczałoby się na warunkach art. 151, a część wisiłaby czosowo w powietrzu.

Należy przypuszczać, że sprawa pójdzie drogą już wytkniętą w art. 151, t. zn. że ciężary przekazane Polsce zostaną przejęte przez zakłady, naogół w wysokości nie niższej, jak to przewidziano w wymienionym artykule i art. 150, a więc w wysokości

ogólnego ubezpieczenia z tem, że za upraniem wyższe od poprzednio określonych (ponadustawowe) zakłady mogłyby prawdopodobnie odpowiadać dopiero wówczas, jeżeli rezerwy okażą się w pełni wystarczające.

Nie należy również zapominać tu o ubezpieczonych, którzy w myśl konwencji przypadają Polsce, lecz nie są, względnie nie byli pracownikami umysłowymi.

Wreszcie wspomnieć wypada, że z dniem 1 stycznia 1928 roku, wstrzymano wypłatę świadczeń udzielanych zaliczkowo na podstawie wymienionego reskryptu Ministerstwa tym osobom, które nie posiadały dokładnie nowych warunków wymaganych w art. 151 ust. 1 dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

III. To co powiedziano poprzednio (II) przy sposobności omawiania sprawy ubezpieczenia w zakładach zastępczych odnosi się również do ubezpieczeń zastępczych w Miejskim Zakładzie Ubezpieczeń Gminy Wiedeń oraz w Kasie Emerytalnej dla Funkcjonariuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu. Pracownikom ubezpieczonym w powyższych instytucjach zalicza odnośny polski zakład na warunkach wymienionych w art. 150 i 151 okres tego ubezpieczenia (w wysokości ogólnego ubezpieczenia).

Trzeba jednak zwrócić uwagę, że oba artykuły o zaliczeniu okresu ubezpieczenia zastępczego (t. j. ubezpieczenia w zakładach i umowach zastępczych) odnoszą się, jak to wynika z art. 150, do osób przejętych do ubezpieczenia, nie mówią zaś wyraźnie o świadczeniach płynnych, co do których wypadek ubezpieczeniowy zaszedł przed zaistnieniem okoliczności, wyszczególnionych w art. 151. Ci renciści uzyskują swe prawo dopiero po wejściu w życie konwencji w przedmiocie Miejskiego Zakładu Ubezpieczeń Gminy Wiedeń oraz Kasy Emerytalnej dla Funkcjonariuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu. Wysokość świadczeń oraz sposób ich obliczania będzie musiał być wyraźnie ustalony.

IV. Likwidacja Instytutu Pensyjnego Związku Austriackich Kolei Lokalnych i Kolejek nastąpiła przy częściowem zachowaniu przepisów statutu.

Paragraf 47 tego statutu zatytułowany „Auflösung des Pensionsinstitutes” postanawia w ustępie ostatnim następująco:

„Im Falle der Auflösung wird das nach Erfüllung der Verbindlichkeiten gegenüber dritten Personen verbliebene Vermögen des Pensionsinstitutes unter die beteiligten Verwaltungen nach dem Verhältnisse der von ihnen an das Pensionsinstitut abgeführten Mitgliederbeiträge (§§ 9 und 10) verteilt, wogegen diese Verwaltungen unbeschadet ihres Rechtes zur Forterhebung der in diesen Satzungen festgesetzten Beiträge fortan gegenüber den ihnen angehörenden, an dem Pensionsinstitute beteiligt gewesenem Bediensteten und Pensionisten, sowie deren Hinterbliebenen die Verpflichtungen des Pensionsinstitutes zur erfüllen haben”.

Z wyjątkiem kwestji podziału rezerw pomiędzy przedsiębiorstwa, należące do Instytutu, którą to sprawę potraktowano w konwencji inaczej, aniżeli

nakazuje brzmienie zacytowanego ustępu § 47, pozostawiając tem samem państwowemu kontraktującemu swobodę w zakresie sposobu repartycji otrzymanych wartości, — Instytut rozwiązany został zgodnie ze statutem z dnia 31 grudnia 1919 roku i od tej chwili przeszły na poszczególne przedsiębiorstwa zobowiązania Instytutu wynikające z ubezpieczeń oraz jego prawo do pobierania składek.

Ponieważ ubezpieczenie w Instytucie nie ograniczało się jedynie do kręgu osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w myśl ustawy pensyjnej i miało szerszy zakres oraz specjalny charakter, przeto Komitet Międzypaństwowy uznał za słuszne przejąć zobowiązania, jak to już wyżej wspomniano, na poszczególne przedsiębiorstwa, które lepiej i łatwiej będą im mogły zadośćuczynić, zwłaszcza wobec braku odpowiednich zakładów w państwach sukcesyjnych.

Na obszarze Rzeczypospolitej sprawa znalazła epilog (jeszcze przed wejściem w życie konwencji) w Najwyższym Trybunale Administracyjnym, który potwierdził obowiązki przedsiębiorstw komunikacyjnych, wynikające z rozwiązania Instytutu i nawet uznał za słuszne przekazanie przez nie rezerw ubezpieczeniowych do Zakładu Pensyjnego za pracowników, podlegających wobec zniesienia Instytutu, obowiązkowi ogólnego ubezpieczenia pensyjnego.

Nasuwa się ciekawe pytanie, w jakiej wysokości winny przedsiębiorstwa wypłacać świadczenia, t. zn. jaki klucz należy zastosować do przerachowania ciężących na nich zobowiązań w dawnej walucie koronowej.

V. Konwencja, dotycząca Kasy Chorych Zarządu b. ces. - król. Austriackich Kolei Żelaznych nie nasuwa specjalnych uwag.

VI. Kwestje wynikające z ubezpieczenia w Zawodowym Zakładzie ubezpieczenia od wypadków austriackich kolei żelaznych były już kilkakrotnie regulowane w drodze ustaw i rozporządzeń, dotąd jednak sprawa pozostaje otwartą i dopiero — zdaje się — sama konwencja pchnie ją na właściwe tory.

Ustawa z dnia 8 listopada 1921 roku w przedmiocie tymczasowego zaopatrzenia pracowników polskich kolei państwowych w b. zaborze austriackim w razie nieszczęśliwych wypadków (Dz. U. R. P. Nr. 2, poz. 5 z r. 1922) postanawia w art. 7, że Zawodowy Zakład ubezpieczeń pracowników austriackich kolei żelaznych od nieszczęśliwych wypadków w Wiedniu przestaje z dniem 31 grudnia 1920 roku skuteczniać na ziemiach polskich b. zaboru austriackiego ubezpieczenie od wypadków, zaś jego prawa i obowiązki w stosunku do wypadków, które zdarzyły się przed 1 stycznia 1921 roku, przechodzą z dniem tym na Zarząd Polskich Kolei Państwowych.

Wydane na zasadzie upoważnienia powyższej ustawy rozporządzenie Ministra Kolei Żelaznych z dnia 5 sierpnia 1922 roku (Dz. U. R. P. Nr. 88, poz.

798) określa bliżej warunki niezbędne dla uzyskania zaopatrzenia w razie nieszczęśliwego wypadku, przyczem ma być ono wypłacane z „funduszy państwowych“, a uprawniony może się go zrzec (wbrew zasadom przyjętym w ustawie wypadkowej), jeżeli przez pobieranie renty wypadkowej straciłby prawo do korzystniejszej emerytury w myśl postanowień przepisów emerytalnych, skutkiem tego że ze Skarbu Państwa można otrzymywać tylko jedno zaopatrzenie.

Ograniczenie faktyczne pobierania renty, wypadkowej zostało wywołane więc przez zamieszczenie w rozporządzeniu wykonawczem postanowienia, iż będą one wypłacane z funduszy państwowych.

Nieuzasadnione w przepisach ustawowych pozbawienie uprawnionych należnych im świadczeń zostało skorygowane rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 lipca 1929 roku o zaopatrzeniu emerytalnem etatowych pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe“ oraz o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. U. R. P. Nr. 57, poz. 448) jednakowoż niezupełnie i niewystarczająco.

Także wcześniejsze rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 3 września 1926 roku o zaopatrzeniu emerytalnem pracowników nieetatowych przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe“ oraz o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 551) oddziela już prawo do renty wypadkowej od zaopatrzenia emerytalnego, przyznając prawo do poboru równocześnie oby tych świadczeń.

Po dokonaniu ratyfikacji konwencji, dotyczącej Zawodowego Zakładu ubezpieczenia od wypadków austriackich kolei żelaznych stanie się aktualną sprawa podjęcia wypłaty wstrzymanych rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1922 roku świadczeń, wysokość zaś ich zostanie zapewne ustalona wewnętrznymi przepisami, które uzupełnią odpowiednim postanowienia obecnie obowiązujących norm emerytalnych dla pracowników kolejowych.

VII. Ciężary ubezpieczeniowe zlikwidowanego Zakładu ubezpieczeń górników od wypadków przejęte zostały przez Polskę niezależnie od postanowień konwencji, tymczasowo już na mocy rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej dnia 19 grudnia 1919 roku. (Dz. U. R. P. Nr. 6, poz. 41 z r. 1920).

Termin przełomowy ustalony w konwencji (1 stycznia 1919 roku) pokrywa się z datą, od której Polska przejęła samorzutnie wykonywanie ubezpieczenia i wypłatę świadczeń, powierzając to Zakładowi ubezpieczenia robotników od wypadków (obecnie Zakładowi ubezpieczenia od wypadków) we Lwowie.

Ustawa z dnia 7 lipca 1921 roku (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 413) w art. 31 załatwia sprawę definitywnie. Wejście w życie konwencji nie wpłynie za zmianę stanu obecnego z punktu widzenia świadczeń.

KRONIKA

BEZROBOCIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W I-EM PÓLROCZU R. B.

Równoległe z rozwojem kryzysu gospodarczego i ze wzmagającym się bezrobociem robotników fizycznych, powiększało się również w pierwszym półroczu bezrobocie pracowników umysłowych.

Według danych Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy liczba bezrobotnych pracowników umysłowych wynosiła w końcu miesiąca:

stycznia	14.877 osób
lutego	15.845 „
marca	16.827 „
kwietnia	17.761 „
maja	17.567 „
czerwca	17.357 „

Jak widzimy z powyższego zestawienia, liczba bezrobotnych pracowników wzrastała od stycznia do kwietnia i obniżała się w maju i czerwcu. Spadek ten jednak był tylko chwilowy, gdyż już w następnym miesiącu, t. j. w lipcu liczba bezrobotnych pracowników wzrosła o 18.177 osób, czyli przekroczyła znacznie poziom bezrobocia w miesiącach poprzednich.

W porównaniu do stanu w roku ubiegłym, a w szczególności do stanu z pierwszego jego półrocza, obserwujemy bardzo duży przyrost bezrobotnych pracowników umysłowych. W roku bowiem 1929 maksymalna liczba bezrobotnych pracowników wynosiła 13.445 osób (grudzień), a przeciętnie pozostawało bez pracy 10.745 pracowników umysłowych.

Zasiłki z powodu braku pracy z Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych pobierało ogółem w omawianym okresie:

styczeń	5.805 pracowników umysłowych
luty	6.796 „ „
marzec	7.469 „ „
kwiecień	7.974 „ „
maj	8.782 „ „
czerwiec	9.236 „ „

Jeśli stan z czerwca b. r. porównamy ze stanem z grudnia ubiegłego roku, to stwierdzimy, że liczba bezrobotnych pracowników umysłowych pobierających zasiłki powiększyła się znacznie, bo o 65% i osiągnęła poziom znacznie wyższy, aniżeli w roku 1928 lub 1929. W latach tych Zakłady przeciętnie wypłacały miesięcznie zasiłków w r. 1928 — 1869, w 1929 r. — 3352 bezrobotnym pracownikom umysłowym. Począwszy od sierpnia 1928 r. t. j. od miesiąca, w którym wszystkie Zakłady wypłacały już zasiłki z powodu braku pracy, obserwujemy stały i miarowy wzrost liczby pracowników pobierających zasiłki, wzrost ten, jak widzimy z podanego wyżej zestawienia nie zatrzymał się i w pierwszym półroczu bieżącego roku. Wzrost liczby pobierających zasiłki w omawianym okresie jest prawie że jednakowy we wszystkich Zakładach z wyjątkiem Zakładu poznańskiego, w którym liczba pobierających zasiłki wzrosła o 88%, podczas gdy w Zakładzie warszawskim — o 59%, w Zakładzie lwowskim — o 58% i w Zakładzie w Królewskiej Hucie — o 59%.

W końcu czerwca w poszczególnych Zakładach pobierano zasiłki z powodu braku pracy: w Zakładzie warszawskim — 3.899, lwowskim — 1.823, poznańskim — 2.322, w Król. Hucie — 1.192 bezrobotnych pracowników umysłowych. W stosunku do ubezpieczonych, najwięcej bezrobotnych pobierających

zasiłki posiadał w czerwcu Zakład poznański (4.8%), następnie Zakład lwowski (4%), w końcu Zakład w Król. Hucie (2.8%) i Zakład warszawski (2.6%).

Równoległe ze wzrostem liczby pracowników pobierających zasiłki, zwiększa się i odsetek pobierających zasiłki w stosunku do bezrobotnych pracowników, zarejestrowanych w Państwowych Urzędach Pośrednictwa Pracy. Z pośród tych pracowników pobierało zasiłki z ubezpieczenia na wypadek braku pracy:

w styczniu	39.0%
lutym	42.9%
marcu	44.4%
kwietniu	44.9%
maju	50.0%
czerwcu	53.2%

Ten stały wzrost odsetka bezrobotnych pracowników pobierających zasiłki, który trwa od sierpnia 1928 — w miesiącu tym tylko 12% z pośród bezrobotnych pracowników pobierało zasiłki, — wskazuje na coraz pełniejsze wykorzystanie ubezpieczenia na wypadek braku pracy, przez uprawnionych do tego pracowników umysłowych, oraz zapewne, na zwiększanie się wśród bezrobotnych pracowników przeciętnego okresu pozostawania bez pracy.

W pierwszym półroczu b. r. wszystkie Zakłady razem wypłaciły tytułem zasiłków z powodu braku pracy poważną kwotę 5.863.883 zł. czyli o 526.358 zł. więcej, aniżeli w ciągu całego ubiegłego roku.

Przeciętna wysokość zasiłku z powodu braku pracy wynosiła w pierwszym półroczu b. r. dla bezrobotnego samotnego w Zakładzie warszawskim — 104 zł. miesięcznie, w innych Zakładach zasiłki te były znacznie niższe, mianowicie w Zakładzie w Król. Hucie bezrobotny samotny otrzymywał — 67 zł., w Zakładzie poznańskim — 62 zł., w Zakładzie lwowskim — 60 zł.

Przeciętne zasiłki dla bezrobotnych pracowników, posiadających na utrzymaniu rodzinę, składającą się z 1 — 2 osób, były, w zależności od Zakładu, prawie lub przeszło dwukrotnie większe, aniżeli dla bezrobotnych samotnych. Najwyższe zasiłki tego rodzaju otrzymywali bezrobotni Zakładu warszawskiego, który przeciętnie wypłacał 199 zł. miesięcznie na jeden zasiłek, na drugim miejscu stoi Zakład w Król. Hucie — przeciętna wysokość zasiłku 157 zł. miesięcznie, a następnie Zakłady poznański i lwowski, od których bezrobotny, obciążony 1—2 członkami rodziny, otrzymywał zasiłek, wynoszący przeciętnie 137 zł. miesięcznie.

Najwyższe przeciętne zasiłki otrzymywali bezrobotni, posiadający ponad 2 członków rodziny. Przeciętna wysokość zasiłku dla takich bezrobotnych wynosiła w Zakładzie warszawskim — 262 zł., w Zakładzie w Król. Hucie — 216 zł., w Zakładzie poznańskim — 184 zł. i w Zakładzie lwowskim — 176 zł.

Różnice w wysokości zasiłków, pobieranych przez bezrobotnych pracowników samotnych i bezrobotnych posiadających rodzinę, wynikają z postanowień rozp. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uzależniających stosunkową wysokość zasiłków od stanu rodzinnego bezrobotnego, natomiast różnice w wysokości zasiłków, wypłacanych przez poszczególne Zakłady są wynikiem różnic w płacach pracowników ubezpieczonych, które to płace są podstawą wymiaru zasiłków z powodu braku pracy. Z tego powodu Zakład warszawski wypłaca bezrobotnym najwyższe przeciętne zasiłki, gdyż płace pracowników ubezpieczonych w tym Zakładzie są wyższe, aniżeli płace ubezpieczonych w pozostałych Zakładach.

ZMIANY W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY W NIEMCZECH.

Światowy kryzys gospodarczy wywołał w Niemczech, podobnie zresztą jak i w innych państwach, szereg ujemnych następstw, które wyraziły się przede wszystkim: 1) w zmniejszeniu dochodów Skarbu Państwa, przy równoczesnym powiększeniu jego wydatków, 2) w znacznym wzroście bezrobocia oraz pauperyzacji mas.

Jest rzeczą oczywistą, że wzrost bezrobocia, zwłaszcza o ile przybiera ono tak katastrofalne, jak obecnie, rozmiary, musi wywołać załamanie się finansowe całej akcji ubezpieczeniowej na tem polu i pod groźbą niepożądanych następstw natury społecznej spowodować zdecydowaną interwencję finansową ze strony państwa. Interwencja ta polega na uzupełnianiu przez państwo funduszów i działalności ubezpieczenia wzgl. zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, dopóki konjunktura się nie poprawi, a bezrobotni nie otrzymają pracy. Warunkiem takiej akcji jest zasobny Skarb. Gdy natomiast stan finansów państwowych ze względu na wskazane wyżej obniżanie się dochodów państwowych w związku z kryzysem nie pozwala na stosowanie przez dłuższy okres czasu systematycznej interwencji, wtedy trzeba szukać innego środka, możliwie jak najbardziej finansowo skutecznego.

Środkiem takim, który od razu rzuca się w oczy, jest, przede wszystkim, jeżeli chodzi o zapewnienie wystarczalności funduszów na świadczenia ubezpieczeniowe, podwyższenie składki ubezpieczeniowej.

W Niemczech podniesienie składki w ubezpieczeniu od bezrobocia wobec złego stanu finansów państwowych okazało się niemiękkione. Ponieważ jednak życie gospodarcze buntowało się przeciw temu, gdyż czasy kryzysów gospodarczych oraz niskich płac nie są momentem odpowiednim do zwiększania obciążeń społecznych, sfery rządowe zdecydowały się, zatrzymując dotychczasową wysokość ogólnego obciążenia na robotnicze ubezpieczenia społeczne (około 16 proc.), dokonać niejako „virement“ w dziedzinie różnych ubezpieczeń, t. j. zniżyć opłaty w jednej gałęzi, aby móc je równocześnie podwyższyć (o 1 proc.) w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Obliczenia wykazały, iż składki w ubezpieczeniu inwalidzkim są raczej niewystarczające i że w ciągu najdalej 2-3 lat nastąpić musi ich podniesienie. Pozostawało zatem z ubezpieczeń społecznych o szerszym znaczeniu tylko ubezpieczenie na wypadek choroby.

Ubezpieczenie na wypadek choroby jest na obszarze Niemiec najstarszą i bodaj najważniejszą gałęzią ubezpieczeń. Wystarczy wspomnieć, że obejmuje 22 milj. ubezpieczonych i 15 milj. członków rodzin, razem więc ponad połowę ludności Rzeszy. Wydatki w ubezpieczeniu tem dosięgły w r. 1929 zawrotnej sumy 2,2 miljarda mk. niem. i w porównaniu do lat ubiegłych wykazują znaczny wzrost.

Podczas bowiem gdy ogólne koszty ubezpieczenia chorobowego wynosiły w roku 1913 — pół miljarda mk. n., w roku 1925 — 1,3 miljarda mk. n., to w r. 1929 — jak to już wspomnieliśmy — cyfra ich dochodzi do 2,2 miljarda mk. n.

Również cyfry ubezpieczonych uległy charakterystycznym zmianom.

W r. 1914 było ubezpieczonych około 16,5 milj. osób oraz 4 milj. członków rodzin, zaś w r. 1928 — 22 milj. ubezpieczonych i 15 milj. członków rodzin.

Pozatem ryzyko choroby znacznie wzrosło.

W r. 1913 przypadało na 100 ubezpieczonych — 43 wypadki choroby połączonej z niezdolnością do pracy, zaś w roku 1928 — 54,9.

Przeciętny czas trwania niezdolności do pracy w związku z chorobą wynosił w r. 1913 — 20,2 dni, w r. 1928 — 24,2 dni.

Równoległe ze zwiększaniem się liczby wypadków chorobowych podnoszą się oczywiście i wydatki na świadczenia. Jeżeli wydatki te w r. 1913 przyrównamy do 100, to wzrost ich w r. 1928 jest następujący:

	na członka	na wypadek zachorowania	za każdy dzień zachorowania
Świadczenia pieniężne	265,2	203,9	169,8
Opieka lekarska i dentyściana	323,9	248,7	207,6
Lekarstwa i inne środki leczn.	230,0	176,7	147,1
Leczenie szpitalne	254,3	195,8	163,6

W zestawieniu powyższem rzuca się w oczy nadzwyczajny wzrost kosztów opieki lekarskiej i wydatków na leczenie szpitalne.

Z badań statystycznych przeprowadzonych nad działalnością ubezpieczenia chorobowego wynika, że niepomierny i do pewnego stopnia nawet niezrozumiały wzrost, obok liczby członków rodzin, przede wszystkim liczby wypadków chorobowych i świadczeń, zupełnie znajduje uzasadnienie w naturalnym rozwoju rzeczy.

Oczywista, że podniesienie się liczby ubezpieczonych członków rodzin można umotywić rozwinięciem ostatnio przez kasy chorych opieki lekarskiej dla tych osób, że częstsze wypadki zachorowania pozostają w związku z ubiegłą wojną, wzrastającym uprzemysłowieniem i przenoszeniem się ubezpieczonych ze wsi do miast, czyli są wynikiem pogarszania się warunków zdrowotnych oraz że zwiększenie świadczeń tłumaczyć należy wzrostem drożyzny, zmianami w wysokości ubezpieczonych płac i t. p.

Jednakowoż obok powyższych czynników odgrywają pod tym względem rolę także i inne; a mianowicie: związana z bezrobociem chęć i korzyść uciekania się o pomoc do kasy chorych, zmniejszona skłonność powrotu do zdrowia (przynajmniej zewnątrznie mało objawiana), małe zainteresowanie lekarzy finansami kas, a nawet ich dążność do udzielania uprawionym jaknajwiększych świadczeń, bez względu na wyniki finansowe, wreszcie zwiększone pobory personelu lekarskiego.

Wśród tych wszystkich okoliczności przeciętna składka ubezpieczeniowa z konieczności wzrosła z 3,5 proc. (1913 r.) na 7,5 proc. (1929 r.).

Zaznaczone okoliczności razem wzięte wpłynęły, iż zaczęto się poważnie zastanawiać nad sposobami usunięcia szkodliwych objawów oraz możliwościami „uzdrowienia“ ubezpieczenia na wypadek choroby.

Po przeprowadzeniu odpowiednich badań i obliczeń został wniesiony do parlamentu Rzeszy projekt ustawy w sprawie zmian w ubezpieczeniu na wypadek choroby, który razem z odpowiednim projektem, dotyczącym ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, tworzył całość i pozostawał w bezpośrednim związku z resztą planu finansowego rządu. Projekt przeszedł już nawet przez Radę Rzeszy i odpowiednią komisję parlamentu, następnie jednak skutkiem rozwiązania parlamentu nie mógł stać się ustawą.

Względem na konieczność natychmiastowej zmiany ustawy o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu na wypadek braku pracy uczynił wyczekiwanie na zebranie się nowego parlamentu niecelowym; to też rząd, korzystając z uprawnienia Prezydenta Rzeszy, przewidzianego w art. 48 konstytucji, wydał swoje pro-

jekty w formie rozporządzenia w dniu 26 lipca r. h. (Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände, Vom 26 Juli 1930 — Reichsgesetzblatt I, str. 311).

Bezpośrednim celem całej akcji było osiągnięcie obniżenia składki, bez równoczesnego jednak cofania wstecz rozwoju ubezpieczenia chorobowego i pogarszania stanu zdrowotnego mas ubezpieczonych.

Nowe przepisy dotyczą szeregu zagadnień, a mianowicie: kręgu osób ubezpieczonych, świadczeń, lekarzy kas, składek ubezpieczeniowych, samorządu kas i ich administracji; ponadto zawierają postanowienia o nadzorze, organizacji i postępowaniu w ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Jak to było dotychczas, obowiązek ubezpieczenia rozciąga się na wszelkiego rodzaju robotników i tych pracowników umysłowych, których wynagrodzenie nie przekracza kwoty 3600 mk. niem. rocznie.

Natomiast prawo dobrowolnego ubezpieczenia, w razie przekroczenia, po wstąpieniu do dobrowolnego ubezpieczenia, kwoty 3600 mk. n., trwa tylko tak długo, dopóki wynagrodzenie roczne nie wznieśnie się ponad najwyższą dopuszczalną kwotę 8400 mk. n.. Równocześnie uczyniono tu wyjątek dla tych dobrowolnie ubezpieczonych, którzy już od 5-ciu lat przynajmniej pozostawali dobrowolnymi członkami kasy. Celem tego było, aby nie narażać tych ubezpieczonych ze względu na ich wiek na konieczność uciekania się do ubezpieczenia prywatnego, co mogło być dla nich połączone z dużymi trudnościami.

Pozatem przyznano małżonkowi pozostałemu po ubezpieczonym pod pewnymi warunkami prawo do dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia oraz umożliwiono szersze naogół korzystanie z prawa dobrowolnego ubezpieczenia skutkiem zezwolenia na ubezpieczenie się w kasach miejsca zamieszkania.

W dziale świadczeń zostały wprowadzone daleko idące zmiany. Prawodawca, wychodząc z założenia, iż nie sprzeciwia się zasadom ubezpieczeń społecznych przetrzymywanie części ryzyka na samych ubezpieczonych, ustanawia obowiązkową opłatę za świadectwa lekarskie oraz obowiązkowy udział uprawnionego w ponoszeniu kosztów lekarstwa i środków leczniczych (recepty).

Opłata za świadectwo wynosi 50 pfen.; tyleż płaci ubezpieczony w aptecce z ceny recepty, nie więcej jednak jak rzeczywistą cenę, o ileby takowa nie przekraczała kwoty 50 pfen. niem.

Opłaty za poradę mogą być niższe wzgl. podwyższone zależnie od wynagrodzenia ubezpieczonego.

Przewidziane wyżej opłaty były już znane i poprzednio w niemieckim ustawodawstwie chorobowym. Paragraf 187-b Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy (w dawnym brzmieniu) przewidywał możliwość nałożenia przez kasę na ubezpieczonych opłaty za poradę w wysokości do 10 pfen., zaś § 182-a obowiązku uiszczania 10 proc. kosztów leków. Z pierwszego uprawnienia kasy naogół nie korzystały; co się tyczy zwrotu kosztów lekarstw, to przepis obecny jest bardziej realny i lepiej odpowiada potrzebom społecznym.

Polepszeniem stanu rzeczy w dziedzinie świadczeń jest wprowadzenie obowiązkowej opieki lekarskiej w ciągu 13 tygodni dla rodziny ubezpieczonego. Według dotychczasowych przepisów opieka ta była dobrowolnym świadczeniem kas. Członkowie rodziny pokrywają połowę ceny lekarstw i drobnych środków leczniczych.

Rozporządzenie wprowadza zasiłek chorobowy dopiero od 4-go dnia niezdolności do pracy oraz przewiduje pewne rygory w sposobie obliczania czasu wyczekiwania. Skrócenie lub zniesienie czasu wyczekiwania przez statuty kas jest niedopuszczal-

ne. Znacznym stosunkowo polepszeniem stanu poprzedniego jest wliczenie do okresu wyczekiwania dni świątecznych; z drugiej jednak strony zasiłek chorobowy nie ma być się za ostatni dzień niezdolności do pracy, jeżeli dzień ten przypada na niedzielę lub święto.

Zasiłek chorobowy wynosi 50 proc. płacy podstawowej (obecnie najwyższa płaca podstawowa równa się 10 mk. n.). Przewidziane są przytem dodatki, w razie dłuższej choroby, które wynoszą na małżonka do 10 proc., na dzieci do 5 proc., razem z zasiłkiem chorobowym nie mogą one przekraczać 75 proc. płacy podstawowej.

Zasiłek domowy w razie leczenia ubezpieczonego w szpitalu wynosi w zasadzie 50 proc. zasiłku chorobowego z dodatkiem po 5 proc. do każdego członka rodziny, aż do wysokości 10 proc. zasiłku chorobowego. Ani zasiłek choroby, ani zasiłek domowy nie przysługują, w czasie gdy ubezpieczony otrzymuje wynagrodzenie od pracodawcy.

Rozporządzenie poświęca specjalną uwagę problemowi personelu lekarskiego w kasach chorych. Czyni ono lekarza odpowiedzialnym majątkowo za rozrzucone i nieusprawiedliwione przepisywanie leków, zbyt pochopne uznawanie niezdolności do pracy i t. p.

Umowy o pracę między lekarzami a kasami winny zawierać dokładne określenie obowiązków lekarza, następnie postanowienia, zapewniające oszczędne i właściwe dysponowanie funduszami kasy dla celów leczniczych, wreszcie postanowienia, umożliwiające zapobieganie nadmiernemu rozszerzaniu praktyki jednego lekarza.

Celem badania recept i orzeczeń lekarza, odnoszących się do zastosowania środków leczniczych, pod kątem widzenia ich celowości, zostają powołani do życia specjaliści lekarze zaufania.

Wobec tego, iż ostatnio kasy zatrudniały nadmierną ilość lekarzy, niezależnie od istotnych potrzeb, — statystyka bowiem wykazuje, że na 45 tys. lekarzy, 35 tysięcy wykonywało praktykę w kasach chorych, — rozporządzenie przepisuje redukcję personelu lekarskiego zasadniczo tak, aby jeden lekarz wypadł przeciętnie na 1000 ubezpieczonych. W związku z tem rozporządzenie zawiera również postanowienia odnośnie do sprawy rozwiązywania z lekarzami umów o pracę.

Przewidując zmniejszenie się wydatków, rozporządzenie obniża dopuszczalną maksymalną wysokość składki (rzeczywistą wysokość składki ustalają statuty poszczególnych kas). Mianowicie na pokrycie świadczeń obowiązkowych i dobrowolnych, które to świadczenia kasy mogą ustanawiać w swoich statutach, mogą kasy pobierać w myśl rozporządzenia najwyżej 6 proc. płacy podstawowej, podczas gdy dotychczas maksimum to wynosiło 7 i pół proc.

W wypadkach, kiedy składka w wyżej podanej wysokości nie wystarcza na pokrycie świadczeń obowiązkowych, mogą kasy podwyższać ją w myśl rozporządzenia do 9 proc., poprzednio zaś maksimum to wynosiło 10 proc. Podwyższenie składki ponad 7 i pół proc. płacy podstawowej wymaga zatwierdzenia Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy.

Rozporządzenie w znacznej mierze ogranicza samorząd kas, poddając je ścisłemu nadzorowi państwowemu. W szczególności nadzór ten przejawia się w udzielaniu zatwierdzeń na większe wydatki, zwłaszcza inwestycyjne oraz uprawnieniu władz poddawania gospodarki kas szczególniej rewizji.

Nadto postanowienia rozporządzenia Prezydenta Rzeszy przewidują możliwość powołania do życia naczelnej instytucji, mającej na celu koordynację i badanie zagadnień, dotyczących ubezpieczenia na wypadek choroby. Instytucję tę mogą utworzyć związki pracodawców i ubezpieczonych wspólnie z na-

czelnymi związkami kas chorych i lekarzy. Przewodnictwo w niej należy do ministra pracy Rzeszy albo jego zastępcy.

Wreszcie rozporządzenie zawiera przepisy natury proceduralnej.

J. Zieliński.

ZASIŁKI DLA RENCISTÓW NIEMIECKICH INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Na mocy Ustawy Sejmu Śląskiego z dnia 8 lipca 1925 r. (Dziennik Ustaw Śląskich Nr. 11 poz. 29), Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie wypłaca zasiłki wszystkim tym obywatelom polskim, rentobiorcom niemieckich instytucyj ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, na starość i na korzyść pozostałych rodzin jak również ubezpieczenia pensyjnego bractw górniczych, którym powyższe instytucje wstrzymały wypłatę rent w myśl postanowień niemieckich ustaw ubezpieczeniowych, dotyczących cudzoziemców. Zasiłki dla rentobiorców niemieckich instytucyj ubezpieczenia wypadkowego wypłaca Zakład Ubezpieczenia od wypadków w Królewskiej Hucie.

Funduszy na powyższe zasiłki dostarcza Skarb Śląski, tak że Zakład Ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa i Zakład Ubezpieczeń od wypadków administrują jedynie temi funduszami.

Na podstawie art. 11 decyzji Rady Ligi Narodów z dnia 13 stycznia 1930 r. polskie i niemieckie bractwa górnicze winny stosować postanowienia art. 24 umowy polsko niemieckiej z dn. 26 sierpnia 1922 r. o podziale Oberschlesische Knappschaftsvereine. W myśl tego artykułu niemieckie bractwa górnicze nie mogą wstrzymać wypłaty świadczeń pensyjnych z tego powodu, że uprawniony do nich zamieszkuje na terenie działania Spółki Brackiej, odwrotnie zaś Spółka Bracka nie może wstrzymać wypłaty świadczeń, jeżeli uprawniony zamieszkuje na terenie działania bractw niemieckich.

Wypłata świadczeń przez powyżej wspomniane polskie i niemieckie instytucje ubezpieczenia górniczego rozpocznie się od dnia 1 października roku bieżącego i to za czas od 1 stycznia 1930 r. Przytem do czasu ostatecznego rozstrzygnięcia spornej między stroną polską a niemiecką wykładni ust. 3 art. 24 powyższego układu, niemieckie instytucje ubezpieczeniowe będą wypłacały pensje narazie tylko tym pensjonistom, których świadczenia były płynne w dniu 1 lipca 1922 r.

Z chwilą faktycznego podjęcia przez niemieckie instytucje ubezpieczenia górniczego wypłaty pensyj, należnych wyżej wymienionym, aktualnie staje się wstrzymanie dotychczas pobieranych przez nich zasiłków w myśl wspomnianej już ustawy Sejmu Śląskiego z dnia 8 lipca 1925 r.

Wojewoda Śląski zawiadomił Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, że przedłożył Radzie Wojewódzkiej do uchwalenia na mocy art. 13 wspomnianej ustawy projekt Rozporządzenia, w którym wstrzymuje się wypłatę zasiłków z końcem września r. b. dla powyższych rencistów i jednocześnie zarządza się potrącenie od należnych im nadpłat pensji — już wypłaconych zasiłków za czas od 1 stycznia do końca września 1930 r.

Wobec tego Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa wstrzymuje z końcem września wypłatę zasiłków dla 325 pensjonistów. W dalszym zaś ciągu będzie wypłacał jeszcze zasiłki dla rencistów i tych pensjonistów, którym, wskutek niedojścia do porozumienia stron polskiej i niemieckiej, niemieckie instytucje ubezpieczenia brackiego nie rozpoczną wypłacać należnych świadczeń. Również i Zakład Ubezpieczenia od wypadków wypłacać będzie nadal zasiłki osobom, którym niemieckie instytucje ubezpieczenia od wypadków wstrzymały świadczenia.

WYDATKI ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH NA LECZNICTWO ZAPOBIEGAWCZE I RESTYTUCYJNE W 1931 R.

Stosownie do postanowień rozp. Prez. z dn. 24 listopada 1927 r. oraz statutu (§ 7 p. 4 lit. a) Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych do zadań Związku należy opracowywanie ogólnego planu działalności leczniczej Zakładów Ubezpieczeń. W myśl zasad budżetowania wydatków Zakładów Ubezpieczeń na lecznictwo z mocy art. 61, uchwalonych przez Zarząd Związku na podstawie wyżej wymienionego postanowienia statutu, Zarząd Związku na posiedzeniu we wrześniu r. b. ustalił ogólną sumę wydatków Zakładów Ubezpieczeń na lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne (art. 61 rozp. Prez.) w roku 1931 w wysokości 1.600.000 zł., z której to kwoty przypada na:

Z. U. P. U. w Warszawie	400.000 zł.
„ we Lwowie	400.000 „
„ w Poznaniu	400.000 „
„ w Król. Hucie	400.000 „

Ogólna kwota wydatków na lecznictwo w porównaniu do budżetu leczniczego Zakładów w roku bieżącym nie uległa zmianie. Utrzymane zostały również na rok 1931 w dotychczasowej wysokości kredyty w Zakładach U. P. U. we Lwowie i w Król. Hucie. Natomiast została podwyższona kwota dla Zakładu warszawskiego z 350.000 na 400.000 zł. i obniżona kwota dla Zakładu poznańskiego, który w roku bieżącym rozporządzał 450.000 zł., a w roku przyszłym będzie dysponował kwotą o 50.000 zł. mniejszą.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„Lekarz Polski“ Nr. 10/1930 r. W związku z projektowaną nowelizacją ubezpieczenia na wypadek choroby przez tak zwaną ustawę scalenią Dr. Waclaw Jeżewski w artykule zatytułowanym „Zagadnienia nowelizacyjne“ porusza poważne kwestje z dziedziny organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby. Zagadnieniami temi są następujące sprawy: wielkość Kas Chorych, obowiązek ubezpieczenia, organizacja władz naczelnych, zapewnienie fachowego kierownictwa dla działu leczniczego. Poniżej dajemy obszernie streszczenie artykułu dr. Jeżewskiego.

W numerze 10 „Lekarza“ autor omawia pierwsze z powyższych zagadnień, t. j. wielkość kas, szukając rozwiązania tego zagadnienia wyłącznie w płaszczyźnie zdrowia publicznego i zdrowotnych interesów ubezpieczonych, nie pomijając jednak i względów charakteru administracyjnego.

Punktem wyjścia rozumowań autora jest stwierdzenie, że świadczenia kas, ich poziom oraz organizacja lecznictwa są ściśle uzależnione od siły płatniczej ubezpieczonych i zmiany we wpływach kas natychmiast odbijają się na rozmiarach świadczeń. Z punktu widzenia interesów zdrowotnych ubezpieczonych

to istniejące uzależnienie jest bezwarunkowo szkodliwe ponieważ potrzeby zdrowotne ubogich ubezpieczonych są znacznie większe niż ubezpieczonych zamożniejszych. Kasa posiadająca ubezpieczonych z niskimi płacami powinna zaspakajać większe zapotrzebowania świadczeń.

Obecnie dzięki postanowieniom ustawy istnieją kasy małe, większe i duże pod względem liczby ubezpieczonych. Ponieważ zaś kasy małe, ze względów wyżej przytoczonych, jak wykazała dotychczasowa praktyka są niezdolne do silnego życia i do stosowania racjonalnie pojętej opieki nad zdrowiem ubezpieczonych, przeto poziom zdrowotny nawet sąsiadujących obszarów jest różny, a nie należy przytem zapominać, że najlepiej zorganizowany pod względem zdrowotnym powiat może być zniszczony przez zaniedbanego sąsiada. Zrównanie więc poziomów zdrowotnych na większych obszarach leży przedewszystkiem w interesie miejscowości o wyższym poziomie.

Dotychczas stosowane środki w postaci tworzenia wspólnych urzędów leczniczych przez Okręgowe Związki Kas dla kas, niezdolnych finansowo do samodzielnego ponoszenia kosztów zorganizowania i utrzymywania tych urzędów, nie czynią zadość, zdaniem autora, potrzebom w tej mierze istniejącym, gdyż budżety tych urzędów tworzyły te same biedne kasy.

Budżety małych kas są stale pod groźbą nierealności, wystarczy krótkotrwała epidemia lub ograniczenie choćby czasowe produkcji i wywołane tem bezrobocie, by nie tylko zniszczyć gospodarkę budżetową, ale nawet doprowadzić kasę do stanu niewypłacalności.

Przytoczone wyżej argumenty skłaniają autora do postawienia tezy, iż kasami naprawdę zdolnymi do życia mogą być kasy, obejmujące obszar jednego województwa. W ten sposób składki ubezpieczonych różnej siły płatniczej wpływałyby do jednej kasy wspólnej i byłyby rozprowadzane w stosunku do rzeczywistych potrzeb ubezpieczonych danego obszaru, a nie w stosunku do ich siły płatniczej. Utworzenie jednej kasy na terenie województwa pozwoliłoby utrzymywać na jednakowym poziomie świadczenia na dużym obszarze, równałoby poziom

zdrowotny, dałoby pewniejsze podstawy gospodarki budżetowej, gdyż okresy lokalnego bezrobocia, czy przejściowe epidemie nie niszczyłyby jej podstaw finansowych. Przykład wielkiej kasy warszawskiej, przetrzymującej zwycięsko najcięższe kryzysy gospodarcze bez poważniejszych wstrząszeń, jest dostatecznym dowodem, by zerwać z tradycją małych kas.

Stworzenie wielkich terytorjalnych kas, np. wojewódzkich, umożliwiłoby rozwiązanie ważnego zagadnienia, współpracy ubezpieczenia długo i krótkoterminowego. Współpraca tych dwóch rodzajów ubezpieczeń jest konieczna, zła organizacja ubezpieczenia chorobowego daje natychmiast rezultaty finansowe w ubezpieczeniu długoterminowym, które przejmują leczenie ubezpieczonych od kas po okresie wyczerpania świadczeń ubezpieczenia chorobowego i wypłata renty inwalidzkiej, uzależnione od niezdolności do pracy. Zainteresowanie obu rodzajów ubezpieczeń w możliwie sprawnym zorganizowaniu wewnętrznym jest tak silne, że oddzielanie i uniezależnianie instytucji tych ubezpieczeń od siebie nie wydaje się celowe zdaniem autora.

Autor proponuje następujący schemat organizacyjny ubezpieczeń społecznych w Polsce. Tworzy się w województwie zakłady ubezpieczeń, składające się z działu ubezpieczenia chorobowego i z działu ubezpieczeń długoterminowych, przychem dział pierwszy miałby swe oddziały w tych miejscowościach, w których istnieją większe skupienia ubezpieczonych. Zakłady wojewódzkie łączyłyby się w Izbę Ubezpieczeń Społecznych, obejmującą zakresem swego działania obszar całego państwa.

Przy takim szkicu organizacyjnym autor przewiduje następujący podział funkcji z dziedziny ubezpieczenia na wypadek choroby między zakłady i izbę. Mianowicie zakłady prowadziłyby przychodnie, instytucje diagnostyczne i fizykalnej terapii, zakłady położnicze, szpitale, domy dla rekonwalescentów, zaś do zakresu działania izby należałoby prowadzenie całego leczenia sanatoryjnego, zakłady specjalnego leczenia, szpitale psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, wytwórnie farmaceutyczne i t. p.

Niniejszy numer zawiera 32 stronic.

T R E Ś Ć

Dr. E. Birzowski. — Drogi i „bezdroża“ Ubezpieczeń Społecznych.

Jonda. — Historia i zakres działania Spółki Bractw w Tarnowskich Górach.

St. — Strajki przeciw ubezpieczeniom społecznym?

Z. W. — Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie.

Dr. H. Kluszyński. — O systemie ubezpieczenia chorobowego w Anglii.

Dr. Marjan Zenon Moskwa. — Art. 160 i 161 rozp. Prez. R. P. z 24.XI. 27 o ubezpieczeniu prac. umysł.

J. Z. — Świadczenia ubezpieczeniowe w zakresie objętym konwencjami rozrachunkowymi z Austrią.

Kronika.

Książki i Czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie zł. 18
Kwartalnie „ 4.50
Numer pojedynczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

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

Redakcja i Administracja: Nowy Świat 23/25, telefon 637-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150

Redaktor: DR. STANISŁAW RUDKOWSKI.

Wydawca: OGÓLNO-PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, N.-Świat 47, tel. 635-80 i 635-83.