

przeGLĄD ubezpieczeń społecznych

1930r.

fact

organ Instytucyj
ubezpieczeń
społecznych

12

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K V

WARSZAWA

1 GRUDNIA

1930 R.

ZESZYT 12

M I E S I Ę C Z N I K

STANISŁAW SASORSKI.

SPECJALNE PRZEPISY EMERYTALNE WOBEC DEKRETU O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych spotkało się z istniejącymi przepisami emerytalnymi, które przed wydaniem rozporządzenia były objęte niektóre grupy osób, objęte w zasadzie również przez rozporządzenie. Dotyczy to w pierwszym rzędzie stałych funkcjonarjuszów państwowych, mających zapewnione prawa emerytalne na podstawie ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonarjuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. U. R. P. ex 1924 Nr. 6 p. 46), następnie nieetatowych pracowników Polskich Kolei Państwowych, objętych rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 3 września 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94 p. 551), pracowników P. K. O., którym prawa emerytalne zapewniło rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 30 p. 188), pracowników Banku Polskiego w myśl uchwały Rady Banku Polskiego, pracowników Banku Gospodarstwa Krajowego, Zakładu Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie i t. d. Dekret z 24 listopada 1927 r. mógł albo skasować odrębne przepisy i fundusze emerytalne, albo też dopuścić ich istnienie, jako zastępczych form zapewnienia praw emerytalnych. W wypadku przyjęcia pierwszej ewentualności możliwym byłoby zapewnienie przez poszczególne instytucje specjalnych lub wyższych praw emerytalnych, niezapewntonych przez dekret, w wypadku przyjęcia drugiej ewentualności mogło być przez dekret postawione wymaganie, aby zastępcze fundusze emerytalne zapewniały co najmniej te prawa, jakie wprowadził dekret. Te zagadnienia rozwiązał dekret w kierunku drugiej ewentualności — dopuścił mianowicie zapewnienie praw emerytalnych we własnym zakresie przez Skarb Państwa stałym funkcjonarjuszom państwowym, przez

przedsiębiorstwa i zakłady państwowe, przez Bank Polski, P. K. O., Państwowy Bank Rolny, Bank Gospodarstwa Krajowego, związki komunalne, ich przedsiębiorstwa i zakłady oraz przez inne instytucje o charakterze publiczno - prawnym, a nadto nowelą do dekretu z dnia 6 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26, p. 23) rozszerzono to uprawnienie na dobra Karola Stefana Habsburga z Żywca. Dekret nie postawił warunku zapewnienia przez zastępcze instytucje praw emerytalnych, zapewnionych dekretem — a uzależnił natomiast wyodrębnienie z obowiązku ubezpieczenia na podstawie dekretu od zapewnienia praw do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w dekrecie. Wprowadzono przeto dwa różne kryteria uprawnień emerytalnych, zamiast jednego i ogólną formułę wysokości uposażenia emerytalnego, zamiast ścisłego oznaczenia minimalnych praw emerytalnych. Rozporządzenie wykonawcze Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 118 p. 1016) nie poruszyło spraw, wynikających z tych postanowień dekretu.

Dopuszczenie zastępczych instytucji emerytalnych sprowadziło konieczność rozwiązania drugiego zagadnienia: stosunku uprawnień emerytalnych, wynikających z dekretu do uprawnień emerytalnych, wynikających z zatrudnienia w instytucjach, uprawnionych do zapewnienia tych praw we własnym zakresie. Przepisy emerytalne istniejące przed wejściem w życie dekretu, nie miały na celu zabezpieczenia warunków bytu pracownikom w czasie, kiedy z powodu braku zatrudnienia, niezdolności do pracy lub starości nie będą mogli znaleźć oparcia w wynagrodzeniu za pracę. Celem tych uprawnień było odszkodowanie za nieprzerwaną służbę w danej instytucji co najmniej przez 10 lat, a wyjątkowo przez 5 lat. Z tego powodu przerwy

w służbie, zmiany instytucji, wobec której się pozostawało w stosunku służbowym, dobrowolne ustąpienie i t. d. powodowały utratę poprzednich uprawnień emerytalnych. Te uprawnienia nie były związane z osobą, ale z danym stosunkiem służbowym. Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym z 11 grudnia 1923 r. przyznaje prawa do zaopatrzenia po nieprzerwanej conajmniej 10 - letniej służbie cywilno - państwowej funkcjonariuszom państwowym i po takiej samej służbie wojskowej zawodowym wojskowym. W myśl tej ustawy przerwa, trwająca dłużej, niż 8 dni, wynikająca wskutek przejścia z jednego działu służby państwowej do drugiego, powoduje utratę prawa do zaliczenia czasu przed przerwą do wysługi emerytalnej i tylko w wyjątkowych wypadkach może być dokonane przez zaliczenie tego czasu przez właściwą władzę naczelną za zgodą Ministra Skarbu. Z drugiej jednak strony ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym przyznaje prawa do zaopatrzenia emerytalnego po 10 - letniej służbie niezależnie od tego, czy pracownik jest zdolny czy niezdolny do pracy, czy pracuje, a nawet — po noweli z dnia 23 marca 1929 r. (Dz. U. R. P. Nr. 23 p. 234) — czy ponownie wszedł do służby państwowej, jeżeli nie nastąpiło zaktywowanie jego poprzedniego stosunku służbowego.

Cel dekretu jest zupełnie inny — chodzi nie o odszkodowanie za pracę, ale o zabezpieczenie bytu pracownikom i członkom ich rodzin w okresie istnienia wypadków losowych. W myśl przepisów dekretu zatrudnienie pracownika, niezależnie od tego u ilu po kolei pracodawców trwa, stanowi podstawę do istnienia uprawnień emerytalnych, stanowi całość. Przerwa w ubezpieczeniu do 18 miesięcy nie powoduje utraty poprzednich uprawnień emerytalnych, przyczem do tej przerwy nie wlicza się okresu, kiedy pracownik nie mógł być zatrudniony (choroba, niemożność znalezienia odpowiedniego zajęcia i t. d.) i dopiero przerwa dłuższa, niż 15 - letnia powoduje definitywną utratę czasu ubezpieczenia przed przerwą. Przewidziano w dekreście związek między uprawnieniami, wynikającymi z ubezpieczenia w związku z zatrudnieniem w charakterze robotnika. Zasada łączności i ciągłości uprawnień emerytalnych nie mogła nie objąć również zastępczych instytucji emerytalnych. Dekret zawiera postanowienia o wzajemnym przekazywaniu uprawnień emerytalnych — postanowienie to jednak nie dotyczy stałych funkcjonariuszów państwowych oraz pracowników przedsiębiorstw i zakładów państwowych. Wprowadzono przeto dwa typy instytucji zastępczych: takie, w których nabywane uprawnienia stanowią ogniwo w ogólnych uprawnieniach emerytal-

nych i takie, które są z tego łańcucha wyodrębnione. Zasadniczych racji tego wyłomu z ogólnej zasady i dwóch typów prac emerytalnych nie można znaleźć.

Wyżej przedstawiony stan prawny nie można uważać za doskonały. Powstaje potrzeba: 1) wprowadzenia jednego, a nie dwóch kryteriów uprawnień emerytalnych, które winny zapewniać instytucje zastępcze, 2) ściślejszego określenia minimalnych praw emerytalnych, 3) wprowadzenia zasady ciągłości i łączności uprawnień emerytalnych również do tych instytucji, do których ta zasada nie została dotąd wprowadzona oraz 4) określenia wzajemnego stosunku między uprawnieniami emerytalnymi zapewnianymi przez poszczególne instytucje. Wykonanie tego planu wymagałoby gruntownej zmiany ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i innych przepisów emerytalnych, nowelizacji art. 5 i 120 dekretu i wydania odpowiednich przepisów wykonawczych. Na plan pierwszy wysuwa się sprawa zmiany ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym. Punktem wyjścia tej zmiany winny być, moim zdaniem, tezy, uchwalone przez konferencję, zwołaną przez Prezydium Polskiego Instytutu Nauk Administracyjnych w dniu 7 listopada 1929 r. i przytoczone w mojej broszurze p. t. „Podstawy rewizji ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym (Warszawa 1930 r. nakładem tygodnika „Polska Gospodarcza” str. 43), oraz koncepcje rozwijane w tej broszurze. Według tych zasad: a) żadne przepisy emerytalne, również ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych, nie powinny zapewniać ani w całości, ani w szczegółach niższych praw, niż przewidziane w dekreście b) minimalne prawa emerytalne jako prawa majątkowe jednostek, winny stanowić odrębną całość w obrębie poszczególnych przepisów, obok których mogą istnieć prawa specjalne lub wyższe, związane z daną służbą lub pewnymi kategorjami służby (np. różne rodzaje służby państwowej, służba w instytucjach prawno-publicznych i t.d.), a w zakresie minimalnych uprawnień winna istnieć ciągłość uprawnień emerytalnych. Praca nad temi zagadnieniami ma być podjęta przez Komisję usprawnienia administracji publicznej przy Prezesie Rady Ministrów pod kierunkiem dr. M. Jaroszyńskiego, łącznie z pracą nad całokształtem ustawodawstwa urzędniczego. Byłoby wskazane, aby w tych pracach wzięły udział ubezpieczeniowcy oraz by przez analizę poszczególnych zagadnień związanych z tym tematem ułatwiono należyte rozwiązanie sprawy.

AKTUALNE ZAGADNIENIA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BEZROBOCIA

Instytucja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia ma już poza sobą 6 lat działalności, gdyż stworzony na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. Fundusz Bezrobocia rozpoczął swe czynności w końcu października 1924 r. Liczby charakteryzujące dotychczasową działalność ubezpieczenia, co do wypłat zasiłków bezrobotnym robotnikom są następujące:

rok	zarejestrowani w P. U. P. P.	pobierający zasiłki	na 100 zarejestrowanych pob. zasiłki
rok 1925	150.733	46.941	31
„ 1926	215.234	37.148	17
„ 1927	146.665	25.293	17
„ 1928	115.202	28.260	25
„ 1929	120.134	53.319	44

Jeśli nie będziemy brali pod uwagę roku 1925-go, kiedy to warunki otrzymywania zasiłków były znacznie złagodzone, a nadto okres zasiłkowy przedłużony na podstawie art. 38 ustawy do 26 tygodni, to stwierdzimy stały wzrost stosunku procentowego pobierających zasiłki do bezrobotnych robotników, zarejestrowanych w Państwowych Urzędach Pośrednictwa Pracy. Jest to w dużym stopniu wynikiem przystosowywania się życia gospodarczego do przepisów ustawy w kierunku wykorzystywania przez robotników dobrodziejstw ustawy. Szczególnie w roku 1929 liczba pobierających zasiłki na skutek pogorszenia się konjunktury w przemyśle włókienniczym (zwłaszcza w województwie łódzkim), jak i w budowlanym a nadto z powodu ostrej zimy, wykazuje znaczny wzrost, liczba zaś zarejestrowanych w P. U. P. P. jest niewiele większa aniżeli w roku poprzednim.

Pod względem wyników finansowych lata 1926, 27 i 28 wykazały znaczne nadwyżki, lata zaś 1924 i 25 wykazały większe niedobory, rok zaś 1929 wykazał nieznaczny niedobór w wysokości 2.788.751 zł., gdyż rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12 czerwca 1929 r. podwyższając normy zasiłkowe o 10 proc. — zwiększyło wydatki o sumę około 2.200.000 zł., a równocześnie zniżając wkładki o 10 proc. — zmniejszyło dochody o 2.400.000 zł. Ogólna jednak nadwyżka dochodów za ubiegłe lata wynosiła na 1 stycznia 1930 r. poważną kwotę 38.543.801 zł.

W roku bieżącym następuje gwałtowne pogorszenie sytuacji. I tak liczby bezrobotnych robotników zarejestrowanych w P. U. P. P. i pobierających zasiłki są następujące:

	zarejestrowani w P. U. P. P.	pobierający zasiłki	na 100 zarejestrowanych pobierało zasiłki.
styczeń 1930 r.	215.700	130.718	61
luty	255.914	189.738	74
marzec	276.283	189.653	69
kwiecień	270.250	156.281	58
maj	234.101	110.012	47
czerwiec	202.241	83.675	41
lipiec	181.057	72.079	40
przeciętnie	233.649	133.165	57

Jak widzimy z zestawienia, liczby pobierających zasiłki wzrosły w bardzo dużym stosunku i były większe od najbardziej pesymistycznych przypuszczeń. Podczas bowiem, gdy na 100 ubezpieczonych wypadało pobierających zasiłki w roku 1925-tym — 8,19, w roku 1926 — 5,92, 1927 — 3,21, 1928 — 3,03, 1929 — 5,31, to w ciągu 7 miesięcy roku bieżącego przypada na 100 ubezpieczonych prawie 14 bezrobotnych, stan bezrobocia zaś nie jest o wiele wyższy, niż w roku 1926-ym. Przyczyny tego znacznego wzrostu pobierających zasiłki są następujące: pogorszenie się konjunktury gospodarczej, rozszerzenie na podstawie ustawy z dnia 25 marca 1929 r. zakresu ubezpieczenia od 23 stycznia 1930 r. na robotników małoletnich od lat 16 do 18, oraz zakłady pracy zatrudniające 5 pracowników (umysłowych i fizycznych łącznie), wreszcie przystosowanie życia gospodarczego do przepisów ustawy. Dowodem tego przystosowania się jest znaczny procentowy wzrost pobierających zasiłki w stosunku do zarejestrowanych, co dowodzi, iż tracą przedewszystkiem pracę robotnicy, mający prawa do zasiłków; największy odsetek pobierających pracę obserwujemy w m-cach zimowych, kiedy cały szereg przedsiębiorstw przerywa pracę, następnie odsetek ten na wiosnę maleje, gdyż wielu bezrobotnych wyczerpało już wtedy okres zasiłkowy. Znaczny wzrost liczby pobierających zasiłki w miesiącach zimowych jest wynikiem uchylecia przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, tak jak dotychczas corocznie, skutków rozporządzenia z dn. 27 października 1924 r., określającego, że pewnym kategorjom robotników sezonowych nie przysługuje w okresie sezonu martwego prawo do zasiłków; liczba tych robotników sezonowych pobierających zasiłki w czasie trwania sezonu martwego wynosiła w m-cu styczniu 59.124, w m-cu lutym 83.452, co zwiększyło wydatki Funduszu Bezrobocia mniejwięcej 13.000.000 złotych.

Ogółem wydatki na zasiłki i koszty administracyjne wyniosły w ciągu 9 mies. r. b.	Zł. 92.600.000
dochody zaś (przypisane wkładki, 50 proc. dopłata Skarbu i odsetki)	Zł. 34.300.000
niedobór wynosi więc	Zł. 58.300.000
a uwzględniając nadwyżkę na 1-go stycznia 1930 r.	Zł. 38.500.000
zmniejsza się do	Zł. 19.800.000

Faktyczne zadłużenie Funduszu Bezrobocia w Skarbie Państwa i Banku Gospodarstwa Krajowego przekracza jednak 30.000.000 zł., gdyż do niedoboru wykazanego wyżej dochodzi jeszcze zadłużenie zakładów pracy oraz zaliczka obrotowa. Ostatni kwartał roku bieżącego wykaże dalszy niedobór, a w roku 1931-ym nie należy oczekiwać większej poprawy, gdyż w obecnych warunkach nie powodując powstania niedoborów, może na 100 ubezpieczonych pobie-

rać zasiłki 4,8 bezrobotnych, a w roku 1931 można przewidywać znaczny wzrost ryzyka ubezpieczenia.

Wobec krytycznego stanu finansowego Funduszu Bezrobocia najpilniejszym zadaniem jest przywrócenie samowystarczalności finansowej. Wymaga tego zasada samodzielności i samorządu instytucji, jak też i interes Skarbu Państwa, który zmuszony jest do ponoszenia większych ciężarów na rzecz ubezpieczenia, celem umożliwienia wypłaty zasiłków wszystkim uprawnionym. Zrównoważenie budżetu nastąpić może przez podwyższenie wpływów, t. j. wkładek, lub zmniejszenie zasiłków; zmniejszenie jednak zasiłków, a przez to i zdolności konsumcyjnej szerokich mas, nie jest wskazane, pozostaje więc droga podwyższenia wkładek tembardziej, że w tym wypadku ciężary naprawy rozkładają się na wszystkie czynniki zainteresowane, a więc państwo, pracodawców i ubezpieczonych. Artykuł 9 ustawy nadaje w tym kierunku uprawnienia Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, który już raz uprawnienia te wykorzystał podwyższając rozporządzeniem z dnia 12 czerwca 1929 r. zasiłki o 10 proc. i obniżając jednocześnie wkładki o tę samą stopę. Podstawą do wydania tej zmiany był wzrost rezerw Funduszu Bezrobocia ponad ustawowo przewidzianą normę; z chwilą jednak gdy rezerwy Funduszu Bezrobocia zostały w zupełności wyczerpane, winien być w pierwszym rzędzie przywrócony stan pierwotny, co pozwoli, iż na 100 ubezpieczonych będzie mogło pobierać zasiłki 5,8 bezrobotnych. Późniejsza zmiana nie wystarczy jednak do przywrócenia równowagi budżetowej, zachodzi więc konieczność dalszego podwyższenia wkładek do takiej wysokości, by dochody zrównoważyły wydatki. Przy podwyższeniu wkładek o 0,1 proc. w stosunku do płac liczba pobierających zasiłki będzie mogła zwiększyć się o 0,29 bezrobotnych na każdych 100 ubezpieczonych, a więc w razie ustalenia składek na 2,5 proc. może pobierać, nie powodując niedoborów, — 7,3 bezrobotnych, a na 3 proc. 8,7.

Wzrost bezrobocia jest zasadniczo wynikiem stosunków gospodarczych, w celu więc zapobieżenia tej klęsce państwa stosują odpowiednią politykę walutową, kredytową, celną i podatkową, prowadzą roboty publiczne, ustalają odpowiedni rozdział zamówień rządowych i t. p.

Oprócz jednak konjunktury gospodarczej na wzrost liczby osób pobierających zasiłki mogą wpływać obejścia i nadużycia przepisów ustawy, gdyż ubezpieczenie na wypadek bezrobocia jest stosunkowo niedawno powstałą instytucją a dopiero na podstawie zdobytych doświadczeń można stosować środki, zapobiegające tym nadużyciom. Ponadto bezrobocie dla poszczególnych jednostek może być bardzo pożądaną okazją, gdyż cały szereg osób, mając inne źródła utrzymania, pracę najemną uważa za dorywczą i stara się, by po skończeniu pracy pobierać przez okres ustawowy zasiłki. Również pewne gałęzie przemysłu są tylko sezonowo czynne np. przemysł budowlany, roboty drogowe i ziemne, rolniczy przemysł przetwórczy i t. p., a więc robotnicy, w tych gałęziach przemysłu zatrudnieni, w czasie tak zwanego sezonu martwego normalnie pozostają bez pracy, czego nie można zawsze uważać

za wypadek losowy, gdyż objaw ten powtarza się stale w krajach o klimacie kontynentalnym, gdzie z powodu ostrej zimy przemysły pracujące na otwartym powietrzu muszą zaprzestać swej działalności w ciągu pewnego okresu czasu. Dowodem wzrostu skłonności do wykorzystywania ustawy jest stały wzrost stosunku bezrobotnych pobierających zasiłki do bezrobotnych zarejestrowanych w P. U. P. P.

Stosunek uiszczanych wkładek i pobieranych zasiłków jest dla robotników bardzo korzystny. I tak wkładki przy zarobku 8 złotych dziennie wynoszą za 20 tygodni ubezpieczenia, uzasadniających już prawo do zasiłków, tylko 17,28 zł., z czego ubezpieczony opłaca czwartą część, wysokość zaś przypadających zasiłków wynosi 33 — 55 proc. ostatniego zarobku w zależności od stanu rodzinnego, a więc przy 13-tygodniowym okresie zasiłkowym Zł. 240 — 400, a w razie przedłużenia okresu zasiłkowego do 17 tygodni odpowiednio więcej.

Stosunek ten może być dla Funduszu Bezrobocia jeszcze bardziej niekorzystny, jeżeli się zważy, iż na podstawie artykułu 7 ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia zasiłki oblicza się według zarobku dziennego w ostatnim okresie płatniczym, skutkiem czego każdy ubezpieczony stara się, by zarobek w tym okresie był możliwie najwyższy. Zresztą pomagają im w tym zakłady pracy. I tak Magistrat w N... zwrócił się z zapytaniem do Zarządu Obwodowego w N..., czy nie wolno mu w ostatnim tygodniu przed zwolnieniem zatrudnić robotników przez 8 godzin dziennie, zamiast dotychczasowych 6 godzin; inne zakłady pracy, zwłaszcza prywatne, nie pytają się o to zapewne, lecz w praktyce stosują ten system, lub przy zwolnieniu wypłacają premje, zwiększające ostatni zarobek, czego dowodem jest znacznie większy z roku na rok wzrost przeciętnych zasiłków, aniżeli wkładek.

rok	przeciętna rocz- na wysokość wkładki	rok 1925 = 100	przeciętna rocz- na wysokość zasiłków	rok 1925 = 100
1925	36,09	100	493,92	100
1926	38,24	106	507,83	103
1927	49,54	137	634,77	129
1928	51,58	141	731,81	148
1929*)	53,74	149	887,20	180

Większy wzrost wkładek w pierwszych latach jest w dużym stopniu wynikiem pobierania wkładek za lata ubiegłe, gdy tymczasem wielu bezrobotnych nie zgłosiło z powodu nieświadomości swych roszczeń do zasiłków. Skutki uświadomienia widzimy już w roku 1928, a następnie w roku 1929, kiedy to wzrost przeciętny wysokości zasiłków znacznie przewyższył wzrost przeciętnych wkładek. Różnica w kwocie stosunkowo więcej wypłaconych zasiłków wyniosła w roku 1929 około 8.000.000 złotych i stosunek przeciętnych zasiłków do przeciętnych wkładek będzie zapewne w dalszym ciągu pogarszać się. Koniecznym jest tedy obliczanie zasiłków według przeciętnego tygodniowego zarobku z dłuższego

*) po wyeliminowaniu skutków podwyższenia zasiłków i obniżenia wkładek.

okresu czasu. W Niemczech zasiłki na wypadek bezrobocia oblicza się według ostatnich 6-miesięcznych poborów, u nas rozporządzenie Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych ustala, iż podstawę wymiaru zasiłku z powodu braku pracy stanowi w zasadzie przeciętna płaca podstawowa z ostatnich 12 miesięcy składowych. Taki system obliczania uwzględniony jest w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym przy obliczaniu zasiłków chorobowych, co jest w pewnej mierze dowodem, że i w kasach chorych obecny system obliczania zasiłków według ostatniej płacy podstawowej wywołuje zapewne różne nadużycia.

Bezrobotny, mogący wykazać się odpowiednim czasem zatrudnienia, otrzymuje zasiłek, gdy P. U. P. P. nie może mu dostarczyć pracy. I to dostarczenie pracy powinno być właściwym celem ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a więc organizacja i wysiłek tego ubezpieczenia winien być skierowany przede wszystkim w tym kierunku. Wypłata zasiłków jest jedynie „złem koniecznym”. Wprawdzie w czasie kryzysu gospodarczego, zwłaszcza w miesiącach zimowych w czasie sezonowego wzrostu bezrobocia, nie istnieje możliwość dostarczenia pracy wszystkim bezrobotnym, jednak bardziej skrupulatne wykonywanie rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 31 grudnia 1924 r. w sprawie obowiązku pracodawców zawiadamiania o wolnych miejscach pracy, a więc przyjmowanie pracowników do pracy wyłącznie za pośrednictwem P. U. P. P., umożliwi przynajmniej w pewnym stopniu wyraźne stwierdzenie w wypadkach wątpliwych, czy bezrobotny ma chęć do pracy i pracy rzeczywiście poszukuje. Jest to konieczne, gdyż już obecnie bezrobotni nie podejmują się pracy zaoferowanej — wprawdzie nie za pośrednictwem P. U. P. P. — gdy otrzymywanie zasiłków jest dla nich bardziej dogodnie. Ścisłe połączenie Funduszu Bezrobocia z Państwowymi Urzędami Pośrednictwa Pracy niewątpliwie przyczyni się do usprawnienia zapośredniczania, a tem samem do zmniejszenia nieproduktywnych wypłat zasiłków.

Warunkiem uzyskania praw do zasiłków jest wykazanie się pozostawaniem w stosunku najmu pracy w zakładach pracy podlegających działaniu ustawy przynajmniej przez 20 tygodni w ciągu ostatniego roku. W Niemczech okres ten wynosi dla zgłaszających poraz pierwszy roszczenie o zasiłek 52 tygodni w ciągu ostatnich dwu lat, dla innych zaś 26 tygodni; w Austrii rząd wniósł podobny projekt. Ani ustawa, ani też rozporządzenia wykonawcze nie określają bliżej warunków zaliczania czasu pracy do tych 20 tygodni, skutkiem czego wystarczy, by ubezpieczony w danym zaliczonym tygodniu kalendarzowym pracował nawet tylko jeden dzień, lub też godzinę dziennie. I w praktyce zdarzają się wypadki, że ubezpieczony — przez 20 tygodni pracuje tylko po jednym dniu w ciągu każdego tygodnia, a potem zgłasza się po zasiłek, który mu zostaje przyznany i jeżeli bezrobotny pracując w ostatnim tygodniu przez jeden dzień zarobił 8 zł. — najniższy należny mu zasiłek dzienny wynosi 2,64 zł. a więc tygodniowo 16,48 zł., czyli dwa razy więcej niż poprzednio za-

rabiał. Skutkiem tego mogą się zdarzać wypadki, że pracodawcy, chcąc przyjąć robotnikom z pomocą, zatrudniają ich przez 2 do 3 dni w tygodniu, ale za to na 2 — 3 zmiany, a po skończonych 20 tygodniach zwalniają ich, gdyż nabyli już prawa do zasiłków, przyjmując na ich miejsce nowych robotników, którzy wyczerpali już prawa do zasiłków, albo też poszukujących poraz pierwszy pracy, a więc skłonnych do pracy za mniejszym wynagrodzeniem. Tego rodzaju praktyka nie jest sprzeczna z przepisami ustawy, więc życie gospodarcze stosując ten sposób postępowania naraża Fundusz Bezrobocia na znaczne wypłaty zasiłków i właśnie to może być powodem, że liczby pobierających zasiłki są zwykle większe od wszelkich przewidywań najbardziej nawet pesymistycznych. Tym nadużyciom może zapobiedz wyżej podany sposób obliczania zasiłków na podstawie przeciętnych tygodniowych zarobków z dłuższych okresów czasu, a nadto ustalenie, iż tylko pełne dni pracy zalicza się do okresu, uzasadniającego prawo do zasiłków, z równoczesnym określeniem, ile godzin winien wynosić pełny dzień pracy i jaki minimalny zarobek winien być wypłacany za taki dzień.

Zbyt liberalne przepisy ustawy i rozszerzająca wykładnia artykułu I-go ustawy, określającego zakres osobowy ubezpieczenia (w tym kierunku wypowiedział się niedawno Sąd Najwyższy w jednym orzeczeniu) pozwala na objęcie obowiązkiem ubezpieczenia robotników corocznie narażonych na dłuższe bezrobocie. Częściowo kładzie temu tamę wydane na podstawie art. 5 ustawy rozporządzenie M. P. i O. S. z dnia 27 października 1924 roku, określające, iż robotnikom budowlanym, ziemnym, brukarskim, zatrudnionym w żegludze oraz w cegielniach normalnie krócej czynnych niż 10 miesięcy w roku nie przysługuje prawo do zasiłków w czasie trwania sezonu martwego, t. j. od 15 grudnia do 1 marca, jednak działanie tego postanowienia jest przeważnie uchylane corocznie przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Rozporządzenie powyższe zwalnia od obowiązku ubezpieczenia wyszczególnione przedsiębiorstwa lub ich działy normalnie krócej czynne niż 6 miesięcy w roku, jednak robotnicy pracujący w tych zakładach starają się, by nie poddano ich tym przepisom i wywierają nacisk w kierunku korzystnej dla robotników interpretacji i nacisk ten wzrasta im większa jest pewność, że robotnicy ci przez dłuższy okres czasu będą bez pracy. Skutkiem tych liberalnych przepisów następuje zwiększenie podaży sił roboczych ze wsi, położonych blisko miast. Robotnicy ci traktują swą pracę najemną za dorywczą, a jednak zapewniającą im po stosunkowo krótkim czasie pracy wypłatę zasiłków. Cały szereg przedsiębiorstw założono w okolicach rolniczych, celem zapewnienia sobie tanich sił roboczych w pewnych okresach czasu i takich robotników, pozostających bez pracy, a mających często swe własne gospodarstwa, trudno uważać za bezrobotnych i wypłacać im w czasie ich bezrobocia — zasiłki. W Niemczech robotnicy tacy wyeliminowani są od pobierania zasiłków. Podobnie i u nas wskazana byłaby w tym kierunku noweliza-

cja ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia.

Stosunkowo najbardziej obciąża Fundusz Bezrobocia wypłata zasiłków dla robotników z przedsiębiorstw samorządowych. Ubezpieczenie robotników samorządowych normuje § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 marca 1925 r., na podstawie którego instytucje samorządowe winny zabezpieczać w Funduszu te kategorie robotników, którym nie zapewniają takich samych świadczeń w swoim własnym zakresie. Instytucje samorządowe ubezpieczają więc we własnym zakresie robotników, co do których zachodzi małe prawdopodobieństwo zwolnienia z pracy, zaś robotników sezonowych ubezpieczają w Funduszu Bezrobocia. Ponadto chcąc mieć na swoim terenie jak najmniej bezrobotnych, niepobierających zasiłków, w wielu wypadkach zwalniają robotników — po nabyciu przez nich praw do zasiłków, a na ich miejsce przyjmują nowych, którzy wyczerpali już prawa do świadczeń Funduszu. Zjawisko to zachodzi dość często i jest bardzo niepożądane dla Funduszu Bezrobocia, należy więc mu przeciwdziałać.

Warunkiem powstania prawa do zasiłków jest

zarejestrowanie się bezrobotnego w P. U. P. P. w przeciągu jednego miesiąca od dnia utraty pracy. Przepis ten jest bardzo surowy, jednak w praktyce łatwo go obejść, gdyż wystarczy przyjąć pracę choćby tylko na przeciąg kilku dni, by usunąć rygory tego przepisu. W ten sam sposób można obejść ustawę w razie wykluczenia od prawa do świadczeń w wypadkach utraty pracy na skutek strajku, lub z winy robotnika (art. 4 p. c, d) lub przez robotnika z własnej woli (art. 16). Jest więc konieczne wyraźne i dokładne ustalenie w jakich wypadkach przyjęcie nowej pracy unieważnia skutki sposobu rozwiązania pracy poprzedniej.

Te wszystkie nadużycia ustawy bardzo ujemnie oddziałują na wyniki finansowe instytucji ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Wprawdzie te nadużycia odbywają się jeszcze sporadycznie, jednak w miarę upływu czasu „doświadczenie” ubezpieczonych będzie wzrastać i coraz większy będzie procent tych nadużyć. Tym obejściom ustawy nie może zapobiedz działalność Funduszu Bezrobocia i konieczna jest nowelizacja odnośnych przepisów ustawy.

Z. WYŹNIKIEWICZ.

PUNKTY STYCZNE W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH I W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK INWALIDZTWA ROBOTNIKÓW NA GÓRNYM ŚLĄSKU

System ubezpieczeń społecznych, istniejący na Górnym Śląsku w momencie przyłączenia go do Rzeczypospolitej, odziedziczony po Rzeszy Niemieckiej, stanowił w zasadzie jednolitą całość pod względem organizacyjnym, formalnym i materialnym. W systemie tym, który powstawał stopniowo, ale według zgóry ustalonego planu, wyraźnie określony był wzajemny stosunek i wzajemne zazębienie się poszczególnych gałęzi ubezpieczeń.

Z chwilą objęcia przez Państwo Polskie władzy suwerennej na Górnym Śląsku, Sejm Śląski w swych aktach ustawodawczych również starał się podtrzymać łączność pomiędzy poszczególnymi działami ubezpieczeń, a nawet na tej drodze poszedł znacznie dalej, niż niemiecki ustawodawca.

Zasadniczą zmianę pod tym względem wprowadziło dopiero Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z 24 listopada 1927 r., które poczęło obowiązywać również na Górnym Śląsku, znosząc dotychczasową niemiecką ustawę o ubezpieczeniu funkcjonariuszy prywatnych.

Postanowienia rozporządzenia regulujące stosunek ubezpieczenia pracowników umysłowych do innych rodzajów ubezpieczeń, dostosowane są do zamierzonej przyszłej organizacji ubezpieczeń w Polsce, niejednokrotnie całkowicie odmiennie od dotychczas obowiązującego systemu na Górnym Śląsku,

na którym w dalszym ciągu wszystkie pozostałe gałęzie ubezpieczeń (poza ubezpieczeniem pracowników umysłowych) działają na podstawie dawnych ustaw.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej oraz późniejsze przepisy rozporządzenia wykonawczego do tego rozporządzenia nie zajęły się bliżej temi odmiennymi postanowieniami pozostałych w mocy ustaw ubezpieczeniowych, które dotychczas były związane z odnośnymi postanowieniami ubezpieczenia pracowników umysłowych; powstał więc stan prawny, powodujący cały szereg niejasności i wątpliwości, i przytem naruszający dotychczasowy stosunek wzajemny w zakresie poszczególnych gałęzi ubezpieczeń. Nie ulega wątpliwości, że stan taki wymaga jaknajrychlejszej reformy.

Poniżej omówione zostaną kolejno poszczególne kwestje unormowane równocześnie postanowieniami rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych i postanowieniami Ordynacji Ubezpieczeniowej, dotyczącymi ubezpieczenia inwalidzkiego robotników.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o zakresie osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia pracowników umysłowych względnie ubezpieczenia inwalidzkiego robotników. Rozporządzenie Prezydenta, wyliczając w art. 3 czynności, powodujące powstanie obowiązku ubezpieczenia, określa je kryter-

jami, które niezawsze pozwalają z całą dokładnością i pewnością określić i ustalić charakter osób, stojących ze względu na wykonywane czynności na pograniczu między pracownikami umysłowymi a robotnikami. Powstają więc wątpliwości pod jakie ubezpieczenie należy podciągnąć daną kategorię osób względnie daną osobę. Zadaniem organów Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych względnie Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa jest po indywidualnym zbadaniu każdego poszczególnego wypadku i dokładnem rozważeniu danych pro i contra — wydać decyzję, co do charakteru pracy danej osoby. O ciągle zachodzących kolizjach na tem tle może najlepiej świadczyć fakt, że Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Król. Hucie miał dotychczas około 10.000 sprzeciwów od wydanych decyzji, co do obowiązku ubezpieczenia. Nagół należy stwierdzić, że ubezpieczeni domagają się zaliczenia ich do kategorii pracowników umysłowych i podciągnięcia ich pod odnośne ubezpieczenie, natomiast pracodawcy, kierując się prawdopodobnie względami na wysokość wydatków, przeważnie żądają zaliczenia odnośnych pracowników do kategorii robotników.

Na podstawie § 1236 Ordynacji Ubezpieczeniowej w brzmieniu Ustawy Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 roku (Dz. Ust. Śl. Nr. 14, poz. 54) „nie podlega ubezpieczeniu ten, kto jest inwalidą, albo kto pobiera rentę inwalidzką, wdową lub wdowca, podług przepisów niniejszej ustawy albo rentę wdową według przepisów ustawy o ubezpieczeniu funkcjonariuszy prywatnych”.

W myśl art. 1237 ust. 2 Ordynacji Ubezpieczeniowej w brzmieniu Ustawy Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. Ust. Śl. Nr. 14, poz. 54) „od obowiązku ubezpieczenia zwolniony będzie na wniosek także ten, kto pobiera pensję z niniejszej ustawy albo rentę wdową według przepisów ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych”. Przy okazji należy nadmienić, że w brzmieniu § 1237 prawdopodobnie zaszła pomyłka drukarska i paragraf ten winien brzmieć w ten sposób, że na wniosek zwalniane są od ubezpieczenia osoby, pobierające rentę inwalidzką, starczą ewentualnie wdową z ubezpieczenia pracowników umysłowych. W ten sposób Zakłady śląskie interpretują postanowienia § 1237.

W myśl rozporządzenia Prezydenta o ubezp. prac. umysł. osoba, pobierająca rentę z ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, a wykonywująca jeszcze zatrudnienie, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia pracowników umysłowych, zostaje połączona w zasadzie do płacenia składek.

Widzimy więc, że w postanowieniach wyżej przytoczonych nie została zachowana zasada wzajemności, która wymagałaby, aby również osoby otrzymujące renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych, a wykonywujące zatrudnienie, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, były tem obowiązkiem objęte.

Szczególnie wiele wątpliwości i trudności następuje w wykonaniu artykuł 118 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zmieniający postanowienia

§§ 1254a i 1290a Ordynacji Ubezpieczeniowej. Należy przytem wspomnieć, że podnoszone są wątpliwości, co do obowiązywania na Górnym Śląsku art. 118, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa robotników, uzasadniane tem, że w myśl art. 7 ustawy konstytucyjnej, zawierającej statut organiczny Województwa Śląskiego, ustawodawstwo w zakresie ubezpieczeń społecznych, należy do kompetencji Sejmu Śląskiego, dopóki ustawodawstwo ogólnopolskie nie zapewni tych samych korzyści lub większych, co ustawy na Śląsku obowiązujące. Rozp. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zawierające korzystniejsze postanowienia, aniżeli dawna ustawa, wypełniło więc warunki art. 7 ustawy konstytucyjnej i weszło w życie również i na Górnym Śląsku, dzięki czemu wygasły w tym zakresie kompetencje Sejmu Śląskiego. Natomiast w odniesieniu do ubezpieczenia robotników Sejm Śląski w dalszym ciągu posiada wyłączną kompetencję ustawodawczą, wobec niespełnienia się jeszcze warunków art. 7 ustawy konstytucyjnej. Istnieje więc opinja, że art. 118 może obowiązywać na Górnym Śląsku i w odniesieniu do ubezpieczonych robotników i uchylać dotychczas obowiązujące wyżej zacytowane §§ Ordynacji Ubezpieczeniowej tylko wtedy, jeśli zostanie uchwalony przez Sejm Śląski, co dotychczas jednak nie nastąpiło.

§ 1254 a brzmi:

„Jeśli ubezpieczony opłacił składki do ubezpieczenia inwalidowego i do ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych (ubezpieczony przechodni) i jeżeli czas wyczekiwania wypełnił zarówno dla renty inwalidowej z ubezpieczenia inwalidowego, jakoteż dla emerytury z ubezpieczenia funkcjonariuszy, to może sobie wybrać, jeśli ekspektatywa nie wygasła, albo rentę inwalidową albo emeryturę. Wybór jednego albo drugiego ubezpieczenia jest trwale wiążący dla ubezpieczonego i jego pozostałej rodziny.

Jeśli ubezpieczony przechodni sam nie dokonał wyboru, to może jego pozostała rodzina, w razie dopełnienia czasu wyczekiwania do renty dla pozostałych, zarówno ubezpieczenia inwalidowego jakoteż ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych, wybrać renty dla pozostałych z jednego z tych ubezpieczeń. Prawo wyboru przysługuje wdowie albo wdowcowi; jeśli pozostały tylko sieroty, to prawo wyboru przysługuje im wspólnie; jeżeli mają kilku zastępców prawnych, to rozstrzyga zastępca najmłodszej sieroty.

Bliższe szczegóły co do przeprowadzenia tych przepisów postanawia Wojewoda”.

§ 1290 a Ordynacji Ubezpieczeniowej zgodnie z Ustawą z dnia 19 marca 1923 r. (Dz. Ust. Śl. Nr 14, poz. 94) brzmi: „Przy ubezpieczonych przechodnich dolicza się do rent ubezpieczenia inwalidowego kwotę wzrostową ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych. Ubezpieczenie funkcjonariuszy prywatnych zwraca Wydziałowi Ubezpieczenia inwalidowego kwotę wzrostu według bliższego określenia przez Wojewodę”.

Z chwilą wejścia w życie art. 118 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezp. prac.

umysł. i §§ 8 — 11 rozporządzenia wykonawczego, które to przepisy zawierają postanowienia wręcz odrębnej treści, — §§ 1254 a i 1290 a musiały stracić rację bytu.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób należy zastosować powyższe, całkowicie ze sobą sprzeczne postanowienia starej i nowej ustawy, do stanu rzeczy, jaki się wytworzył w ciągu długoletniego istnienia starych przepisów?

Przedewszystkiem należy wyróżnić wypadki ubezpieczeniowe, zaszłe przed 1 stycznia 1928 r. (data wejścia w życie rozp. Prez. o ubez. prac. um.), na mocy których uprawnieni pobierają już renty z ubezpieczenia inwalidzkiego i kwoty wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych lub też odwrotnie renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych i kwoty wzrostu z ubezpieczenia inwalidzkiego. Otóż do tej kategorii wypadków należy zastosować przepisy stare, co do wypłacania kwot wzrostu przy odnośnych rentach, zmodyfikowane jedynie w stosunku do określenia wysokości tych kwot wzrostów i rent przez wspomniane rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przy obliczaniu kwot wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych przy rencie z ubezpieczenia inwalidzkiego winien kierować się zasadami, ustalonymi we wspomnianym rozporządzeniu dla obliczania kwot wzrostu (2 proc. płacy podstawowej rocznie). Pozostali (wdowy i sieroty) po renciście, który otrzymał rentę, obliczoną według starych przepisów, a więc rentę z odnośną kwotą wzrostu — otrzymają rentę, obliczoną również według starych przepisów, a więc rentę z odnośną kwotą wzrostu. Renciści, pobierający renty z ubezpieczenia inwalidzkiego, powiększone o kwoty wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych, dlatego, że nie mogli uzyskać dotychczas renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych z powodu nieprzebycia w tymże ubezpieczeniu okresu wyczekiwania (120 miesięcy składkowych), a którzy mieli przebyte w ubezpieczeniu pracowników umysłowych więcej niż 60 miesięcy składkowych, mogą otrzymać w myśl art. 148 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych w myśl nowych przepisów, powiększone o kwoty wzrostu z ubezpieczenia inwalidzkiego.

Artykuł 118 rozporządzenia należy stosować do wypadków, w których przejście z ubezpieczenia inwalidzkiego do ubezpieczenia pracowników umysłowych i odwrotnie miało miejsce po dniu 1 stycznia 1928 roku. W tym wypadku w myśl art. 118 poprzedni Zakład Ubezpieczeniowy przekazuje temu Zakładowi Ubezpieczeniowemu, do którego odnośna osoba przechodzi, zmniejszoną o 5 proc. sumę składek z ostatnich pięciu lat z oprocentowaniem wedle stopy technicznej, w celu zaliczenia tylu miesięcy względnie tygodni składkowych w nowym Zakładzie, ile zaliczono danej osobie w ostatnich pięciu latach w Zakładzie poprzednim. Z brzmienia artykułu 118 nie wynika jednak, czy ubezpieczony, po przekazaniu przez Zakład Ubezpieczenia na wypadek

inwalidztwa do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych składek z tego 5-cioletniego okresu, — traci równocześnie wszystkie dotychczas nabyte prawa do reszty składek, opłaconych do ubezpieczenia inwalidzkiego. Z ducha art. 118 wynika, że zamiarem ustawodawcy było zapewnienie uprawnionych świadczeń tylko z jednego ubezpieczenia, lecz należy wziąć pod uwagę, że ma on na oku właściwie nie obecnie obowiązujące przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego robotników, lecz nowy projekt ministerjalny ustawy o ubezpieczeniu robotniczym, gdzie przewidziane są świadczenia znacznie korzystniejsze dla robotników niż obecnie, jak również przewidziany jest zupełnie inny system obliczania świadczeń. Obecnie, gdy wysokość świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa robotników uzależniona jest od ilości opłaconych składek, niejeden z uprawnionych robotników uważałby za osobistą krzywdę n. p. przy 35-letnim składkowaniu do ubezpieczenia inwalidzkiego — skreślenie aż 30 lat składkowych, a zaliczenie tylko 5-ciu. Należy nadmienić, że przy stosowaniu art. 118 Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych będzie ponosił znaczne straty z powodu różnicy wysokości składek, zmuszony zaliczać do ubezpieczenia okresy czasu, opłacone składkami ubezpieczenia robotniczego inwalidzkiego znacznie niższymi, aniżeli składki w ubezpieczeniu pracown. umysł., wreszcie sporną byłaby kwestja, czy w tych wypadkach, w których prawo do świadczeń ze składek, opłaconych przed tym 5-cioletnim okresem, byłoby utracone, należy uważać te 5 lat za okres zastępczy.

Oprócz powyżej wymienionych kategorii wypadków, zachodzą jeszcze takie wypadki, w których przejście z zatrudnienia jednego rodzaju do zatrudnienia drugiego rodzaju miało miejsce przed dniem 1 stycznia 1928 r. i uprawnieni nie są jeszcze rencistami, lecz podlegają ubezpieczeniu umysłowemu n. p. pracowników umysłowych i kontynuują dobrowolnie ubezpieczenie inwalidzkie. Zachodzi pytanie, jak należy postąpić w razie powstania wypadku ubezpieczeniowego. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w reskrypcie z dnia 10 października 1928 r. Nr. 3704/U. II wyjaśniło tę kwestję w sposób następujący: „Przepisami art. 118 rozporządzenia Prezydenta i §§ 18 — 11 rozporządzenia wykonawczego uregulowane zostały wypadki: 1) zmiany ubezpieczenia po 1 stycznia 1928 r. i 2) przeliczenia rent z ubezpieczenia przechodniego przyznanych przed 1 stycznia 1928 r. Natomiast ani rozporządzenie Prezydenta ani rozporządzenie wykonawcze nie zawierają przepisów, normujących w jakikolwiek odrębny sposób kwestję istniejącego w dn. 1 stycznia 1928 r. jednoczesnego podwójnego ubezpieczenia i ograniczających tak co do warunków, jak i co do wysokości prawa do świadczeń, należnych w myśl rozporządzenia Prezydenta dla ubezpieczonych, będących jednocześnie ubezpieczonymi na podstawie księgi IV Ordynacji Ubezpieczeniowej. Prawa przeto takich ubezpieczonych do świadczeń z działu ubezpieczenia pracowników umysłowych, jak również ich obowiązek ubezpieczenia, należy oceniać

wyłącznie według ogólnych przepisów rozporządzenia Prezydenta, nie biorąc pod uwagę ich jednoczesnego ubezpieczenia w myśl przepisów o inwalidzkim ubezpieczeniu robotniczym.

Konsekwencje rozdzielenia obu działów ubezpieczenia i wygaśnięcia mocy obowiązującej dotychczasowych przepisów ustaw o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, regulujących kwestię podwójnego ubezpieczenia, i jednoczesnego pozostawienia w mocy prawnej odpowiednich przepisów księgi IV. Ordynacji Ubezpieczeniowej (o ile chodzi o wypadek podwójnego ubezpieczenia w dn. 1 stycznia 1928 r.), winny, zdaniem Ministerstwa, stać się przedmiotem rozważań Sejmu Śląskiego".

Opierając się więc na powyższej interpretacji Ministerstwa, jak również na zasadniczym rozstrzygnięciu Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń Senatu Orzekającego w Katowicach z dnia 4 lutego 1930 r. każdy z Zakładów w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego przyznaje całkowitą rentę. Uprawnieni otrzymują więc w tym wypadku dwie renty.

W związku z powyższą kwestją pozostaje pytanie, czy pobór renty inwalidzkiej z ubezpieczenia robotniczego z kwotą wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych podtrzymuje prawa do świadczeń z ubezpieczenia pracowników umysłowych, innymi słowy, czy pobierający taką rentę podlega obowiązkowi ubezpieczenia pracowników umysłowych. Należy nadmienić, że chodzi tutaj o renty inwalidzkie z powodu ukończenia 60 roku życia, a więc udzielane uprawnionym, jakkolwiek jeszcze są zdolni do pracy i nawet efektywnie pracują. Kwoty wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych przyznano im na mocy § 55 a dawnej ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Kwestja ta powinna być właściwie rozpatrywana poprzednio przy omawianiu przepisów o zakresie osób ubezpieczonych; ze względu jednak na to, że istnieje tutaj łączność z art. 118, — przeniesiono omawianie jej dla lepszego zrozumienia.

Otóż w sprawie tej Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej we wspomnianym już reskrypcie z dnia 10 października 1928 r. zajęło następujące stanowisko: „Otrzymywanie kwot wzrostu z ubezpieczenia pracowników umysłowych przez ubezpieczonych, którzy na podstawie ukończenia 60 roku życia nabyli przed 1 stycznia 1928 r. prawa do renty z ubezpieczenia inwalidowego uzasadnione było, wobec braku warunków uprawniających do świadczeń w myśl ustaw o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jedynie istniejącą na podstawie ustaw dotychczasowych łącznością między obu działami ubezpieczenia, której to łączności konsekwencją było przyznanie świadczeń z ubezpieczenia pracowników umysłowych w razie zajścia warunków uprawniających do świadczeń z ubezpieczenia inwalidowego.

Uznanie za niezdolnego do zarobkowania w rozumieniu ks. IV Ordynacji Ubezpieczeniowej pracownika, mającego 60 lat życia, pociągało w praktyce — jak wynika z pisma Zakładu — domniemanie istnienia również niezdolności zawodowej w rozu-

mieniu ustawy o ubezpieczeniu funkcjonariuszy prywatnych, nie oparte zresztą na odpowiednim przepisie prawnym, przepisy bowiem, dotyczące wypadku powstania praw do świadczeń równocześnie z obu działów ubezpieczenia, nie zmieniają warunków przyznania świadczeń w obu działach (a w szczególności w ubezpieczeniu funkcjonariuszy prywatnych). Równoczesność w myśl tych przepisów istniała gdy zachodziły równocześnie warunki przyznania renty z obu działów ubezpieczenia.

Konsekwentnie osobą, korzystającą w dniu 1 stycznia 1928 r. z kwoty wzrostu z działu ubezpieczenia pracowników umysłowych, wypłacanej obok renty inwalidowej, należy traktować jako niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia w myśl art. 5 p. 1 rozp. Prez. Gdyby jednak w poszczególnych wypadkach osoba taka żądała ubezpieczenia jej, wykazując, iż nie jest niezdolną do wykonywania zawodu, wówczas traci ona automatycznie prawa do kwoty wzrostu i podlega ubezpieczeniu. Dalsze otrzymywanie przez takich pracowników rent z ubezpieczenia inwalidowego ma wpływ na powstanie obowiązku ubezpieczenia tylko w granicach przepisów art. 5 p. 2 rozporządzenia Prez. Zaliczenie poprzednio przebytych miesięcy składkowych następuje w odniesieniu do tych pracowników na zasadzie art. 147 ust. 1, przyczem zgodnie z art. 113 ust. ostat. okresu otrzymywania, kwoty wzrostu nie wlicza się do okresu przerwy w ubezpieczeniu.

W odniesieniu do pracowników, którzyby w wypadku przewidzianym w ustępie poprzednim nie zostali objęci ubezpieczeniem na zasadzie art. 5 p. 2, miałyby zastosowanie przepis art. 148 ust. 1 zdanie ostatnie".

W myśl § 1279 a Ordynacji Ubezpieczeniowej w brzmieniu Ustawy Sejmu Śląskiego z dnia 19 marca 1923 r. (Dz. Ust. Śl. Nr. 14, poz. 94): „Jeżeli czasu wyczekiwania nie wypełniono w ubezpieczeniu funkcjonariuszy prywatnych, to dla czasu wyczekiwania w ubezpieczeniu inwalidowym opłacone składki do ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych stoją na równi z dobrowolnymi składkami do ubezpieczenia inwalidowego, muszą one jednakowoż obejmować takie pełne tygodnie kalendarzowe, których nie liczy się jako tygodnie składkowe do czasu wyczekiwania w ubezpieczeniu inwalidowym".

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych nie przewiduje zaliczania składek, opłaconych do ubezpieczenia inwalidzkiego, — do okresu wyczekiwania w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Niema więc powodu, aby Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa zaliczał do okresu wyczekiwania składki, opłacone do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Należy podkreślić, że w wypadku tym chodzi o tę nieliczną grupę spraw, w których przejście z ubezpieczenia inwalidzkiego do ubezpieczenia pracowników umysłowych lub odwrotnie miało miejsce przed 1 stycznia 1928 r., a uprawnieni nie opłacili jeszcze przepisanej Ordynacją Ubezpieczeniową ilości 200 składek. Do innych wypadków ma zastosowanie art. 118.

W myśl § 1280 ust. 2 Ordynacji Ubezpieczeniowej (w tekście niemieckim), uzupełnionego ustawą Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. Ust. Sl. Nr. 14, poz. 94) prawo do świadczeń mają utrzymanie bez obowiązku opłacania składek wszyscy ci ubezpieczeni, którzy od daty wstąpienia do ubezpieczenia aż do czasu wypadku ubezpieczeniowego mają pokryte okresy czasu w 3/4 znaczkami składkowymi, opłaconymi do ubezpieczenia inwalidzkiego, ewentualnie składkami, opłaconymi do ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Wobec braku wzajemności w tym względzie w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych jak również wobec wprowadzonego całkowitego rozdziału między ubezpieczeniem inwalidzkim i ubezpieczeniem pracowników umysłowych — niema powodu do tego, aby ubezpieczonych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych specjalnie uprzywilejowywać, gdy z tych przywilejów nie korzystają ubezpieczeni n. p. w Spółce Brackiej lub w Kasie Fabrycznej.

W myśl § 1281 Ordynacji Ubezpieczeniowej (w brzmieniu niemieckim), uzupełnionego Ustawą Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. Ust. Sl. Nr. 14, poz. 54), należy uważać jako czasy zastępcze dla podtrzymania praw do świadczeń w ubezpieczeniu inwalidzkim — okresy czasu, w których opłacono składki do ubezpieczenia pracowników umysłowych, o ile okresy te nie są równocześnie pokryte składkami, opłaconymi do ubezpieczenia inwalidzkiego.

Jakkolwiek rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w odwrotnym wypadku nie przewiduje możliwości dla podtrzymania praw do świadczeń w ubezpieczeniu pracowników umysłowych zaliczania składek, opłaconych do ubezpieczenia inwalidzkiego — uważałbym, że przepis ten (Ordynacji Ubezpieczeniowej) jest racjonalny. Należy bowiem wziąć pod uwagę, że wysokość składek i świadczeń w ubezpieczeniu pracowników umysłowych jest kilka razy większa, niż odnośna wysokość w ubezpieczeniu

inwalidzkim. Poza tym przepis powyższy tylko w drobnym stopniu obciąża ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, gdyż chodzi tutaj tylko o utrzymanie praw do świadczeń z już opłaconych składek.

W myśl § 1283 Ordynacji Ubezpieczeniowej (w brzmieniu niemieckim), uzupełnionego Ustawą Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. Ust. Sl. Nr. 14, poz. 54), utracone prawo do świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa odżywa w razie późniejszego opłacenia pewnej ilości składek do ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa lub też do ubezpieczenia pracowników umysłowych. Przyczem odnośny ustęp brzmi tak: „Na równi ze znaczkami i tygodniami składkowymi w myśl tych przepisów stoją pełne tygodnie składkowe, które pokryte są opłaconymi składkami do ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych, a które nie są równocześnie pokryte według przepisów ubezpieczenia inwalidzkiego. Do nowego czasu wyczekiwania wlicza się jednakowoż składki do ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych za czas przed 1 stycznia 1923 r. tylko wtenczas, jeżeli między wygaśnięciem ekspektatywy, a rozpoczęciem opłaty składek do ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych leży okres czasu nie dłuższy aniżeli dwóch lat”.

Wzajemności rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych nie przewiduje. Należy nadmienić, że postanowienie powyższe może być zastosowane tylko do bardzo ograniczonej ilości wypadków, jeżeli wogóle takie zajdą, gdyż przejście z jednej gałęzi ubezpieczenia do drugiej musiało mieć miejsce przed 1 stycznia 1928 r., to jest przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezp. prac. umysł., a jednocześnie nowe prawo z opłaconych składek do ubezpieczenia inwalidzkiego nie zostało jeszcze nabyte.

Z tych więc względów jak również wobec braku motywów, aby specjalnie uprzywilejować tych ubezpieczonych, którzy opłacali składki do ubezpieczenia pracowników umysłowych, — należałoby, moim zdaniem, przepis ten znieść.

STANISŁAW BRZOZOWSKI.

PRAWA BEZROBOTNYCH W USTAWIE Z DN. 19. V. 1920 R.

Przepisy prawne, zawarte w art. 36 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272), uprawniające bezrobotnych do świadczeń Kasy Chorych, nie są dostatecznie przejrzyste, nastroczają w praktyce wiele zastrzeżeń, a ze strony ubezpieczonych wywołują narzekania, a nawet rozgoryczenie, może nietyle z powodu mylnej interpretacji tych przepisów przez wykonawców, ile wobec uciążliwych formalności, związanych z realizacją praw bezrobotnych.

Przyczyny te należałoby bliżej sprecyzować.

Podstawą do ubezpieczenia w Kasie Chorych jest praca. Tylko zatrudnieni na podstawie stosunku roboczego, lub służbowego, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i mają wszelkie prawa do świadczeń Kasy; z chwilą opuszczenia zatrudnienia niezależnie od powodów, a tem samem rozwiązania stosunku roboczego lub służbowego, obowiązkowo ubezpieczeni przestają być członkami Kasy.

Pozbawiony pracy ma dwie drogi do uzyskania świadczeń Kasy: albo przystąpić do Kasy w charakterze członka dobrowolnego, co też może skutecz-

nić tylko w ciągu pierwszych czterech tygodni od dnia opuszczenia pracy (art. 13 Ustawy), albo korzystać z przywilejów artykułu 36.

Przystąpienie do Kasy byłego członka obowiązkowo ubezpieczonego — w charakterze członka dobrowolnego, nie nastęca trudności i polega jedynie na złożeniu we właściwym terminie deklaracji.

Złożenie deklaracji pociąga za sobą obowiązek opłacenia całej składki z własnych środków (art. 49 Ustawy) i to zgóry za okres miesięczny (par. 75 normalnego statutu), a równocześnie redukuje prawa b. członka obowiązkowo ubezpieczonego, ponieważ członkowie rodziny dobrowolnie ubezpieczonego nie mają praw do świadczeń Kasy (art. 33 Ustawy).

Nic też dziwnego, że pozbawiony pracy, nie mając środków na opłacenie składek, a ponadto na leczenie swej rodziny — niechętnie przystępuje do Kasy jako dobrowolnie ubezpieczony.

Pozostaje druga droga — artykuł 36.

Przepisy, zawarte w obu częściach art. 36 traktują o dwóch różnych kategoriach bezrobotnych, byłych członków Kasy.

Ustęp I art. 36 brzmi:

„Członkowie Kasy, którzy skutkiem utraty zarobku nie mogą uiszczać opłat, o ile wypadek choroby zajdzie przed upływem 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, mają prawo do pomocy lekarskiej w zakresie art. 23 ust. I lit. a, nie dłużej jednak, niż w ciągu 26 tygodni, w zakresie art. 30 ust. I lit. a i art. 33 lit. a i b”.

Przepis ten dotyczy tylko i wyłącznie b. członków Kasy pozbawionych pracy, czy to w drodze redukcji, czy to z powodu upłynięcia terminu umownego, lub ukończenia podjętej pracy, niezależnie od tego jak długo przed utratą zarobku pracowali; tej kategorii (nazwiemy ją, w dalszym ciągu,—pierwszą) bezrobotnym i ich rodzinom, przysługują jedynie świadczenia lecznicze, jeżeli zachorowanie nastąpi w okresie 13-tu tygodni, licząc od dnia utraty pracy zarobkowej.

Ustęp II art. 36 głosi:

„Członkowie Kasy, którzy opuszczają zatrudnienie, a przedtem byli członkami jednej z Kas Chorych, działających na mocy niniejszej Ustawy, conajmniej przez ostatnie 6 tygodni lub w ciągu ubiegłych 12-tu miesięcy conajmniej przez 26 tygodni, o ile wypadek choroby zajdzie w ciągu 4-ch tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia, zachowują prawo do pełnych świadczeń przez czas w statucie określony”.

Zacytowany przepis dotyczy b. członków Kasy, którzy opuścili zatrudnienie tak z własnej woli, jak i z powodów od nich niezależnych. Prawo korzystania z pełnych świadczeń Kasy tej kategorii (nazwiemy ją — drugą) bezrobotnych uzależnione jest od pozostawania w członkostwie, przed opuszczeniem zatrudnienia, conajmniej 6 tygodni, lub conajmniej 26 tygodni w ciągu ubiegłych 12-tu miesięcy, licząc wstecz od daty zażądania pomocy Kasy, o ile wypadek zachorowania bezrobotnego lub członków jego rodziny nastąpi w okresie pierwszych czterech tygodni od dnia porzucenia pracy.

Weźmiemy przykłady: Pan X przepracował w fabryce 3 dni, czwartego dnia wskutek przyczyn

od niego niezależnych (pożar fabryki), pozbawiony był pracy. Poprzednio przepracował w różnych fabrykach 20 tygodni w ciągu ubiegłych 12 miesięcy. W dwa tygodnie po utracie pracy zachorowuje. Czy ma prawo do świadczeń Kasy? Tak, jako bezrobotny I kategorii (art. 36. I.) ma prawo tylko do świadczeń leczniczych w ciągu 26 tygodni, ponieważ ustąpił z pracy nie z własnej woli, a zachorowanie nastąpiło przed upływem 13 tygodni od daty utraty zarobku.

Natomiast nie można zaliczyć p. X do II kategorii bezrobotnych (art. 36. II.) i nie przysługują mu świadczenia lecznicze i pieniężne, ponieważ przed opuszczeniem zatrudnienia nie przepracował 6 tygodni, ani 26 tygodni w ciągu poprzednich 12-tu miesięcy, jakkolwiek zachorowanie nastąpiło w okresie przewidzianym w art. 36. II, t. j. przed upływem 28 dni od daty utraty zarobku.

Drugi przykład: Pan Y, po 8 tygodniach pracy w firmie opuszcza zatrudnienie z własnej woli. W tydzień po tem zachorowuje. Jakie ma prawo do Kasy? Jako bezrobotny II kategorii (art. 36. II.), przysługują p. Y pełne świadczenia Kasy, t. j. oprócz świadczeń leczniczych, w razie niezdolności do pracy, — świadczenia pieniężne w ciągu 39 tygodni względnie 52 tygodnie świadczeń leczniczych bez zasiłków pieniężnych.

Uzasadnienie: pracował ostatnio więcej niż 6 tygodni, a zachorowanie nastąpiło przed upływem 28 dni od daty opuszczenia pracy.

Trzeci przykład: Pan Z na własne żądanie wystąpił z pracy w firmie, w której przesłużył 15 lat, a przez 10 lat był członkiem Kasy. Po upływie 30 dni zachorowuje. Czy przysługują mu świadczenia? Nie przysługują: p. Z. nie może być zaliczony ani do I kategorii (art. 36. I.) ponieważ dobrowolnie ustąpił z pracy, ani do II kategorii, ponieważ zachorowanie nastąpiło po upływie 28 dni od daty porzucenia zatrudnienia.

Czwarty przykład: Pan W. po 2-ch latach pracy został zredukowany, w tydzień po zwolnieniu z pracy zachorowuje obłożnie, p. W. winien być zaliczony do kategorii II (art. 36. II.), gdyż mimo zredukowania go, — przysługują mu pełne świadczenia lecznicze i pieniężne, ponieważ zachorowanie nastąpiło przed upływem 28 dni od dnia redukcji, a przepracował ostatnio więcej niż 6 tygodni.

Po upływie następnych 10-ciu tygodni p. W. ponownie zachorowuje, wówczas zaliczamy go do kategorii I bezrobotnych (art. 36. I.), ponieważ, będąc zredukowanym, zachorował przed upływem 13-tu tygodni od daty zwolnienia z pracy. W tym wypadku przysługują p. W. świadczenia lecznicze w ciągu 26 tygodni o ile poprawa nie nastąpi wcześniej.

Z przytoczonych przykładów można zauważyć, że stosowanie przepisów art. 36 wymaga ustalenia przedewszystkiem, czy bezrobotny, domagający się świadczeń Kasy, sam porzucił pracę, czy też został jej pozbawiony.

Drugim warunkiem, decydującym o prawach bezrobotnego do świadczeń Kasy jest ustalenie okresu czasu, oddzielającego dzień opuszczenia pracy —

od dnia zachorowania, w rozumieniu żądania pomocy Kasy.

Pozbawionego pracy pracodawca zabezpiecza na przypadek choroby w ciągu 13 tygodni bez zastrzeżeń wówczas gdy porzucający pracę ma także zabezpieczenie w ciągu 4 tygodni, i to pod warunkiem pozostawania w członkostwie przez okres czasu, w ustawie oznaczony.

Nie wyklucza wszakże powyższe rozumowanie wypadku, że prawa bezrobotnych, wynikające z obu ustępów art. 36, będą przysługiwały, jak to zostało ujęte w czwartym przykładzie, jednej osobie, jednak osobą tą może być pozbawiony pracy, ale nie porzucający pracę.

Jakie świadczenia przysługują bezrobotnym b. członkom Kasy?

Otóż bezrobotny I kategorii (art. 36. I.) otrzymuje bezpłatną pomoc lekarską, leki i środki opatrunkowe, nie dłużej jednak niż w ciągu 26 tygodni; również bezpłatnie otrzymuje okulary i inne pomniejsze środki lecznicze, służące do przywrócenia zdrowia i zdolności zarobkowania (wszelkiego rodzaju pasy, wkładki, protezy oczne i t. p.), wreszcie środki pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu, służące do utrzymania zdolności zarobkowania (górsety ortopedyczne, protezy nóg, zębów i t. p.); koszty tych środków pomocniczych Kasa Chorych ponosi do wysokości oznaczonej w statucie danej Kasy.

Ponadto b. członkinie Kasy otrzymują pomoc lekarską i położniczą przed, w czasie i po położeniu, oczywiście nie dłużej niż w ciągu 26 tygodni.

Członkom rodziny bezrobotnego przysługują wyszczególnione świadczenia w ciągu najwyżej 13 tygodni.

Co zaś do leczenia szpitalnego bezrobotnych i członków ich rodzin, to reskryptem z dnia 14 lutego 1925 r. za Nr. 554/VII zostało wydane w tej kwestji obowiązujące wyjaśnienie Ministra Pracy i Opieki Społecznej, które dowodzi, że leczenie szpitalne ma charakter leczenia zastępczego zamiast opieki lekarskiej, leków i zasiłku pieniężnego, a ten ostatni bezrobotnemu nie przysługuje, a zatem osoby te nie mają prawa do leczenia szpitalnego. Tembardziej nie mają prawa członkowie rodziny bezrobotnego, gdyż w art. 36. I. prawa członka rodziny do leczenia szpitalnego zostały wyraźnie pominięte.

Jednak w następnym punkcie reskrypt Ministra wyjaśnia, że w wyjątkowych wypadkach, gdy odmowa leczenia szpitalnego byłaby równoznaczna z odmową leczenia wogóle, do którego Kasa jest obowiązana, wówczas pomoc szpitalna winna być udzielona tak bezrobotnemu, jak i członkom jego rodziny; stosuje się to również do wypadków, gdy ze względu na warunki dostarczania pomocy lekarskiej, koszta tej pomocy dorównywałyby lub przewyższałyby wydatki leczenia i utrzymania w szpitalu.

Innymi słowy: w tych razach, gdy leczenie szpitalne staje się nieodzowne lub zachodziłaby konieczność udzielenia pomocy lekarskiej w innej formie, czy warunkach, to chociażby pomoc ta kosztowniejszą była od leczenia szpitalnego, — należy ją udzie-

lić bezrobotnemu, lub członkowi rodziny bezrobotnego.

Bezrobotnym II kategorii (art. 36. II.) oprócz podanych wyżej świadczeń przysługuje zasiłek pieniężny w wysokości 60 proc. płacy ustawowej za czas niezdolności do pracy, jednak nie dłużej niż w ciągu 39 tygodni (art. 23), względnie zasiłek domowy za czas leczenia szpitalnego (art. 29), w wysokości połowy zasiłku pieniężnego, dla tych bezrobotnych, którzy mają na swem utrzymaniu jedną lub więcej osób, względnie w wysokości 10 proc. płacy ustawowej — dla tych, którzy nie mają nikogo na swem utrzymaniu, wreszcie zasiłek pogrzebowy w wysokości 3 tygodniowej płacy ustawowej (art. 32). Byłym członkom Kasy może przysługiwać ponadto zasiłek położowy (art. 30) w wysokości całkowitej płacy ustawowej, nie dłużej niż w ciągu 8-miu tygodni i zasiłek na karmienie w wysokości 20 — 50 gr. dziennie — na czas karmienia od dnia ukończenia zasiłku położowego, nie dłużej jednak niż w ciągu 12 tygodni. Członkowie rodziny bezrobotnego II kategorii mogą otrzymywać zasiłek na karmienie w wysokości 10 — 25 groszy dziennie, nie dłużej niż w ciągu 12 tygodni.

Oczywiście, że otrzymywanie zasiłków pieniężnych przez bezrobotnych, lub członków ich rodzin, uzależnione jest od powstania praw do tych świadczeń w okresie 28 dni od daty opuszczenia pracy przez bezrobotnego.

Jakie są wymagane formalności przy udzielaniu świadczeń bezrobotnym?

Według instrukcji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie, w sprawie dokonywania przez Kasy Chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa na mocy art. 48 (zwrot kosztów leczenia osób wymienionych w art. 36 ust. I) omawianej ustawy, z tytułu udzielanych, między innymi, świadczeń leczniczych bezrobotnym I kategorii (art. 36. I.) — winny być sporządzane i przesyłane Okręgowemu Urzędowi Ubezpieczeń następujące dowody:

1. Karta chorobowa, t. j. karta porad, udzielanych osobom pozbawionym pracy, ze wszelkimi danymi informacyjnymi i statystycznymi, w szczególności: „stwierdzenie przebycia okresu przynależności do Kasy Chorych, względnie do Kas Chorych w ciągu ubiegłych 12-tu miesięcy w myśl ustępu II-go art. 36 Ustawy”.

2. „Deklaracja b. członka Kasy o ewentualnej przynależności jego do innych Kas Chorych, potwierdzona przez odnośne Kasy Chorych jako dowód, że dana osoba nie posiadała uprawnień do świadczeń Kasy na jej własny rachunek w myśl art. 36. II Ustawy. Żądać należy tej deklaracji od osób leczących się w myśl art. 36. I., gdy wypadek ich choroby miał miejsce przed upływem 4-ch tygodni po wystąpieniu z pracy”.

3. „Zaświadczenie o niemożności uiszczenia przez b. członka Kasy opłat wskutek utraty zarobku i z braku własnych funduszy lub dochodów”.

„Zaświadczeniem o powyższej treści może być:

- a) świadectwo ubóstwa, wydane przez Urząd Gminy lub Urząd Pol. Państwowej,

- b) zaświadczenie Urzędu Pośrednictwa Pracy,
- c) zaświadczenie rządcy domu,
- d) wywiad kontrolera Kasy".

Pierwsze trzy zaświadczenia powinny być sprawdzone na miejscu przez kontrolera Kasy, iż dana osoba nie może uiszczać opłat w charakterze członka dobrowolnego nietylko z powodu utraty zarobku, lecz również i wskutek braku własnych funduszy lub dochodów".

„Żądać należy tych dowodów od wszystkich osób, korzystających ze świadczeń z art. 36. I. od 5 tygodnia od dnia utraty zarobku".

4. „Zaświadczenie Naczelnego Lekarza Kasy o niezbędnej potrzebie leczenia bezrobotnego (wzgl. jego członka rodziny) w szpitalu".

Nietrudno zauważyć, że oprócz dowodu podstawowego, oznaczonego w pierwszym punkcie (karta chorobowa), inne dowody wyszczególnione w pozostałych 3 punktach, są raczej dowodami negatywnymi; nie stwierdzają one praw ubezpieczonego do świadczeń Kasy, lecz mają udowodnić, że były członek Kasy nie mógł być leczony na rachunek własny danej Kasy, że nie mógł przystąpić do Kasy jako członek dobrowolny, wreszcie, że nie mógł być leczony nie w szpitalu.

I tak: niedostatecznie jest stwierdzić w karcie chorobowej, czyli w karcie porad (p. I. dowodów), że chory bezrobotny pozostawał członkiem Kasy Chorych w okresie wskazanym w art. 36. II., wymaganą jest ponadto (p. II dowodu) deklaracja b. członka Kasy „o ewentualnej przynależności jego do innych Kas Chorych".

Należy tu podkreślić, że deklaracja jest dowodem skomplikowanym: urzędnik Kasy spisuje ze słów bezrobotnego, b. członka Kasy, odpowiednią deklarację, którą podpisują: b. członek Kasy, urzędnik Kasy, odbierający oświadczenie od bezrobotnego, wreszcie dyrektor Kasy, stwierdzając swym podpisem, że oświadczenie bezrobotnego o przynależności jego do tych Kas, zostało pisemnie potwierdzone w pismach właściwych Kas, przytem winny być podane daty i Nr. Nr. pism. Oczywiście, że przed podaniem dat, trzeba przeprowadzić korespondencję z odpowiednimi Kasami.

Wprawdzie deklaracja tego rodzaju wymaganą jest od bezrobotnych I-ej kategorii, leczących się w myśl art. 36, p. I. wówczas, gdy zwracają się o pomoc Kasy przed upływem 4-ch tygodni od dnia wystąpienia z pracy, jednak spotykane są w praktyce wypadki żądania deklaracji od wszystkich bezrobotnych, niezależnie od czasu rozpoczęcia przez nich leczenia się w Kasie.

Żądanie deklaracji od bezrobotnego nie wydaje się dostatecznie uzasadnione: deklaracja potrzebna jest, jak już wyżej zaznaczyliśmy, jako dowód do rozrachunku Kasy ze Skarbem Państwa, a nie jako dowód, uzasadniający prawa bezrobotnego do świadczeń Kasy.

Kasa Chorych, jako instytucja publiczno-prawna, winna zasługiwać na zaufanie wogóle, a w szczególności w tych sprawach. Jakkolwiek chodzi tu o rozrachunek ze Skarbem Państwa, można byłoby poprzestać na pisemnym oświadczeniu Kasy, że do bez-

robotnego, któremu udzielono świadczeń na zasadzie art. 36. I, nie mógł być zastosowany art. 36. II. Byłby to dowód, że w danym wypadku zwrócono uwagę na ewentualne wykorzystanie przez bezrobotnego praw, przysługujących mu z art. 36. II., jednak bez udziału bezrobotnego w sporządzeniu samego dowodu.

Kasy, urzeczywistniając swoją społeczną działalność, niewątpliwie mają na względzie przede wszystkim interesy ubezpieczonego, nie zaś własne korzyści, wpływające z każdej możliwej odmowy udzielania członkowi Kasy należnych mu świadczeń. Tembardziej w stosunku do bezrobotnych troskliwość winna być posunięta do możliwych granic. Udzielając im świadczenia, każda Kasa niewątpliwie bada, czy świadczenia te mogą być pełne, w myśl art. 36. II, czy też tylko lecznicze z art. 36. I. Skoro zaistnieje możliwość udzielenia bezrobotnemu pełnych świadczeń, niepodobna przypuszczać, że w chęci odebrania sobie od Skarbu Państwa połowy kosztów leczenia, znajdzie się w Polsce taka Kasa, która w tym tylko celu odmówiłaby, lub zaniedbała udzielenia bezrobotnemu należnych mu pełnych świadczeń na wyłączny swój koszt.

Również mało uzasadnione wydaje się żądanie dowodu (p. 3), mającego stwierdzić, że bezrobotny, wskutek utraty zarobku i z braku własnych funduszy, nie mógł opłacać składek członkowskich do Kasy.

Nie można zaprzeczyć, że art. 36. I., rozpoczynający się od słów: „członkowie Kasy, którzy skutkiem utraty zarobku nie mogą uiszczać opłat...", jakby upoważniał do żądania od bezrobotnego dowodu, czy istotnie nie ma on środków na opłacanie składek, lecz to tylko pozornie: sama utrata zarobku już winna być wymownym dowodem, że środków tych niema.

W zdaniu „nie mogą uiszczać opłat...", należy dopatrywać się raczej motywacji do zasadniczego warunku, którym jest utrata zarobku.

Inaczej mówiąc: bezrobotni, którzy nie mogą skorzystać z art. 13 ustawy — przystąpienia do Kasy w charakterze członków dobrowolnych — mają prawo do świadczeń z art. 36. I, — jako ci, którzy utracili zarobek.

Art. 13 Ustawy, związany z art. 36, nie nakłada obowiązku na ubezpieczonego, lecz tylko pozostawia mu prawo przystąpienia do Kasy w charakterze dobrowolnego członka w razie opuszczenia zatrudnienia, na podstawie którego był obowiązkowo ubezpieczony. A skoro tak jest i to bezsprzecznie — w praktyce nie może powstać z przysługującego prawa — obowiązek. Taką praktyką jest żądanie dowodu, że były członek Kasy nie mógł pozostawać nadal ubezpieczonym w charakterze członka dobrowolnego.

Reskryptem z dnia 7 lipca 1923 r., za Nr. 3059/VII, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało w tej kwestji następujące wyjaśnienie:

„Fakt utraty zarobku, otrzymanego z tytułu zatrudnienia, na podstawie którego członek był ubezpieczonym, o ile zatrudnienie to nie było przejściowym lub pobocznym, uzasadnia sam przez się nie-

możność uiszczania opłat dla prolongowania ubezpieczenia, wyjąwszy gdyby Kasa na zasadzie wiarogodnych danych powzięła wiadomość, że taka niemożność nie istnieje.

Kasa może jednak przedsięwziąć środki w celu uchronienia jej od nadużyć ze strony zgłaszających się o świadczenia z tytułu art. 36 ustawy, byle środki te nie były zbyt uciążliwe dla zainteresowanych i nie były połączone dla nich z kosztami, np. Kasa może żądać od nich piśmiennej deklaracji z podpisem zainteresowanego i poświadczonej przez 2-ch świadków, stwierdzającej niemożność uiszczania opłat".

Przytoczone wyjaśnienie Ministerstwa dobitnie stwierdza, że fakt utraty zarobku uzasadnia sam przez się niemożność uiszczania opłat, że Kasa może przedsięwziąć środki (ale nie ma obowiązku) w celu uchronienia jej od ewentualnych nadużyć, byle środki te nie były zbyt uciążliwe dla zainteresowanych i nie były połączone dla nich z kosztami.

Tymczasem, w praktyce, argumenty Ministerstwa jakby poszły w niepamięć, a wzmiankowana w reskrypcie Ministerstwa deklaracja, jako ewentualny środek zapobiegawczy, pozostała twardym obowiązkiem w każdym wypadku, niezależnie od tego czy powstało podejrzenie nadużycia, czy też nie mogło powstać.

Znane są praktyki, kiedy Kasy, dążąc do udoskonalenia tego dowodu, żądają podpisania deklaracji przez 2-ch świadków w obecności urzędnika Kasy, inne żądają ponadto od tych świadków wylegitymowania się, że są członkami Kasy, lub poświadczania podpisów przez rządców domu, gminę i t. p.

Każdy z tych sposobów, jak sprawozdanie do Kasy 2-ch świadków, stwierdzenie autentyczności podpisów świadków w urzędach, wylegitymowanie świadków, — jest w sprzeczności z zaleceniem Ministerstwa — niestwarzania uciążliwych warunków zainteresowanym i nienarażania ich na koszty.

Niemniej uciążliwym jest dla b. członków Kasy dostarczanie innych dowodów ubóstwa, do których według instrukcji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń zaliczają się: świadectwo ubóstwa, wydane przez gminę lub Urząd Policji Państwowej, zaświadczenie z Urzędu Pośrednictwa Pracy, zaświadczenie rządcy domu, wreszcie wywiad kontrolera Kasy.

Zdobycie każdego z tych dowodów wymaga czasu i starań. Do urzędów państwowych trzeba składać podania o wydanie świadectwa, wyczekać oznaczony termin na załatwienie sprawy.

Niektóre Kasy, chcąc być w formalnej zgodzie tak z zacytowanym wyjaśnieniem Ministerstwa, jak i instrukcją Okręg. Urzędu Ubezpieczeń, żądają od bezrobotnych nietylko jednego z 3 dowodów, podanych w instrukcji, ale i deklaracji poświadczonej przez 2 świadków, co oczywiście potęguje trudności otrzymania przez bezrobotnego pomocy lekarskiej, szczególnie gdy wypadek zachorowania następuje na parę dni przed upływem 13 tygodniowego okresu.

Mimowoli nasuwa się pytanie: czy nie byłoby prościej poprzestać tylko na wywiadzie kontrolera Kasy.

Skoro jednak formalność przedkładania dowodu niemożności uiszczania opłat jest nieodwołalną, winna wystarczyć deklaracja bezrobotnego, zawierająca formułkę, że gdyby kontrola Kasy ujawniła posiadanie przez bezrobotnego środków, z których mógłby opłacać składki, to Kasa odmawia, względnie przerywa udzielanie świadczeń leczniczych, a koszty udzielonych — ściąganie w drodze sądowej.

Wreszcie kilka słów o ostatnim dowodzie (p. 4): zaświadczenie Naczelnego Lekarza Kasy o niezbędnej potrzebie leczenia bezrobotnego lub członków jego rodziny w szpitalu.

Jak już wyżej podaliśmy, według wyjaśnienia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 14 lutego 1925 r., bezrobotnym nie przysługuje leczenie szpitalne i tylko w wypadkach gdy odmowa leczenia szpitalnego byłaby równoznaczną z odmową leczenia wogóle, — wówczas pomoc szpitalną należy udzielić.

W myśl tego wyjaśnienia — instrukcja Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń żąda dowodu w formie zaświadczenia Naczelnego Lekarza Kasy.

Trudno nie zgodzić się z powyższą interpretacją art. 36. p. I. opartą na literalnym brzmieniu tego artykułu. Lecz obawa, że Kasy mogą nadużywać rozszerzonych tu praw bezrobotnego, a tak tylko można tłumaczyć żądanie zaświadczenia, — nie wydaje się uzasadnioną.

Powszechnie znane są trudności, napotykane przy umieszczeniu chorego w szpitalu w stolicy i na prowincji. Wskutek przepełnienia szpitali, administracja szpitalna przyjmuje tylko chorych, nieodzwrotnie potrzebujących leczenia szpitalnego.

W każdym razie fakt kierowania chorego bezrobotnego do szpitala należałoby przyjmować bez zastrzeżeń, tak z uwagi na etykę lekarską, jak i wogóle powagę instytucji — Kasy, którą nie można pośądzać o nadużywanie wyjaśnienia Ministerstwa. Zresztą nie byłoby w tem żadnego celu.

Ale to jeszcze nie wszystko. Instrukcja Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, wymagając od Kas dowodów do rozrachunku ze Skarbem Państwa, za leczenie bezrobotnych, — nie wspomina o głównym dowodzie, a mianowicie: zaświadczeniu pracodawcy z okresu pracy i o powodach opuszczenia zatrudnienia przez bezrobotnego, który winien złożyć to zaświadczenie w Kasie, przy żądaniu od niej pomocy.

Jeżeli do tego dodamy deklarację o niemożności uiszczania opłat na rzecz Kasy, — te dwa dowody obowiązywałyby bezrobotnego.

Pozatem karta chorobowa (karta porad) i zaświadczenie Kasy, że bezrobotnemu nie przysługiwały świadczenia z art. 36. II, — to drugie 2 dowody, które obowiązywałyby Kasę, a wszystkie 4 dokumenty służyłyby do rozrachunku Kasy ze Skarbem Państwa.

Powyższe uwagi nastęrcza dotychczasowa praktyka w zakresie art. 36, obciążona formalistyką, która utrudnia szybką pomoc leczniczą, jaką winna okazywać Kasa, mająca ubezpieczyć na wypadek choroby wszystkich tych, którzy byli jej członkami i nie utracili swych praw do świadczeń Kasy.

FILM A ZAPOBIEGANIE WYPADKOM PRZY PRACY

XII Międzynarodowa Konferencja Pracy w Genewie w czerwcu 1929 roku, zajmowała się, jak wiadomo, zagadnieniem zapobiegania wypadkom przy pracy (patrz art. Zalecenia 12 sesji M. B. P. w Nr. 3 Przeglądu Ubezpiecz. Społ. z 1929 r.).

Z odpowiedzi na kwestionariusz nadesłany przez rządy państw będących członkami M. B. P., wynika, że np. we Francji w roku 1923 było 2082 wypadków śmiertelnych z powodu wypadków przy pracy, w W. Brytanii 3.302, w Niemczech (1925) 5285, w St. Zjedn. A. P. 20 — 25.000. W r. 1928 było tam 90.600 wogóle wypadków śmiertelnych, z tego samochodowych 27.500. Pomijając społeczne skutki wypadków śmierci i okaleczeń należy podkreślić, że we Francji wypłacono w 777.995 wypadkach odszkodowanie pieniężne, w Niemczech — w 652.837 wypadkach, w W. Brytanii — w 480.035 wypadkach; w górnictwie węglowym w Prusiech w ostatnim kwartale 1928 roku stwierdzono 30.345 wypadków przy pracy, z tego 258 śmiertelnych.

Zakłady ubezpiecz. od wyp. (rolne i przemysłowe), w Niemczech wypłaciły w r. 1926 tytułem rent 3177 milionów marek, w Anglii w r. 1925 wypłacono 12 milj. funtów szterlingów.

Wobec takiego zatrwającego stanu rzeczy, XII Międzynarodowa Konferencja Pracy uchwaliła pewne zalecenia, dotyczące badań nad zmniejszeniem ilości wypadków.

Trzy z tych zaleceń są dla naszego zagadnienia szczególnie ważne i postaramy się wykazać, że we wszystkich nich film gra nieposlednią rolę.

Więc:

1) W § 2 swych instrukcyj Konferencja zaleca, aby poza badaniami dotyczącymi **czynników materialnych** badać także i czynniki **fizyczne, fizjologiczne i psychologiczne**, gdyż te bardzo często wpływają na częstość i ciężkość wypadków.

2) W § 3 Konferencja stwierdza, że, ponieważ zdolność zawodowa robotnika i jego zainteresowanie wykonywaną pracą są czynnikami zasadniczego znaczenia pod względem bezpieczeństwa, jest rzeczą ważną, aby członkowie popierali badania naukowe, dotyczące najlepszych **metod poradnictwa i doboru zawodowego** oraz ich stosowania w praktyce.

3) W § 4. „dla postępu sprawy zapobiegania wypadkom wielkie znaczenie ma rozpowszechnianie w najszerszej mierze rezultatów badań”.

Jeśli chodzi o badanie warunków fizycznych i fizjologicznych pracy, to już w roku 1879 Marey skonstruował przyrząd znany pod nazwą „fotograficznego rewolweru”, w którym za pociągnięciem cyngla obracał się bęben i na płytkach fotograficznych, umieszczonych na jego obwodzie powstawały obrazy przedmiotów poruszających się. W ten sposób starał się zbadać Marey marsz i bieg człowieka i zwierząt oraz pracę jaką wykonywują i przypusz-

czał, że dzięki tej metodzie uda mu się wykryć na czym polega zmęczenie fizjologiczne.

W nowszych już czasach, inżynier amerykański Gilbreth, stosował film do badania pracy, a szczególnie ruchów zawodowych, których szybkość niedostrzegalna jest dla oka i wymaga rejestracji kinematograficznej, tak aby droga przebiegana przez jakiś organ człowieka, mogła być zanalizowana.

Kinematograf Gilbreth'a dawał od 16 do 18 zdjęć na sekundę i o ile taka prędkość nie wystarczała, wówczas stosował Gilbreth bardziej precyzyjne przyrządy, które dawały zdjęcia znane dziś pod nazwą zwolnionych.

Aby notować czas każdej pozycji ciała podczas ruchu, stawiał Gilbreth obok osoby badanej zegar, którego wskazówka pokazywała tysięczne części minuty i w ten sposób mógł później na filmie odczytać na każdym zdjęciu czas trwania każdej poszczególnej części ruchu.

Aby natomiast móc stwierdzić każdorazowe położenie ciała osoby badanej, w danym określonym czasie, Gilbreth, ustawiał za osobą badaną ekran, podzielony na kwadraty w postaci siatki, przyczem strona kwadratu wynosiła 1 dcm; na podłodze wyrysowana była taka sama siatka.

W ten sposób na każdym zdjęciu mógł określić nie tylko czas poszczególnego elementu ruchu, ale również stosunki przestrzenne, zachodzące podczas ruchu.

Jednym z ostatnich wynalazków Franka B. Gilbreth'a był tak zwany „Magster”. Jest to film, na którym sfotografowane są ruchy pracownika danego zawodu. Każdy obraz tego filmu przedstawia jakiś szczegół ruchu zawodowego, który wykonał najszybszy pracownik danego zawodu. Na obrazach znajdują się również dane statystyczne, dotyczące czasu trwania, szybkości i kierunku ruchów, jednym słowem, wszystko to, co charakteryzuje maksymalną wydajność. Obserwując film ten przy pomocy stereoskopu, można porównać całe sceny bez kręcenia nawet kołem, na które film jest nawinięty. W ten sposób można sobie zdać sprawę z czynników, które wpływają na zręczność zawodową (ruchy szybkie lub powolne, przyśpieszenie tej lub innej fazy pracy, skurcze mięśniowe, automatyzm lub powtarzanie ruchów i t. d.).

Z boku każdego obrazu mamy podane przyczyny danych cech charakterystycznych i możemy zanotować ulepszenia, jakie powinniśmy osiągnąć w praktyce, aby zwiększyć naszą wydajność, zmniejszając jednocześnie zmęczenie indywidualne.

Badania ruchów Gilbreth'a pozwoliły również na szybszą reedukację inwalidów powojennych oraz ludzi niezdolnych do pracy.

Obok Gilbreth'a cały szereg badaczy francuskich (Frois, Lahy i t. d.) stosowali filmy w celu lepszego przystosowania maszyn pracy do organizmu robotnika i zmniejszenia indywidualnego zmęczenia.

Znane są badania Frois nad fizjologią pracy nitowania. W tym celu skonstruował on młotek, który za pomocą sprężyn i sygnalizacji elektrycznej dawał możliwość notowania prędkości jego ruchu na filmie.

Lahy stosuje film do badania tramwajarzy i maszynistów kolejowych, którym się wielokrotnie przytrafiały wypadki podczas pracy zawodowej (metoda pracy została całkowicie przeniesiona do laboratorium psychotechnicznego w Warszawie przy Ministerstwie Komunikacji). Maszynista kolejowy względnie tramwajowy wchodzi na platformę identyczną z tą, z którą ma do czynienia w życiu codziennym, poruszając rączką wprawia w ruch film, na którym są przedstawione obrazy z życia ulicznego takie, jakie spotyka w swej codziennej praktyce. A więc, przejście przechodnia przed tramwajem, przejazd samochodu i t. p. Skoro tylko spostrzeże na torze jakąś przeszkodę, winien od razu zahamować w porę parowóz względnie tramwaj, co też czyni i na platformie sztucznej. Wówczas film zatrzymuje się. Na taśmie znajdującej się w pokoju obok, możemy odczytać ilość błędów jakie popełnił w czasie swej fikcyjnej podróży oraz czas upływający od ujrzenia przeszkody, aż do zahamowania wozu.

Te dwa czynniki, czas i ilość błędów mają według Lahy kwalifikować zawodowych maszynistów co do zdolności wywoływania i unikania wypadków przy pracy zawodowej.

Wszystkie wyżej wymienione filmy, miały charakter **badawczy**, gdyż służyły one jako metoda do badania przyczyn wypadków przy pracy, więc umiejętności zawodowej, zmęczenia, przystosowania do pracy, przystosowania narzędzi do organizmu człowieka, wreszcie specjalnego uzdolnienia zawodowego czyli wszystkie te czynniki, których badanie zaleca Dwunasta Międzynarodowa Konferencja Pracy w Genewie w § 2.

Obok tej grupy filmów o charakterze badawczym, istnieje druga liczniejsza posiadająca raczej cechę **informacyjno - propagandową**, w których jednak czynnik badawczy jest też uwzględniony, chociaż w mniejszym stopniu.

Do grupy tej należą filmy **poradnictwa zawodowego**. Są one bardzo rozpowszechnione zagranicą i wyświetlane przeważnie dla młodzieży oraz w biurach pośrednictwa pracy.

Jak widzieliśmy w § 3 XII Konferencji, zdolność zawodowa robotnika i zainteresowanie zawodową pracą, są czynnikami zasadniczego znaczenia pod względem bezpieczeństwa pracy zawodowej.

Filmy **Poradnictwa Zawodowego** mają właśnie za zadanie wywołać zainteresowanie do pracy, którą przedstawiają tak, aby wybór zawodu nastąpił raczej własnowolnie a nie pod przymusem warunków niezależnych od wybierającego zawód.

Dla scharakteryzowania tej grupy filmów, przytoczymy schemat scenariusza prof. J. Fontegne wg. którego mają być opracowywane filmy z poradnictwa zawodowego we Francji.

Oto jak winien wyglądać film z pracy stolarza, tokarza i innych pracowników, z t. zw. grupy drzewnej:

1) Przedstawić serię przedmiotów wytworzonych przez stolarza, tokarza, rzeźbiarza w drzewie i t. d. (zdjęcia zrobione na wzorowej wystawie tych przedmiotów).

2) Pokazać pokrótce jak z surowca powstaje materiał z którego te przedmioty są wykonywane, więc las, ścinanie drzew, tartak i t. d.

3) Właściwa praca danego zawodu, np. tokarza:

a) uczeń przy pracy (w części tej zapoznać widza z narzędziami i z materiałem używanym w danym zawodzie),

b) pokazać jak uczeń wyrabia się na robotnika wykwalifikowanego,

c) prace tego ostatniego.

4) Pokaz wzorowego warsztatu tokarskiego (organizacja z punktu widzenia higieny).

5) W tym momencie w umyśle widza może powstać pytanie: czy czasem nie obrać tego zawodu. Tu należy mu pokazać:

a) warunki fizyczne jakich wymaga dany zawód (defekty fizjologiczne wykluczające zajmowanie się danym zawodem).

b) wiadomości względnie świadectwa szkolne potrzebne do danej pracy.

c) próby uzdolnień zawodowych.

6) Specjalną część filmu poświęcić należy warunkom materialnym, pracy w danym zawodzie, więc pokazać krzywe wzrostu i niżki płac, sezonowość robót i t. d.

Cały szereg filmów, dotyczących poradnictwa zawodowego, został już we Francji opracowany, zaopatrzone w monografię zawodową i wyświetlany w szkołach i biurach pośrednictwa pracy.

Do grupy filmów o charakterze informacyjno - propagandowym należą również filmy ilustrujące maszyny i narzędzia przy których zdarzył się wypadek i jak należy je zabezpieczyć, aby się uchronić od smutnych następstw wypadku

Szczególniej jednak ważną rolę grają filmy starające się naśladować rzeczywistość i przedstawiające realistycznie w jaki sposób odbył się dany wypadek. Filmy te, przedstawiające grozę skutków, bądź to lekkomyślności, bądź też braku uwagi i innych przyczyn czysto psychicznych powstawania wypadków, utrwalają się w umyśle widza i zostawiają ślad na długi okres podczas wykonywania pracy zawodowej. Jeden z takich filmów wytworzony w Austrii był demonstrowany podczas ostatniego Kongresu Naukowej Organizacji w Paryżu i zyskał, dzięki swemu realizmowi i sile sugestywnej, ogólne uznanie.

Najlepiej jednak przeprowadzone badania i najlepiej zrealizowane filmy nie wystarczą do zmniejszenia liczby wypadków, jeżeli się nie zorganizuje dobrze rozpowszechniania w jaknajszerszej mierze rezultatów badań i filmów treści instrukcyjno - propagandowej.

Dlatego też Międzynarodowy Instytut Kinematografii Oświatowej, chcąc uzyskać materiał co do organizacji propagandy zmniejszenia liczby wypadków przy pomocy filmów, rozesłał do poszczegól-

nych państw i instytucji społecznych kwestjonariusz na następujące pytania:

1) Czy poszczególne Ministerstwa w państwie posiadają specjalne wydziały mające na celu propagandę filmową higieny wogóle, a zapobieganie wypadkom w szczególności, czy też propaganda ta jest scentralizowana w jednym urzędzie państwowym?

2) Czy istnieją ustawy i przepisy kierujące tą propagandą?

3) Czy wydziały te same dokonywują tej propagandy, czy też posługują się do tego celu instytucjami społecznymi, prywatnymi, czy też półurzędowymi?

4) W jaki sposób odbywa się ta propaganda (same wyświetlanie czy też wykłady z demonstracjami i t. d.)?

5) Czy propaganda higieny i zapobiegania wypadkom wchodzi w skład programu szkół powszechnych i średnich?

6) Czy istnieją przedsiębiorstwa przemysłowe lub handlowe, które dla swego personelu stosują film w wyżej wymienionych celach?

7) Czy istnieje cenzura dla tego rodzaju filmów z punktu widzenia technicznego i naukowego?

8) Kto wykonywa lub wynajmuje tego rodzaju filmy?

9) Czy istnieje katalog szczegółowy tego rodzaju filmów?

Odpowiedzi na wyżej zamieszczone pytania zamieścił Międzynarodowy Instytut Kinematografii Oświatowej w swoim czasopiśmie *Revue Internatio-*

nale du Cinéma Educateur. Znajdują się tam informacje szczegółowe oraz adresy poszczególnych instytucji, które zajmują się propagandą zapobiegania wypadkom przy pomocy filmów.

Naogół należy stwierdzić, że w większości państw propaganda zapobiegania wypadkom idzie w parze z propagandą higieny wogóle. Tylko poszczególne przedsiębiorstwa przemysłowe oraz zakłady ubezpieczeń przeważnie stosują filmy specjalne ilustrujące dziedziny, które wchodzą w zakres działalności tych instytucji. W wielu wypadkach posiadają one specjalne kina objazdowe albo sale projekcyjne w których odbywają się wyświetlania oraz wykłady dotyczące ochrony od wypadków w danej gałęzi przemysłu.

Więc na przykład: Przedsiębiorstwo Österreichische Montangesellschaft urzędują co tydzień wykłady ilustrowane filmami, na których lekarze omawiają przyczyny wypadków, systemy ochrony oraz sposoby zapobiegania.

We Francji Towarzystwo Eksploatacji Kolei Północnej posiada specjalny wagon w którym odbywają się odczyty i wyświetlanie filmów ilustrujących wypadki na kolejach i środki zapobiegania im.

Szczególniej ożywioną działalność rozwijają zagranicą zakłady ubezpieczeń od wypadków, które —jak widzieliśmy wyżej—wypłacają kolosalne sumy tytułem rent. Rozumieją one, że wydatki nawet duże na film i jego wyświetlanie pokrywają się sownie przez zmniejszenie ilości wypadków, za które muszą wypłacać odszkodowanie.

Dr. H. KLUSZYŃSKI.

O SYSTEMIE UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W ANGLJI

(Dokończenie).

Środki apteczne otrzymują ubezpieczeni za pośrednictwem zarejestrowanych aptekarzy.

Każdy aptekarz (z wyjątkiem osób, usuniętych przez Ministra z listy aptekarzy ubezpieczeniowych) może zażądać od Komitetu Ubezpieczeniowego, aby umieścił jego nazwisko na liście osób, uprawnionych do wydawania lekarstw ubezpieczonym. Komitet jednak może przedstawić Ministrowi, iż wpisanie jakiegos kandydata na listę byłoby szkodliwe dla sprawności pomocy aptekarskiej i Minister może, po odpowiednim zbadaniu sprawy przez specjalnie wyznaczoną Komisję Śledczą, wykreślić kandydata z listy. Liczba aptek, które dostarczały lekarstw ubezpieczonym w r. 1928, wynosiła w Anglji i Walji — 9.688, a liczba wykonanych recept lekarskich — 54.455.557. Recepty muszą być napisane na urzędowym blankiecie, który stanowi dowód uprawniający aptekarza do otrzymania zapłaty od Komitetu Ubezpieczeniowego. Sposób oszacowania lekarstwa polega na obliczeniu hurtowej ceny każdego składnika,

wchodzącego w skład lekarstwa, przepisanego na receptę, zgodnie z taryfą apteczną, przygotowywaną i ogłaszaną co miesiąc przez Ministra i na dodaniu opłaty za wykonanie recepty, zgodnie z tabelą, załączoną do taryfy. Opłaty te mają na celu pokrycie kosztów pomieszczenia i wynagrodzenia za pracę aptekarza.

Istnieje również specjalny podkomitet: „Podkomitet Współpracy”, który rozpatruje zatargi między lekarzami i aptekarzami, oraz skargi, z których nie jest widoczne, czy osobą, która ponosi ewentualną winę, jest lekarz, czy też aptekarz.

Podkomitet składa się z 2 lekarzy, członków podkomitetu lekarskiego, 2 aptekarzy, członków podkomitetu farmaceutycznego, 2 członków komitetu ubezpieczeniowego, reprezentujących ubezpieczonych, oraz z przewodniczącego, nie należącego do żadnej z tych 3 grup.

Ubezpieczony ma prawo do otrzymywania takich lekarstw i środków leczniczych, przepisanych

URZĘDnicy LEKARSCY.

przez lekarza ubezpieczeniowego, jakie są potrzebne przy stosowaniu odpowiedniego leczenia. Niema ograniczeń co do rodzaju, lub ceny przepisanych środków, ale jest postawione wymaganie lekarzom, aby starannie i rozsądnie wypisywali recepty i nie przyczyniali się do niepotrzebnych wydatków pieniędzy publicznych. W celu zapewnienia możliwej oszczędności, ustalona została procedura, która przedstawia się, jak następuje:

a) Komitety Ubezpieczeniowe organizują biura dla szacowania recept, t. zw. „Biura Szacunkowe”. Biur tych jest tylko 15, gdyż każde z nich służy kilku komitetom. Wyjątek stanowią: Londyn, Lancashire, Manchester i Salford, gdzie Komitety Ubezpieczeniowe same przeprowadzają szacunek recept.

Głównym zadaniem tych Biur jest sprawdzanie należności dla aptekarzy ubezpieczeniowych za dostarczone lekarstwa i środki lecznicze, a ponadto prowadzą one również ewidencję kosztów recept każdego lekarza ubezpieczeniowego.

b) Dane dotyczące kosztów lekarstw, przepisanych przez każdego lekarza, dostarczane są przez biura ministrowi zdrowia, a jeśli wydaje się, że jakiś lekarz był rozrzutny w swoich receptach, wzywany on jest przez okręgowego urzędnika zdrowia, który wysłuchuje wyjaśnienia lekarza co do rzekomo wysokich kosztów jego recept, oraz omawia z nim różne sposoby uzyskania oszczędności, tak jednak, aby nie było to ze szkodą dla skuteczności zabiegów lekarskich.

c) O ile wyjaśnienie lekarza nie jest zadowolniające, otrzymuje on ostrzeżenie, a o ile błąd jego jest znaczny, lub też powtarza się, minister może skierować sprawę do komitetu „Panel” dla jej rozpatrzenia.

d) O ile, po rozpatrzeniu sprawy, komitet „Panel” zadecyduje, że recepty tego lekarza istotnie spowodowały koszt, przewyższający wymagania skutecznych zabiegów lekarskich, to ustala sumę nadmiernych kosztów i informuje o tem: lekarza, właściwy komitet ubezpieczeniowy oraz ministra.

e) Lekarz lub minister ma prawo zgłosić odwołanie przeciwko decyzji komitetu „Panel”. Odwołania takie załatwia specjalna komisja, składająca się z jednej lub więcej osób, wyznaczonych przez ministra z poza urzędników ministerstwa. Najmniej jedna z wyznaczonych w ten sposób osób musi być praktykującym lekarzem.

f) Komitet ubezpieczeniowy, po rozpatrzeniu decyzji komitetu „Panel”, lub, w razie zgłoszenia odwołania po rozpatrzeniu odwołania, zwraca się z wnioskiem do ministra o wstrzymanie danemu lekarzowi części wynagrodzenia. Minister może potrącić taką kwotę wynagrodzenia, jaką uważa za stosowne, o ile wnioski komitetu zaaprobuje.

Ogólny koszt świadczeń lekarskich w Anglii i Walji wynosił w roku 1928: 9.073.080 funtów, z czego w przybliżeniu 6.831.300 funtów wydano na honoraria lekarskie, a 2.241.780 funtów na lekarstwa i środki lecznicze.

Minister Zdrowia posiada sztab urzędników, składający się z 54 rejonowych urzędników - lekarzy, powołanych do wykonywania pewnych ważnych czynności, w związku z lekarską służbą ubezpieczeniową. Urzędnicy ci nie zajmują się prywatną praktyką, ale poświęcają cały swój czas wykonywaniu obowiązków urzędowych. Głównym obowiązkiem urzędników - lekarzy jest badanie ubezpieczonych, kierowanych do nich przez „Zatwierdzone Towarzystwa”, lub przez lekarzy ubezpieczeniowych, oraz zawiadamianie towarzystwa i lekarzy o rezultacie tego badania. Kierowane są do nich sprawy dwojakiego rodzaju: 1) sprawy niezdolności do pracy i 2) sprawy „konsultacji”. Sprawy, dotyczące niezdolności do pracy polegają na tem, iż towarzystwo, lub lekarz zwracają się po powtórny medyczną opinię w wypadkach, kiedy zachodzi wątpliwość, czy pacjent jest rzeczywiście niezdolny do pracy. W sprawach drugiej kategorii, stwierdzona jest już niezdolność do pracy, ale sprawę tę przekazuje się urzędnikowi lekarzowi, aby dał lekarzowi, odpowiedzialnemu za leczenie tego pacjenta, powtórny lekarską opinię w sprawie djaгноzy, lub zabiegów lekarskich, celem ewentualnego przyspieszenia powrotu zdolności do pracy.

Gdy urzędnik - lekarz otrzymuje taką sprawę, zawiadamia lekarza, pod którego nadzorem znajduje się chory, o czasie i miejscu badania, oraz zaprasza go, aby, o ile sobie tego życzy, był obecny przy badaniu. Lekarz proszony jest o to, aby przesłał rejonowemu urzędnikowi lekarzowi, na blankiecie, specjalnie przeznaczonym do tego celu, krótki opis historii lekarskiej i stanu pacjenta, oraz zastosowanego wobec niego leczenia. Lekarze są zobowiązani przesłać takie sprawozdania, w czasie możliwie szybkim, określonym przez urzędnika lekarskiego, i można pociągnąć do odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy nie stosujących się do tego. W r. 1928 honorarium zostało potrącone 5 lekarzom za niedostarczenie tych informacji.

Opinie, dostarczone Towarzystwom przez rejonowego urzędnika lekarskiego, po zbadaniu pacjenta, oraz opinie, udzielone przez niego lekarzowi, siłą rzeczy różnią się między sobą, chociaż obu tym czynnikom przedstawiona jest wyraźna opinia co do tego, czy pacjent jest niezdolny do pracy, w wypadkach, kiedy istnieje co do tego wątpliwość. Towarzystwu lekarski urzędnik rejonowy daje takie informacje, jakie mogą mu być potrzebne w związku z administracją, świadczeniami chorobowemi, lub świadczeniami z powodu niezdolności do pracy. Natomiast dla lekarza wypisane są uwagi, które mogą mu być pomocne w dalszym leczeniu choroby. W ten sposób we wszystkich wypadkach, kiedy urzędnik - lekarz przeprowadza badanie chorego, następuje wymiana klinicznych informacji co zapewne posiada wpływ dodatni na sprawność ubezpieczeniowej służby lekarskiej.

W r. 1927 urzędnicy - lekarze załatwili ogółem 312.690 spraw ubezpieczonych, którzy zakwalifikowani zostali, jako niezdolni do pracy, ale których

niezdolność budziła wątpliwości. Z pośród wymienionej wyżej liczby ubezpieczonych 176.751 poddanych było badaniu i okazało się, że 125.800 uznanych zostało za niezdolnych do pracy, a 50.951 zostało uznanych za zdolnych do pracy; pozostali ubezpieczeni (135.831) nie byli badani, gdyż przestali żądać świadczeń chorobowych, lub świadczeń z powodu niezdolności do pracy.

Liczba spraw „konsultacyjnych” w 1927 r. wynosiła 1.560. Ilość spraw skierowanych do urzędników - lekarzy była zbyt duża, aby mogli je oni złatwić i okazała się konieczność zaangażowania pewnej liczby lekarzy, w charakterze niestałych pomocników lekarskich.

Urzednicy lekarze sprawdzają lekarskie karty ewidencyjne, prowadzone przez lekarzy ubezpieczeniowych. W r. 1927 dokonali lekarze urzednicy 10.138 wizyt inspekcyjnych, oraz, w porozumieniu z Min. Spraw Wewnętrznych sprawdzali rejestry zakupów i zapasów lekarstw - narkotyków, podlegających Konwencji Opjumowej, znajdujących się w posiadaniu lekarzy i szpitali.

Jak zaznaczono wyżej, urzednicy - lekarze wizytują lekarzy, których recepty wydają się zbyt kosztowne, oraz przeprowadzają inne jeszcze badania w sprawach, związanych z administracją świadczeń lekarskich. Również od czasu do czasu przeprowadzają badania, dotyczące epidemii pewnych chorób, np. influenzy, otrzymując potrzebne dane głównie przy pomocy badań, przeprowadzanych wśród lekarzy. Poza lekarską ewidencją ubezpieczeniową, oraz rejestrami narkotyków, urzednicy - lekarze w żadnym wypadku nie nadzorują, ani nie badają pracy lekarzy. Ale funkcje urzedników lekarskich, siłą rzeczy powodują blizki kontakt z lekarzami danego okręgu, a ten kontakt grupy starszych lekarzy, specjalnie wybranych dla swych klinicznych i administracyjnych zdolności, z miejscowymi lekarzami, stanowią, jak powiedzieliśmy już, czynnik dodatni, o ile chodzi o sprawność służby ubezpieczeniowej lekarzy.

Koszty utrzymania lekarzy - urzedników pokrywane są częściowo przez opłaty z funduszków „Zatwierdzonych Towarzystw”, a częściowo przez Rząd. Na opłatę, uskuteczniąną przez Towarzystwa, składa się częściowo kwota 1 szyl. 8 pensów, płatna za każdą sprawę, skierowaną przez to Towarzystwo, a częściowo specjalny podatek („capitation charge”) od członków.

DODATKOWE ŚWIADCZENIA.

Ustawa o ubezpieczeniu chorobowym przewiduje, że te „Zatwierdzone Towarzystwa” które, wykazują nadwyżkę dochodów nad wydatkami, mają prawo przedstawić ministrowi projekt zużycia tej nadwyżki na pokrycie jednego, lub więcej, dodatkowych świadczeń, określonych w ustawie. Wszystkie dodatkowe świadczenia, które są obecnie udzielane, administrowane są przez Zatwierdzone Towarzystwa, a nie, jak świadczenia lekarskie, przez Komitety Ubezpieczeniowe. Świadczenia dodatkowe wyliczone w ustawie, mogą być następujące:

1) powiększenie lekarskich świadczeń w razie choroby lub w razie niezdolności do pracy;

2) wypłata zasiłku chorobowego od pierwszego dnia niezdolności do pracy;

3) powiększenia świadczeń macierzyńskich;

4) zasiłki pieniężne dla członków w okresie rekonwalescencji po jakiejś chorobie, lub niezdolności do pracy;

5) zasiłki dla członków, którzy są w nędzy, lub w potrzebie;

6) zasiłki dla członków, nie mogących pracować z powodu infekcji;

7) zwrot całkowity, lub częściowy, opłat, które są płatne na podstawie ustawy przez wszystkich członków Towarzystwa, lub przez jakąś ich część;

8) opłata całkowita lub częściowa, kosztów lekarskiej lub chirurgicznej porady, albo też zabiegów, dokonanych przez zarejestrowanego lekarza (o ile porada ta lub zabiegi nie wchodzi w skład żadnego innego dodatkowego świadczenia, lub zwykłego lekarskiego świadczenia), na podstawie specjalnego schematu, zatwierdzonego przez ministra w tymże celu;

9) opłata całkowita, lub częściowa, kosztów przeprowadzenia zabiegów dentystycznych;

10) opłata dla szpitali za utrzymanie i leczenie członków, oraz opłata, całkowita lub częściowa, kosztów podróży, poniesionych przez członków, jadących do szpitali, lub ze szpitali;

11) opłata, całkowita, lub częściowa kosztów utrzymania i leczenia członków w sanatorjach, domach ozdrowieńców oraz opłata całkowita, lub częściowa, kosztów podróży, poniesionych przez członków, jadących do sanatorjów, lub z sanatorjów;

12) zaopatrzenie sanatorjów w niezbędne rzeczy i utrzymywanie takich sanatorjów;

13) opłata całkowita, lub częściowa, lekarskich i chirurgicznych instrumentów z wyjątkiem tych, które są potrzebne do udzielania zwykłych świadczeń lekarskich;

14) opłata całkowita, lub częściowa, kosztów leczenia oftalmicznego (poza tem, co wchodzi w obręb świadczenia lekarskiego), oraz opłata całkowita, lub częściowa, kosztów instrumentów optycznych;

15) opłata całkowita, lub częściowa, pielęgniarzy lub pielęgniarek dla członków;

16) opłata dla zatwierdzonych instytucyj dobroczynnych, w związku z leczeniem członków, potrzebnem dla zapobieżenia, lub wyleczenia choroby, o ile to nie wchodzi w obręb żadnego innego świadczenia dodatkowego, lub świadczenia lekarskiego;

17) inne dodatkowe świadczenia o podobnym charakterze.

Świadczenia dentystyczne są najpopularniejszym dodatkowym świadczeniem. Zatwierdzone Towarzystwa nie zawierają jednak umów bezpośrednio w sprawie leczenia dentystycznego swych członków, pokrywają tylko, całkowicie lub częściowo, koszt takiego leczenia, jakie przeprowadza członek, za zgodą towarzystwa. Członek zatwierdzonego towarzystwa, który pragnie uzyskać świadczenia dentystyczne, musi najpierw zgłosić się do swego to-

warzystwa, które posyła mu formularz, nazwany „listą dentyścyczną“, którą to listę członek znosi do wybranego przez siebie dentysty. Dentysta zapisuje na „liście dentyścycznej“, jakie zabiegi uważa za konieczne dla wyleczenia członka i lista zostaje zwrócona towarzystwu. O ile towarzystwo z jakichkolwiek względów waha się w przyjęciu oceny dentysty co do potrzebnych według niego zabiegów, może ono zwrócić się w tej sprawie do rejonowego dentyścycznego urzędnika Ministerstwa. W zależności od posiadanych przez siebie funduszy, towarzystwo pokrywa całkowite koszty, lub niemniej, niż 3/4 kosztów, potrzebnych zabiegów dentyścycznych, z wyjątkiem jednak kosztów dostarczenia zębów sztucznych, lub naprawy i przerobienia uzębienia, za co towarzystwo może zdecydować się zapłacić tylko proporcjonalną część kosztów, niemniej jednak, niż połowę.

Na początku 1927 r. Minister Zdrowia wyznaczył 6 stałych rejonowych urzędników dentyścycznych do pomocy towarzystwom zatwierdzonym przy administrowaniu świadczeniami dentyścycznymi. Z powodu zwiększenia się liczby spraw, kierowanych do tych urzędników, stało się koniecznym wyznaczenie 2 dodatkowych stałych urzędników, oraz zaangażowania częściowego pewnej liczby pomocników.

ZAPOBIEGAWCZY CHARAKTER UBEZPIECZENIA.

Gdy w 1912 r. ubezpieczenie wprowadzone zostało w życie, istniał już wówczas w pełnym rozkwicie wysoko rozwinięty system leczenia zapobiegawczego, który przez wiele lat budowany był krokiem za krokiem.

Administracja lecznictwa zapobiegawczego spoczywała w rękach lokalnych publicznych Urzędów Zdrowia pod centralnym nadzorem i kierownictwem miejscowego rządowego Wydziału Zdrowia. Na podstawie tego istniejącego już systemu, wprowadzone były przepisy, dotyczące zaopatrywania ludności w wodę czystą, kloaki oraz szybkiego usuwania i niszczenia śmieci. Poddane zostały badaniom warunki atmosferyczne, oraz zaopatrywanie kraju w żywność, poczynione zostały znaczne postępy, o ile chodzi o bardziej sanitarną budowę domów, oraz wypracowany został dokładny system zwalczania chorób epidemicznych przez dezynfekcję i izolację szpitalną pacjentów. Kampanja przeciwko gruźlicy była już w pełni rozwoju i niektóre władze lokalne poczyniły już szerokie zabezpieczenia w sprawie leczenia sanatoryjnego i szpitalnego. Warunki zdrowotne w fabrykach i zakładach pracy były kontrolowane przez Min. Spraw Wewn., a miejscowe władze szkolne, pod centralnym nadzorem Wydziału Szkolnego, podjęły periodyczne lekarskie badania dzieci szkolnych.

Akcja zapobiegawcza, która, w chwili wprowadzenia w życie ubezpieczenia, prowadzona była na szeroką skalę przez publiczne władze zdrowia, od tego czasu rozwinęła się jeszcze bardziej, specjalnie o ile chodzi o gruźlicę, choroby weneryczne, oraz

opiekę nad matką i dzieckiem. Rozwój ten szedł w parze z rozwojem systemu ubezpieczeniowego, ale, poza wypadkami dotyczącymi gruźlicy, niewielkie było współdziałanie między temi dwiema akcjami. Ustawa ubezpieczeniowa doprowadziła do znacznego powiększenia akcji przeciwgruźliczej w Wielkiej Brytanji. Dała ona władzę lokalnemu Wydziałowi Rządowemu do upoważnienia Rad Powiatowych, aby zapewniły chorym na gruźlicę leczenie zakładowe, oraz umożliwiła zebranie znacznych sum pieniężnych na opłacenie sanatorjów i innych instytucji, jak również na koszty, związane z prowadzeniem akcji przeciwgruźliczej.

W pierwszych latach istnienia ubezpieczenia, t. j. od r. 1912 do 1921, istniały specjalne świadczenia sanatoryjne, które przybrały formę „leczenia chorych na gruźlicę w sanatorjach, lub innych instytucjach, lub w jakikolwiek sposób“. Świadczenia te były administrowane przez Komitety Ubezpieczeniowe, które, na podstawie ustawy ubezpieczeniowej, posiadały znaczne sumy pieniężne do dyspozycji na leczenie w swych okręgach ubezpieczeniowych, chorych na gruźlicę. Świadczenia sanatoryjne zostały jednak zniesione w r. 1921, a odpowiedzialność za zakładowe leczenie ubezpieczonego, chorego na gruźlicę, spadły na rady miast i gmin, które już były odpowiedzialne za zakładowe leczenie ludności chorej na gruźlicę, a nie ubezpieczonej. Od r. 1921 każda Rada miasta lub gminy jest zobowiązana zająć się zakładowem leczeniem ludzi chorych na gruźlicę, tak że ubezpieczeni i nieubezpieczeni korzystają z tego w równej mierze. Ubezpieczony chory ma jednak tę dodatkową korzyść, iż ma zapewnioną bezpłatną pomoc ogólnego lekarza. W każdej chwili może zwrócić się o poradę do swego lekarza ubezpieczeniowego. Jest to podwójna korzyść: przede wszystkim dostęp do doktora bez potrzeby płacenia prowadzi do tego, iż ubezpieczeni zwracają się do swych lekarzy ubezpieczeniowych często również gdy chodzi o dolegliwości, które są pozornie lekkie. Lekarz, mając swych pacjentów pod stosunkowo częstą obserwacją, ma wyjątkową możność postawienia wczesnej dżagnozy na wypadek gruźlicy. Po drugie ubezpieczony, cierpiący na gruźlicę, ma zapewnioną stałą pomoc lekarską swego lekarza ubezpieczeniowego między okresami leczenia zakładowego.

Praca lekarzy ubezpieczeniowych jest skoordynowana z pracą lokalnych władz zdrowia, zajmujących się zakładowem leczeniem gruźlicy. Każdy lekarz ubezpieczeniowy, w myśl warunków służbowych, umówionych między nim a Komitetem Ubezpieczeniowym, ma obowiązek dostarczenia urzędnikom do spraw gruźlicy przy Radzie miasta lub gminy raportu w sprawie każdego ubezpieczonego, co do którego okaże się, iż jest chory na gruźlicę, oraz dostarczania urzędnikom do spraw gruźlicy periodycznych raportów, robionych nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, w sprawie każdego ubezpieczonego pacjenta, który został mu polecony przez urzędnika do spraw gruźlicy. Podobne raporty przesyłane są lekarzowi przez urzędników w sprawie tych ubezpieczonych, którzy są leczeni w instytucjach rządo-

wych, a ta wzajemna wymiana informacji w znacznym stopniu ułatwia ciągłość leczenia. O ile chodzi o gruźlicę, system ubezpieczeniowy posiada ważne własności zapobiegawcze.

Pozatem, zwykła praca lekarzy ubezpieczeniowych przyczynia się w bardzo znacznym stopniu do ogólnie - krajowej zapobiegawczej akcji leczniczej. Ubezpieczeni, którzy stanowią 1/3 ogółu ludności w kraju, otrzymują bezpłatną opiekę lekarską ze strony swoich lekarzy ubezpieczeniowych i przeważnie w całej pełni z tego korzystają. Lekarze, którzy, dzięki częstym sposobnościom obserwacji ubezpieczonych pacjentów, mają możliwość wczesnego wykrycia choroby—dzięki temu mają również możliwość przedsięwzięcia niezbędnych kroków dla zapobieżenia jej rozwojowi, a na wypadek choroby zaraźliwej — jej rozszerzenia się na inne osoby. Prewencyjny charakter działalności lekarza ubezpieczeniowego wykazany jest w następującym ustępie z rocznego raportu Głównego Lekarskiego Urzędnika w Min. Zdrowia za rok 1923 (sir Grzegorza Newmana): „Lekarz chorób ogólnych stanowi pierwszą linię ataku w walce z chorobą i przedwczesną śmiercią. Do niego zwracają się przedewszystkiem ludzie chorzy. Do niego przychodzi ogromna liczba pacjentów z t. zw. „nieznacznie dolegliwościami“. U wielu z nich — są niewątpliwie tylko nieznaczne zbożenia od normalnego stanu zdrowia, ale niektóre z nich stanowią pierwsze oznaki poważnych zaburzeń ciała lub umysłu. Umiejętność lekarza musi być siłą, która oddziela ważne od nieważnego. Musi ocenić, co jest dowodem początku choroby. Mając do czynienia z szerokim zakresem chorób, lekarz nie jest w stanie osiągnąć najwyższej sprawności w każdym dziale praktyki lekarskiej.

Najwyższy poziom sprawności lekarskiej osiągnięty być może tylko przez poświęcenie się długim specjalnym studjom poszczególnych organów lub systemów w organizmie. Ale jeżeli taki lekarz chorób ogólnych ma godnie spełnić swoją rolę, musi być obeznany z początkami chorób, bo właśnie początki choroby mogą być najskuteczniej kontrolowane. Współczesne badanie chorób zaraźliwych nauczyło nas, jak groźne są choroby przeoczone, t. j. takie, które albo wcale nie zostały zauważone, albo też nie zauważone w porę, tak że choroba miała możliwość rozwinąć się. Jeden „przeoczony“ wypadek ospy może spowodować groźną epidemję. Wczesne rozpoznanie choroby jest również ważne z punktu widzenia pacjenta. Może to oznaczać dla niego życie lub śmierć. Gdy się zauważy w porę dyfterję tak, aby mogła być zastosowana surowica, wygląda to zupełnie inaczej, niż gdy dyfterja pozostaje nierozpoznana tak długo, iż najlepsze środki terapeutyczne nie są już w stanie nic pomódz. W leczeniu gruźlicy, raka, wątroby, jeśli mamy wymienić tylko te trzy wypadki, dostrzeżenie pierwszych oznak choroby ma niesłychane znaczenie“.

Świadczenia pieniężne w istniejącem ubezpieczeniu mają również charakter zapobiegawczy. Świadczenia macierzyńskie zapewniają pomoc w czasie, gdy jest ona bardzo potrzebna dla opędzenia bezpośrednich potrzeb, jak również dla przy-

szłego zdrowia matki i dziecka, chociaż strona zapobiegawcza tego świadczenia mogłaby być jeszcze bardziej rozwinięta z wielką korzyścią. Świadczenia chorobowe, zaopatrujące w pieniądze dom robotnika w czasie, gdy są mu one najgwałtowniej potrzebne, ma na celu usunięcie kłopotów pacjenta i jego rodziny, oraz przyczynienie się do jego szybkiego powrotu do zdrowia.

Propaganda zdrowotna, prowadzona przez komitety ubezpieczeniowe, stanowi inną zapobiegawczą cechę ubezpieczenia chorobowego. Komitety są uprawnione przez ustawę ubezpieczeniową do zajęcia się prowadzeniem odczytów i publikowaniem informacji o sprawach, dotyczących walki z chorobami, przyczem niektóre Komitety skorzystały ze swoich uprawnień w tym względzie. Zazwyczaj propaganda przybiera formę wydawania afiszów, rozdawania broszur, ulotek i t. d., zawierających wskazówki w takich sprawach, jak jedzenie, wentylacja, odpowiednie pielęgnowanie ciała i t. p. a niektóre Komitety zajęły się zorganizowaniem publicznych odczytów z ilustracjami kinematograficznymi, lub przezrociami. W mniej więcej 12 okręgach komitety ubezpieczeniowe przy współdziałaniu z Komitetami „Panel“, zajęły się zorganizowaniem odczytów na tematy, związane z utrzymaniem zdrowia, wygłaszanych przez lekarzy ubezpieczeniowych, znajdujących się na ich listach lekarskich. Ale fundusze, jakimi komitety ubezpieczeniowe rozporządzają na cele propagandy zdrowotnej są małe, i pod tym względem komitety te są w mniej pomyślnem położeniu, niż lokalne władze zdrowia, które również prowadzą tę pracę. Komisja Królewska w sprawie ubezpieczenia chorobowego wyraziła opinię, że prowadzenie propagandy zdrowotnej byłoby odpowiedniejsze raczej dla lokalnych urzędów zdrowia.

SPECJALNE CECHY CHARAKTERYSTYCZNE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY.

Pożyteczne będzie wyliczenie na zakończenie tych cech angielskiego systemu ubezpieczenia chorobowego, które są specjalnie charakterystyczne, celem porównania go z systemami, istniejącymi w innych krajach:

- 1) Ubezpieczenie jest przymusowe i obejmuje właściwie całą ludność, żyjącą z zarobków.
- 2) Składki różnią się w zależności od płci, ale nie różnią się w zależności od wieku, czy też wysokości zarobków ubezpieczonego.
- 3) Świadczenia chorobowe i w razie niezdolności do pracy są jednakowe dla każdego wieku i nie zmieniają się w zależności od zarobków. Świadczenia chorobowe, ale nie świadczenia z powodu niezdolności do pracy, różnią się w zależności od płci.
- 4) Świadczenia z powodu niezdolności do pracy, które stanowią angielską formę pensji inwalidzkiej na wypadek zupełnej niezdolności do pracy, są dalszym ciągiem świadczenia chorobowego i objęte są całością ubezpieczenia chorobowego.
- 5) W przeciwieństwie do większości angielskich publicznych organizacji zdrowotnych, system ubezpieczenia chorobowego nie jest owocem stop-

niowego rozwoju, jak np. organizacja dla walki z chorobami zaraźliwymi, przez które rozpoczęła się w niektórych okręgach i stopniowo ogarnęła cały kraj. System ubezpieczenia nie rozpoczął się przez objęcie nim robotników z pewnych tylko przemysłów i stopniowe rozciągnięcie ubezpieczenia na inne przemysły. Został on wprowadzony w życie w całym kraju w jednym terminie, a definicja osób, podlegających ubezpieczeniu, według tego systemu, pozostała w zasadzie niezmienną od tej chwili aż do dnia dzisiejszego.

6) Ciała, powołane do administrowania świadczeniami gotówkowymi, t. j. zatwierdzone towarzystwa, nie są zorganizowane na podstawie lokalnej i nie mają bezpośredniego związku administracyjnego z lekarzami ubezpieczeniowymi. Wiele większych towarzystw ma swoje biura centralne w Londynie, ale ich członkowie rozrzucone są po całym kraju, i urzędnik w biurze londyńskim może jednego i tego samego dnia rozpatrywać i decydować zgłoszenia o świadczenia, otrzymane z okręgów tak daleko położonych od siebie, jak Northumberland i Cornwall, nie posiadając osobistych wiadomości o petentach. Dalej, zapotrzebowania poparte są świadczeniami lekarskimi, wydanymi przez lekarzy, którzy mogą być nieznani urzędnikowi towarzystwa, rozpatrującemu zgłoszenia, oraz nie pozostają z nim w bezpośrednim kontakcie, gdyż zaświadczenie wydane jest przez lekarza nie towarzystwu, ale pacjentowi. Ten nielokalny charakter zatwierdzonych towarzystw, szeroka skala pracy niektórych z nich, oraz pośredni tylko związek między towarzystwami a lekarzami, czynią koniecznym, aby okoliczności, w których wydane zostają lekarskie zaświadczenia o niezdolności do pracy, były ściśle zdefiniowane. To też zostało ustalone, że zaświadczenia muszą być wydawane na formularzach, przepisanych przez ministra (formularze są dostarczane lekarzom przez komitety ubezpieczeniowe), zgodnie z przepisami, wydanymi w ten sam sposób.

Każde towarzystwo prowadzi rejestr swoich członków i zawiadamia Ministerstwo o wszelkich zmianach w listach członków: odpowiednie zmiany czynione są w centralnym rejestrze ubezpieczonych; Ministerstwo przekazuje informacje komitetom ubezpieczeniowym, a każdy komitet ubezpieczeniowy posiada dwa rejestry ubezpieczonych na terenie działania danego komitetu; w jednym z tych rejestrów ubezpieczeni są zamieszczeni według towarzystw, których są członkami, a w drugim według wybranych przez nich lekarzy. W ten sposób istnieją wogóle 4 rejestry ubezpieczonych.

7) Każdy wykwalifikowany lekarz ma prawo zostać lekarzem ubezpieczeniowym (o ile nie został usunięty przez ministra z listy lekarskiej), a komitet ubezpieczeniowy nie może zerwać kontraktu z lekarzem ubezpieczeniowym bez dostatecznego przedstawienia ministrowi, iż pozostawanie tego lekarza w charakterze lekarza ubezpieczeniowego byłoby szkodliwe dla całości lekarskiej pomocy ubezpieczeniowej.

8) Ubezpieczony korzysta z wolnego wyboru

lekarza, a lekarz ubezpieczeniowy ma prawo przyjąć każdego ubezpieczonego do leczenia, o ile ogólna liczba jego pacjentów nie przekracza 2.500, lub inną cyfrę, ustaloną w drodze lokalnej umowy.

9) Lekarstwa i środki lecznicze dostarczane są przez aptekarzy na receptę lekarza, a nie przez lekarzy, z wyjątkiem wiejskich okręgów, gdzie niema aptekarzy, oraz w nagłych wypadkach, przyczem ubezpieczony może zanieść recepty swego lekarza do któregośkolwiek aptekarza ubezpieczeniowego.

10) Zawód lekarski bierze wydatny udział w administracji ubezpieczenia. Każdy komitet ubezpieczeniowy musi mieć członków lekarzy, w żadnym wypadku liczba ta nie może być mniejsza, niż 3, a w podkomitecie komitetu lekarskiego (ciało, które rozpatruje skargi, zgłoszone na lekarzy) połowa członków (wyłączając przewodniczącego) musi być z pośród lekarzy. W każdym okręgu ubezpieczeniowym (gmina lub miasto) istnieje lokalny komitet lekarski, uznany przez ministra za reprezentację miejscowych lekarzy; również komitet „Panel” reprezentuje lekarzy ubezpieczeniowych danego okręgu (w wielu okręgach funkcje obu komitetów spełniane są przez jedno ciało), przyczem oba te komitety mają do wykonania ważne obowiązki, dotyczące administracji świadczeniami lekarskimi. W dodatku, centralny komitet lekarzy ubezpieczeniowych reprezentuje wobec ministra zbiorową opinię lekarzy ubezpieczeniowych we wszystkich sprawach, związanych z ubezpieczeniem chorobowym w kraju. Chociaż centralny komitet lekarzy ubezp. nie jest komitetem statutowym, ale jest oparty całkowicie na dobrowolnej podstawie, uznany jest za ogólną reprezentację lekarzy ubezpieczeniowych przez ministra, który zwraca się do niego we wszystkich wypadkach, kiedy zamierza wprowadzić jakieś zmiany w warunkach pracy lekarzy ubezpieczeniowych.

11) Pomoc lekarska, objęta świadczeniem lekarskim, ograniczona jest do tego, co mogą zrobić lekarze ogólni. Pomoc konsultacyjna lub specjalna nie jest w to włączona.

12) Istnienie rejonowych urzędników lekarzy zapewnia ubezpieczonym otrzymanie w pewnych sprawach powtórnej opinii lekarskiej. Sztab ten składa się ze starych urzędników lekarzy, do których zatwierdzone towarzystwa i lekarze ubezpieczeniowi mogą skierować pacjentów, uznanych za niezdolnych do pracy, o ile istnieje jakaś wątpliwość, czy są oni rzeczywiście niezdolni do pracy, lub też w wypadkach uznanej już niezdolności do pracy, jeżeli przypuszcza się, że powtórna opinia lekarska może wykazać przywrócenie zdolności do pracy. Regionalny sztab lekarski stanowi bardzo ważny czynnik w angielskim systemie ubezpieczeniowym.

13) System ubezpieczeniowy nie obejmuje ludzi, będących na utrzymaniu ubezpieczonych, aie, na podstawie ustawy o pensjach dla wdów, sierot i starców, która stosuje się do wszystkich ubezpieczonych od choroby, wdowy i sieroty po ubezpieczonych są uprawnione, na warunkach, zawartych w ustawie pensyjnej, do pobierania pensji.

UWAGI INTERPRETACYJNE DO ART. 20 ROZP. PREZYDENTA RZPLITEJ O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Dekret Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przewiduje, jak wiadomo, ubezpieczenie na wypadek choroby w Kasie Chorych, pozostających bez pracy pracowników umysłowych na koszt Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Ubezpieczenie to jest unormowane w art. 20 i 36-tym Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, przy czym według zasadniczego w tej sprawie art. 20 Dekretu jest to ubezpieczenie nie samoistne, lecz pochodne, przysługujące bowiem osobie, która już jest uprawniona do zasiłków z powodu braku pracy z jedynym — zresztą pozbawionym praktycznego znaczenia wyjątkiem — przewidzianym w art. 36 ust. II tegoż Dekretu. Wprawdzie art. 20 Dekretu głosi dosłownie, że: „do opłacania składek ze strony Zakładu za ubezpieczenie na wypadek choroby ma prawo osoba uprawniona do świadczeń z powodu braku pracy”, lecz pobieżna choćby analiza tego zdania prowadzi do wniosku, że nie może tu być mowy o osobie uprawnionej do świadczeń z powodu braku pracy wogóle, lecz jedynie uprawnionej do zasiłku z powodu braku pracy; albowiem pozostałe dwa rodzaje świadczeń tejże kategorii, a mianowicie zapomoga na podróż i ubezpieczenie w Kasie Chorych (art. 15 Dekretu), bądź z natury, bądź z logiki rzeczy, nie mogą stać się podstawą do ubezpieczenia w Kasie Chorych.

Tak tedy tylko uprawnieni do zasiłku z powodu braku pracy są jednocześnie uprawnieni także do ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasie Chorych na koszt Zakładu.

Oczywiście wyżej poruszona kwestja nie wyczerpuje wątpliwości, a tembardziej trudności, które nasuwają się w praktyce przy stosowaniu powyższych przepisów prawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Niektóre z trudności próbowało Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej usunąć reskryptami z dn. 16 kwietnia 1929 r. Nr. 1125/U. III oraz z dnia 23 czerwca 1930 r. Nr. 4248/U. III. W pierwszym z tych reskryptów Min. Pracy i Op. Społ., dając wyraz potrzebie określenia do jakich świadczeń na wypadek choroby upoważnia ubezpieczenie pozostających bez pracy przez Zakład — wyjaśnia zupełnie słusznie, że osoby ubezpieczone przez Zakład na podstawie art. 20 Dekretu mają charakter obowiązkowo ubezpieczonych, a więc są uprawnione do takich samych świadczeń, jak inni członkowie obowiązkowo ubezpieczeni.

Został przez to uczyniony poważny krok naprzód drogą wyjaśnienia, jakie świadczenia Kasy Chorych przysługują ubezpieczonym przez Zakład. Pozostała wszakże otwarta kwestja, w jakim rozmiarze przysługują powyższe świadczenia.

Kwestja wywoływała i wywołuje nadal liczne spory z tego względu, że niektóre Kasy odmawiają ubezpieczonym przez Zakład na podstawie art. 20 Dekretu dobrodziejstw, płynących z zastosowania art. 36 Ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Powyższy art. 36 jest wyrazem specjalnej ten-

dencji ustawodawstwa socjalnego państw europejskich, zmierzającej do zapewnienia ubezpieczonemu opieki, choćby wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w pewien czas po ustaniu ubezpieczenia.

Omawiany art. 36 w części I-szej głosi, że członkowie Kasy, którzy skutkiem utraty zarobku nie mogą uiszczać opłat, o ile wypadek choroby zajdzie przed upływem 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, mają prawo do pomocy lekarskiej w zakresie art. 23 ust. I lit. a, art. 30 ust. I lit. a i art. 33 lit. a i b, a więc w zakresie najważniejszych świadczeń leczniczych Kasy.

Tenże art. 36 w części II-ej natomiast przewiduje, że członkowie Kasy, którzy opuszczają zatrudnienie, a przedtem byli członkami jednej z Kas Chorych w ciągu określonego czasu (co najmniej przez ostatnie 6 tygodni lub w ciągu ubiegłych 12 miesięcy co najmniej przez 26 tygodni), o ile wypadek choroby zajdzie w ciągu 4 tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia, zachowują prawo do pełnych świadczeń przez czas w statucie określony a więc zachowują prawo nie tylko do świadczeń leczniczych jak w ustępie I tegoż artykułu, lecz także do świadczeń pieniężnych, t. j. zasiłków chorobowych Kasy.

Za kryterjum do ustalenia, czy i jakie świadczenia przysługują osobie, która przestała być członkiem Kasy, służy w tym wypadku okoliczność, czy wypadek choroby zaszedł w ciągu 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, czy też miał miejsce w ciągu 4-ch tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia. W pierwszym wypadku przysługują tylko świadczenia lecznicze, a w drugim także pieniądze.

Otóż zdawałoby się, że przy transpozycji omawianego art. 36 na grunt Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zwłaszcza I-sza część tego artykułu nie powinna nasuwać żadnych wątpliwości. Skoro bowiem określone świadczenia przysługują, jeżeli wypadek choroby nastąpi w ciągu 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, to wydaje się niesłusznym różniczkowanie, czy utracone członkostwo było nabyte na skutek ubezpieczenia przez pracodawcę, czy też na skutek ubezpieczenia przez Zakład Ubezpiecz. Pracown. Umysł. na podstawie art. 20 Dekretu Prezydenta i zależnie od tego przyznawać lub odmawiać prawa do świadczeń, nadając pierwszemu ubezpieczeniu jakąś przewagę nad ubezpieczeniem przez Z. U. P. U.; obydwie ubezpieczenia mogą i powinny być traktowane równorzędnie.

Inaczej się rzecz ma z przepisem części II omawianego art. 36-go. Tu bowiem ustawodawca wyraźnie określa, że pełne świadczenia (a więc i zasiłki chorobowe) przysługują, jeżeli wypadek choroby nastąpi w ciągu 4-ch tygodni od dnia utraty zajęcia, a więc nie od dnia utraty członkostwa, jak w części I tegoż artykułu.

Pozostawiamy narazie na uboczu szczegółowe rozważanie zagadnienia, czy słuszną jest rzeczą, aby ograniczając się jedynie do gramatycznej interpretacji powyższego przepisu w oderwaniu od całokształ-

tu stosunków prawnych, wytworzonych przez późniejszy rozwój ustawodawstwa socjalnego, — odmawiać ubezpieczonemu przez Z. U. P. U. prawa do zasiłków chorobowych, jeżeli zachorowanie nastąpi w ciągu 4-ch tygodni od dnia ustania ubezpieczenia, opierając się jedynie na tej podstawie, że prawa, przewidziane w cz. II art. 36, przysługują w ciągu 4-ch tygodni od dnia utraty zajęcia, a nie od dnia ustania ubezpieczenia.

Pozwalamy sobie jednak wyrazić przypuszczenie, że „4 tygodnie od dnia utraty zajęcia” i „4 tygodnie od dnia ustania ubezpieczenia” mogłyby być w danym wypadku traktowane analogicznie.

Wszakże na zgola odmiennem stanowisku w tej materji stanęło Ministerstwo Pracy i Op. Społ. we wzmiankowanym wyżej reskrypcie z dn. 23 czerwca b. r. Nr. 4248/U. III. Ministerstwo uważa, że art. 36 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie może mieć zastosowania do osób, które utraciły członkostwo Kasy skutkiem zaprzestania opłacania za nich składek ubezpieczeniowych przez Zakłady U. P. U. Stanowisko swoje Ministerstwo motywuje tem, że wspomniany art. 36 przyznaje prawo do świadczeń, o ile wypadek choroby zajdzie w ciągu 4-ch tygodni 13 tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia, a nie od dnia utraty członkostwa, spowodowanego zaprzestaniem opłacania składek przez Zakłady U. P. U.

Nie jest naszym zadaniem polemizować ze stanowiskiem Ministerstwa, lubo — jak to wynika z powyższych rozważań — pozwalamy sobie mieć inne zdanie tak co do rozciągłości art. 36 w odniesieniu do ubezpieczonych na koszt Z. U. P. U. pracowników umysłowych, jak i co do słuszności obranej przez Ministerstwo metody interpretacyjnej. Pragniemy jednakowoż wskazać Ministerstwu na konsekwencje, jakie pociąga za sobą powyższe stanowisko, na gruncie całokształtu przepisów prawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Tezy Ministerstwa w dwóch wymienionych w niniejszym artykule reskryptach z dn. 16 kwietnia 1929 roku i z dn. 23 czerwca b. r. daje się ująć w następującej formuły:

1) Członkostwo Kasy Chorych, nabyte skutkiem ubezpieczenia pozostającego bez pracy przez Zakład Ubezpiec. Prac. Umysł., w skutkach swych odnośnie świadczeń jest równoznaczne z ubezpieczeniem obowiązkowym;

2) ustanie zaś powyższego członkostwa nie jest co do skutków swych równoznaczne z ustaniem członkostwa obowiązkowego, a mianowicie dobrodziejstwa z art. 36 nie odnoszą się do pozostających bez pracy ubezpieczonych przez Zakład.

Z tez powyższych wynika zasada, że świadczenia chorobowe Kasy przysługują pracownikowi umysłowemu, ubezpieczonemu w kasie przez Zakład na podstawie art. 20 Dekretu tylko wówczas, jeżeli wypadek choroby nastąpi w czasie trwania członkostwa Kasy — nie przysługują natomiast, jeżeli wypadek choroby zdarzy się po ustaniu tegoż członkostwa.

Czy jednak zachorowanie może mieć miejsce w czasie trwania członkostwa Kasy na podstawie art. 20 Dekretu Prez.? Zastrzegamy się, że mówimy i w dalszym ciągu mówić będziemy o zachorowaniu połączonym z niezdolnością do pracy.

Przypominamy, co mówiliśmy na początku, że do ubezpieczenia na wypadek choroby w Kasie Chorych na koszt Zakładu ma prawo osoba uprawniona do świadczeń recte do zasiłku z powodu braku pracy. Prawo zaś do zasiłku uzależnione jest, stosownie do art. 17 ust. I p. 1 Dekretu Prezydenta od zdolności do pracy, przytem przysługuje tylko za pełne miesiące pozostawania bez pracy, w ciągu których prawo do zasiłku istniało (art. 47 ust. II Dekretu Prezydenta).

Jeżeli zatem niezdolność do pracy (choroba) trwać będzie np. w ciągu drugiej połowy danego miesiąca zasiłkowego — to prawo do zasiłku z powodu braku pracy w danym miesiącu wogóle nie przysługuje; nie opłaci więc Zakład, zgodnie z art. 20, także składki ubezpieczeniowej do Kasy Chorych; oczywista może to nie być całkowite, lecz tylko chwilowe zaprzestanie opłacania składek, ale jak długo trwa choroba, niepodobna zgóry określić czy i kiedy Zakład wznowi opłacanie składek oraz czy i kiedy członkostwo Kasy zostanie przywrócone.

W omawianym więc wypadku Kasa Chorych świadczeń chorobowych nie będzie mogła udzielić, gdyż wypadek choroby właśnie miał miejsce po ustaniu członkostwa Kasy Chorych skutkiem zaprzestania opłacania składek ubezpieczeniowych przez Zakład.

Dla wyjaśnienia przytoczymy przykład konkretny: „N” jest uprawniony do zasiłku z powodu braku pracy na okres od 1 lipca do 31 grudnia 1930 r. W dniu 20-tym października tegoż roku zachorował na zapalenie płuc. Stosownie do art. 56 p. 1 w związku z art. 17 ust. I p. 1 i 47 Dekr. Prez. prawo do zasiłkowania z powodu braku pracy ustało z dniem 1-szym października 1930 r. Jednocześnie, zgodnie z art. 20 Zakład zaprzestaje opłacania składek ubezpieczeniowych do Kasy Chorych, począwszy od 1 października 1930 r. z tym więc dniem „N” traci członkostwo Kasy Chorych. Wypadek choroby miał zatem miejsce w okresie po utracie członkostwa Kasy; — zgodnie z reskrypsem Ministra Pracy i Op. Społ. z dn. 23 czerwca 1930 r. Kasa Chorych winna odmówić udzielenia świadczeń chorobowych.

W istocie rzeczy w każdym wypadku choroby połączonej z niezdolnością do pracy Kasa Chorych winna odmówić udzielenia świadczeń, jeżeli ma się stosować do powyższego reskryptu, gdyż struktura postanowień Dekr. Prez. jest tego rodzaju, że każdy wypadek choroby pozostającego bez pracy pracownika umysłowego pociąga za sobą ustanie członkostwa Kasy z mocą wsteczną do początku miesiąca, w którym wypadek choroby się zdarzył.

Zachorowanie więc w czasie trwania ubezpieczenia w Kasie Chorych wogóle zdarzyć się nie może, jeżeli jest ono połączone z niezdolnością do pracy.

W rezultacie ubezpieczenie przez Zakład na podstawie art. 20 Dekr. Prez. sprowadza się w zasadzie do opłacania przez Zakład składki ubezpieczeniowej, gdyż w wypadku choroby, połączonej z niezdolnością do pracy, świadczenia Kasy Chorych osobom pozostającym bez pracy nie przysługują.

W praktyce Kas Chorych reskrypt czerwcowy Min. Pr. i Op. Społ. jest najczęściej obchodzony, jed-

nakowóz stanowisko Kas nie jest jeszcze dostatecznie skryształizowane.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że omawiany reskrypt winien być poddany gruntownej rewizji i że wskazana byłaby obecnie ewolucja w kierunku przeciwnym, t. j. od Dekr. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych ku art. 36 ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby. Wszak, gdy wydawano ustawę o ubezpieczeniu chorobowym, Dekret Prezydenta

o ubezpieczeniu pracowników umysłowych jeszcze nie istniał; art. 20 stworzył nową sytuację prawną, jest on jakby nowelą do ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, stąd też przepisy tejże ustawy winny być uzgodnione z art. 20 Dekr. Prezydenta. Twierdzenie zaś, że art. 20 Dekr. Prezydenta ma pozostać przepisem napół martwym z powodu „niedopasowania” do ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie wydaje się słusznem.

KRONIKA

OBOWIĄZUJĄCE W POLSCE MIĘDZYNARODOWE PRAWO UBEZPIECZENIOWE

Obowiązujące w Polsce międzynarodowe prawo ubezpieczeniowe przybrało z biegiem czasu takie rozmiary, że stanowi już poważną część składową ustawodawstwa, normującego nasze ubezpieczenia społeczne.

To też nie wydaje się bezcelową próbą pierwszego dotąd — o ile nam wiadomo — systematycznego zestawienia tak stanu prawnego w dziedzinie międzynarodowego prawa ubezpieczeniowego w chwili obecnej, jak i dalszych możliwości w tym zakresie; będzie to więc równocześnie z jednej strony szkic bilansu polskiej międzynarodowej polityki ubezpieczeniowej, z drugiej strony szkic jej programu.

Rozwój prawnomiędzynarodowych norm ubezpieczeniowych poszedł od chwili powstania Państwa Polskiego w trzech kierunkach:

1) uregulowania sukcesji w zakresie ubezpieczeń społecznych, a więc z jednej strony przejścia przez Polskę zobowiązań z tytułu asekuracji socjalnej państw zaborczych, z drugiej strony uzyskanie od tych państw rezerw, przeznaczonych na pokrycie spadających w ten sposób na polskie ubezpieczenia społeczne ciężarów ubezpieczeniowych.

2) współdziałania w międzynarodowym ustawodawstwie pracy Międzynarodowej Organizacji Pracy przez ratyfikowanie projektów konwencji i stosowanie zaleceń, uchwalanych przez Międzynarodowe Konferencje Pracy, i wreszcie

3) zawarcia z państwami sąsiadującymi z Polską względnie związanymi z nią ruchem emigracyjnym umów, ustalających wzajemność w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

Dziedzinę pierwszą, której uregulowanie z natury rzeczy musiało łączyć się z okresem powstania Państwa Polskiego należy uważać w zasadzie za wyczerpaną przez zawarcie i wykonanie całego szeregu umów i decyzji międzynarodowych.

W drugiej sferze działalności po ratyfikowaniu przez Polskę kilku konwencji daje się zauważyć pewien zastój.

Bilans w trzeciej, może najważniejszej, dziedzinie wykazuje jeszcze poważne luki jakkolwiek możemy się tu pochlubić niektórymi umowami społecznie bardzo postępowymi i opartymi na nowoczesnych zasadach konstrukcyjnych.

Rozrachunek ubezpieczeniowy z Niemcami, Austrią i Węgrami związany z przejściem ubezpieczeń społecznych na obszarach należących dawniej do trzech tych państw opiera się na identycznych postanowieniach art. 312 Traktatu Wersalskiego, art. 275 Traktatu w Saint Germain i art. 258 Traktatu w Trianon.

Trzy te traktaty pokoju zgodnie przewidują uregulowanie rozrachunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych w drodze umowy, między danym państwem a państwami sukcesyjnymi, względnie w razie braku między nimi porozumienia w drodze decyzji Rady Ligi Narodów. Rozrachunek z Austrią i Węgrami dokonany został stosunkowo bez większych trudności

w drodze siedmiu umów zawartych z państwem pierwszym i dwóch z państwem drugim.

Konwencje zawarte z Austrią dotyczą: 1) Powszechnego Zakładu Pensyjnego dla funkcjonariuszy, 2) zastępczych Zakładów Pensyjnych dla funkcjonariuszy, 3) Zakładu Ubezpieczeń Górników od Wypadków, 4) Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków Syndykatu austriackich kolei żelaznych, 5) Kasy Chorych austriackich kolei żelaznych, 6) Instytutu Pensyjnego Związku austriackich kolei lokalnych i wąskotorowych i 7) miejskiego zakładu Ubezpieczeń gminy Wiedeń oraz Kasy Emerytalnej dla funkcjonariuszy handlu i przemysłu.

Konwencje zawarte z Węgrami (w wykonaniu traktatu w Trianon przez Polskę zresztą nieratyfikowanego) dotyczą: Krajowej Kasy Ubezpieczeń Robotników i Krajowej Kasy Ubezpieczeń Robotników Rolnych.

Umowy te — formalnie bilateralne choć pokrywające się swą treścią z umowami zawartymi z Austrią i Węgrami przez inne państwa sukcesyjne i stanowiące wynik prowadzonych przez nie wspólnie i łącznie rokowań — nie zostały jeszcze dotąd przez Polskę ratyfikowane. Polska otrzymała już jednak zaliczkowo część rezerw (papiery wartościowe), należnych Polsce w wykonaniu siedmiu konwencji zawartych z Austrią.

Znacznie większe trudności nasunął ważniejszy finansowo i społecznie, a poza tem zająbiony o rozliczne zagadnienia ogólnych stosunków polsko-niemieckich, rozrachunek ubezpieczeniowy z Niemcami. Nie można go było w całości dokonać umownie, a więc bez wdrożenia odpowiedniego postępowania w Lidze Narodów. Jeżeli bowiem udało się w drodze umów między Polską a Niemcami (nie bez związku z decyzją Rady Ambasadorów z dn. 20 października 1921 r. załatwić przejście ubezpieczeń społecznych na Górnym Śląsku (układ z dn. 26 sierpnia 1922 r. o podziale górnośląskiej Spółki Brackiej — Dz. U. R. P. Nr. 48 poz. 327 z r. 1923) co do ubezpieczenia górniczego i górnośląska konwencja genewska (z dn. 15 maja 1922 r. — Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 371 — co to innych działów ubezpieczeń społecznych), to natomiast wynikające z podziału zobowiązań ubezpieczeniowych między ubezpieczenia społeczne obu stron przekazanie Polsce przez Niemcy rezerw uregulowane zostało w drodze decyzji Rady Ligi Narodów z dn. 9 grudnia 1924 r. (co do ubezpieczeń społecznych z wyjątkiem górniczego) oraz z dn. 13 stycznia 1930 r. (co do ubezpieczenia górniczego). O ile chodzi zaś o sukcesję co do ubezpieczeń społecznych w Poznańskim i na Pomorzu, tak przejście zobowiązań ubezpieczeniowych jak i rozrachunek finansowy zostały dokonane w drodze decyzji Rady Ligi Narodów z dn. 17 lipca 1922 r.

Poza trzema temi decyzjami przysługuje jeszcze Polsce prawo do bliżej jeszcze zresztą nieustalonych rezerw z tytułu gdańskiego ubezpieczenia kolejarzy (art. III § 23 układu z 24 stycznia 1927 r. o wykonaniu art. 312 Traktatu Wersalskiego

zawartego z Niemcami przez Polskę w imieniu Wolnego Miasta Gdańska, a o ile chodzi o ubezpieczenie kolejarzy w swem własnym imieniu — Dz. U. R. P. Nr. 8 poz. 52 z r. 1928).

Wykonanie w stosunku do Polski art. 312 Traktatu Wersalskiego, które w końcowym swem stadium skomplikowało się przez pewne związanie go ze sporną między Niemcami a Polską interpretację układów londyńskich (plan Dawesa) i haskich (plan Younga) należy już uważać w zasadzie za załatwione poza pewnymi drobnymi punktami niezgodnionej jeszcze między dwoma rządami wykładni decyzji ostatniej.

Traktat pokoju z Rosją z 17 marca 1921 r. pomija w zupełności sprawy rozrachunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych — co zresztą wobec słabego rozwoju asekuracji socjalnej w Rosji przedwojennej stosunkowo nie daje się zbytnio odczuć.

Pozostały jeszcze poza tem niezalatwione sprawy rozrachunkowe z Czechosłowacją i Rumunją.

Ostateczny rezultat rozrachunków przedstawia się naogół dość skąpo; rezerwy przyznane decyzją z 17 lipca 1922 r. określone w niestabilizowanej jednostce monetarnej straciły na skutek dewaluacji większą część swej wartości; rezerwy przyznane zaś Polsce decyzją z dn. 9 grudnia 1924 r. oraz część rezerw przyznanych decyzją z dn. 13 stycznia 1930 r. nie zostały przez Niemcy wypłacone Polsce z powołaniem się na to, że świadczenia Planu Dawesa względnie Younga obejmują również spląty z art. 312 (wyrok haski z 24 marca 1926 roku).

Rezerwy z tytułu rozrachunku ubezpieczeniowego z Austrią i Węgrami z natury rzeczy nie mogą się przedstawiać zbyt pokaźnie.

Udział Polski w międzynarodowym ustawodawstwie pracy sprowadza się formalnie do ratyfikowania w r. 1925 konwencji uchwalonej na I sesji w sprawie bezrobocia (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 364 z r. 1925) i konwencji uchwalonej na III sesji w sprawie odszkodowania za nieszczęśliwe wypadki przy pracy na roli (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 380 z r. 1925) oraz konwencji uchwalonej na VII sesji w sprawie zrównania obywateli obcych z własnymi w zakresie odszkodowania za wypadki przy pracy (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 577 z r. 1928).

Pierwsza konwencja tylko ubocznie i okolicznościowo zajmuje się ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia. Trzecia, bardzo doniosła z punktu widzenia naszych interesów emigracyjnych, stanowi dodatnią pozycję w prawnomiędzynarodowym bilansie Polski w dziedzinie ubezpieczeń społecznych — mimo swego niezbyt jasnego i dość wadliwego sformułowania, które daje często powód do sporów interpretacyjnej natury. Z drugą konwencją — jedyną właściwie o materialnym znaczeniu dla polskich ubezpieczeń społecznych — w pewnym pozbawionym zresztą większego znaczenia punkcie (gospodarstwa poniżej 30 ha, na które dotąd wbrew konwencji nie rozciągnięto ubezpieczenia) niepełnie zostało jeszcze scharmonizowane ustawodawstwo o ubezpieczeniu od wypadków obowiązujące w b. zaborze austriackim i rosyjskim. Cztery najważniejsze konwencje (dwie o odszkodowaniu za wypadki przy pracy i o chorobach zawodowych z r. 1925 oraz dwie o ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników przemysłu, handlu i służby domowej oraz o ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników zatrudnionych w rolnictwie z r. 1927) nie zostały przez Polskę ratyfikowane z uwagi na pewne rozbieżności między wewnętrznym ustawodawstwem polskim a postanowieniami konwencji. Mimo tak stosunkowo skromnego formalnego udziału Polski w międzynarodowym ustawodawstwie pracy pozostaje nasza polityka społeczna niewątpliwie

pod bardzo silnym wpływem Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Umowom bilateralnym w dziedzinie ubezpieczeń społecznych przyświeca kilka głównych celów. Są niemi zwłaszcza zapewnienie obywatelom jednego państwa kontrahenta zrównania z obywatelami drugiego państwa, a osobom kolejno ubezpieczonym w dwóch państwach zachowania nabytych uprawnień ubezpieczeniowych w razie przejścia z jednego państwa do państwa drugiego; pozatem uregulowanie ulatwień i udogodnień w związku z pobytem zagranicą ubezpieczonego, czy rencisty, wreszcie rozgraniczenie personalnego zakresu ubezpieczeń obu państw i t. p.

Jak z tego wszystkiego wynika, umowa o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych z danym państwem jest dla nas tem ważniejsza im więcej obywateli naszych jest ubezpieczonych w danym państwie, im częściej jest wymiana podlegających ubezpieczeniom społecznym pracowników obywateli polskich między Polską, a danym państwem, im bardziej są rozwinięte w tem państwie ubezpieczenia społeczne, a poniekąd również im gorzej kształtuje ustawodawstwo wewnętrzne danego państwa sytuację prawną obywatela obcego i w mniejszym stopniu uwzględnia stany faktyczne związane z pobytem zagranicą ubezpieczonego, czy rencisty.

Pod tym kątem widzenia największe znaczenie posiada dla Polski umowne unormowanie ubezpieczeń społecznych z Niemcami i Francją, w mniejszym stopniu z Belgją, Czechosłowacją, Rumunją, Z. S. S. R. i Wolnym Miastem Gdańskiem, w jeszcze mniejszym stopniu z Węgrami, Danją, Holandją, Jugosławją, Austrią, Łotwą, państwami Południowej Ameryki i tp.

Przechodząc do omówienia umów zawartych lub mających być zawartymi z temi państwami, należy zaznaczyć, że rozważania nasze obejmują nie tylko umowy ściśle ubezpieczeniowe (umowy dotyczące wzajemnych stosunków w dziedzinie wszystkich działów ubezpieczeń społecznych czy też poszczególnych gałęzi ubezpieczeń względnie poszczególnych zawodowych kategorii ubezpieczonych) ale i przepisy ubezpieczeniowe umów handlowych (t. zw. klauzule socjalne) oraz konwencji społecznych i emigracyjno-emigracyjnych.

Stosunki ubezpieczeniowe z Francją unormowane są obecnie trzema względnie czterema umowami:

1) konwencją w przedmiocie emigracji i imigracji z 3 września 1919 r. — Dz. U. R. P. Nr. 41 poz. 246 z r. 1920 (ogólna zasada zrównania i socjalna klauzula narodu najbardziej uprzywilejowanego, pozatem uregulowanie odszkodowania za wypadki przy pracy);

2) konwencją dotyczącą pomocy i opieki społecznej z 14 października 1920 r. — Dz. U. R. P. Nr. 48 poz. 329 z r. 1923 (uregulowanie — na zasadzie a) zrównania i b) zachowania uprawnień w razie kolejnego ubezpieczenia w obu państwach wszystkich działów ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza zaś ubezpieczenia górniczego oraz emerytur robotniczych i włościańskich);

3) układem z 21 grudnia 1929 r. w sprawie wykonania w zakresie ubezpieczenia górniczego konwencji z 14 października 1920 r. oraz

4) nieratyfikowaną dotąd przez Polskę konwencją z 21 grudnia 1929 r. dotyczącą ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i śmierci oraz na starość robotników i pracowników umysłowych zatrudnionych w rolnictwie (szczegółowe unormowanie stosunków w tej dziedzinie z uwzględnieniem pełnego wzajemnego zaliczania okresów ubezpieczeniowych).

Pozostaje jeszcze do załatwienia w pierwszym rzędzie zawarcie umowy, któraby ukształtowała stosowanie do obywateli polskich nowej ustawy francuskiej o ubezpieczeniu spo-

leczeniem (z 5 kwietnia 1928 r. i 30 kwietnia 1930 r.), pozatem zawarcie układów wykonawczych, co do ubezpieczeń alzakolotaryńskich, co do odszkodowania za wypadki przy pracy, co do emerytur robotniczo-włociańskich i t. p.

Brak dotąd umowy, która załatwiałaby z Niemcami całościowo kształt tak rozległych i zawitych wzajemnych stosunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

Rokowania prowadzone z Niemcami w tej materji w latach 1926 — 1928 dały dotąd w rezultacie tylko zawarcie dwóch umów, dotyczących:

1) pełnego uregulowania jednego tylko działu ubezpieczeń społecznych a mianowicie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia oraz 2) uprawnień w zakresie wszystkich działów ubezpieczeń społecznych jednej tylko kategorii pracowników najemnych a mianowicie robotników rolnych.

Mam tu na myśli w szczególności:

1) Układ między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Rzeszy Niemieckiej w sprawie pomocy dla pozbawionych zarobku i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia z dnia 14 lipca 1927 r. — Dz. U. R. P. Nr. 101 poz. 877 z r. 1927 oraz

2) Dział II polsko-niemieckiej Konwencji w sprawie polskich robotników rolnych z 24 listopada 1927 r. — Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 366 z r. 1929.

Wielka umowa o ubezpieczeniu społecznym normująca w jaknajszerszym zakresie ubezpieczeniowe stosunki polsko-niemieckie, parafowana w dniu 5 maja 1928 r., nie została jeszcze dotąd ostatecznie zawarta w związku z wniesieniem przez Polskę do Ligi Narodów spornej między dwiema stronami sprawy rozrachunków w zakresie górnośląskiego ubezpieczenia górniczego.

Należy obecnie — wobec załatwienia sporu w tej sprawie przez Ligę Narodów — oczekiwać wznowienia rokowań ubezpieczeniowych między Rządem Polskim i Niemieckim celem sfinalizowania powyższej umowy.

Do chwili jej zawarcia opierają się stosunki ubezpieczeniowe polsko-niemieckie poza dwiema nowymi umowami, o których wyżej mowa, częściowo na niektórych postanowieniach o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych obu umów górnośląskich (z 15 maja 1922 r. i z 26 sierpnia 1922 r. — umów przeważnie zresztą mocno już obecnie zdezaktualizowanych) i wzajemnościowych przepisach decyzji Rady Ligi Narodów z art. 312 Traktatu Wersalskiego częściowo zaś na umowach zawieranych z sobą bezpośrednio przez zainteresowane polskie i niemieckie instytucje ubezpieczeń społecznych; najważniejsze z umów zawartych przez instytucje ubezpieczeniowe to porozumienie między Spółką Bracką w Tarnowskich Górach a Reichsknappschaft w sprawie zachowania uprawnień ubezpieczenia górniczego i porozumienie między Zakładem Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie a Landesversicherungsanstalt Schlesien w sprawie wypłacania rent na obszar Górnego Śląska.

Sprawy ubezpieczeniowe polsko-niemieckie nie mogą więc być w chwili obecnej uważane za prawnie uporządkowane; zachodzą w nich często nieporozumienia na tle rozbieżności zapatrywań i sporów interpretacyjnych.

Podjęcie rokowań ubezpieczeniowych z Belgią czy to dla zawarcia osobnej umowy czy też w ramach umowy o emigracji i imigracji jest przedmiotem rozważań obu Rządów.

Poza sprawą ubezpieczenia kolejarzy — unormowaną umową z dnia 13 stycznia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 69 poz. 638 z 1928 r.) nie zdołano dotąd uregulować umownie stosunków ubezpieczeniowych z Wolnym Miastem Gdańskiem przewidziane są jednak rokowania, które obok ubezpieczeniowej

umowy Polski z Wolnym Miastem Gdańskiem mają dotyczyć zawarcia podobnej umowy w imieniu Gdańska z Niemcami.

W dziedzinie stosunków w zakresie ubezpieczeń społecznych z Rumunją (skomplikowanych niesfinalizowanym jeszcze rozrachunkiem z tytułu ubezpieczeń na b. Bukowinie) można tylko zanotować protokół do umowy handlowej polsko - rumuńskiej z 23 czerwca 1930 r. przewidujący socjalną klauzulę narodu najbardziej uprzewilejowanego.

Brak dotąd umowy ubezpieczeniowej z Czechosłowacją. Projektowane jest zawarcie konwencji, która obok rozrachunku ubezpieczeniowego (przewidzianego w art. 40 umowy w sprawach prawnych i finansowych z 23 kwietnia 1925 r.) i ubezpieczeniowej wzajemności objęłaby swym zakresem sprawy opieki społecznej, ochrony pracy i zdrowia.

Klauzule socjalne dotyczące również i ubezpieczeń społecznych zawierają traktaty handlowe z Holandją (z 30 maja 1924 r.) i Finlandją (z 10 listopada 1923 r.).

Zamierzone są rokowania w sprawie odszkodowania za wypadki przy pracy z Danją i Argentyną a pozatem w zakresie ubezpieczeń społecznych z kilkoma państwami środkowo-europejskimi.

St. F.

PODWYŻKA RENT W ROBOTNICZYM UBEZPIECZENIU INWALIDZKIEM NA GÓRNYM ŚLĄSKU.

Dotychczas obowiązujące normy rentowe w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa na Górnym Śląsku, jakkolwiek znacznie wyższe, niż normy rentowe, obowiązujące w woj. poznańskim i woj. pomorskim, — jednak dalekie są od tego, aby chociaż w części zapewnić minimum utrzymania robotnikom w razie inwalidztwa ewentualnie osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku, uprawniającego do renty starczej. Dotychczas wypłacana przeciętna renta inwalidzka wynosiła 36,20 zł., renta wdowia 18,76 zł., a sieroca 8,76 zł. (dla każdej sieroty) miesięcznie.

Wojewoda Śląski rozporządzeniem z dnia 22 września 1930 r., opierając się na upoważnieniu ustawy z dnia 7 grudnia 1927 r. (Dziennik Ustaw Śląskich Nr. 26, poz. 49), podwyższył ogólną wysokość wypłacanych przez Zakład rent o 10 proc. Ponieważ każda wypłacana przez Zakład renta składa się z dodatku państwowego, wynoszącego dla renty inwalidzkiej i wdowiej 100 zł., a dla renty sieroczej 50 zł. miesięcznie, zwracanego później przez Państwo Zakładowi, i z udziału Zakładu, więc podwyżka ta nominalnie 10 procentowa, oznacza dla Zakładu w rzeczywistości zwiększenie obciążenia o około 15 proc.

Obecnie więc renty przeciętne wynosić będą: renta inwalidzka — 40,70 zł., renta wdowia 20,65 zł., a renta sieroca 9.65 zł. (dla każdej sieroty) miesięcznie.

Podwyżka ta obowiązywać ma od 1 października 1930 r., z tem zastrzeżeniem, że bieżące renty w podwyższonej wysokości będą wypłacane dopiero od 1 marca 1931 r., natomiast w dniu 1 października r. b. Zakład Ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa, obok rent w dotychczasowej wysokości, wypłaci na poczet podwyżki wszystkim tym uprawnionym, którzy w wyżej wspomnianym dniu pobierali renty, — ryczałty w wysokości 50 proc. pobieranej renty bieżącej w dniu 1 października 1930 r. Oznacza to, że wszelkie orzeczenia Zakładu, wydane na podstawie ustawy z 7 grudnia 1927 r. zatrzymują swoją moc prawną.

Przedstawiony stan rzeczy umożliwi Zakładowi przeliczenie wypłacanych rent w myśl nowego rozporządzenia przy normalnym wykonywaniu ciążących na nim pozatem obowiązków.

KLASY I GRANICE ZAROBKOWE W ROBOTNICZYM UBEZPIECZENIU INWALIDZKIEM

Górna granica zarobku, której przekroczenie uwalniało od obowiązku ubezpieczenia, została na Górnym Śląsku zniesiona przez ustawę Sejmu Śląskiego z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. Ust. Śl. Nr. 14 poz. 94).

Od tej chwili wszystkie kategorie osób wymienione w § 1226 Ordynacji Ubezpieczeniowej bez względu na wysokość zarobku, podlegają na Górnym Śląsku obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa.

Na terenie działania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu granica ta została dotychczas utrzymana. Rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 czerwca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 55 poz. 549) zwaloryzowano ją na 2500 zł. rocznie.

Po wprowadzeniu waluty złotej i zwaloryzowaniu ustawą z dn. 3 czerwca 1924 (Dz. Ust. Śl. Nr. 15 poz. 60) kwot, przewidzianych w Ordynacji Ubezpieczeniowej, ustalone zostały w następujący sposób grupy zarobkowe dla ubezpieczenia inwalidzkiego na Górnym Śląsku i odpowiadające im składki:

Wysokość rocznego zarobku		Składki tygodniowe		
		w klasie	wysokość	
			zł.	gr.
od	do			
660.—	660.— zł.	1	—	30
"	960.— "	2	—	60
"	1320.— "	3	—	90
"	1620.— "	4	—	20
"	1620.— i wyżej.	5	—	50

Kwoty powyższe były dostosowane do wysokości ówczesnych zarobków na Górnym Śląsku.

Procentowy podział sprzedanych znaczków ubezpieczeniowych, służących na opłacenie składek w zakresie tych klas przedstawiał się w 1924 r. następująco:

w klasie I.	w klasie II.	w klasie III.	w klasie IV.	w klasie V.
7,44 %	7,51 %	15,45 %	22,03 %	47,57 %

W międzyczasie t. j. od 1924 r. aż do chwili obecnej jakkolwiek wartość złotego się zmniejszyła i podniosły się płace robotnicze o około 70%, jednak klasy zarobkowe zostały niezmiennione. Rzecz naturalna, że musiało nastąpić gwałtowne przesunięcie ilości sprzedawanych znaczków ubezpieczeniowych z klas niższych do wyższych.

Według sprawozdania Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie za rok 1929 procentowy udział sprzedanych znaczków ubezpieczeniowych w poszczególnych klasach przedstawiał się w tym roku następująco:

w klasie I.	w klasie II.	w klasie III.	w klasie VI.	w klasie V.
10,13	8,44	7,35	5,25	68,83

Z wyjątkiem więc stosunkowo dużej ilości składek w kl. I, którą opłacają przeważnie osoby, kontynuujące ubezpieczenie dobrowolnie, — prawie 70% pozostałych składek opłacono w klasie V.

Zbliżyliśmy się więc na Górnym Śląsku do stanu, w którym w ubezpieczeniu obowiązkowym obowiązuje właściwie składka jednolita, a mianowicie najwyższej klasy.

Bezwątpienia sytuacja taka pod każdym względem nie jest słuszna i wymaga korektywy w kierunku dalszego przesunięcia granicy najwyższej klasy zarobkowej i dalszego różniczkowania klas.

Zbliżony stan rzeczy możemy zaobserwować w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu z tem zastrzeżeniem, że wogóle zarobki są tam znacznie niższe, niż na Śląsku.

Poniżej podajemy zestawienie porównawcze wysokości składek tygodniowych oraz wysokość zarobków rocznych, obowiązujących w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa na obszarze działania Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i ubezpieczalni niemieckich:

Grupa zarobkowa	Wartość składki tygodniowej			Z a r o b e k r o c z n y		
	na terenie Z. U. na wyp. inwal. w Kr. H.	na terenie Ubezpiecz. Kraj. w Poznaniu	na Śląsku niemieck.	na terenie Zakł. Ubezpiecz. na wyp. inwal. w Król. Hucie	na terenie Ubezpiecz. Kraj. w Poznaniu	na Śląsku niemieckim
	zł. gr.	zł. gr.	mk.	zł.	zł.	mk.
1	0,40	0,30	0,30	do 660.— zł	do 500 — zł.	do 312.— mk.
2	0,80	0,45	0,60	" 960.— "	od 500 — 700.— "	" 624.— "
3	1,30	0,60	0,90	" 1320.— "	" 700 — 900.— "	" 936.— "
4	1,70	0,75	1,20	" 1620.— "	" 900 — 1200.— "	" 1248.— "
5	2,10	0,90	1,50	ponad 1620.— "	ponad 1200.— "	" 1560.— "
6	—	—	1,80	—	—	" 1872.— "
7	—	—	2,—	—	—	ponad 1872.— "

KRYZYS FINANSOWY CZECHOSŁOWACKICH KAS CHORYCH.

Republika czechosłowacka posiada od r. 1924 ubezpieczenia inwalidzko-emerytalne, złączone organizacyjnie (w pew-

nej mierze) z ubezpieczeniami na wypadek choroby. W r. 1928 ustawę tę znowelizowano, pogarszając ją przez podwyższenie świadczeń i obniżenie składek. Nowelizacja ta doprowadziła do kryzysu finansowego czechosłowackich Kas Chorych już w r.

1929. Prasa fachowa czechosłowacka omawia przyczyny kryzysu. Dyskusja ta jest bardzo pouczająca i dla nas, z tego powodu postaramy się zreferować najważniejsze jej momenty. Prasa fachowa stwierdza iż K. Ch. w Czechosłowacji przeżywają stały kryzys, czego dowodem jest ich gospodarka finansowa. W r. 1928 wynosił (w cyfrach okrągłych) w koronach czechosłowackich:

przypis składek	857.7 mil.
wydatki	932.4 „
<hr/>	
deficyt	74.6 mil.
zaś w roku 1929:	
przypis	478.4 mil.
wydatki	1073.8 „
<hr/>	
deficyt	95.3 mil.

Przyczyny kryzysu są następujące: Ustawa z r. 1924 określiła minimum składki na 3% zaś maksimum na 4,5% przeciętnego zarobku dziennego. Świadczenia obowiązkowe były wówczas następujące: Pomoc w czasie choroby przez 20 tygodni, zasiłek chorobowy w wysokości 60% płacy przeciętnej (przez 20 tygodni), pomoc położnym przez 4 tygodnie, zasiłek pogrzebowy w wysokości 20-krotnej średniej płacy dziennej. Nowela zmieniła ten stan, ustalając składkę normalną na 4,3% oraz najwyższą składkę, którą może zatwierdzić Centrala z Ubezpieczeń bez zgody Min. Pracy na 4,8% przeciętnego zarobku dziennego. Świadczenia są obecnie następujące: Pomoc w czasie choroby (jeżeli niema niezdolności do pracy) przez czas nieograniczony, zasiłek w czasie choroby przez rok w wysokości 66,6% przeciętnego zarobku dziennego, zasiłek pogrzebowy w wysokości 30-krotnego średniego zarobku dziennego. Świadczenia na wypadek macierzyństwa są następujące: pomoc w czasie porodu, zasiłek w ciągu 6 tygodni przed położeniem i po położeniu, zasiłek dla karmiących przez 12 tygodni. Świadczenia dla rodzin ustalono w następującej wysokości. Pomoc w czasie choroby po krótkim okresie wyczekiwania przez czas nieograniczony, t. zn. przez czas, przez który ubezpieczony ma prawo do świadczeń, pomoc położnym i zasiłek pogrzebowy. Jako odszkodowanie za pomoc w czasie choroby, płacą K. Ch. członkom rodzin przez nieograniczony czas po 2 Kcz. dziennie jeżeli ubezpieczony przebywa w szpitalu. Pojęcie członka rodziny rozszerzono tak daleko, iż szerszy zakres osobowy nie da się wogóle pomyśleć. Dołączono także inne świadczenia, których ustawa z r. 1924 nie przewidywała a mianowicie: leczenie specjalistyczne, pomoc dentystyczną, pobyt w sanatorjach i w uzdrowiskach.

W ostatnich czasach stwierdzono w Czechosłowacji większą śmiertelność i umieralność oraz stale zwiększającą się troskę o zdrowie wśród ubezpieczonych i ich rodzin. Wszystkie te objawy powodują zwiększenie kosztów świadczeń. Składkę podwyższono przy normalnej wysokości o 41%, przy maksymalnej wysokości o 7% w stosunku do ustawy pierwotnej (ust. austr. z r. 1888). Natomiast podwyższono zasiłek chorobowy o 272%, zasiłek pogrzebowy o 33%, świadczenia na wypadek macierzyństwa o 206%. Zwiększenie wydatków na świadczenia wprowadzone na skutek noweli nie da się jeszcze obliczyć.

Zamiarem ustawodawcy było zwiększenie świadczeń, jednak nowelizując ustawę nie liczonego się z tem iż należy równocześnie podwyższyć składki.

Tego rodzaju taktyka musiała oczywiście wywołać kryzys finansowy, przyczyniły się do niego także i inne powody, albowiem K. Ch. ponosi duże ciężary, z powodu świadczeń, których winny udzielać inne instytucje publiczne. Przed wejściem w życie ustawy z r. 1924 przedsiębiorca ponosił ryzyko zwiększonego niebezpieczeństwa przy pewnych robotach. Np. przedsiębiorca, prowadzący roboty kolejowe, regulację rzek i t. d. musiał układać się z K. Ch. o wysokość składek lub też ponosić osobistą odpowiedzialność za zwiększone szkody. Dzisiaj ponosi odpowiedzialność wyłącznie K. Ch. Przedtem państwo ponosiło pewne ciężary, zmniejszając wydatki Kas Chorych np. ryczałtowo opłaty pocztowe, zwracając kary nałożone z tytułu ustawy o ubezp. na wypadek choroby, wychodząc z założenia, że K. Ch. zastępują państwo w wykonywaniu wielu obowiązków.

K. Ch. otrzymują niesłychanie małe odszkodowanie od Centraln. Zakł. Ub. Spół. za wykonywanie za niego pewnych czynności w dziale ubezpieczeń inwalidzko-emerytalnych, czego dowodem jest fakt, iż Zakład zaoszczędził w ciągu 1 i pół roku na kosztach administracyjnych około 110 mil. Kcz. w stosunku przypuszczalnych wydatków administracyjnych, ustalonych na zasadzie obliczeń matematycznych. Z tego powodu Zakład obniżył prelimitowany odsetek na koszty administracyjne i leczenie inwalidów z 14 na 12,4 proc. Koszty administracyjne nie wynoszą w Zakładach nawet 5%, natomiast Zakład pensyjny prac. umysł. pracujący w znacznie korzystniejszych warunkach ma koszty wyższe. Rozmiar czynności K. Ch. do czynności Zakładów w dziedzinie ubezpieczenia inwalidzkiego i emerytalnego wynosi 1:3. Natomiast Zakład zwraca Kasom Chorych zaledwie 1/6 część ogółu tych wydatków. Wydatki K. Ch. z powodu czynności zastępczych, wykonywanych za Zakład stale wzrastają, albowiem trzeba zwiększać personel, biura i inwentarz, również inkaso składek natrafia na większe trudności albowiem opłaca się je za dwa ubezpieczenia, a ponadto składki na ubezpieczenia inwalidzko-emerytalne mają zawsze pierwszeństwo. K. Ch. nie występują przeciw zasadzie zastępowania Zakładu w pewnych czynnościach, lecz nie chcą spełniać tych funkcji za darmo ze szkodą ubezpieczeń na wypadek choroby. Rozmiar trudności finansowych K. Ch. zwiększyła ponadto niesłychanie surowa zima r. 1928/9 i panująca wówczas epidemia grypy. Wobec takich stosunków, czechosłowacka prasa fachowa proponuje następujące środki naprawy: 1) Wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, przez co odejmie się K. Ch. troskę o bezrobotnych. 2) Sprawiedliwe wynagrodzenie za czynności zastępcze, spełniane imieniem Centr. Zakł. Ubezpieczeń Społecznych (inw.-emeryt.). 3) Wprowadzenie jeszcze jednej grupy zarobkowej dla płac powyżej 34,50 K. cz. 4) Ułatwienie i niższe taryfy pocztowej i telegraficznej. 5) Uregulowanie służby lekarskiej i sposobu zapisywania lekarstw. 6) Zakładanie specjalnych stacyj dajagnostycznych, 7) Wykształcenie młodych lekarzy jako fachowców lekarskich w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

OGÓLNY PLAN DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ZAKŁADÓW PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W 1931 R.

Połączone Komisje do spraw lecznictwa i prawno-ubezpieczeniowa, działające na podstawie uchwały Zarządu Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z dnia 29/IX b. r., ustaliły na posiedzeniu w dniu 7/XI b. r. ogólny plan działalności leczniczej Zakładów P. U. U. w roku 1931*), opartej na postanowieniach art. 61 rozp. Prez. o ubezp. prac. um., przewidujących prowadzenie przez Zakłady akcji leczniczej, mającej na celu zapobieganie powstawaniu niezdolności do wykonywania zawodu, grożącej ubezpieczonym lub przywracanie tej niezdolności osobom, otrzymującym świadczenia.

*) Plan na rok 1930 p. „Przegląd Ubezpieczeń“ Nr. 7. 1930 r., str. 154.

W myśl uchwalonego planu Zakłady U. P. U. winny leczenie z art. 61. przeprowadzać w miarę możliwości w domach zdrowia wspólnych dla członków wszystkich czterech Zakładów. Takie domy zdrowia wspólne dla członków wszystkich Zakładów mają być zorganizowane: w Zakopanem, Szczawnicy i Jaremczu dla leczenia dróg oddechowych, w Truskawcu dla leczenia solankowego, w Krynicy dla leczenia szczawami żelazistymi i alkalicznymi, w Busku lub innej miejscowości, posiadającej źródła siarczane dla leczenia wodami siarczanymi, w miejscowości, później ustalonej, posiadającej urządzenia wodolecznicze i odpowiednie warunki przyrodolecznicze dla leczenia psychonerwic. W razie o ile względy finansowe pozwolą, dla leczenia cukrzycy, artretyzmu, przemiany materii (otyłość it. p.), cierpien żółciowych, wzięty będzie pod uwagę Morszyn, o ile okaże się, że posiada on warunki do leczenia zakładowego.

Dla zorganizowania domów zdrowia w Zakopanem, Jaremczu i Truskawcu wykorzystane będą w całości położone w tych miejscowościach nieruchomości Zakładu Ubezpieczeń we Lwowie, a mianowicie w Zakopanem „Warszawianka”, „Mazowsze” i „Konstantynówka”, w Jaremczu „Lwigród”; w Truskawcu „Grażyna”, „Świtezianka” i „Zorza”. Administracja lecznic ułokowanych w tych nieruchomościach należec będzie do Zakładu Ubezpieczeń we Lwowie. Organizacja domów zdrowia w pozostałych miejscowościach ustalona zostanie przy opracowywaniu szczegółowego planu działalności leczniczej Zakładów z uwzględnieniem potrzeb, wykazanych przez Zakłady i wystarczalności środków budżetowych. Obecnie zostało już ustalone, że administracja wspólnych domów zdrowia w Krynicy i ewentualnie Morszynie należec będzie do Zakładu

Ubezp. Prac. Um. we Lwowie, administracja lecznicy w Szczawnicy — do Z. U. P. U. w Poznaniu, w Busku — do Z. U. P. U. w Warszawie, wreszcie administracja lecznicy, która ma być zorganizowana dla leczenia psychonerwic — do Z. U. P. U. w Król-Hucie, lub Z. U. P. U. w Warszawie, jeśli miejscowość, w której lecznica ta będzie zorganizowana będzie zbyt daleko położona od obszaru działania Z. U. P. U. w Król-Hucie. Poza wspólnymi domami zdrowia prowadzony będzie nadal przez Zakład Ubezpieczeń w Poznaniu dom zdrowia w Międzychodzie dla członków tego zakładu. W razie potrzeby leczenie może być w granicach odpowiednich pozycji szczegółowych budżetów leczniczych przeprowadzone poza domami zdrowia, w szczególności w sanatorjach o charakterze społecznym.

Akcja lecznicza Zakładów Ubezpieczeń prowadzona będzie na podstawie szczegółowych planów, opartych na wyżej podanym planie ogólnym, a uzgodnionych ze Związkiem Zakładów. Szczegółowe plany lecznicze określać będą liczbę miejsc we wspólnych domach zdrowia, pozostających do dyspozycji Zakładów Ubezpieczeń w poszczególnych miesiącach.

Jak podano już w Nr. 11 „Przeglądu Ubezpieczeń” (str. 287) ogólna kwota wydatków Zakładów na lecnictwo z art. 61 została ustalona przez Zarząd Związku w wysokości 1.600.000 zł., z której to kwoty przypada po 400.000 zł. na każdy z Zakładów.

Sprawa uzależnienia leczenia z mocy art. 61. przez Zakłady Ubezpieczeń od ponoszenia części kosztów przez chorego, co umożliwiłoby leczenie większej liczby ubezpieczonych, nie została ostatecznie załatwiona i ma być przedmiotem obrad najbliższego posiedzenia Zarządu Związku Zakładów Ubezpieczeń.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„Głos Wychodźcy” w 259 n-rze z listopada r. b. „Głosu Wychodźcy”, „radikalno - demokratycznego dziennika dla robotników polskich we Francji” ukazał się artykuł wstępny p. t. „Sprawy ubezpieczeniowe Westfalczyków”, zawierający obszernie i życzliwe omówienie artykułu na ten temat ogłoszonego w 10 n-rze „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”.

Autor artykułu p. Zabczyk po streszczeniu referowanego artykułu podkreśla ze swej strony doniosłość możliwie rychłego uregulowania ubezpieczeniowych konsekwencji emigracji polskiej z Niemiec do Francji i proponuje uzupełnienie w tym celu polsko - francuskiej konwencji o ubezpieczeniu górniczym z 21 grudnia 1929 r.; p. Zabczyk broni zapatrywania, że „bez wszelkich komplikacyj” i „niezależnie od żadnych umów międzynarodowych” dałoby się rozszerzyć korzyści powyższej konwencji w zakresie wzajemnego zaliczania okresów ubezpieczeniowych przez objęcie nią czasokresów ubezpieczenia w państwie trzecim — w Niemczech; autor nie wyjaśnia przytem, na jakich przesłankach opiera przekonanie, że udałoby się bez trudności uzyskać na tej drodze — a więc w sposób pozbawiony precedensów w dotychczasowych umowach ubezpieczeniowych — załatwienie zagadnienia uprawnień ubezpieczeniowych Westfalczyków.

Ciesząc się z echa, jakie znalazł artykuł zamieszczony w „P. U. S.” na łamach organu naszego wychodźstwa we Francji, nie możemy jednak nie zaznaczyć, że organ nasz nie posiada „charakteru półurzędowego”, jaki widocznie na skutek nieporozumienia przypisuje mu „Głos Wychodźcy”.

Podstawy rewizji ustawy o zaopatrzeniu emerytalnem.—

Stanisław Sasorski. Pracę powyższą, wydaną nakładem tygodnika „Polska Gospodarcza” w połowie bież. roku, czyta się z dużym zaciekawieniem.

Autor posuwa się w swych dociekaniach dość daleko, starając się uchwycić istotny sens założeń tkwiących u podstaw norm emerytalnych dla funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych, aby następnie zapomocą analizy tych przepisów, dotrzeć poprzez analogję i różnicę z normami ubezpieczeniowymi dla pracowników umysłowych do postawionego sobie celu, t. j. wskazania właściwych sposobów racjonalizacji stanu dotychczasowego pod kątem widzenia istotnych potrzeb tak administracji państwowej, jak i — i to przedewszystkiem — stanu urzędniczego, a wreszcie także Skarbu Państwa.

Odsyłając interesujących się bliżej zagadnieniem do samej rozprawy, poruszę tu tylko, dla braku miejsca, niektóre jej wywody, w przekonaniu, że skłonię tem szanownego autora, a może i innych czytelników, do dyskusji nad problemami, które nas, z uwagi na ich pokrewieństwo z zagadnieniami ubezpieczeniowymi, żywo interesują a wymagają przytem wielostronnego oświecenia.

„Ustawę emerytalną oparto na założeniu odszkodowania za służbę” — pisze autor na str. 20 — i myśl tę rozwija szeroko, przytaczając szereg argumentów, mających uzasadnić i poprzeć wypowiedzianą na wstępie tezę. Ścisłej mówiąc ma to być odszkodowanie „za czas służby” (str. 9 i 10).

Na tym aksjomacie opiera się całe dalsze rozumowanie. Wyrazem przytoczonej zasady — zdaniem autora — jest

przedewszystkiem art. 9 ust. 1 ustawy, który stanowi, iż prawo do uposażenia emerytalnego nabywa funkcjonariusz państwowy po nieprzerwanej co najmniej 10-cio letniej służbie, jeżeli przechodzi w stan spoczynku z powodów podanych w ustawie.

Przyjąwszy wypowiedzianą tezę autor abstrahuje od tego, że prawo do uposażenia jest niezależne od faktu zdolności lub niezdolności do służby, od braku innej pracy lub środków do życia, od sprawy, że funkcjonariusz wnosi składki w ciągu swej służby na przyszłe uposażenie, a więc od czynników tak istotnych w systemie ubezpieczeń społecznych.

To też — zdaniem naszym — należy odrazu zgłosić pewne zastrzeżenia.

Zacniemy od krytycznego oświetlenia pojęcia „odszkodowanie za czas służby”.

Przez odszkodowanie rozumiemy zwyczajnie wynagrodzenie zrażonej drugiemu szkody. Wynika z tego, że konieczne jest stwierdzenie szkody i ustalenie jej wysokości, gdyż nie będzie jeszcze odszkodowaniem w naszym mniemaniu pokrycie tylko części szkody. Z odszkodowaniem łączy się dalej kwestja winy.

Tu już powstaje pytanie, jak pogodzić z poprzedniem sprawę wnoszonych przez poszkodowanego składek na pokrycie należnego mu odszkodowania, wnoszonych do niedawna nawet w czasie otrzymywania emerytury.

Według autora elementem i miarą krzywdy jest czas, — czas służby. Kwestja o ile pod kątem widzenia wypowiedzianej przez autora zasady „odszkodowania” zachodzi podobna sytuacja w wypadku przyznania funkcjonariuszowi zdolnemu do służby świadczenia emerytalnego lub przyznania takiego świadczenia innemu, który trwale utracił zdolność do pracy, a cofnięcia go w razie ponownego powołania do służby wzgl. odmowy w wypadku dobrowolnego odejścia lub nieprzebycia do chwili zwolnienia okresu wyczekiwania.

Wreszcie czy można odszkodować za „czas” (co innego jest odszkodowanie za t. zw. zwłokę) oraz czy nie dałoby się wynaleźć innej zasady, któraby dopuszczała mniej wyjątków, aniżeli to wydaje się koniecznem w razie przyjęcia nieznanego kryterjum „odszkodowania za czas”.

Poza powyższem dopatruje się autor w uposażeniu emerytalnem cech „odprawy, wypłacanej przez pracodawcę — z tą różnicą jednak, że przysługuje (domyślnie) ono na czas nieokreślony”. Odprawa jest — jak wiadomo — nagrodą za wierną służbę. Uposażenie emerytalne zaś jak to wyżej wskazano, jest odszkodowaniem strat, poniesionych przez fakt upływu pewnego czasu, podczas którego funkcjonariusz pozostawał w stosunku służbowym.

Obie myśli, rzucone przez autora, są jednak bardzo oryginalną koncepcją i niepodobna odrzucić ich lub przyjąć bez zastanowienia. Podobnie również ciekawe jest ujęcie kwestji podane na str. 16, iż „z punktu widzenia uposażeniowego świadczenia emerytalne są wypłatą części należnego uposażenia, rozkładem ogólnej sumy zobowiązań Skarbu Państwa z tytułu służby państwowej danego funkcjonariusza w czasie w ten sposób, że część niedopłacona w okresie służby zostaje wypłacona po zwolnieniu ze służby”.

Wspomniana już wyżej kwestja opłat posiada tu również swoje znaczenie, choć może bardziej zasadnicze, aniżeli to zdaje się wynikać z zapatrywań autora (str. 10). Art. 7 ust. 1 brzmi: „Ustanawia się świadczenia obciążające w myśl niniejszej ustawy Skarb Państwa...”.

Sądzić należy, że określenie opłat przewidzianych w art. 7 ustawy mianem „podatku” (str. 10) nie jest trafne, a w każdym razie trudno byłoby się na to zgodzić bez dyskusji.

W nauce znaną jest odpłatność ze strony Państwa za świadczenia obywateli na rzecz Państwa, ogólna i szczególna. Ogólna polega na stworzeniu przez państwo wzamian za pewne obowiązkowe ciężary, zasadniczych warunków egzystencji (faktycznej i prawnej) obywateli, zapewnieniu im ochrony osobistej, ochrony mienia i t. d. O szczegółowej odpłatności mówi się, gdy wzamian za konkretne świadczenia obywatela Państwo odplaca mu innem, również konkretnem świadczeniem. Podatki należą z istoty swej do opłat na rzecz Państwa, które nie zobowiązują Państwa do ściśle określonych świadczeń.

Oplatę potrącaną z uposażenia funkcjonariusza państwowego należy zaklasyfikować do drugiej kategorii. Zresztą wynika to jasno z art. 7.

Treść i sens postanowienia polegają w zasadzie na tem, poza jego specjalnym charakterem prawnym, iż powiedziano, co Państwo będzie dawać funkcjonariuszowi, oraz z drugiej strony, jakie w tym celu ma ponieść funkcjonariusz ciężary.

Tu tkwi istota rzeczy. Prawo narzuca funkcjonariuszowi umowę, określając jej szczegóły w zakresie wzajemnych obowiązków stron.

Ze względu na rodzaj przypomina ona umowę ubezpieczeniową, której przedmiotem są świadczenia, uzależnione od ziszczenia się podanych w ustawie wypadków, bądź pewnych spodziewanych okoliczności.

Wobec braku, jak dotąd, przedewszystkiem w literaturze polskiej, dzieł, któreby traktowały wyczerpująco o istocie prawnej ubezpieczeń społecznych, pojęcie tak szeroko już dziś używane, posiada jeszcze dość płynne granice.

Powracając jeszcze do poprzedniego, należy wspomnieć, że z punktu widzenia formy aktu jest rzeczą obojętną, czy kontrakt doszedł do skutku częściowo pod tytułem darmym, o ile zostały poza tem zachowane inne warunki, od których uzależnione jest przyjęcie do skutku aktu prawnego.

W razie przyjęcia powyższego zapotrzebowania co do charakteru tej prawno-publicznej umowy, dochodzącej do skutku z chwilą przyjęcia nominacji przez funkcjonariusza, poszczególne rodzaje świadczeń, przewidzianych w ustawie emerytalnej można stosownie do ich właściwości i treści podzielić na rozmaite działy.

I jeszcze jedna kwestja.

Przechodząc różne systemy pokrywania zobowiązań emerytalnych, przyjęte w Polsce, a następnie omawiając statystykę, wyrażającą się we wzrastających wydatkach emerytalnych Skarbu Państwa, dochodzi autor do wniosku, iż „ten stan rzeczy jest konsekwencją założeń, na których oparto pokrycie wydatków emerytalnych w ustawie o zaopatrzeniu emerytalnem”. — Pragnie zapobiec tym ewentualnościom t. zn. wzrostowi wydatków, przez wprowadzenie metod rachunkowych, ściślej: ubezpieczeniowego systemu pokrywania zobowiązań emerytalnych.

Jaki system jest lepszy, czy dzisiejszy, czy też ubezpieczeniowy, to zależy od tego czy patrzymy przez szkła interesu funkcjonariuszy bądź Skarbu Państwa.

Wzrost wydatków emerytalnych nie wynika bynajmniej z systemu pokrycia, a ze specyficznego sposobu, w jaki powstają niektóre zobowiązania Skarbu, trudne do uchwycenia matematycznie (przenoszenie na emeryturę nie z powodu utraty zdolności oraz zaliczanie pewnych czasokresów do usługi bezpłatnie).

Przepis odnośny, wywołany swego czasu względami na dobro funkcjonariuszy, kiedy brakowało powszechnych norm o obowiązkowym ubezpieczeniu, jest najoczywistszem utrudnieniem wprowadzenia systemu pokrycia ubezpiecz., które może nastąpić dopiero po znowelizowaniu cytowanych postanowień.

W zmianę zaś, którąby wprowadziła wpłacanie przez Skarb Państwa do funduszu kapitałowej wartości zobowiązań płynnych trudno w chwili obecnej uwierzyć, zaś wszelkie zabiegi o stworzenie i utrzymywanie wypłacalności funduszu przy dotychczasowym systemie — to fikcja. J. Z.

Warszawskie czasopismo lekarskie Nr. 45 1930 r. „Odmiastowienie szpitali warszawskich a Kasy Chorych“ podał A. Krieger.

Sprawa odmiastowienia szpitali warszawskich, czyli odstąpienie szpitali miejskich instytucjom opieki i dobroczynności publicznej, omawiana już była na łamach „Warszawskiego czasopisma“ przez dr. Guntza z punktu widzenia lekarza społecznika; dr. Krieger to samo zagadnienie analizuje z punktu widzenia polityki społecznej.

Projekt odmiastowienia szpitali miarodajne czynniki uzasadniają wysokimi kosztami ich prowadzenia pod zarządem miejskim, spowodowanymi przede wszystkim wprowadzeniem 8 godzinnego dnia pracy dla personelu szpitalnego i przywilejem Kas Chorych, polegającym na opłaceniu za swych członków jedynie połowy taksy szpitalnej.

Zdaniem autora pierwszy z argumentów wyżej przytoczonych nie jest dostatecznie uzasadniony, gdyż nie jest wiadome i ujawnione, jaki odsetek kosztów ogólnych stanowią płace personelu i w jakim stopniu 8 godzinny dzień pracy przyczynia się do nadmiernego powiększenia kosztów utrzymania szpitali.

Nałożony na szpitale publiczne obowiązek przyjmowania chorych członków Kas Chorych po cenach, odpowiadających połowie przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego (art. 43 ust. o ubez. na wypadek choroby) niewątpliwie znacznie obciąża samorząd. Obciążenie to zdaniem autora jest wynikiem postanowień ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby nakładających na Kasy Chorych obowiązek udzielania poważnych świadczeń rodzinom ubezpieczonych, przyczem zakres członków rodziny, uprawnionych do świadczeń, jest bardzo szeroki i znacznie szerszy, aniżeli w innych państwach. Koszty świadczeń dla członków rodzin pokrywane są zwykle w znacznej części z funduszy państwowych. Ustawa nasza, chcąc jednak uniknąć poważnego obciążenia Skarbu Państwa, licząc się z możliwościami finansowymi naszych Kas Chorych, obniżyła ich koszty szpitalne, równocześnie jednak zmniejszyła obowiązki samorządu terytorjalnego w dziedzinie opieki społecznej, szeroko

ustalając pojęcie członka rodziny. Gdyby „definicja“ członka rodziny była węższa, wówczas osoby, nie uprawnione dzięki temu do bezpłatnej pomocy lekarskiej i szpitalnej w Kasach Chorych, domagałyby się jej od samorządu, co powiększyłoby wydatki związków komunalnych na opiekę społeczną zapewne w granicach znacznie większych, aniżeli koszt dzisiejszego przywileju Kas. Być może, mówi autor, że ustawa nasza poszła po linii najmniejszego oporu i przerzuciła na samorząd ciężary, które gdzieindziej ponosi państwo, jednak z tego nie można wyciągać wniosku, iż ów „przywilej“ Kas należy znieść, podwyższając koszty szpitalne ubezpieczenia na wypadek choroby.

W końcowej konkluzji artykułu autor wyraża przekonanie, że zagadnienie deficytów szpitalnych należy postawić na znacznie szerszej płaszczyźnie, aniżeli się to dotychczas czyni, doraźny zaś projekt odmiastowienia szpitali musi napotkać na kategoryczny sprzeciw ludzi myślących społecznie.

„Lekarz Polski“ Nr. 11-1930 r. W podanym obok numerze „Lekarza“ znajduje się dokończenie artykułu dr. Z. Jeżewskiego, pod tytułem „Rozważania nowelizacyjne“ (p. Przegląd Ubezpieczeń Nr. 11 z r. b. str. 287), poświęconego omówieniu sprawy organizacji Kas Chorych.

Autor, stwierdzając skomplikowany charakter organizacji władz naczelných Kas Chorych, wysuwa dwie zasadnicze tezy, które z punktu widzenia racjonalnego prowadzenia lecznictwa winny być zastosowane przy organizacji władz Kas. Mianowicie winno być przeprowadzone ściśle rozgraniczenie uprawnień władzy uchwałodawczej od wykonawczej a następnie także ustalenie organizacji władz naczelných Kas, by rozstrzygnięcie w sprawach fachowych należało do czynników fachowych. Ściśle przeprowadzenie tych zasad w organizacji Kas Chorych zabezpieczałoby dostatecznie, zdaniem autora, sprawność i celowość lecznictwa kasowego.

W dalszym ciągu artykułu autor podnosi konieczność ustawowego uregulowania uprawnień i obowiązków lekarzy naczelných w Kasach, podkreślając, że odpowiednie zarządzenia Głównego Urzędu Ubezpieczeń nie zostały z różnych przyczyn nigdzie w całości wykonane.

Autor kończy wysoce interesujący artykuł omówieniem sprawy górnej granicy zarobkowej w ubezpieczeniu na wypadek choroby i wypowiadając przekonanie, że sprawa ta straciła ostry charakter wśród lekarzy, którzy w większości zorientowani są w kierunku utrzymania stanu dotychczasowego.

T R E Ś Ć

Stanisław Sasorski. — Specjalne przepisy emerytalne wobec dekretu o ub. prac. um.

Patrycy Dziurzyński. — Aktualne zagadnienia ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

Z. Wyżnikiewicz. — Punkty styczne w ubez. prac. um. i w ubez. na wyp. inwal. robotników na G. Śląsku.

Stanisław Brzozowski. — Prawa bezrobotnych w ustawie z dn. 19. V. 20 r.

H. Suchorzewski. — Film a zapobieganie wypadkom przy pracy.

Dr. H. Kłuszyński. — O systemie ubez. chorob. w Anglii (dokończenie).

W. Ko-ski. — Uwagi interpretac. do art. 20 rozp. Prezyd. R. P. o ubez. prac. umysł.

Kronika.

Książki i Czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie zł. 18
Kwartalnie . . . „ 4,50
Numér 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

Red. odpow. Kaz. Grudziński.

Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CH.

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

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno - farmaceutycznych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKI

Warszawa, ul. Kujawska 1, telefon 4890

12 złotych i srebrnych medali

Poleca:

PLASTRY SMAROWANE zwyczajne i kauczukowe, nie ustępujące wyrobom zagranicznym. **PLASTRY KAUCZUKOWE W KOPERTACH** (do odręcznej sprzedaży). **PLASTER KAUCZUKOWY** na szpulkach. „**CAPSICOL**“ (empl. Capsici elast. perforat). **PLASTEREK ANIELSKI**, przewyższający wyroby zagraniczne, w różnym opakowaniu. **PLASTER „THAPSIA“**. **PLASTER TATRZAŃSKI** na odciski. **PLASTER PRZEPUKLINOWY** dziecięcy. **KATAPLAZMY** antyseptyczne. **GORCZYCZNIKI** (synapizma). **PAPIER „VLINSI“** i „**FAYARD ET BLEYN**“. **MOUCHES DE MILAN**, **GAZY I WATY** aseptyczne i antyseptyczne. **OPATRUNKI** wyjąłowione (sterylizowane). **Opatrunki dla wojska**. **BANDAŻE**, **PODUSZECZKI HIGJENICZNE** dla pań. **PUDER** dla dzieci antyseptyczny. **NOWOŚĆ: BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZEGAMI**, **BANDAŻE DO TAMPONOWANIA** dla ginekologii i laryngologii aseptyczne i antyseptyczne z zakończonemi brzegami. **GAZIKI** do operacji z zakończonemi brzegami.

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

GLÓWNA BIBLIOTEKA PRACY
I ZABEZPIECZENIA SPOLECZNEGO



p-25/II

1930