PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ROK VIII
WARSZAWA
LUTY
1933 R.
ZESZYT 2
MIESIĘCZNIK

J. ECKERT — Berlin
Wyższy Radca Rządowy
w Ministerstwie Pracy Rzeszy

NIEMIECKIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W OKRESIE KRYZYSU GOSPODARCZEGO*)

TREŚĆ: Związek z polityką gospodarczą. Wzmocnienie społecznej idei ubezpieczeniowej. Deflacja jako oczyszczenie. Następstwa kryzysu w zakresie finansów i techniki ubezpieczeniowej, oraz higjeny społecznej. Ustawodawcze zarządzenia kryzysowe w ogólności. Obraz budżetów w latach 1924/1932. Odrębne zagadnienia poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych: ubezpieczenie na wypadek choroby; ubezpieczenie od wypadków; ubezpieczenie inwalidzkie i ubezpieczenie pracowników umysłowych; ubezpieczenie górnicze; ubezpieczenie na wypadek bezrobocia. Widoki na przyszłość.

Nie można oddzielić od siebie polityki gospodarczej i polityki społecznej. Ich losy wiążą się z sobą tak ściśle, że każda organiczna zmiana polityki gospodarczej i każdy jej kryzys muszą z konieczności wywrzeć odpowiedni wpływ na politykę społeczną. Ta sama myśl da się wyrazić również w inny sposób: można mianowicie stwierdzić, że w okresie korzystnej konjunktury gospodarczej polityka społeczna jest dla nowoczesnego państwa bez wątpienia znacznie łatwiejszą niż w okresie kryzysu. Naturalny ten związek uznano od dawna powszechnie w ubezpieczeniu społecznem, jednym z najważniejszych działów polityki społecznej. To też rozumie się samo przez się, że ciężki kryzys gospodarczy w ostatnich latach musiał odbić się w sposób dotkliwy również na ubezpieczeniach społecznych. Można dziś śmiało bronić zdania, że niemieckie ubezpieczenia społeczne przeszły po wojnie *dwa wielkie kryzysy*. Pierwszy ich kryzys przypadł na okres *inflacji*, osiągając największe nasilenie w latach 1922/23; drugi kryzys przypada na okres *deflacji*, i wydaje się, że z upływem 1932 roku ma już poza sobą swój punkt szczytowy. Z punktu widzenia historycznego i naukowego zasługuje przytem na szczególne podkreślenie, że niemieckie ubezpieczenia społeczne musiały w okresie kryzysu inflacyjnego przeprowadzić zaciekłą walkę o swą egzystencję, walkę, w której — jak o tem świadczy szybka ich *odbudowa* po naprawieniu stosunków walutowych — odniosły one pełne i zasłużone zwycięstwo. Naturalnie nie znamy jeszcze w chwili obecnej ostatecznych rezultatów walki, którą toczą dziś niemieckie ubezpieczenia społeczne w drugim wielkim okresie kryzysu. Wydaje się jednak, że już teraz wszystkie miarodajne czynniki zgodne są z sobą co do tego, iż katastrofalny kryzys gospodarczy w ostatnich latach doprowadził raczej do *wzmocnienia idei ubezpieczeń społecznych*. Przy bliższem rozpatrzeniu nie może się to zresztą wydawać dziwnem. Jeszcze raz bowiem sprawdziło się tak cenne dla nowoczesnej polityki państwowej doświadczenie, że dobrodziejstwa dobrego i wydajnego ubezpieczenia społecznego zachowują organizm społeczny zdrowy i nietknięty, ułatwiając mu w wysokim stopniu przetrzymanie wszystkich ujemnych skutków, jakie pociąga za sobą w dziedzinie społecznej ostry kryzys gospodarczy. To też nikt z odpowiedzialnych za losy ubezpieczeń społecznych czynników nie myśli nawet o osłabieniu społecznej idei ubezpieczeniowej i to pomimo ciężkich warunków finansowych ubezpieczeń, łączących się z kryzysem gospodarczym i pomimo ciężkich ofiar, jakie muszą ponosić w tym celu szerokie rzesze zainteresowanych. Rząd Rzeszy

*) Zamieszczając zkolei, jako dalszą pracę w serji artykułów zagranicznych, artykuł p. J. Eckerta, wysokiego urzędnika Ministerstwa Pracy Rzeszy i redaktora znanego czasopisma niemieckiego „Reichsversicherung", które jest uważane powszechnie za półurzędowy organ wspomnianego Ministerstwa, Redakcja „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" pragnie przy sposobności przypomnieć, że pozostawia z natury rzeczy swoim współpracownikom, zarówno krajowym jak i zagranicznym, pełną swobodę poglądów niezależnie od tego, w jakim charakterze i z jakiego punktu widzenia oni je wypowiadają.

Redakcja.

okazywał od początku zdecydowaną wolę zachowania istoty ubezpieczeń społecznych pomimo kryzysu gospodarczego. W dążeniu do tego celu wszyscy zainteresowani stworzyli samorzutnie jednolity front. Dobro ubezpieczenia jest dobrem całego narodu. Całe społeczeństwo dobrze zdaje sobie dziś z tego sprawę i ocenia właściwie znaczenie tej prawdy.

Bieda uczy nie tylko modlitwy — jak to stwierdza przysłowie — ale również oszczędności i solidarności. Pod presją kryzysu gospodarczego poddano jak najściślejszemu zbadaniu poszczególne części składowe niemieckiego ubezpieczenia społecznego, celem stwierdzenia, jakie zabiegi są potrzebne i jakie obciążenia konieczne; poza tem jednak chciano ustalić również, jakie naleciałości należy usunąć, aby organizm ubezpieczeń społecznych pozbawić tego wszystkiego, co niezdrowe i szkodliwe. Jeżeliby chodziło o wyrobienie sobie zdania co do wyników akcji, podjętej w tym kierunku, to trzebaby prawdopodobnie już w chwili obecnej stwierdzić, że dokonany w ten sposób proces oczyszczenia ubezpieczeń społecznych, stał się w części procesem ich uzdrowienia w najszerszem tego słowa znaczeniu.

W latach, które nastąpiły po stabilizacji waluty i po dokonanej może niekiedy zbyt radykalnie i szybko odbudowie niemieckich ubezpieczeń społecznych, stawiano częstokroć ubezpieczeniom społecznym w dyskusji publicznej zarzut, że obciążają one nadmiernie gospodarstwo, że osłabiają naturalny popęd samozachowawczy i zdrowe poczucie odpowiedzialności społeczeństwa, że — z punktu widzenia matematyki ubezpieczeniowej — nie posiadają one, o ile chodzi o ubezpieczenia rentowe, dostatecznego zabezpieczenia, wreszcie że ich organizacja i administracja powinnaby być odpowiednio uproszczona. Przytem zarzuty te wysuwane były z różnych stron w sposób bardzo przesadny, tak, że w kołach osób niewtajemniczonych mówiono nawet o tem, że zanosi się na załamanie ubezpieczeń społecznych. Nie może ulegać wątpliwości, że niemieckie ubezpieczenia społeczne nakładają duże ciężary nie tylko na gospodarstwo, ale i na całe społeczeństwo; wydaje się też, że, nie zdając sobie należycie sprawy z rozwoju stosunków gospodarczych, rozszerzono ustawowo od roku 1926-go świadczenia, niejednokrotnie przekraczając granice dopuszczalne, i częstokroć nie zatrzymując się, w wyścigach politycznych nawet na samej mecie.

Prawdą jest również, że wielkie działy ubezpieczenia rentowego po stabilizacji waluty nie mogły zostać oparte na właściwych podstawach matematyczno-ubezpieczeniowych i że z tego powodu zaburzenia gospodarczej natury dawały się budżetowi ubezpieczeń rentowych dotkliwie we znaki, w każdym razie dotkliwiej niżby to miało może miejsce przy dostatecznie wysokich i płynnych rezerwach.

Pomimo wszystkich tych okoliczności, stwarzających ogólną niepewność warunków egzystencji ubezpieczeń społecznych, zdołało niemieckie ubezpieczenie społeczne, o ile chodzi o jego istotę, stawić skutecznie czoło groźnemu naporowi kryzysu gospodarczego; można dziś spokojnie dać wyraz przekonaniu, że reasekuracja ubezpieczeń społecznych w szerokiej wspólnocie społecznej, obejmującej państwo, gospodarstwo i klasę pracującą gwarantuje ubezpieczeniu społecznemu przetrwanie tego kryzysu wobec zapobiegawczych środków, przedsięwziętych przez ustawodawstwo na przyszłość. Można to stwierdzić w sposób stanowczy i z dużą pewnością w stosunku do niemieckiego ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia pracowników umysłowych, a w dużej mierze także i w stosunku do ubezpieczenia od wypadków. Również pozostałe działy ubezpieczenia, mianowicie ubezpieczenie inwalidzkie, pensyjne ubezpieczenie górnicze i ubezpieczenie na wypadek bezrobocia posiadają budżety, uporządkowane na jakiś czas, na najbliższe miesiące.

Kryzys gospodarczy, powodując zmniejszenie liczby ubezpieczonych i obniżenie ogólnej sumy zarobków, naruszył równowagę pomiędzy dochodami i wydatkami we wszystkich działach ubezpieczeń społecznych. W ubezpieczeniu inwalidzkiem i pensyjnem ubezpieczeniu górniczem dało się nawet zauważyć zwiększenie wydatków naskutek zwalniania pracowników najemnych i—skutkiem tego—częściowego przechodzenia ich na renty inwalidzkie. Administracja ubezpieczeniowa i ubezpieczeniowe ustawodawstwo stanęły więc przed zadaniem uporządkowania gospodarki i zabezpieczenia wypłacalności instytucyj ubezpieczeń społecznych, a więc przed rozwiązaniem problemu w istocie rzeczy finansowo-technicznego, przy którego załatwieniu musiały jednak odegrać pewną rolę ważne względy natury politycznej. Zarządy instytucyj ubezpieczeniowych przeszły same od początku do silnego ograniczania wydatków, które wchodziły w zakres niczem nieskrępowanej ich gospodarki wewnętrznej. Zarządzenia ustawodawcze Rządu Rzeszy doprowadziły poraz pierwszy w lecie 1930 r. do zmiany obowiązującego ustawodawstwa; w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia; w dużych odstępach czasu objęły one zkolei również i pozostałe działy ubezpieczenia. Punktem wyjścia wszystkich tych zarządzeń była dotąd zawsze tendencja do usunięcia najbardziej palących i niecierpiących zwłoki niedomagań. To też te zarządzenia ustawodawcze są typowemi zarządzeniami doraźnemi, które wprowadzane były przy zastosowaniu taktyki elastycznej tam wszędzie, gdzie obniżenie świadczeń wydawało się stosunkowo najłatwiejsze do zniesienia, a których granice dostosowywane były zawsze do finansowych potrzeb danej chwili albo najbliższego okresu czasu. Z całą świadomością pomijano natomiast dotąd zasadniczą przebudowę ubezpieczeń społecznych, czy też zmianę dotychczasowej orjentacji tak w stosunku do ubezpieczeń społecznych jako całości, jak i w stosunku do poszczególnych ich wielkich gałęzi; opierano się przytem widocznie na założeniu, że tak daleko idąca zmiana nie jest możliwa conajmniej przed przebyciem najniższego punktu kryzysu gospodarczego.

Zmniejszenie wysokości świadczeń wyrównane zostało w dużej mierze przez podwyższenie się siły nabywczej marki Rzeszy. Obawiano się z wielu stron, że obniżenie pewnych świadczeń ubezpieczeniowych pociągnie za sobą *osłabienie tężyzny i zdrowia szerokich warstw ludowych.* Dotąd jednak nie można szkód tych zauważyć w takim stopniu, by należało je uważać za istotnie groźne. Podobnie jak to ma miejsce w Anglji i Austrji, wykazują niemieckie kasy chorych niespodziewanie korzystny stan chorych. Ocena tego rodzaju skutków ostatnich zarządzeń ustawo-

OGÓLNY OBRAZ STANU GOSPODARKI NIEMIECKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Rok	Liczba ubezp. w milj.	Dochody zwyczajne: razem	w tem: składki	w tem: dopłaty państwowe	w tem: procenty i t. p.	Wydatki zwyczajne: razem	w tem: świadczenia	w tem: koszty administracji	Nadwyżka + niedobór —	Fundusze w końcu roku	Osoby chore niezdolne do pracy lub wypadki odszkodowane poraz pierwszy	Osoby otrzymujące renty w końcu roku
		w miljonach marek niemieckich										
Ubezpieczenie na wypadek choroby (wraz z kasami górniczemi i zastępczemi)												
1924	19,1	1.129,9	1.097,8	10,0	22,1	1.014,7	924,9	76,7	+ 115,2	280,0	560.000	—
1929	22,4	2.322,4	2.241,2	27,1	54,1	2.219,3	2.049,9	151,1	+ 103,1	822,6	805.000	—
1930	21,9	2.139,3	2.059,6[1]	21,0	58,7	2.009,4	1.833,5	162,3	+ 129,9	955,9	679.000	—
1931	20,6	1.610,5	1.548,3[1]	2,7	59,5	1.666,3	1.493,0	158,6	— 55,8	900,1	583.000	—
1932[9])	18,7	1.208,0	1.150,0	—	58,0	1.201,0	.	.	+ 7,0	907,0	530.000	—
Ubezpieczenie od wypadków												
1924	22,0	227,7	203,7	—	24,0	143,5	111,6	28,8	+ 84,2	.	80,392	.
1929	24,0	429,9	406,3	—	23,6	410,7	349 8[2])	55,4[3])	+ 19,2	314,7	167 865	1.025.293
1930[4])	24,2	423,3	404,3	—	19,0	429,2	364,8[2])	58,4[3])	- 5,9	308,8	163.771	1.053.333
1931	23,1	380,0	368,0	—	12,0	418,3	356,5[2])	54,3[3])	— 38,3	270,0	135.914	1.076.000
1932[9])	.	.	.	—	.	345,0	285,0[2])	43,0[3])	.	.	.	670.000
Ubezpieczenie inwalidzkie												
1924	17,0	471,5	362,5	95,6	13,4	395,8	371,1	24,2	+ 75,7	329,6	—	2.797.482
1929	18,0	1.628,7	1.092,0	393,3	143,4	1.324,3	1.260,9[5])	55,0	+ 304,4	1.582,1	—	3.273.909
1930	18,0	1.530,0	986,3	445,4	98,3	1.475,4	1.409,4[5])	61,9	+ 54,6	1.636,7	—	3 520.200
1931	18,0	1.334,4	819,2	418,3	94,9	1.519,8	1.449,2[5])	65,1	— 185,5	1.451,2	—	3.544.173
1932[9])	18,0	1.110,0	630,0	400,0	80,0	1.320,0	1.250,0[5])	65,0	- 210,0	1.240,0	—	3.200.000
Ubezpieczenie pracowników umysłowych												
1924	2,0	142,4	125,6	—	16,8	29,2	22,9	6,1	+ 113,2	177,7	—	66 312
1929	3,4	495,9	372,4	—	123,5	186,2	168,8	12,1	+ 309,7	1.310,3	—	187.817
1930	3,5	547,8	385,2	—	162,6	224,8	210,7	12,9	+ 323,0	1.633,3	—	226.285
1931	3,1	523,1	343,5	—	179,6	263,1	249,3	13,7	+ 260,0	1.893,3	—	268.145
1932[9])	3,0	441,0	286,0	—	155,0	280,5	268,9	12,2	+ 160,5	2.053,8	—	296.000
Pensyjne ubezpieczenie górnicze[6])												
1924	0,8	151,2	147,0	—	4,2	81,6	75,6	4,9	+ 69,6	68,4	—	308.076
1929	0,8	262,0	192,3	56,3	13,4	231,9	220,9	9,5	+ 30,1	182,6	—	367.136
1930	0,6	202,1	151,6	29,3	21,3	240,4	229,5	9,6	— 38,3	144,2	—	381.832
1931	0,5	201,9	120,7	66,7	14,5	225,9	213,0	10,1	— 24,0	120,2	—	398.102
1932[9])	0,5	190,0	90,0	90,5	9,5	197,0	185,2	8,7	— 7,0	113,2	—	410.000
Ubezpieczenia społeczne razem (bez ubezpieczenia na wypadek bezrobocia)												
1924	.	2.122,7	1.936,6	205,6	80,5	1.664,8	1.506,1	140,7	457,9	950	—	3.900.000
1929	.	5.138,9	4.304,2	476,7	358,0	4.372,4	4.050,3	283,1	766,5	4.212,3	—	4.854.155
1930	.	4.843,1	3.981,2	495,7	366,2	4.379,8	4.048,5	305,1	463,3	4.678,9	—	5.181.658
1931	.	4.044,9	3.191,4	487,7	365,8	4.044,8	3.738,8	286,5	0,1	4.632,6	—	5.286.420
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia												
1929	17,5	995,7	869,2	105,5	21,0	1.372,2	1.264,0	.	— 376,5	.	1.275.184[8])	—
1930	16,9	1.659,9	1.061,7	591,2	7,0	1.799,9	1.678,6	.	- 140,0	.	1.769.441[8])	—
1931	15,2	1.624,5	1.373,3	213,4	37,8	1.530,6	1.406,8	.	+ 93,9	.	1.713.219[8])	—
1932[9])	12,8											

[1]) Wraz z opłatami za karty porady lekarskiej (1930 r. — 6.3 milj., 1931 r. — 15,6 milj. mk.).

[2]) Wraz z kosztami akcji zapobiegania wypadkom.

[3]) Wraz z kosztami postępowania.

[4]) Wskutek rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej zwiększył się stan osób ubezpieczonych we władzach ubezpieczeniowych z 645.000 w roku 1929 do 1.897.000 w roku 1930.

[5]) Wraz z obszarem Saary.

[6]) Wraz z ubezpieczeniem górniczem pracowników umysłowych.

[7]) Bez opieki kryzysowej i pomocy z tytułu opieki społecznej.

[8]) Przeciętna liczba osób, korzystających z zasiłków. Do tego trzeba dodać liczbę osób, korzystających z zasiłków w zakresie opieki kryzysowej — 175.953 (1929), 388.608 (1930) i 1.044.780 (1931).

[9]) Szacunkowo.

dawczych musi być coprawda dokonywana w sposób szczególnie ostrożny; nie można bowiem ująć cyfrowo psychologicznego wpływu sztucznego tłumienia chorób i chęci zachowania za każdą cenę zdrowia, które przejawiają się u zainteresowanych pod zrozumiałym wpływem okresu, w którym codziennem zjawiskiem są masowe zwolnienia z pracy robotników[1]) podobnie, jak niemożliwe byłoby statystyczne określenie zmniejszenia częstotliwości zachorowań naskutek przymusowego zaprzestania pracy przez wielomiljonowe rzesze pracobiorców. Można też z drugiej strony liczyć się prawie że napewno z tem, iż z chwilą, gdy te miljony bezrobotnych zostaną zpowrotem wcielone do normalnego procesu produkcji gospodarczej, wzrosną znowu znacznie ich roszczenia w stosunku do instytucyj ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia od wypadków.

Niemieckie ubezpieczenia społeczne wykazują w ostatnich latach pod wpływem kryzysu gospodarczego następujące zmiany, wyrażone w ogólnych liczbach w podanej powyżej tablicy. Jak wynika z zamieszczonego w tej tablicy zestawienia gospodarki instytucyj ubezpieczeniowych, wydatki niemieckich ubezpieczeń społecznych zmniejszają się z biegiem czasu; niemniej jednak również i rok 1932 zamknie się ogólną pozycją wydatków w łącznej wysokości około 5 miljardów mk. Tendencja ta nie występuje równomiernie we wszystkich działach ubezpieczenia. Świadczy to m. in. o tem, że kryzys gospodarczy nie przejawia się równomiernie w stosunku do wszystkich warstw, że także i społeczne konsekwencje kryzysu nie wszędzie występują z równą siłą, i że z tego powodu również i zarządzenia ustawodawcze, mające na celu uporządkowanie gospodarki instytucyj ubezpieczeniowych nie mogły być równomierne.

[1]) O ile chodzi o *wpływ sytuacji na rynku pracy na stan chorych* w kasach chorych, wypowiedział się Statystyczny Urząd Rzeszy Niemieckiej już w roku 1928 w tym kierunku, że rozpowszechniony szeroko pogląd, jakoby korzystny stan zatrudnienia powodował niższą, a gorszy stan zatrudnienia wyższą częstotliwość zachorowań—*nie odpowiada rzeczywistości.* Według statystycznych wyników kas chorych Rzeszy Niemieckiej z lat 1925 — 1927, rzeczywisty stan rzeczy przedstawia się wręcz przeciwnie. Radca rządowy Dr. *Wogan* tłómaczy na łamach „Aerztliche Mitteilungen" (1932, str. 915) ten może niespodziewany rezultat w ten sposób, że człowiek pracujący *korzysta w wyższym stopniu z pomocy* i bardziej zagrożony jest chorobami, z chwilą zaś zaprzestania pracy zmniejsza się niebezpieczeństwo wypadku, a pozatem także i w ten sposób, iż w okresie kryzysu gospodarczego zwolnione zostają przedewszystkiem osoby mniej wydatnie pracujące, natomiast u robotników zostających przy warsztacie pracy, chęć zachowania zdrowia wytwarza psychologicznie bardzo silny opór przeciw zachorowaniu. Naskutek korzystnego wpływu bezrobocia na stan zdrowia jest też stan chorych bezrobotnych znacznie niższy od stanu chorych zatrudnionych, o czem świadczą następujące dane cyfrowe, zapożyczone ze statystyki ubezpieczenia na wypadek choroby za rok 1930:

Ogólno—miejscowa Kasa Chorych w	Liczba wypadków choroby na 100 członków w ogólności		bezrobotnych	
	1929	1930	1929	1930
Norymberdze	66,3	44,7	29,7	22,3
Pforzheim	54,9	44,0	39,1	28,8
Lipsku	53,0	37,7	21,5	17,1
Dreźnie	50,8	34,9	21,8	16,7
Heildelbergu	64,7	51,6	23,1	23,9
Monachjum	61,9	46,6	20,2	20,4
Hamburgu	55,6	40,2	41,3	30,0

Jak dotąd okazało się, że rację mieli ci wszyscy którzy napominali do ostrożności i umiarkowania przy wszelkich zarządzeniach, zmierzających do ograniczania ubezpieczeń społecznych. Sekretarz stanu Dr. *Grieser* ujął kiedyś sytuację niemieckich ubezpieczeń społecznych w okresie kryzysu w sposób następujący: „Sens rozsądnej deflacji polega na oczyszczeniu, a nie na burzeniu; w tych słowach określone są nie tylko cele, lecz również i granice reformy. Należy uważać za bardziej uzasadnione ekonomicznie usuwanie zawczasu przesadnych i nie dających się utrzymać korzyści, a dawać za to ubezpieczonym z ich składek wprawdzie mniejsze korzyści, ale za to bardziej zabezpieczone i zagwarantowane".

Wiadomo, że wykonanie niemieckich ubezpieczeń społecznych powierzone zostało w szerokim zakresie *samorządowi* ubezpieczeniowemu, państwo zaś ogranicza się do sprawowania nadzoru nad nim tam wszędzie, gdzie do ubezpieczenia wpływają środki finansowe całego społeczeństwa. Ustawodawcze rozporządzenia nadzwyczajne, wydane ostatnio w okresie kryzysu, wzmocniły uprawnienia nadzorcze rządu; udzieliły one mianowicie rządowi pełnomocnictw, które m. i. pozwalają na rozszerzenie nadzoru, ograniczonego obecnie w myśl obowiązującego prawa do sprawdzania zgodności administracji ubezpieczeniowej z normami ustaw i statutów również i na zagadnienia *celowości* w gospodarce finansowej i które umożliwiają obniżenie osobowych i rzeczowych wydatków instytucyj ubezpieczeniowych nawet w sposób nie zupełnie pokrywający się z prawem Rzeszy. Rząd Rzeszy nie skorzystał jednak dotąd tak z tych upoważnień, jak i z innych jeszcze, dalej idących, co świadczy o tem, że administracja samorządu ubezpieczeniowego, stwarzająca należytą dyscyplinę i właściwe zrozumienie swej odpowiedzialności, umiała w zupełności dostosować się do dzisiejszej sytuacji. Dotąd wzmocniono tylko funkcje nadzorcze przy nabywaniu gruntów i budowaniu gmachów. Pozatem zarządzono dostosowanie uposażenia pracowników umysłowych i urzędników instytucyj ubezpieczeniowych do odpowiedniego uposażenia urzędników państwowych i pracowników umysłowych w służbie państwa, obniżając je w tym samym stopniu, jak to miało miejsce w Rzeszy i w krajach.

Zarządzenia w zakresie poszczególnych działów ubezpieczenia.

1) Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Odpowiednie zarządzenia wydane zostały przez Rząd przedewszystkiem w ubezpieczeniu na wypadek choroby i w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Przytem losy obu tych gałęzi ubezpieczeń społecznych związały się z sobą o tyle, że Rząd Rzeszy stanął w lecie 1930 r. przed zadaniem znacznego podniesienia składki ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a — wobec niemożliwości podwyższenia łącznej wysokości składek ubezpieczeniowych—musiał dokonać koniecznej podwyżki w drodze obniżenia składki ubezpieczenia na wypadek choroby; Rząd niemiecki musiał więc postąpić w sposób podobny, jaki planowany jest obecnie, jak się zdaje, przy zamierzonem unormowaniu na nowych podstawach polskich ubezpieczeń społecznych (stosunek między składką ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia inwa-

lidzkiego w projekcie ustawy o ubezp. społecznem — uw. tłóm.). Ubezpieczenie na wypadek choroby musiało jednak być poddane silnej kompresji również i z przyczyn, związanych z wewnętrznem jego rozwojem. Wydatki tego działu ubezpieczeń społecznych wzrastały bowiem od roku 1925 do roku 1929 rocznie o blisko 200 miljonów, a więc ogółem wzrosły okrągło o 900 miljonów mk. (z 1,3 do 2,23 miljarda mk). W roku 1930 osiągnęłyby same wydatki na lekarzy, lekarstwa i szpitale wysokość 1.2 miljarda, a gdyby rozwój ten trwał w dalszym ciągu, doszłyby w r. 1935 do sumy rocznych wydatków 3 miljardów mk. Przejrzyste porównanie wydatków na pomoc dla chorych w roku 1928-ym z wydatkami w r. 1913-ym (przyczem dla r. 1913-go przyjmuje się za 100 wydatek każdego rodzaju na jednego członka), daje w rezultacie następujące liczby, wyrażające wzrost kosztów w 1928 r.

262 o ile chodzi o świadczenie pieniężne

319 o ile chodzi o koszty pomocy lekarskiej wraz z dentystyczną,

232 o ile chodzi o lekarstwa i inne środki lecznicze,

264 o ile chodzi o pomoc szpitalną.

Rozpatrując kolejność liczb, wyrażających podrożenie świadczeń ubezpieczeniowych, stwierdzamy więc największy wzrost kosztów pomocy lekarskiej. Potem następują koszty leczenia i pielęgnowania w szpitalach, potem koszty zasiłków chorobowych i nakoniec wydatki na lekarstwa i środki lecznicze.

Przyczyny wzrostu tych kosztów wiążą się częściowo z naturalnym rozwojem wypadków (zwiększenie liczby ubezpieczonych, podrożenie materjałów i usług), częściowo z rozszerzeniem postanowień ustawy i statutów (zmiana wysokości płacy zasadniczej, wprowadzenie pomocy leczniczej dla członków rodziny), częściowo wreszcie z ogólnemi krytycznemi warunkami funkcjonowania tego działu ubezpieczeń społecznych. Wojna, dewaluacja, kryzys mieszkaniowy i niekorzystne zmiany życia gospodarczego nie pozostały bez wpływu na stan zdrowia warstw pracujących. Lekarze zajęli pozatem ze swej strony stanowisko, że u ubezpieczonych wzmocniła się skłonność do zachorowań i osłabiła wola zachowania zdrowia. Z tą okolicznością wiąże się ściśle pewna cecha, właściwa szczególnie ubezpieczeniu na wypadek choroby. W żadnym dziale ubezpieczeń społecznych nie jest — już ze względu na samą jego naturę — wypadek ubezpieczeniowy tak częsty, a stwierdzenie jego tak trudne, jak w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Przy tych szczególnych swych cechach musi ubezpieczenie to liczyć się z pewnemi określonemi właściwościami zainteresowanych: z uczciwością ubezpieczonych, z poczuciem odpowiedzialności lekarzy, z oszczędnością administracji kasowej i z czujnością władz nadzorczych. Żaden dział ubezpieczeń społecznych nie jest tak zagrożony niebezpieczeństwem wyzyskania go dla korzyści osobistej i nie naraża na takie pokusy jak właśnie ubezpieczenie na wypadek choroby. Pierwsze wielkie rozporządzenie nadzwyczajne, wydane w dniu 26 lipca 1930 r., stara się uwzględnić te okoliczności, próbując 1) uzyskać oszczędności w drodze ekonomicznego wydatkowania finansowych środków ubezpieczeniowych i 2) zapobiec wyzyskiwaniu ubezpieczenia dla korzyści osobistej zainteresowanych, przyczem nie naraża jednak na niebezpieczeństwo właściwych celów ubezpieczenia na wypadek choroby.

Nadzwyczajne to rozporządzenie wprowadziło:

a) Możliwą już na podstawie dawnego prawa (w drodze przyjęcia odpowiednich przepisów statutowych przez Kasy Chorych) *opłatę za kartę porady lekarskiej* w wysokości 50 fen. jako świadczenie obowiązkowe i przepis, że przy pobieraniu lekarstw, środków leczniczych i wzmacniających ubezpieczony ma opłacać z kosztów każdej recepty kwotę 50 fen., nie więcej jednak jak wynoszą rzeczywiste ich koszty. Opłata ma być również uiszczana za świadczenia lecznicze dla członków rodziny. Dopuszczono przytem pewne wyjątki od powyższych zasad.

b) Ograniczenie zasiłku chorobowego. Ustalenie granicy płacy zasadniczej na conajwyżej 10 mk. na dzień kalendarzowy, określenie zasiłku chorobowego w ogólnej wysokości 50% płacy zasadniczej, dopuszczenie dodatków do zasiłku chorobowego już tylko ze względu na stan rodzinny ubezpieczonego; rozpoczęcie udzielania zasiłku chorobowego dopiero z 4-ym dniem choroby; odpowiedni wymiar zasiłku domowego; spoczywanie zasiłku chorobowego i zasiłku domowego w razie otrzymywania płacy.

Równocześnie rozporządzenie nadzwyczajne wprowadziło jednak pomoc leczniczą dla członków rodziny, jako świadczenie obowiązkowe wszystkich Kas Chorych.

c) *Reformę lekarską służby kasowej,* w szczególności określenie zawodowych obowiązków lekarzy kasowych, założenie kart chorych i wprowadzenie służby lekarzy zaufania.

d) *Ograniczenie wysokości rezerw.*

e) Rewizję wysokości *składki* i obniżenie jej w miarę możności o 10%.

Zamiar obniżenia składki urzeczywistniło w dalszym ciągu również i rozporządzenie nadzwyczajne z dnia 8 grudnia 1931 r. Rozporządzenie to ogranicza świadczenia Kas Chorych i zastępczych Kas Chorych czasowo do *świadczeń ustawowych.* Przywrócenie *świadczeń nadzwyczajnych* dopuszcza ono tylko pod pewnemi szczególnemi warunkami i tylko za zgodą władzy nadzorczej. Pewne ułatwienie udzielania świadczeń nadzwyczajnych wprowadziło rozporządzenie z dn. 19 października 1932 r.; podczas gdy rozporządzenie nadzwyczajne z dn. 8 grudnia 1931 r. zabroniło Kasom Chorych, które pobierają składkę w wysokości przekraczającej granicę 5%, udzielania dobrowolnych świadczeń nadzwyczajnych również i w dziedzinie pomocy dla członków rodziny, nowe rozporządzenie, o ile chodzi o podwyższenie zasiłku domowego i umieszczenie chorych żon i dzieci w szpitalach, usunęło ograniczenia te, związane ze stawką składki.

Rozporządzenie nadzwyczajne z 8 grudnia 1931 r. *rozbudowało* pozatem w dalszym ciągu *prawo lekarskie,* starając się poraz pierwszy o uzyskanie ogólnego porozumienia co do zasadniczych zagadnień systemu lekarskiego i systemu lecznictwa, a pozatem również co do dopuszczania do praktyki kasowej lekarzy, którzy godzą się na przystąpienie do umowy. Nowe unormowanie służby lekarskiej przyniosło zorganizowany wolny wybór lekarzy z tem ograniczeniem, że na 600 ubezpieczonych przypada 1 lekarz; poza-

tem przewiduje się opłacanie wszelkich honorarjów lekarskich wraz z należytościami za drogę i świadczeniami rzeczowemi za pomocą ryczałtu, obliczonego, na głowę ubezpieczonego, niezależnie od rozmiarów wykonywanej każdorazowo pracy. Rozporządzenie to wprowadza dalej obniżenie ogólnej sumy honorarjów stosownie do położenia gospodarczego ubezpieczenia na wypadek choroby, objęcie przez ogół lekarzy gwarancji za oszczędne leczenie i zapisywanie lekarstw przez lekarzy, dopuszczenie młodych lekarzy do praktyki kasowej. Zasadniczą i zupełnie nową jest też zmiana, polegająca na tem, że wynagrodzenie, dostosowane do warunków gospodarczych, ma być uzależnione od każdorazowych zmian płac zasadniczych. Czynniki miarodajne oczekują mianowicie, że w ten sposób uniknie się naogół w przyszłości sporów co do wysokości honorarjów i ułatwi się dostosowanie na czas wydatków do dochodów.

Tak więc krytyczne położenie ubezpieczenia na wypadek choroby stało się punktem wyjścia zgodnego i zakrojonego na szeroką skalę porozumienia, które zakończyło długotrwałą walkę pomiędzy Kasami a lekarzami. Również i inne zarządzenia, objęte rozporządzeniem nadzwyczajnem, ułatwiły w dużej mierze funkcjonowanie finansowe ubezpieczenia na wypadek choroby. Jak to wykazuje podane wyżej zestawienie, oblicza się szacunkowo, że w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby wydatki za rok 1932 osiągną już tylko 1,2 miljarda mk. Położenie ubezpieczenia na wypadek choroby przedstawia się więc na przyszłość korzystnie, dając odpowiednie gwarancje równowagi.

2. *Ubezpieczenie od wypadków.*

Następstwa kryzysu gospodarczego dały się zauważyć w ubezpieczeniu od wypadków nieco później, niż w ubezpieczeniu na wypadek choroby, co wyniknęło widocznie również i stąd, że instytucje tego działu ubezpieczeń społecznych mogły przez czas jakiś czerpać środki finansowe z rezerw. Dopiero z chwilą gdy zwiększyło się z biegiem czasu bezrobocie, obniżyła się ogólna suma płac, a nawet w zupełności zatrzymano cały szereg przedsiębiorstw, ciężary ubezpieczenia wypadkowego stały się zbyt dotkliwe i trudne do zniesienia, wobec tego, że musiała je ponosić mniejsza ilość przedsiębiorstw. Renty wypadkowe musiały być przytem nadal płacone w wysokości, odpowiadającej wyższym zarobkom z okresu czasu przed kryzysem. Kryzys nie odbił się jednak na wszystkich instytucjach ubezpieczenia wypadkowego w równej mierze. Szczególnie dotkliwie zaznaczyły się skutki kryzysu w przemyśle budowlanym i drzewnym, w których suma podlegająca repartycji wzrosła częściowo potrójnie a nawet poczwórnie. Także i przedsiębiorstwa rzemieślnicze i rolne dotknięte zostały w sposób wyjątkowo bolesny następstwami przesilenia gospodarczego. Po zużyciu rezerw nie pozostało nic innego jak tylko przejście do ograniczenia świadczeń ubezpieczenia od wypadków. Zarządzenia w tym kierunku zawiera rozporządzenie nadzwyczajne z dn. 8 grudnia 1931 r. Rozporządzenie to pozostawia nietkniętą dotychczasową konstrukcję ubezpieczenia od wypadków, nie przekreślając w szczególności rozszerzenia świadczeń, dokonanego w drodze ustawy z 14-go lipca 1925 r. (waloryzacja rent, poprawa lecznictwa, odszkodowanie za wypadki w drodze do pracy i z pracy). Podobnie jak to miało miejsce w ubezpieczeniu na wypadek choroby, rozporządzenie z grudnia 1931 r. stara się o to, by 1) odszkodowanie z tytułu mniejszych szkód zredukować na rzecz odszkodowania z tytułu szkód większych, 2) usunąć zbędne podwójne świadczenia i 3) uprościć wzajemne stosunki pomiędzy instytucjami ubezpieczeniowemi.

Za najdalej idące posunięcie należy uważać *zniesienie małych rent urazowych*, do czego z wielu stron zmierzano już poprzednio przy sposobności obrad nad ustawą o rozszerzeniu ubezpieczenia od wypadków w roku 1925. W okresie ciężkiej depresji gospodarczej uznano za możliwe zrezygnowanie z małych rent, które z natury rzeczy w gospodarstwie ubezpieczonych nie odgrywają dużej roli. Renty 10%-owe i 15%-owe odebrano z upływem 1931 r. i zniesiono ich udzielanie również na przyszłość. Renty w wysokości 20% pełnej renty przyznawane będą w przyszłości tylko na okres 2 lat jako renty przejściowe lub mające na celu ułatwienie ubezpieczonemu przyzwyczajenia się do nowego ich stanu fizycznego, renty 20%-owe wypłacane w grudniu 1931 r., wygasną z chwilą, gdy upłynie dwuletni okres ich pobierania. Odrębne stanowisko zajmować będą w przyszłości, o ile chodzi o korzystanie z rent wypadkowych, osoby ubezpieczone jako *pracodawcy* i osoby z nimi zrównane, przyczem chodzi tu głównie o licznych przedsiębiorców rolnych podlegających ubezpieczeniu. Osobom tym odebrane zostało prawo do prowizorycznej 20% renty; prawo do renty posiadają dopiero wtedy, gdy ich zdolność zarobkowania ograniczona jest conajmniej o 25%. Uzasadnieniem tych ograniczeń było między innemi przekonanie, że samodzielni pracodawcy w razie stosunkowo nie tak znacznej utraty zdolności zarobkowania często w zupełności nie ponoszą straty w swych dochodach.

Dla niemieckiego prawa o ubezpieczeniu od wypadków było również nowością znaczne równoczesne *rozszerzenie możliwości odprawy kapitałowej*. Podczas gdy do czasu wydania rozporządzenia nadzwyczajnego z grudnia 1931 r. tylko renta przyznana mogła być skapitalizowana, w przyszłości na wzór szwajcarskiego prawa o ubezpieczeniu od wypadków przyznawane będą w pewnych wypadkach odprawy kapitałowe zamiast renty. Jest to dopuszczalne wtedy, gdy na podstawie rodzaju uszkodzenia można z dużem prawdopodobieństwem przewidzieć, że renta udzielona będzie tylko jako renta tymczasowa, a więc wypłacana przez okres czasu krótszy niż dwa lata. Ażeby nie dopuścić w tym wypadku do przyzwyczajania się uszkodzonych do pobierania renty, instytucje ubezpieczeniowe mogą obecnie zamiast rent udzielać jednorazowego i ryczałtowego odszkodowania w wysokości przypuszczalnej sumy rent. Ta forma odprawy dała w Szwajcarji dobre wyniki.

Pracodawcy żądali wielokrotnie usunięcia obowiązku odszkodowania za wypadki, które zdarzyły się *w drodze do pracy i z pracy*, ponieważ wypadków tych nie można przypisać przedsiębiorstwu pracodawcy i ponieważ nie mogą oni przedsięwziąć żadnych środków dla zapobieżenia tym wypadkom. Pracodawcy podkreślali przy tem, że wydaje się szczególnie

niesłuszne, by odpowiadali oni również i za takie wypadki w drodze do pracy i z pracy, które *zawinił sam ubezpieczony*. Rozporządzenie nadzwyczajne z grudnia 1931 r. uznało za usprawiedliwione ograniczyć obowiązek odszkodowania ze strony ubezpieczenia w tych wypadkach, gdy przy powstaniu wypadku odegrała rolę współwina ubezpieczonego.

Jednolicie dla wszystkich gałęzi ubezpieczenia rentowego (ubezpieczenie od wypadków, ubezpieczenie inwalidzkie, ubezpieczenie pracowników umysłowych i pensyjne ubezpieczenie górników) rozporządzenie z grudnia 1931 r. zniosło dodatki na dzieci i renty sieroce, o ile chodzi o dzieci powyżej lat 15, obniżając równocześnie najwyższą granicę rent dla pozostałych członków rodziny z $^4/_5$ na $^2/_3$ rocznego zarobku.

Według obowiązującego prawa każda z instytucyj ubezpieczenia od wypadków, które według niemieckiego prawa zorganizowane są osobno dla poszczególnych rodzajów produkcji, sama ponosi koszty odszkodowania wypadków, które zaszły w przedsiębiorstwach ubezpieczonych w danej instytucji. Zasada ta ma zastosowanie również i do tych spółek zawodowych, które zorganizowane są dla poszczególnych gałęzi produkcji według kryterjum terytorjalnego, a więc również do spółek zawodowych, budowlanych i drzewnych. Rozporządzenie nadzwyczajne z grudnia 1931 r. poszło o jeden krok dalej, przewidując możliwość *wspólnego ponoszenia kosztów odszkodowania za wypadki*, podobnie jak to ma miejsce w ubezpieczeniu inwalidzkiem. Obrano przytem narazie drogę pełnomocnictw dla Ministra Pracy Rzeszy, który upoważniony jest do tego, by przy repartycji za lata 1931 i 1932 uznać świadczenia z tytułu odszkodowania za wypadki do wysokości połowy łącznej ich sumy za świadczenia, które mają stanowić wspólny ciężar wszystkich spółek zawodowych. Pełnomocnictwo to nie zostało jednak dotychczas wykorzystane, ponieważ przemysłowe instytucje ubezpieczenia wypadkowego zgodziły się dobrowolnie na udzielenie pomocy finansowej zagrożonym spółkom zawodowym.

Wszystkie te zarządzenia nie zdołały jednak przywrócić w ubezpieczeniu od wypadków równowagi pomiędzy wydatkami a dochodami. Coprawda ze zmniejszeniem się stanu zatrudnienia spadła również liczba odszkodowanych poraz pierwszy wypadków, w r. 1931 o około 17% w porównaniu z rokiem poprzednim. Zmniejszenie dopływu rent w drugim roku kryzysu nie odegrało jednak decydującej roli w porównaniu z ogromną ilością rent, udzielanych już od dziesiątków lat. Ten stan rzeczy wyrażony w liczbach wykazuje, że w porównaniu z rokiem 1930 przemysłowe ubezpieczenie od wypadków wydało w r. 1931 tylko o 11 miljonów mk. mniej, a rolnicze ubezpieczenie od wypadków już tylko o 200.000 mk. mniej. Ponieważ łączne wydatki wyniosły w roku 1931 w przemysłowych spółkach zawodowych 295 miljonów mk. a w rolniczych spółkach zawodowych 88 miljonów mk., przeto zmniejszyły się wydatki w przemysłowych spółkach zawodowych tylko o 3,5%. W znacznie wyższym stopniu zmniejszyła się natomiast ogólna suma zarobków, będąca podstawą obliczenia repartycji (wymiaru składek). Mianowicie obniżka sumy zarobków wynosiła przeciętnie 23%; była najmniejsza w spółce zawodowej mięsnej (5%), największa w reńsko-westfalskiej spółce budowlanej (44%), dla górniczej spółki zawodowej liczba ta wyniosła 27%. Oszczędności uzyskane w drodze nadzwyczajnego rozporządzenia z grudnia 1931 r. obliczono dla przemysłowego ubezpieczenia od wypadków na 52 miljony, dla rolniczego ubezpieczenia od wypadków na 15 miljonów mk. Oszczędności te mogą być jednak w pełni wyzyskane dopiero w roku 1932, tak że mogą wywrzeć odpowiedni wpływ na obliczenie repartycji w roku 1933. Tak więc ubezpieczenie od wypadków po raz drugi znalazło się w sytuacji przymusowej, w której musiało rozejrzeć się za dalszemi oszczędnościami, i to dającemi natychmiastowy rezultat finansowy. Jedyną drogą wyjścia okazało się *obniżenie wysokości rent*. Wysokość obniżek tych uzależniono od roku, w którym zaszedł wypadek. Podobnie jak robotnicy zdrowi i pracujący musieli pogodzić się z tem, że wyższe płace, które otrzymywali w latach pozornego rozkwitu gospodarczego, zmniejszone zostały w okresie deflacji do poprzedniego poziomu, tak też musiały być obecnie w ubezpieczeniu od wypadków silniej obniżone renty, dla których obliczenia miarodajne były ówczesne wyższe zarobki roczne. Z tych względów renty z tytułu wypadków, które zaszły od 1 lipca 1927 r. do 31 grudnia 1931 r. obniżono o 15%, wszystkie inne renty o 7½%. Oszczędności, wynikające z nowej tej obniżki rent obliczono szacunkowo, o ile chodzi o przemysłowe ubezpieczenie od wypadków, na około 17 miljonów mk., o ile chodzi o rolnicze ubezpieczenie od wypadków— na 5 milj. mk. Wszystkie te zarządzenia przyniosło rozporządzenie nadzwyczajne z 14 lipca 1932 r.; równocześnie podkreśliło ono ponownie zasadę wspólnej odpowiedzialności zakładów ubezpieczenia od wypadków, nakładając na wszystkie przemysłowe spółki zawodowe gwarancję za połowę zaliczek pocztowych na świadczenia, obciążające przemysłowe spółki zawodowe. O ile chodzi o rolnicze ubezpieczenie od wypadków rozporządzenie pozostawiło gwarancję poszczególnych krajów; przytem określono ściślej warunki, w których gwarancja ta miałaby wchodzić w grę i uprawniono kraje do zarządzania pewnych ograniczeń przy udzielaniu rent ubezpieczonym *przedsiębiorcom rolnym;* z wymienionego ostatnio upoważnienia skorzystał już cały szereg krajów.

Nakoniec rozporządzenie Rządu Rzeszy o uzupełnieniu świadczeń społecznych, wydane w dniu 19 października 1932 r., zniosło znowu obniżenie o 7½% rent za wypadki, które zajdą *po dniu 31 grudnia 1932 r.* (rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932), ponieważ już obniżenie płac sprawiło, że odpowiednio zmniejszył się zarobek roczny, stanowiący podstawę wymiaru nowych tych rent.

3. *Ubezpieczenie inwalidzkie.*

Niemieckie ubezpieczenie inwalidzkie po dewaluacji powojennej nie mogłoby być odbudowane na podstawie systemu pokrycia ekspektatyw lecz tylko zwykłej repartycji. Podczas gdy w myśl pierwszego systemu składki ubezpieczeniowe obliczone były, jak wiadomo, w ten sposób, by zapewniały pokrycie nietylko bieżących świadczeń, lecz również wszystkich ekspektatyw, system drugi oblicza składki w ten spo-

sób, by na pokrycie wydatków w danym okresie czasu zapewnione były dostateczne dochody. Po raz ostatni ustalono wysokość składki ubezpieczenia inwalidzkiego w roku 1927. Jeszcze z początkiem roku 1929 obliczono urzędowo, że pomimo podwyższenia świadczeń, przeprowadzonego w roku 1928, ubezpieczenie inwalidzkie aż do roku 1933 wykazywać będzie nadwyżki; jeszcze w roku 1927 trzeba się było liczyć z tem, że dopiero w roku 1935 dadzą się zauważyć niedobory. Kryzys gospodarczy dotkliwie podważył położenie finansowe ubezpieczenia inwalidzkiego, które, jak z powyższego wynika, nie przedstawiało się samo przez się niekorzystnie. Rok 1931 przyniósł ubezpieczeniu inwalidzkiemu straty majątkowe w łącznej wysokości około 188 miljonów mk., a więc niedobór, którego należało oczekiwać dopiero na rok 1935 i 1936. Występujący w ten sposób przedwcześnie kryzys finansowy uzasadniony był tylko w małej części rozbudową świadczeń, dokonaną w roku 1929, a w dużej części obniżeniem składek i innych dochodów. Podczas, gdy w roku 1929 dochody ze składek wynosiły miesięcznie przeciętnie kwotę 99 miljonów mk., spadły te dochody już z wiosną roku 1932 do około 52,4 miljonów mk. W przeciwieństwie do ciągłego spadku dochodów dał się zauważyć stały wzrost wydatków. O ile chodzi o liczbę rent, nie osiągnięto przytem jeszcze pełnego stanu nasycenia. Należy się liczyć z tem, że liczba rencistów-inwalidów wzrośnie jeszcze do 4,3 — 4,4 miljonów, rencistek-wdów — do 1,5 miljona, liczba rent sierocych zacznie natomiast powoli opadać. Już w roku 1940 wynosić bedzie liczba bieżących rent inwalidzkich 3,2 miljonów, rent wdowich — 1,1 miljona, a rent sierocych — około 350.000. Także o ile chodzi o wysokość rent, nie możnaby przyjąć, jakoby osiągnęły one maksymalną wysokość. Renty inwalidzkie, ustalone w roku 1931, wynosiły przeciętnie dla mężczyzn około 47—48 mk., dla kobiet 28 — 29 mk. miesięcznie. Przeciętna wysokość rent wzrosła przytem z biegiem czasu, o ile chodzi o renty, które ustalone zostały później, do 55 — 56 mk. dla mężczyzn, a 32 — 33 mk. dla kobiet. Ubezpieczenie inwalidzkie mogło w latach 1930 i 1931 uporządkować swe finanse tylko dzięki wyzbyciu się przez nie poważnych objektów majątkowych, których wartość przekroczyła 1 miljard mk. Na rok 1932 obliczono deficyt na 340 miljonów, a na rok 1933 na 433 miljony, o ile po stronie wydatków sytuacja pozostałaby bez zmiany. Oznaczałoby to, że ubezpieczenie inwalidzkie musiałoby na pokrycie deficytu przeznaczyć cały bez wyjątku swój majątek. Rząd Rzeszy zajął stanowisko, że nie możnaby się pogodzić z takim stanem rzeczy i uznał za konieczne dążyć do częściowego wyrównania finansów ubezpieczenia inwalidzkiego w drodze obniżenia świadczeń. Rozporządzenie nadzwyczajne z grudnia 1931 r. pozostawiło narazie renty i dodatki na dzieci bez zmian, uznało natomiast za konieczne: *ustalenie 15 roku życia, jako granicy wieku dla wypłaty dodatków na dzieci i rent sierocych*, ograniczenie lub usunięcie podwójnego lub potrójnego poboru rent, zapobieżenie temu, by renty na rzecz pozostałych członków rodziny przekraczały w sumie rentę podstawową i przekazanie z powrotem przez ubezpieczenie społeczne opiece społecznej zaopatrzenia tych wdów, których mężowie w chwili wejścia w życie Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy (1 stycznia 1912 r.) byli już niezdolni do pracy albo umarli, a które według dawnego prawa nie posiadały wogóle żadnych roszczeń ubezpieczeniowych. Rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932 r. poszło jeszcze o jeden krok dalej, obniżając renty inwalidzkie, a mianowicie bieżące równomiernie o 6 mk., a ustalane na nowo o 7 mk. miesięcznie (renty na rzecz pozostałych członków rodziny o odpowiednią część tej sumy). *Kwotę zasadniczą* renty inwalidzkiej obniżono dla nowych rent ze 168 mk rocznie (14 mk. miesięcznie) do 84 mk. rocznie (7 mk. miesięcznie); dodatek na dzieci obniżono ze 120 mk rocznie do 90 marek rocznie. Udział zakładu ubezpuieczeniowego ma wynosić na przyszłość, o ile chodzi o renty wdowy i wdowca, zamiast 0,6 już tylko 0,5, o ile chodzi o renty sieroce zamiast 0,5 już tylko 0,4 kwoty zasadniczej i kwoty wzrostu renty inwalidzkiej. Naskutek obniżenia kwoty zasadniczej renty inwalidzkiej, która stanowi podstawę wymiaru renty na rzecz pozostałych członków rodziny, uregulowano odpowiednio również i wysokość rent na rzecz członków rodziny ubezpieczonego.

Oszczędności, jakie miało dać rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932 r. obliczono na rok 1932 na 120, a na rok kalendarzowy 1933 na 248 miljonów mk. Niedobory, pozostające pomimo tych oszczędności, mogą być i muszą być pokryte z majątku ubezpieczenia inwalidzkiego. Okazało się dotąd, że gospodarka ubezpieczenia inwalidzkiego może być w ten sposób uporządkowana, pomimo trudnych warunków, jakie stwarza kryzys gospodarczy. Oczywiście zmiany te nie zwalniają ubezpieczenia inwalidzkiego od troski o przyszłą jego sanację, ponieważ ciężary z tytułu rent wzrastać będą jeszcze znacznie przez wiele dziesiątków lat. W niemieckiem ubezpieczeniu inwalidzkiem znajdują coraz silniejszy wyraz następstwa przesunięcia się poszczególnych grup wieku ludności. Pomimo to wydaje się uzasadniona nadzieja, że w niedalekim czasie uda się przeprowadzić ostateczną sanację ubezpieczenia inwalidzkiego.

4. Ubezpieczenie pracowników umysłowych.

Ubezpieczenie pracowników umysłowych jest znacznie młodsze od ubezpieczenia inwalidzkiego i wydaje się obecnie najlepiej finansowo zabezpieczone. Posiada ono stosunkowo małe niepokryte ciężary z lat przedwojennych i nie poniosło w okresie inflacji tak ciężkich strat majątkowych, jak ubezpieczenie inwalidzkie; poza tem do korzystnej sytuacji tego działu ubezpieczeń społecznych przyczynia się okoliczność, że ubezpieczenie to na podstawie zarządzeń ustawowych, wydanych w roku 1926 mogło prowadzić przezorną politykę w zakresie wymiaru składki ubezpieczeniowej. Także i niemieckie ubezpieczenie pracowników umysłowych nie jest jednak oparte w zupełności na systemie pokrycia ekspektatyw. Według bilansu techniczno-ubezpieczeniowego składki jego musiałyby być podwyższone o około 25%, o ileby miały być na przyszłość bez ograniczeń pokryte świadczenia w wysokości obowiązującej do lata 1932 roku. Obliczono, że przy obecnym systemie pokrycia świadczeń wydatki w roku 1942 nie byłyby już pokryte składkami, a 12 lat później nie znalazłyby pokrycia w ogólnej sumie dochodów ubezpieczenia. Kryzys gospodarczy pociągnął za sobą znaczne obniżenie

dochodów ze składek ubiezpieczeniowych również i w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Przeciętne miesięczne dochody ze składek obniżyły się od roku 1929 z 31 miljonów do okrągło 25 miljonów. Liczba osób, korzystających ze świadczeń wzrosła od roku 1929 znacznie; podczas, gdy w roku tym liczba rencistów-inwalidów wynosiła 24. 656, osiągnęła ona w roku 1931 liczbę 160.000 osób; liczba wdów zwiększyła się w tym samym okresie czasu z około 21.500 do około 74.000, liczba sierot z około 19.200 do około 41.500. Po stronie dochodów przydają się bardzo ubezpieczeniu pracowników umysłowych zwiększające się wpływy z odsetek; ogólne dochody z tego tytułu wzrosły z 142,4 miljonów mk z roku 1924 do 547,8 miljonów mk w roku 1930; w roku 1931 zmniejszyły się one do 523,1 miljonów mk. Stan majątkowy ubezpieczenia pracowników umysłowych jest korzystny; majątek posiadany wynosił w roku 1931 około 2 miljardy mk.

By zapobiec tym trudnościom, które ujawniły się w ubezpieczeniu inwalidzkiem, rozporządzenie nadzwyczajne z 8 grudnia 1931 r. ograniczyło dodatki na dzieci i renty sieroce ogólnie do 15 roku życia, a dla zmniejszenia ilości rent, udzielanych w razie zbiegu ich z innemi świadczeniami rentownemi, ustanowiło podobne ograniczenia, jakie wprowadziło dla ubezpieczenia inwalidzkiego. Rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932 r. obniżyło kwotę zasadniczą renty emerytalnej z 480 mk. rocznie do 396 mk. rocznie, dodatek na dzieci ze 120 mk. rocznie na 90 mk. rocznie, rentę wdowią i wdowca na 0,5, rentę sierocą z 0,5 na 0,4 kwoty zasadniczej i kwoty wzrostu renty emerytalnej. O ile chodzi o osoby, kolejno podlegające ubezpieczeniu inwalidzkiemu i ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zaostrzono warunki, od których wypełnienia zależy prawo do świadczeń; do renty ubezpieczenia pracowników umysłowych dochodzi kwota wzrostu ubezpieczenia inwalidzkiego dopiero z chwilą, gdy wypełnione są warunki, uprawniające do korzystania ze świadczeń ubezpieczenia inwalidzkiego, w szczególności inwalidztwo w rozumieniu ubezpieczenia inwalidzkiego.

Rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932 r., zamierzając uwzględnić zgóry możliwość korzystnego rozwoju wypadków, upoważniło w sposób ogólny Ministra Pracy Rzeszy do dopuszczenia — jako świadczeń, uzupełniających świadczenia ustawowe — również i *świadczeń nadzwyczajnych*, wprowadzonych przez samorząd ubezpieczeniowy. Z upoważnienia tego Minister Pracy Rzeszy skorzystał w drodze rozporządzenia z 19 października 1932 r. Na podstawie powyższego rozporządzenia samorząd ubezpieczenia rentowego może postanowić, że obok świadczeń ustawowych (świadczeń zwyczajnych) udzielane będą do odwołania świadczenia nadzwyczajne. Wprowadzenie świadczeń nadzwyczajnych dopuszczone jest pod warunkiem, że pokrycie świadczeń zwyczajnych nie jest narażone przez to na żadne niebezpieczeństwo. W międzyczasie ubezpieczenie pracowników umysłowych skorzystało już z tej możliwości, wprowadzając powtórnie — z zastrzeżeniem pewnych ograniczeń — dodatek na dzieci i rentę sierocą do 18-go roku życia na rzecz tych dzieci, które kształcą się w szkole lub w zawodzie, albo które są ułomne.

5. Pensyjne ubezpieczenie górnicze.

Sytuacja ubezpieczenia zawodowego górników stała się bardzo krytyczna naskutek katastrofalnego zmniejszenia się stanu załogi i nadzwyczajnego wzrostu pensyj. Stan załogi oddziału robotniczego Bractwa Rzeszy zmniejszył z przeszło 700.000 według stanu w roku 1924 do około 430.000 w czerwcu 1932 r.; stan oddziału pracowników umysłowych w tym samym okresie czasu z okrągło 48.000 do 39.0000. W dniu 1 stycznia 1924 r. przypadało w oddziale robotniczym na jednego inwalidę 5,92 członków, w dniu 1 kwietnia 1932 r. już tylko 1,5 członka; w oddziale pracowników umysłowych pierwotnie 12,98, obecnie już tylko 1,82 członka. Odpowiednio zmniejszyły się wpływy ze składek. Nie wynoszą one dzisiaj w oddziale robotniczym ani połowy dochodów ze składek z roku 1924 i ani jednej trzeciej składek z lat 1927 — 1928, podczas, gdy wydatki wzrosły z 76 miljonów mk. w roku 1924 do okrągło 200 miljonów mk. w roku 1930 i do okrągło 190 miljonów mk. w roku 1932. Poważna ta sytuacja finansowa pensyjnego ubezpieczenia górniczego stawiała wymagania niezwykle wysokie ofiarności wszystkich kół zainteresowanych. Świadczenia pensyjne kasy robotniczej musiały być kilkakrotnie obniżone w porównaniu ze stanem z roku 1926 i to łącznie o mniej więcej 40%; odpowiednio zmniejszyły się również świadczenia kasy pensyjnej pracowników umysłowych. Państwo i ogół społeczeństwa musiały przyjść z pomocą ubezpieczeniu zawodowemu górników. W roku budżetowym 1932 oddała Rzesza obydwu kasom pensyjnym do dyspozycji razem sumę 95 miljonów mk.

Niemieckie kopalnictwo węglowe dotknięte zostało w sposób szczególnie bolesny i dotkliwy kryzysem gospodarczym. Górnik, którego praca zawodowa jest szczególnie ciężka i który w interesie całego społeczeństwa wcześniej zużywa swoje siły, ma prawo do większej ochrony społecznej niż inni pracownicy. To też pomimo ciężkiej sytuacji finansowej utrzymane zostanie z tych względów ubezpieczenie zawodowe górników. Także i w stosunku do tego działu ubezpieczeń społecznych wydaje się uzasadniona nadzieja, że zarządzenia, wydane przez ustawodawstwo i samorząd ubezpieczeniowy, oraz pomoc finansowa ze strony całego społeczeństwa wystarczą dla zachowania tego ubezpieczenia. W każdym razie budżet pensyjnego ubezpieczenia wydaje się naogół zabezpieczony na rok 1932, a może również i na rok 1933.

6. Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia.

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia musiało być w latach kryzysu wielokrotnie rewidowane i to częściowo bardzo istotnie. Najcięższą była jego sytuacja finansowa w lecie 1932 r., kiedy trzeba było liczyć się z egzystencją blisko 6 miljonów bezrobotnych. Już w roku budżetowym 1931 wynosiły wydatki na bezrobotnych w Rzeszy i w gminach łącznie 3 miljardy mk.; przy nieobniżonej wysokości świadczeń wydatki wzrosłyby w roku kalendarzowym 1932 r. o więcej jak o ½ miljarda mk. Rozporządzenie nadzwyczajne z 14 czerwca 1932 r. uporządkowało budżet pomocy dla bezrobotnych i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i to tak po stronie dochodów, jak i po stronie wydatków. Zasiłki ubezpieczeniowej po-

mocy dla bezrobotnych obniżono przeciętnie o 23%, uzależniając poza tem udzielanie zasiłków po 6-ym tygodniu ich pobierania od sprawdzenia, czy zachodzi w poszczególnym wypadku potrzeba pomocy. Także i w zakresie pomocy kryzysowej wprowadzono sprawdzanie, czy bezrobotnemu potrzebna jest pomoc, przyczem obniżono świadczenia zasiłkowe o przeciętnie 10%, i wprowadzono niezależnie od powyższego, jako stawki maksymalne — obniżone o 15% stawki zasiłków z tytułu opieki społecznej. Osobom, korzystającym z zasiłków z tytułu opieki społecznej, jako ostatniej kategorji pomocy dla bezrobotnych, obniżono stawki zasiłków o około 15%. Obliczono, że we wszystkich tych trzech gałęziach niemieckiej pomocy dla bezrobotnych uzyskano w ten sposób oszczędności w sumie okrągło 520 miljonów mk.

Zmiana ta dała dobre wyniki dla budżetu *ubezpieczenia* na wypadek bezrobocia. Ponieważ po obniżce obliczono ubezpieczeniowe wydatki na rzecz bezrobotnych na okrągło 800.000 mk., a wpływy z tytułu składek ubezpieczenia na wypadek bezrobocia na okrągło 1100 miljonów mk., pozostała w budżecie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nadwyżka w wysokości około 300 miljonów mk. Nadwyżkę tę pozostawiono do dyspozycji pomocy kryzysowej celem pokrycia jej potrzeb.

Rząd Rzeszy, w chwili gdy wydał daleko idące zarządzenia, objęte rozporządzeniem nadzwyczajnem z 14 czerwca 1932 r., wyraził ze swej strony zdanie że, uznając zasadniczo samą ideę ubezpieczenia, musi jednak ze względu na konieczność finansowej natury silniej zaakcentować element *opiekuńczy* w zakresie pomocy dla bezrobotnych; równocześnie dał on wyraz przekonaniu, że w okresie wyjątkowego kryzysu gospodarczego nie można zrezygnować z wprowadzenia systemu sprawdzania, czy zachodzi potrzeba pomocy. Nie jest też rzeczą nieznaną, że podział pomocy dla bezrobotnych na trzy działy jest w Niemczech oddawna zagadnieniem bardzo spornem i że z różnych stron żąda się ujednostajnienia tej pomocy w miarę możności w formie opieki nad bezrobotnymi. Rząd Rzeszy nie wybrał tej drogi. Regulując na nowo w lecie 1932 roku ten dział ustawodawstwa społecznego, nie usunięto organizacyjnie podziału pomocy dla bezrobotnych na trzy działy, ponieważ przeciw zmianie tego rodzaju przemawiają poważne wątpliwości, związane tak z polityką finasową, jak i z techniką administracji. Trzy te formy pomocy dla bezrobotnych zbliżono jednak do siebie bardzo znacznie, o ile chodzi tak o warunki korzystania z świadczeń jak i o same świadczenia, stwarzając w ten sposób podstawy dla bliskiej współpracy pomiędzy urzędami pracy a gminami.

Rząd Rzeszy uznał za konieczne podwyższenie na czas miesięcy zimowych zasiłków dla bezrobotnych; na czas miesięcy zimowych udziela się więc dodatków do zasiłków, których wysokość zależy od liczebności rodziny.

Zakończenie.

Minister Pracy Rzeszy określił kiedyś zadania rozporządzeń nadzwyczajnych w okresie kryzysu w słowach następujących: „Rząd Rzeszy uważa za swój obowiązek sprawować pieczę nad powierzonem mu dobrem ubezpieczeniowem. Ze względu na samą istotę państwa niema rzeczy, która byłaby dla niego ważniejsza i bardziej mu bliska niż ciążące na nim zadanie dbania o powszechny dobrobyt. Jakkolwiek obniżki świadczeń mogą być bolesne, to jednak rozporządzenia nadzwyczajne wypełniły tylko konieczność, narzuconą im przez ogólny upadek gospodarstwa. Rozporządzenia te mają na celu zachować instytucje ubezpieczeniowe w warunkach, umożliwiających im spokojną i zdrową egzystencję". Należy przyznać, że jak dotąd cel ten istotnie został osiągnięty.

Dr. WOJCIECH ADAMCZAK

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SPOSÓB JEJ OCENY NA TLE OBOWIĄZUJĄCYCH USTAW I ORZECZNICTWA

Jednym z podstawowych wymogów otrzymania świadczenia w ubezpieczeniach długoterminowych (wypadkowem i inwalidowem) jest niezdolność do pracy.

Zagadnienie niezdolności do pracy nie zostało dotychczas należycie w polskiej literaturze ubezpieczeniowej omówione, ani też, zarówno czas powstawania inwalidności, jak i jej utrata, nie zostały w polskiem orzecznictwie ubezpieczeniowem dostatecznie wyjaśnione, a praktyka przez rozbieżność jej oceny, lub przez nienależyte stosowanie wiedzy lekarskiej do oceny niezdolności do pracy w sprawach ubezpieczeń społecznych, powoduje, że bądź ubezpieczony, bądź instytucja ubezpieczeniowa ponosi dotkliwą szkodę.

Mając na uwadze doniosłe znaczenie oceny niezdolności do pracy, postanowiłem poświęcić jej kilka uwag, opierając się na orzecznictwie byłych państw zaborczych, a w szczególności Państwowego Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy, zawartem w „Wiadomościach Urzędowych (Amtliche Nachrichten"), bądź też na judykaturze Najwyższego Trybunału Administracyjnego b. Austrji oraz na dotychczasowej mej praktyce, korzystając nadto z cennych wskazówek Dr. Edmunda Boczkowskiego, naczelnego lekarza Z. U. P. U. w Poznaniu.

Pragnąc rozwinąć omawiany przedmiot z punktu widzenia prawnego, przedewszystkiem zwracam uwagę na rodzaje niezdolności do pracy, ich charakterystyczne cechy, a następnie zamierzam omówić spo-

sób oceny niezdolności w postępowaniu niespornem i wyciągnąć wnioski, jakie mi się nasunęły na podstawie dotychczasowej praktyki sądownictwa ubezpieczeniowego.

Niezdolność do pracy może być bezwzględna, lub względna. Ten podział niezdolności jest zasadniczy, a cecha trwałości lub przejściowości jest cechą wtórną, wspólną tak dla bezwzględnej, jak i dla względnej niezdolności.

O niezdolności bezwzględnej możemy mówić wówczas, kiedy mamy do czynienia z organizmem chorym, ale chorym w ten sposób, że ubezpieczony nie może podjąć żadnej pracy, bądź fizycznej, bądź umysłowej.

Choroba ze stanowiska prawnego, jest to taki stan osoby, wywołany naruszeniem zdrowia, w którym osoba ta potrzebuje pomocy lekarskiej, przyczem do okresu choroby włączyć należy stadjum rekonwalescencji, w czasie którego chory nie uzyskał jeszcze tyle zdrowia, by pracę mógł wykonywać i zarobić na utrzymanie. Choroba jest to więc taki stan, który sam bezpośrednio narusza lub uchyla zdolność ubezpieczonego do pracy, a do usunięcia tego stanu chorobowego organizmu zachodzi *potrzeba opieki lekarskiej i zastosowania odpowiednich środków leczniczych,* a stan ten został uznany przez lekarza, za wymagający zabiegu lekarskiego.

Prawo nie zajmuje się objawami choroby jako takiej, gdyż ocena tych objawów należy do lekarza, ale mówi o chorobie wówczas dopiero, gdy zajdzie potrzeba pomocy lekarskiej, ten okres w chorobie jest punktem wyjścia dla oceny stanu zdrowia ze względu prawnego.

Przyczyną tego anormalnego stanu organizmu osoby ubezpieczonej, w którym zachodzi potrzeba wezwania lekarza i stosowania środków leczniczych, może być przyczyną leżącą bądźto w obarczonem dziedzicznie organizmie człowieka, lub przyczyną, która wskutek działania zewnętrznego wywołuje stan chorobowy, t. j. zakażenie organizmu, albo też, przyczyną, która leży po za organizmem człowieka, lecz da się ująć, jako zdarzenie nagłe, wywołujące stan anormalny, okaleczenie względnie inne uszkodzenia organizmu, tak zewnętrzne jak i wewnętrzne.

Do tych ostatnich zdarzeń w ubezpieczeniu zaliczyć należy wypadki przy pracy. Różnica między chorobą a wypadkiem jest ta, że wypadek zdarza się nagle, dotyka w przeważnej mierze tylko część organizmu, powoduje lokalne, częściowe zaburzenia w organizmie ubezpieczonego, najczęściej w pewnym tylko kierunku, tak, że ubezpieczony nie może wykonywać swej dotychczasowej pracy. Choroba w ścisłem znaczeniu opanowuje przeważnie cały organizm i czyni człowieka na czas jej trwania niezdolnym do pracy.

Potrzeba korzystania z opieki lekarskiej, względnie szpitalnej, przy zastosowaniu w leczeniu środków leczniczych, ewentualnie zabiegów operacyjnych, jest związana z tym stanem chorobowym, w którym, zarówno sam chory, jak i osoby postronne mogą rozpoznać ten nieprawidłowy stan organizmu i ocenić go na podstawie własnego spostrzeżenia. Stan ten już można udowodnić i to udowodnić przez orzeczenie lekarskie, a niekiedy też przez osoby postronne. O ile przy zdarzeniach zewnętrznych możemy określić za pomocą informacji świadków rok, miesiąc, dzień, godzinę tego zdarzenia, a więc w ten sposób i początek choroby z tem zdarzeniem związanej, o tyle przy chorobach innych, nie możemy określić daty kalendarzowej początku powstania tej choroby. Możemy natomiast mówić, i to tylko z pewnem prawdopodobieństwem, o pewnych okresach tej choroby, a za jej początek w rozumieniu ustaw ubezpieczeniowych uważać należy moment, w którym powstał taki stan anormalny organizmu, takie naruszenie stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, w którem pomoc lekarska była konieczną i usprawiedliwioną, czyli początek choroby w rozumieniu ustaw ubezpieczeniowych nie zbiega się z faktycznym początkiem choroby — a także i koniec choroby, w rozumieniu ustaw ubezpieczeniowych, za który uważa się chwilę usunięcia objawów chorobowych, nie jest identyczny z ukończeniem się choroby. Po usunięciu zespołu objawów chorobowych, rozpoczyna się bowiem następny okres rekonwalescencji, w którym chory nie odzyskał jeszcze tyle zdrowia, by mógł rozpocząć wykonywanie swej pracy i zarobić na utrzymanie. Okres tej rekonwalescencji nie da się również określić co do długości trwania, może on również być powikłany, albowiem w okresie rekonwalescencji tylko stopniowo dochodzi ubezpieczony do chwili, kiedy będzie mógł, na podstawie orzeczenia lekarskiego, podjąć pracę zarobkową, albo też odwrotnie *da się stwierdzić* przez lekarza, że pozostanie inwalidą.

Z chwilą *nadejścia* tego stanu zdrowia, z którego da się przez lekarza wywnioskować, że ubezpieczony już więcej nie będzie mógł pracować w dotychczasowym rozmiarze, kończy się okres choroby, a z nim i okres niezdolności do pracy bezwzględnej — a rozpoczyna się okres następny, t. j. okres niezdolności względnej, czyli — inwalidztwa.

Czasu, w którym ubezpieczony występuje z okresu chorobowego niezdolności bezwzględnej, a wstępuje do okresu niezdolności względnej, t. j. pełnego lub częściowego inwalidztwa, ani poszczególne ustawy, ani też wiedza lekarza w wielu wypadkach dokładnie nie zdoła ustalić, jako ścisłego *terminu,* albowiem przez ścisły termin rozumieć należy jednostkę czasu, w której jakieś widoczne zdarzenie powstało. Z tego powodu różne ustawodawstwa ubezpieczeniowe rozmaicie ten termin starają się określić, jedne z nich stoją na stanowisku, że terminem tym będzie okres ukończenia korzystania ze świadczeń z kasy chorych, inne natomiast przyjmują dzień, w którym wniosek o rentę wpłynął do instytucji ubezpieczeniowej.

O ile pierwsze zdanie jest słuszne i stoi na tem stanowisku, że inwalidztwo jest to dalszy ciąg choroby — to słusznie, że uważając chorobę za początek inwalidztwa, stwierdza, iż po upływie pewnego określonego czasu choroby dalszy jej ciąg uważać należy za inwalidztwo chorobowe, którego ciężar obciąża instytucję ubezpieczenia długoterminowego. Jednak ten punkt widzenia możliwy jest tylko tam, gdzie okres oczekiwania w ubezpieczeniu inwalidowem jest naogół krótki i o ile pomiędzy różnemi rodzajami ubezpieczenia, t. j. ubezpieczeniem chorobowem a inwalidzkiem istnieje łączność, a istnieje tylko rozdział finansowy ryzyka; natomiast jest on nie do pomyślenia w tych ustawodawstwach, gdzie lecznictwo inwalidowe nie jest rozwinięte, albo pojęte w sposób nie odpowiadający duchowi ustawy, gdzie brak ciągłości ubezpiecze-

nia, ale ma miejsce ubezpieczenie poszczególnych ryzyk, tak pod względem przedmiotowem jak i finansowem.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ustawodawstwo polskie, a w szczególności rozporządzenie Prezydenta Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, to wprawdzie przepis artykułu 25 tego rozporządzenia dawałby pewne podstawy do domniemania takiego ujęcia sprawy, albowiem postanawia, że do pomocy leczniczej ma prawo ubezpieczony, który po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w kasie ubezpieczeń społecznych jest nadal chory, a to niezależnie od prawa do renty inwalidzkiej lub starczej, jednak z uwagi na długi okres wyczekiwania w praktyce przepis ten może się odnosić tylko do tych, którzy ukończyli okres wyczekiwania i mieliby prawo do renty, o ileby byli inwalidami, a nadto o ile wyczerpali okres zasiłkowy z Kasy chorych, a więc bezpośrednio byli ubezpieczeni. Dawna ustawa z r. 1911 w ustępie II § 25 stanowiła „Rentę inwalidzką otrzymuje także ten ubezpieczony, który nie jest trwale niezdolny do pracy, ale w czasie 26 tygodni był bez przerwy niezdolny do pracy, na czas trwania tej niezdolności".

Różnica między ustawodawstwem polskiem a dawnem niemieckiem polega na tem, że niemieckie ustawodawstwo wymaga do otrzymania renty inwalidzkiej niezdolności stałej a nie przejściowej.

Ubezpieczony, który wstąpił w okres chorobowości względnej czyli inwalidztwa — może być niezdolny do każdej pracy, albo tylko do pewnego rodzaju pracy; kto jest niezdolny do każdej pracy ten jest inwalidą pracy *w znaczeniu ogólnem*, lecz niektóre ustawodawstwa ubezpieczeniowe przeprowadzają pewne rozgraniczenie, biorąc pod uwagę tylko niezdolność zawodową — *czyli niezdolność do wykonywania pracy zawodowej.*

Ustawy, obowiązujące na terenie Rzeczypospolitej, rozróżniają inwalidztwo bezwzględne i określają je: „za inwalidę uważać należy tego, kto nie jest w możności przez swoją pracę, która odpowiada jego siłom i zdolnościom, przy uwzględnieniu jego wykształcenia i dotychczasowego zawodu zarobić ⅓ tego, co osoba zdrowa o podobnem wykształceniu w tej samej okolicy" (§ 1255. ord. ub.).

Definicję inwalidztwa względnego czyli zawodowego daje nam ustęp II art. 22 rozporządzenia Prezydenta Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Ustęp ten opiewa „Za niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności cielesnych lub umysłowych względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych obniżyła się poniżej 50% zdolności osób zdrowych fizycznie i umysłowo, o podobnem uzdolnieniu zawodowem".

Tak inwalidztwo bezwzględne w rozumieniu § 1255 ord. ub., jakoteż inwalidztwo względne czyli zawodowe w rozumieniu rozp. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych może być stałe lub przejściowe. Ustawy powyższe nie dają nam określenia, co rozumieć należy przez inwalidztwo przejściowe, a co przez inwalidztwo stałe, jest to więc sprawa otwarta, pozostawiona ocenie organów sądowniczych. Należy przyjąć, że przez inwalidztwo stałe rozumie się taki stan zdrowia ubezpieczonego, który leczeniem usunięty być nie może, a więc, jeżeli według rzeczowo uzasadnionego przewidywania usunięcie niezdolności nie jest przewidywane wogóle, albo w czasie przewidzianym. Usunięcie niezdolności nie może być jednak wykluczone. W przeciwieństwie do powyższego, stan ułomności fizycznej lub psychicznej ubezpieczonego, który prawdopodobnie może być w przyszłości usunięty, uważać należy za inwalidztwo przejściowe.

Podnoszę też sprawę zabiegów operacyjnych, albowiem judykatura dotychczasowa stoi na stanowisku, że ubezpieczony, celem usunięcia pewnego stanu chorobowego, jako przyczyny inwalidztwa, nie może być zmuszony poddać się zabiegom operacyjnym „nadzwyczajnym", gdyż zabieg operacyjny może mieć wynik niepewny; natomiast, jeżeli u ubezpieczonego przez zastosowanie środka protezowego (pasa rupturowego lub innego aparatu ortopedycznego) może być podniesiona zdolność do pracy, to ubezpieczony musi się zgodzić na jego zastosowanie bez względu na to, czy dostawcą tego środka będzie on sam, czy instytucja ubezpieczeniowa. Podobnie ma się sprawa i z leczeniem klimatycznem.

Ale nie tylko choroba ostra, wywołująca taki stan zdrowia ubezpieczonego, że ten, celem usunięcia jej zasięga porady i pomocy lekarskiej, może być przyczyną inwalidztwa, gdyż zdarza się często, że ubezpieczony staje się inwalidą, w rozumieniu obowiązujących ustaw, a przyczyną tego stanu może być choroba chroniczna. Przez chorobę chroniczną orzecznictwo rozumie taki stan zdrowia, w którym, po okresach względnego zdrowia, kiedy ubezpieczony nie potrzebował pomocy lekarskiej oraz środków leczniczych i był zdolny do pracy, następują okresy pogorszenia, w których stan zdrowia ubezpieczonego wymaga opieki lekarskiej; wówczas mamy do czynienia z chorobą, która przechodzi w rozmaite okresy, stopniowo polepsza się i okresowo pogarsza się, a w końcu doprowadza ubezpieczonego do inwalidztwa przejściowego lub stałego.

Początkowo stany chorobowe nie powodują częstokroć widocznych zmian stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, lecz przez dalszy ich rozwój wywołują niezdolność do pracy, jak np. kiła, gruźlica, nowotwory dobrotliwe, a nawet złośliwe, wrzody żołądka, cierpienia psychiczne i t. d.

Z powyższego wynika, że ustalenie niezdolności do pracy przez osoby nie obznajmione z wiedzą lekarską nie może być bezwzględnie ustalone, jako fakt, jako zdarzenie, gdyż nawet wiedza lekarska także w wielu wypadkach nie może ściśle ująć terminu powstania choroby, a tembardziej terminu nastania niezdolności do pracy względnej czyli inwalidztwa. Podkreślam—terminu, t.j. jednostki czasu (dzień, miesiąc), w której zdarzenie powstało, a zgodnie z wymogami ustaw termin ten, tak w postępowaniu niespornem, t. j. przy ustalaniu świadczeń przez instytucję ubezpieczeniową, jak i w postępowaniu spornem, t. j. w sporze pomiędzy instytucją ubezpieczeniową, a ubezpieczonym względnie uprawnionym do świadczeń, ustalony być musi.

Podałem wyżej określenie niezdolności do pracy bezwzględnej oraz określenie niezdolności względnej czyli inwalidztwa, podałem sposób powstania z punktu widzenia prawnego, obecnie będę się starał zebrać wszystkie te momenty, które przy ocenie niezdolności do pracy powinny być wzięte pod uwagę,

oraz sposób postępowania przy ocenie niezdolności względnej. Pominę ocenę niezdolności bezwzględnej, przyjętej w ubezpieczeniu chorobowem, ponieważ tu decyzja należy wyłącznie do lekarza względnie komisji lekarskiej, jakoteż ocenę niezdolności, wywołanej wypadkiem, ponieważ ocena ta jest ujęta w pewien procentowy system; dość wspomnieć o normach, wydanych przez Dr. Jankowskiego, p. t. „Ocena stopnia niezdolności zarobkowej wskutek wypadków, Lwów, 1931".

Tak sama niezdolność do pracy względna czyli inwalidztwo, jak i czas nastania tegoż inwalidztwa podlega ocenie w tym kierunku, czy istnieje inwalidztwo w rozumieniu obowiązujących ustaw oraz kiedy ta niezdolność powstała.

Obowiązujące na obszarze Rzeczypospolitej ustawy o ubezpieczeniu inwalidzkiem, czy to ubezpieczenia robotniczego, czy ubezpieczenia pracowników umysłowych, w swych postanowieniach uważają, że niezdolność do pracy zachodzi wówczas, gdy ubezpieczony swoją pracą, która odpowiada jego siłom i zdolnościom, nie jest w możności zarobić ⅓ tego, co osoba zdrowa o podobnem wykształceniu w tej samej okolicy zarabia; zaś u pracownika umysłowego o niezdolności do wykonywania zawodu mówimy wówczas, jeżeli pracownik wskutek ułomności cielesnych lub umysłowych względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych nie może zarobić 50% tego, co zarabia osoba zdrowa fizycznie lub umysłowo o podobnem uzdolnieniu zawodowem.

Ustawy ubezpieczeniowe wogóle, a ustawy o ubezpieczeniu inwalidzkiem w szczególności nie zawierają żadnych przepisów, jak należy oceniać inwalidztwo w każdym poszczególnym przypadku, natomiast postanawiają, jakie organa są powołane do rozstrzygania o roszczeniach inwalidzkich i do rozstrzygania sporów na tym tle powstałych.

Jak wynika z podanej powyżej definicji, należy przedewszystkiem rozstrzygnąć następujące momenty:

1) czy istnieje niezdolność do pracy w wysokości procentowej, przewidzianej w ustawie, t. j. czy ubezpieczony może, czy nie może zarobić ⅓ lub ½ tego, co osoba zdrowa o podobnem wykształceniu; o ile nie może to,

2) od jakiego czasu, (terminu) należy go uznać, jako niezdolnego.

Moment pierwszy — czy istnieje upadek sił fizycznych lub umysłowych — ocenić może tylko lekarz i to lekarz specjalista, który dysponuje nie tylko wiedzą lekarską, ale i znajomością zasad ubezpieczenia. Znajomość zasad ubezpieczenia jest konieczna, gdyż ona daje gwarancje instytucji ubezpieczeniowej, że przyjmując ocenę lekarską, jako podstawę do swej decyzji, nie poniesie szkody, czyli daje pewność, że ubezpieczony rzeczywiście jest inwalidą. Jednak niestety, dziś zdarza się często, że z powodu trudnych warunków ekonomicznych, z obawy utraty pacjenta, orzeczenia lekarskie pozostawiają dużo do życzenia.

Aby ocena niezdolności była należycie dokonana i miała istotnie zasadnicze znaczenie, powinna być dwustopniowa, t. j. dokonana przez lekarza zaufania i przez lekarza instytucji, jako lekarza naczelnego. Ta dwustopniowość oceny polega na tem, że w pierwszym stopniu lekarz zaufania ocenia niezdolność do pracy na podstawie badania szczegółowego i subjektywnych zeznań ubezpieczonego, w drugim stopniu — ocenia naczelny lekarz na podstawie orzeczenia lekarzy zaufania oraz na podstawie akt, zebranych przez instytucję, — czyli ocenia już całokształt sprawy. Taka ocena powinna być zasadniczo wystarczająca do wydania przez instytucje ubezpieczeń decyzji, czyli orzeczenia, dotyczącego niezdolności do pracy.

Ocena lekarza powinna być wydana ze znajomością wiedzy lekarskiej, ze znajomością techniki ubezpieczeniowej i powinna być *objektywna, swobodna ale nie dowolna.* Swoboda oceny powinna polegać na niekrępowanej niczem możności wypowiedzenia swych spostrzeżeń, opartych na dokładnem zbadaniu ubezpieczonego, popartych uzasadnieniem wiedzy fachowej. Dowolność oceny dopatrywałbym się w niedokładnem badaniu i podporządkowaniu się poleceniom, tak co do kierunku, jak i wyników badań.

Aby ocena lekarska posiadała powyższe cechy, to przedewszystkiem lekarz naczelny musi mieć odpowiednią swobodę działania w zakresie zorganizowania sposobu przeprowadzania badań lekarskich, powinien być materjalnie niezawisły od grona osób, podległego jego zakresowi działania, co za sobą pociąga konieczność odpowiedniego uposażenia ze strony instytucji ubezpieczeniowej, a przedewszystkiem powinien mieć swobodny niczem nie krępowany wybór lekarzy zaufania, albowiem za wybór lekarzy zaufania ponosi odpowiedzialność lekarz instytucji, tak moralną, jak i fachową. Wybór lekarza zaufania powinien być dokonany według pewnego planu i specjalności, w zasadzie winien być terytorjalny jednak tak, aby, o ile możności, wszystkie specjalności mogły być uwzględnione. Lekarze zaufania nie powinni być krępowani żadnemi instrukcjami, o ile chodzi o ocenę subjektywną i objektywną stanu zdrowia badanego. Musi być nadto lekarz naczelny niezawisły służbowo w zakresie oceny niezdolności, zaś lekarzom zaufania mogą być udzielone jedynie wskazówki przez lekarza instytucji, jak oceniać należy niezdolność do pracy — ale tylko w ogólnym zarysie — w sprawie szczególnej lekarz naczelny nie może wydawać lekarzom zaufania poleceń. Niezawisłość ta winna także znaleźć wyraz w tem, że instytucja ubezpieczeń nie może mu wydawać żadnych poleceń w kierunku oceny stanu zdrowia badanych osób — co niejednokrotnie może mieć miejsce i to nietylko ze strony kierowników instytucji, ale i ze strony poszczególnych kierowników działów bądź też nawet poszczególnych referentów w wypadkach służbowego uzależnienia naczelnego lekarza od władz decydujących instytucji.

Lekarz orzekając o niezdolności czyli inwalidztwie musi na podstawie subjektywnego zeznania ubezpieczonego i objektywnych spostrzeżeń ocenić:

1) wysokość procentową niezdolności;
2) początek powstania tej niezdolności.

Już wyżej nadmieniłem, że początek, tak choroby, jak i inwalidztwa w wielu wypadkach z punktu widzenia wiedzy lekarskiej nie da się ustalić *jako termin,* natomiast wiedza lekarska może określić *czasokres* powstania inwalidztwa, biorąc pod uwagę teoretyczne i faktyczne objawy choroby i jej rozwój na podstawie przebiegu choroby i jej istoty. Czasokres powstania inwalidztwa nie jest identyczny z termi-

nem, albowiem czasokres trwa czas dłuższy, i da się określić bądź maksymalnie bądź minimalnie.

Jeżeli zwrócimy uwagę na obowiązujące w tym kierunku przepisy prawne, to zjawiskiem, mającem skutki prawne (dzień nastania niezdolności), w myśl art. 48 rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jest zgłoszenie roszczenia, albo dzień nastania niezdolności, ustalony przez wiedzę lekarską, gdyż artykuł ten stanowi „Za dzień nastania niezdolności do wykonywania zawodu uważa się *dzień zgłoszenia roszczenia o rentę inwalidzką, o ile w postępowaniu dla stwierdzenia niezdolności nie ustalono innego dnia, jako dnia jej powstania*" — zaś § 1256 ord. ub. stanowi „Renta inwalidzka rozpoczyna się, nie naruszając przepisów § 1253 i ustępu III § 1255 z dniem, w którym nastąpiła inwalidność. Za dzień ten uważa się, *jeżeli początek inwalidności nie da się ustalić*, dzień, w którym wniosek o rentę został wniesiony do Urzędu Ubezpieczeń".

Powyżej przytoczone pozytywne przepisy prawne na pozór zdają się być różne, jednak myśl ich przewodnia jest jednakowa. Nie dzień zgłoszenia wniosku o rentę jest bezwzględnym terminem nastania *niezdolności*, ale dzień, w którym nastała inwalidność przez lekarzy ustalona, a dopiero wówczas, jeżeli dzień nastania *inwalidności nie da sie ustalić* przez lekarzy ubezpieczeniowych, przyjąć należy jako termin posiłkowy, dzień *zgłoszenia roszczenia o rente*. Z powyższych przepisów wynika, że przedewszystkiem należy dążyć do ustalenia terminu *powstania* inwalidności, oznaczając go przez dzień, miesiąc, rok, a jeżeli to niemożliwe, należy ustalić czasokres, a nie bezkrytycznie i zasadniczo przyjmować dzień zgłoszenia wniosku. Niektórzy komentatorowie art. 48 kładą nacisk na dzień zgłoszenia roszczenia o rentę, przez co niejednokrotnie pozbawiają pracownika świadczeń — stosując art. 8 powyżej wymienionego dekretu. Zdarzają się bowiem wypadki, że ubezpieczony np. dnia 1 lutego zgłasza roszczenie o rentę inwalidzką — tymczasem lekarz orzeka, że ubezpieczony już od 2 lat jest niezdolny do wykonywania zawodu, wówczas, ponieważ przerwa w ubezpieczeniu wynosi więcej jak 18 miesięcy, uważa się, że prawa wygasły, ponieważ zostały zgłoszone po maksymalnej ustawowo dopuszczalnej przerwie. Takie stanowisko nie jest pod względem społeczno-rzeczowym i prawnym uzasadnione, jeżeli nie znajduje należytego uzasadnienia fachowego.

Przepisy powyższe powinien brać pod uwagę, tak lekarz oceniający, jakoteż i instytucja ubezpieczeń. O ile lekarz nie może ustalić terminu, winien ustalić czasokres przybliżony, biorąc pod uwagę inne okoliczności jakie się ubezpieczonemu w przededniu inwalidztwa wydarzyły — np. atak choroby, zwolnienie z pracy i t. p.

Wysunąłem na pierwsze miejsce kwestję początku niezdolności, albowiem uważam ją nie tylko za ważną przy przyznaniu świadczeń, ale też i dla obowiązku ubezpieczenia.

Orzeczenie lekarskie powinno zawierać przedewszystkiem dostateczny obraz stanu zdrowia ubezpieczonego, powinno ono zawierać nietylko wyliczenie dolegliwości, ale również stan zdrowia wszystkich organów badanego — oparty na rzeczywistem badaniu. Na tym obrazie stanu zdrowia lekarz badający winien ocenić procentową niezdolność do pracy. Przy ocenie procentowej niezdolności powinno się uwzględnić przedewszystkiem zawód badanego i porównać zarobek badanego z zarobkiem ubezpieczonych tego samego zawodu. Przy uwzględnieniu dawnych ułomności winno być wzięte pod uwagę nawyknienie a nadto zwinność i chęć do pracy, a szczególną uwagę winien lekarz zwrócić we wszystkich wypadkach na psychozę rentową. Wszystkie spostrzeżenia, oparte na badaniu, winny być poparte uzasadnieniem. Mając dokonaną ocenę niezdolności do pracy (inwalidztwa), instytucja ubezpieczeń przystępuje do zasadniczego rozstrzygnięcia, czy świadczenie należy przyznać. O przyznaniu świadczenia decyduje w pierwszym rzędzie instytucja ubezpieczeniowa, albowiem oprócz niezdolności do pracy musi ona ustalić przebieg ubezpieczenia i wysokość świadczenia.

Ustalenie inwalidności na podstawie rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, obecnie obowiązującego, należało do Komisji Rentowej a w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 30 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, należy w zasadzie do dyrektora, w granicach instrukcji, zatwierdzonych przez Ministra Opieki Społecznej. O ile więc uprzednio decydował organ kolegjalny, złożony z urzędników wykwalifikowanych, oraz z pracodawców i ubezpieczonych, o tyle obecnie po rozporządzeniu Prezydenta o organizacji decydowałby dyrektor. Tego rodzaju ujęcie sprawy jest wysoce niekorzystne dla ubezpieczonych, albowiem przy ocenie pierwotnej, zatrzymuje się w zasadzie czynnik obywatelski — przerzuca się jednak decyzję na organ wykonawczy, pozostawiając organom kolegjalnym tylko teoretyczne prawo kontroli.

Czy w jednym, czy drugim wypadku decydowanie o należności świadczeń dla pracownika umysłowego, opartych na niezdolności do wykonywania zawodu a więc inwalidności względnej lub bezwzględnej, ma rozstrzygać właściwy organ kolegjalny. Organ ten rozstrzygać ma o niezdolności do wykonywania zawodu, jakoteż o spełnieniu innych warunków, od których zależne jest świadczenie, a więc przebycie okresu wyczekiwania i t. p. O ile inne okoliczności, mające zasadnicze znaczenie dla przyznania czy odmowy świadczeń, dadzą się ustalić ściśle, terminowo, na podstawie dobrze skompletowanych akt ubezpieczeniowych, o tyle ustalenie początku i procentu niezdolności do pracy, a w szczególności — do wykonywania zawodu stwarza i stwarzać będzie trudności tak długo, dopóki i instytucje ubezpieczeń i lekarze zaufania, jakoteż organa decydujące nie wytworzą w tym kierunku jednolitych zasad, jednolitych norm. Sposób określenia oceny niezdolności do pracy, a do pracy zawodowej w szczególności, nie jest określony żadnemi normami, jak wyżej zaznaczyłem i nie może być określony, gdyż nie można stworzyć tego rodzaju norm, któreby były wspólne dla każdego indywidualnego wypadku, dlatego ocena niezdolności pozostawiona być musi przy rozstrzyganiu sporów między ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeń ocenie swobodnej organu orzekającego (sądownictwa specjalnego).

Nasuwa się tu pytanie, jakie znaczenie ma mieć orzeczenie lekarskie — przy decyzji instytucji ubez-

pieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczeń. Sprawa ta nie znajduje rozstrzygnięcia w orzecznictwie, gdyż orzecznictwo państw zaborczych w danym wypadku nie może mieć zastosowania, albowiem orzekanie o przyznaniu świadczeń, w szczególności świadczeń dla pracowników umysłowych, należało w b. zab. pruskim do *Komisji rentowej*, której ustawa nadała charakter władzy publicznej (öffentliche Behörde), podczas, gdy organ obecnie decydujący władzą nie jest, zaś w b. Austrji rozstrzygała o roszczeniach Komisja, wybrana przez Zarząd instytucji. Biorąc pod uwagę, że niezdolność do pracy powstaje z powodu choroby, względnie jest jej skutkiem, której to związek i skutki ocenić może tylko lekarz, przyjąłbym za zasadę, że orzeczenie lekarskie powinno być dla czynnika, decydującego w postępowaniu pierwotnem, decydujące, gdyż pozostawienie oceny osobom, nie mającym nic wspólnego z wiedzą lekarską, musiałoby doprowadzić do konsekwencji, że wogóle badanie lekarskie jest niepotrzebne, czyli musiałoby to doprowadzić do oceny dowolnej i swawolnej.

Organ wydający decyzję względnie orzeczenie, w którem odstępuje od orzeczenia lekarskiego, powinien swe odstąpienie uzasadnić dowodami, wynikającemi z całokształtu sprawy.

Ustalenie organu orzekającego instytucji ubezpieczeń o roszczeniach ubezpieczonego, jest tylko stwierdzeniem, czy i o ile mu się świadczenia należą, a stwierdzenie to stanowi podstawę prawną wówczas, gdy ubezpieczony w czasie właściwym nie skorzysta ze środka prawnego, w razie przeciwnym, — wówczas, jeżeli wyrok organów sądowych stanie się prawomocnym. Ustalenie więc wysokości świadczenia lub jego odmowa przez instytucję ubezpieczeń ma charakter warunkowego aktu, mającego spowodować orzeczenie, wyrok, powołanych ku temu władz państwowych. Zaskarżenie ustalenia może nastąpić wówczas, jeżeli ubezpieczony czuje się pokrzywdzony, bądźto z powodu wadliwego zastosowania przepisów prawnych, bądźto mylnego ustalenia stanu faktycznego, a więc przedmiotem skargi może być, tak ocena niezdolności do pracy, t. j. początek i procentowa stopa inwalidztwa, jak też i inne okoliczności, które na podstawie dobrze skompletowanych akt, lub też za pomocą środków dowodowych mogą być ustalone.

Sposób i ocenę dowodów przeprowadza powołana instytucja państwowa w myśl zasad postępowania cywilnego. Ponieważ dowodem inwalidztwa jest orzeczenie lekarskie, które przy ustaleniu przez instytucje ubezpieczeń winno być bezwzględnie obowiązujące, przeto orzeczenie lekarskie w toku postępowania spornego pomiędzy instytucją ubezpieczeniową a ubezpieczonym musi być rozważone tak, jak każdy dowód sądowy. Świadectwo lekarskie jest bowiem dokumentem prywatnym, stanowi ono dowód tego, że zawarte oświadczenie pochodzi od osoby, która je wydała. Słusznie więc judykatura stoi na stanowisku, że rozpatrzeniu w sporze podlega całokształt sprawy nie wyłączając orzeczeń lekarskich, będących podstawą przyznania świadczeń. Sposób przeprowadzenia oceny w postępowaniu spornem pominę, gdyż to wyszłoby poza granice zakreślonego tematu.

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY. USTAWA Z DNIA 19 MAJA 1920 R. (DZ. U. R. P. Nr. 44, POZ. 272).

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 23 marca 1932 r. Nr. I. C. 1891/31.

Odpowiedzialność za nienależyte wypełnienie przez lekarza szpitalnego jego obowiązków i wynikła stąd dla pacjenta szkoda, może ciążyć tylko na zwierzchności danego szpitala, ale nie na Kasie Chorych, która skierowała pacjenta do szpitala, spełniając swój obowiązek względem ubezpieczonego.

Sąd Najwyższy na posiedzeniu 23 marca 1932 r. w sprawie Józefa B., jako opiekuna nieletniego Jerzego B., przeciwko Magistratowi m. Warszawy o odszkodowanie za utratę zdolności do pracy, rozpoznawał skargę kasacyjną Józefa B. na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13—15 maja 1931 roku.

Józef B. ubezpieczony w Kasie Chorych m. st. Warszawy, którego nieletni syn, Jerzy, wskutek upadku z roweru uległ zwichnięciu rzepek na obu kolanach i został przez Zarząd Kasy Chorych umieszczony w szpitalu komunalnym warszawskim, zwanym „Szpitalem Starozakonnych na Czystem", wystąpił przed Sąd Okręgowy w Warszawie przeciwko Magistratowi m. st. Warszawy z żądaniem zasądzenia mu jako ojcu i głównemu opiekunowi nieletniego syna, na zasadzie art. 1384 K. C., sumy 23.860 zł. odszkodowania z tytułu, iż wskutek wadliwych zabiegów chirurgicznych, dokonanych przez ordynatora szpitala, syn jego musiał ulec amputacji nogi powyżej kolana. Magistrat zgłosił ekscepcję z art. 571 p. 3 U. P. C. z zasady, iż poszkodowany został skierowany do szpitala przez Zarząd Kasy Chorych, oraz wniósł podanie o przypozwanie w charakterze osoby 3-ej ordynatora, d-ra. A. W., który leczył chorego, dla ewentualnego zabezpieczenia sobie regresu. Sąd Okręgowy dwiema odrębnemi decyzjami z dn. 8—9 marca 1929 r., ekscepcję Magistratu oddalił, a przypozwanie d-ra A. W. w charakterze osoby 3-ej, nakazał, następnie zaś wyrokiem z dn. 31 października 1930 r. — 3 listopada powództwo Józefa B. oddalił z założenia, iż Magistrat nie jest odpowiedzialny za czyny lekarzy należycie wykwalifikowanych przy leczeniu chorych w szpitalach miejskich, „gdyż pracodawca odpowiedzialny jest za szkody, przez czyny jego pracowników wyrządzone, tylko wtedy, o ile pracodawca winien był lub miał prawo wydawać wskazówki i instrukcje co do sposobu wykonania danej czynności".

Sąd Apelacyjny w Warszawie, do którego odwołał się powód, zarzucając Sądowi Okręgowemu błęd-

ną wykładnię art. 1384 K. C. i niesłuszne zwolnienie Magistratu, pod którego zarządem znajduje się szpital, od odpowiedzialności za szkody, wyrządzone pacjentowi przez personel szpitalny, wyrokiem z dn. 13—15 maja 1931 r. skargę apelacyjną powoda oddalił, nie rozważając jego zarzutów i wywodów, lecz wyłącznie z założenia, iż w przypadku pozwany Magistrat nie może być uznany za osobę, która dała zlecenie dokonania zabiegu chirurgicznego, jaki miał się okazać szkodliwym, gdyż „powód zwrócił się o pomoc lekarską dla swego syna nie do szpitala starozakonnych, lecz do Kasy Chorych m. st. Warszawy, która skierowała syna powoda do pomienionego szpitala, spełniając w ten sposób ciążący na niej obowiązek leczenia ubezpieczonego w niej powoda, jakoteż jego syna, a przeto, gdy syn powoda skorzystał z pomocy lekarskiej w szpitalu starozakonnych z tytułu świadczeń, do jakich miał prawo jego ojciec, jako ubezpieczony w Kasie Chorych, odpowiedzialność Magistratu za skutki niewłaściwie dokonanego zabiegu i zrządzoną tym zabiegiem szkodę, nie może — zdaniem Sądu Apelacyjnego — mieć miejsca".

W skardze kasacyjnej od powyższego wyroku powód, zaznaczając, iż Sąd Apelacyjny nie podzielił motywów Sądu Okręgowego, zaskarżonych przez niego w apelacji, gdyż wcale ich nie rozważył, lecz oddalił jego powództwo wyłącznie z przesłanki, że w przypadku z art. 1384 K. C. mogłaby być odpowiedzialna tylko Kasa Chorych, zarzuca zaskarżonemu wyrokowi obrazę art. 711 U. P. C. w związku z art. 1384 K. C. i art. 43 ustawy o obowiazkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Nr. 44—20 r. poz. 272) z powodu błędnego wniosku, że skierowanie do szpitala miejskiego chorego, ubezpieczonego w Kasie Chorych przez tę Kasę zwalnia Magistrat od odpowiedzialności za szkody, wyrządzone takim chorym przez personel szpitalny, oraz z powodu, iż Sąd Apelacyjny, rozstrzygając w przeciwnym sensie ekscepcję Magistratu z art. 571 p. 3 U. P. C., odrzuconą przez Sąd Okręgowy, właściwie uchylił decyzję tego Sądu z dn. 8 — 9 marca 1929 r., przez Magistrat nie zaskarżoną.

Po wysłuchaniu sprawozdania sędziego-referenta, głosu pełnomocnika skarżącego, głosu pełnomocnika przypozwanego w charakterze osoby trzeciej, dr. A. W. żądającego oddalenia skargi, oraz wniosków Prokuratora,

z w a ż y w s z y :

1) że drugi zarzut skargi kasacyjnej jest bezpodstawny, albowiem według przepisów art. 586 i 587 U. P. C. Magistratowi nie służyło prawo zaskarżenia decyzji, oddalającej jego ekscepcję z art. 571 p. 3 U. P. C., oddzielnie od apelacji co do istoty sprawy, po zapadnięciu zaś pomyślnego wyroku merytorycznego Sądu Okręgowego, Magistrat nie miał ani prawa, ani interesu do zaskarżania owej decyzji, — pozatem decyzje incydentalne nie krępują w zasadzie sądów przy wydawaniu wyroków co do istoty sprawy;

2) że natomiast słuszny jest pierwszy zarzut skargi kasacyjnej obrazy art. 711 U. P. C. w związku z art.1384 i art. 43 ustawy o obow. ubezp. na wypadek choroby z 1920 r. (Dz. U. Nr. 44, poz. 272); Sąd Apelacyjny, zgodnie z okolicznościami sprawy, ustalił, iż podstawą niniejszego powództwa jest zobowiązanie, którego źródłem był czyn (jakby — występek) ordynatora szpitala miejskiego, który miał wyrządzić szkodę pacjentowi tegoż szpitala, to znaczy ewentualna wina funkcjonarjusza szpitala miejskiego, a nie fakt, iż Zarząd Kasy Chorych umieścił swego ubezpieczonego w tym właśnie, a nie w innym szpitalu; z okoliczności, że według art. 43 p. III ustawy 1920 r. Zarządy Kas Chorych mają prawo skierowywać w razie potrzeby swych ubezpieczonych do szpitali publicznych, państwowych lub komunalnych, a szpitale te obowiązane są tych chorych przyjmować za opłatą o połowę niższą od normalnej, nie wynika bynajmniej, aby instytucja Kas Chorych zyskiwała przez to i mogła wykonywać jakąś władzę w tych szpitalach i wywierać jakiś wpływ na wybór i kwalifikowanie personelu lekarskiego, sposób leczenia i t. p. nawet w stosunku do chorych, korzystających ze szpitali publicznych w charakterze ubezpieczonych w Kasie Chorych, bo rzeczona ustawa z 1920 r. nie nadaje pod tym względem żadnych uprawnień Kasom Chorych nad szpitalami do nich nienależącemi; jeżeli zatem w przypadku może być mowa o odpowiedzialności naczelnej zwierzchności szpitalnej za nienależyte wykonanie swych obowiązków przez lekarza szpitalnego i wynikłą stąd dla pacjenta szkodę, t. j. za winę funkcjonarjusza szpitalnego, a tej kwestji Sąd Apelacyjny w zaskarżonym wyroku zgoła nie rozważał, pomimo, iż była rozstrzygnięta wyrokiem I instancji i postanowiona przez skarżącego w skardze apelacyjnej,—to w każdym razie wniosek Sądu Apelacyjnego, z którego wypływa, iż taka ewentualna odpowiedzialność z art. 1384 K. C. mogłaby wyłącznie obciążyć Kasę Chorych, jako instytucję, która skierowała pacjenta do szpitala miejskiego, spełniając swój obowiązek względem ubezpieczonego, a nie właściwą zwierzchność danego szpitala,—nie jest zgodny z osnową powództwa i okolicznościami sprawy, a nie znajduje oparcia w ustawie o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1920 r., wobec czego uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie odpowiada wymaganiom art. 711 U. P. C.;

z tych zasad Sąd Najwyższy zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z powodu obrazy art. 711 U. P. C. uchyla i sprawę temuż Sądowi do ponownego rozpoznania w innym składzie Sędziów przekazuje".

W Nr. 7 Przeglądu z r. 1932 zostało umieszczone orzeczenie Sądu Najwyższego Nr. I. C. 821/31 z dnia 20 sierpnia 1931 (przy przeskładywaniu wiersza w nagłówku orzeczenia zecer opuścił rok „1931", czego w rewizji nie zauważono, a co nin. prostujemy), które dotyczyło roszczenia jednej z ubezpieczonych w Kasie Chorych w Wilnie do wymienionej Kasy o odszkodowanie za uszkodzenie oka, spowodowane przez Klinikę Uniwersytecką, dokąd ją Kasa skierowała na leczenie.

Po ogłoszeniu wspomnianego orzeczenia, otrzymaliśmy od p. Mec. W. Tomorowicza niżej podane pismo, w którem p. Mec. Tomorowicz zwraca uwagę, iż podana przy orzeczeniu teza nie jest zgodna z treścią orzeczenia. Pismo p. Mec. Tomorowicza przesłaliśmy p. Radcy T. Lawendlowi, autorowi tezy, z prośbą o wypowiedzenie się. P. Radca T. Lawendel nadesłał nam uzasadnienie swojego stanowiska. Zarówno zarzuty p. Mec. Tomorowicza, jakoteż odpowiedź p. Radcy Lawendla podajemy w ich dosłownem brzmieniu w przekonaniu, iż będą stanowić cenny przyczynek do wyjaśnienia kwestji, czy Kasa Chorych odpowiada za szkody, wyrządzone ubezpieczonemu przez publiczny szpital, dokąd Kasa kieruje swych ubezpieczonych w wykonaniu jej

ustawowych zadań. Zarazem musimy nadmienić, iż wstrzymywaliśmy się z ogłoszeniem orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1932 r., które zdobyliśmy w międzyczasie dla celów publikacji w Przeglądzie (niezależnie od zwrócenia na nie uwagi przez p. Mec. Tomorowicza), pragnąc podać równocześnie zarówno przytoczone orzeczenie, jak głos o poprzedniem orzeczeniu Sądu Najwyższego w podobnej kwestji.

Red.

Pismo p. Mec. W. Tomorowicza.

„W numerze 7 (lipiec) 1932 Przeglądu Ubezp. Społ. wydawanego przez Ogól.-Państw. Zw. Kas Chorych, w dziale Orzecznictwo i opinje prawne na str. 208 zostało wydrukowane orzeczenie Sądu Najwyższego (izby I) w sprawie Bronisławy R. przeciwko Kasie Chorych w Wilnie oraz teza z tego orzeczenia. Teza brzmi: „Kasy Chorych nie są wolne od odpowiedzialności za szkody i straty, jakie z ich winy ponieśli ubezpieczeni, korzystając ze świadczeń kasy. Kasy Chorych ustawowo są powołane do kierowania kuracją ubezpieczonych".

Z zestawienia tezy z wyrokiem należy dojść do przekonania, że teza ma dotyczyć wypadków, gdy ubezpieczony został skierowany przez Kasę do szpitala lub kliniki. Teza powyższa jest błędną i nie wynika wcale z wydrukowanego wyroku. Wyrok ten dotyczył kwestji proceduralnej, a mianowicie sprawy w jakim trybie należało rozpatrzeć zarzut wysunięty przez pozwaną Kasę: w drodze decyzji uwzględniającej ekscepcję, czy też w drodze wyroku, ale Sąd Najwyższy decydując w powyższej kontrowersji nie wypowiedział się wcale w sprawie merytorycznej, dotyczącej odpowiedzialności Kas Chorych. Widać to wyraźnie z ustępu wyroku: „...że ekscepcja z art. 571 p. U.P.C. dopuszczalna jest jedynie wtedy, gdy wadliwość zapozwania wynika z ustawy, o ile jednak odpowiedzialność pozwanego uzależniona jest od ustaleń faktycznych, ekscepcja taka stanowi zwykły zarzut, który może być rozpoznawany nie inaczej, jak w postępowaniu merytorycznem".

Praktyka sądowa uświęciła zasadę (tezę) wręcz przeciwną do tej, która została ujęta w omawianej tezie Przeglądu Ubezp. Społ. Mianowicie kwestją tą zajmował się Sąd Najwyższy (izba I) w dniu 23 marca 1932 r. i wydał wyrok, z którego wynika, iż *odpowiedzialność za należyte wykonywanie swych obowiązków przez lekarza szpitalnego i wynikła stąd dla pacjenta szkoda może ciążyć tylko na zwierzchności danego szpitala, ale nie na Kasie Chorych, która skierowała pacjenta do szpitala, spełniając swój obowiązek względem ubezpieczonego.*

Wyrok powyższy przytaczam poniżej... (wyrok podaliśmy w dosłownem brzmieniu oddzielnie — patrz wyżej — Red.).

Uważam, że należy ogłosić ten wyrok wraz z *podaną przed nim tezą* w Przeglądzie, aby nie wprowadzać Kas w błąd w nader ważnej kwestji odpowiedzialności za los ubezpieczonych w szpitalach publicznych.

Warszawa. (—) Władysław Tomorowicz.

Odpowiedź p. Radcy T. Lawendla.

Zdaniem p. Mec. W. Tomorowicza teza podana przy orzeczeniu Sądu Najw. z dnia 20 sierp. 1931 r. „jest błędna i nie wynika wcale z wydrukowanego wyroku", na dowód czego przytacza autor przesłankę trzecią tego orzeczenia, nie zwróciwszy uwagi na przesłankę drugą i przesłankę czwartą.

Cytujemy je tu dosłownie.

(2) „że wniosek powyższy Sądu nie jest słuszny i pozostaje w sprzeczności z treścią skargi powodowej, gdyż powódka zarzucała Kasie Chorych, że skierowała ją do kliniki uniwersyteckiej i że z winy Kasy wskutek nieudanej operacji, straciła oko; powódka nie potrzebowała nawet zaznaczać, że od Kasy Chorych zależał kierunek jej kuracji, gdyż *Kasy Chorych ustawowo powołane są do udzielenia pomocy lekarskiej ubezpieczonym i kierowania ich kuracją*".

(4) *„że Kasy Chorych zaciągają w stosunku do ubezpieczonych zobowiązania w ramach ustawy, wobec czego nie mogą być wolne od odpowiedzialności za szkody i straty, jakie z ich winy ponieśli ubezpieczeni, korzystając ze świadczeń Kasy".*

Już z powyższych wyjątków orzeczenia nie trudno jest osądzić o ile powyższy zarzut jest słuszny.

Jednakże nie wyczerpaliśmy całkowicie kwestji, na którą łaskawie zwrócił uwagę p. Mecenas Tomorowicz, gdybyśmy, skądinąd ciekawego, orzeczenia Sądu Najwyższego nie omówili szerzej.

Słusznie zwraca uwagę p. Mec. Tomorowicz, iż naczelna teza wyroku dotyczy kwestji proceduralnej, t. j. tej kwestji, którąśmy (w tezach, nie w treści wyroku) świadomie pominęli w piśmie, które o tyle zajmuje się zagadnieniami prawnemi, o ile one bezpośrednio dotyczą ubezpieczeń.

Ta jednak proceduralna kwestja bezpośrednio ubezpieczeń nie dotyczy. Mimo to jednak na tem miejscu ją omówimy, a to gwoli uzasadnienia słuszności tez, któreśmy na czoło świadomie wysunęli.

Powódka wystąpiła do Sądu Okręgowego o odszkodowanie za częściową utratę wzroku, wskutek złego leczenia w klinice uniwersyteckiej, dokąd skierowała ją Kasa Chorych.

Pozwana Kasa ku swojej obronie zgłosiła ekscepcję na podstawie art. 571 p. 3 U.P.C., twierdząc, że powództwo jest niewłaściwie skierowane do niej zamiast do instytucji, która bezpośrednio ją leczyła.

Sąd Okręgowy uwzględnił tę ekscepcję i sprawę umorzył, nie rozpatrując jej pod względem istotnym, a Sąd Apelacyjny tę decyzję zatwierdził.

Skarga kasacyjna powódki na decyzję Sądu Apelacyjnego zawierała trzy zarzuty:

1) Sąd Ap. uwzględnił ekscepcję, opierając się na błędnem twierdzeniu, że *powódka nie wskazała, ażeby pozwana Kasa Chorych miała wpływ na przebieg kuracji w Klinice Uniwersyteckiej.*

2) Sąd Ap. pominął tę okoliczność, że powódka i w klinice pozostawała nadal pod opieką lekarza Kasy Chorych.

3) Sąd Ap. z obrazą art. 637 T. 1 Zb. Pr. *nie uznał odpowiedzialności Kasy Chorych.*

Sąd Najwyższy przychylił się do stanowiska skargi kasacyjnej i w motywach zarzut pierwszy (1) oświetlił uzasadnieniem, które w szerszym rozmiarze uważamy za potrzebne dla podkreślenia powtórzyć:

„że Sąd Apelacyjny uznał ekscepcję, zgłoszoną przez powódkę, za podlegającą uwzględnieniu na tej zasadzie, iż *powódka nie wskazała, ażeby pozwana Kasa Chorych miała jakikolwiek wpływ na kierunek jej kuracji;*

że wniosek powyższy Sądu nie jest słuszny i pozostaje w sprzeczności z treścią skargi powodowej, gdyż powódka zarzucała Kasie Chorych, że skierowała ją do Kliniki Uniwersyteckiej i że z winy Kasy wskutek nieudanej operacji straciła oko; *powódka nie potrzebowała nawet zaznaczać, że od Kasy Chorych zależał kierunek jej kuracji, gdyż Kasy Chorych są powołane do udzielenia pomocy lekarskiej ubezpieczonym i kierowania ich kuracją*".

Sąd Najwyższy więc podkreśla, iż powódka nie miała obowiązku zaznaczać, iż od Kasy Chorych zależał kierunek jej kuracji, gdyż to samo przez się *wynika z ustawy.* To było treścią tezy zakwestjonowanej przez p. Mecenasa Tomorowicza.

Teraz co do drugiej tezy.

Sąd Najwyższy, interpretując art. 571 p. 3 U.P.C., uznał że „ekscepcja z tego artykułu dopuszczalna jest wtedy, gdy wa-

dliwość zapozwania wynika z ustawy, o ile jednak odpowiedzialność pozwanego uzależniona jest od ustaleń faktycznych, ekscepcja taka stanowi zwykły zarzut, który może być rozpoznany nieinaczej, jak w postępowaniu merytorycznem".

Gdyby więc ustawa ustalała odpowiedzialność innej osoby niż Kasa Chorych lub wyłączała jej odpowiedzialność, to wówczas bez merytorycznego rozpatrzenia sprawy, skargę możnaby było umorzyć. Gdy jednak ustawa nie wyłącza tej odpowiedzialności Kasy, to umorzenie sprawy bez merytorycznego rozpatrzenia Kasy nie jest uzasadnione. Sąd Najwyższy tę ustawową odpowiedzialność Kas Chorych określił jak następuje:

„że Kasy Chorych zaciągają w stosunku do ubezpieczonych zobowiązania w ramach ustawy, wobec czego *nie mogą być wolne od odpowiedzialności za szkody i straty, jakie z ich winy ponieśli ubezpieczeni,* korzystając ze świadczeń Kasy".

Oczywiście, to stanowisko instancji kasacyjnej nie przesądza i przesądzić nie może, czy w konkretnym wypadku, w zależności od stanu faktycznego, Kasa powinna ponieść odpowiedzialność. Jednakże bezspornie ustala zasadę, że Kasy Chorych nie są wolne od odpowiedzialności w omawianym zakresie.

Zarzut więc dotyczący drugiej tezy, należy przypisać nieporozumieniu.

Dla wyczerpania całokształtu sprawy należy dodać, że w miesięczniku p. t. „Orzecznictwo Sądów Polskich" tom XI zeszyt 2 — 3 z lutego — marca 1932 r., redagowanego przez wybitnych prawników, obie tezy, kwestjonowane przez p. Mecenasa Tomorowicza są zamieszczone dosłownie w takiem samem brzmieniu, jak w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych". Dodać należy, że „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" ogłosił w przeciwieństwie do cyt. „Orzecznictwa Sądów Polskich" cały wyrok, czyniąc to dla zobrazowania całokształtu sprawy.

Wkońcu podkreślić należy, iż każdemu, kto śledzi orzecznictwo Sądu Najwyższego wiadomem jest, iż częstokroć w względnie krótkich okresach czasu jedna i ta sama izba zmienia swoje stanowisko, przeto argument, iż podana teza jest „błędna", dlatego, że w innym późniejszym wyroku Sąd Najwyższy zajął inne stanowisko, nie może trafić do przekonania. Tem się kierując, analizę porównawczą wyroku podanego przez p. Mecenasa Tomorowicza pozostawiamy na uboczu.

Tadeusz Lawendel.

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY. USTAWA Z DNIA 19 MAJA 1920 R. (DZ. U. R. P. Nr. 44, POZ. 272) ORAZ UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH, ROZP. PREZ. RZPLITEJ Z DN. 24 LISTOPADA 1927 R. (DZ. U. R. P. Nr. 106 POZ. 911.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 21 lipca 1932 r. Nr. I.C. 2648/31. *)

1. Przepisy ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obow. ubezp. na wyp. choroby nie przewidują odpowiedzialności pracodawcy przed pracownikiem z tytułu nieubezpieczenia tego ostatniego na wypadek choroby.

2. Przedawnienie, o którem mowa w ust. 2 art. 56 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezp. prac. umysł. (Dz. U. Nr. 106, poz. 911), dotyczy roszczeń skierowanych do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, nie dotyczy zaś roszczeń do pracodawcy.

Z uzasadnienia:

„Po wysłuchaniu sprawozdania Sędziego-referenta i wniosku Prokuratora,

zważywszy:

że W. K. wystąpił przed Sąd Pracy o zasądzenie od Związku Straży Pożarnych Województwa Łódzkiego sumy 3787 zł. 32 gr. z %% i kosztami, przytaczając, iż pracował w pozwanym Związku od 1.VIII 1924 r. do 1 lipca 1928 r., że w dniu 15.III.1928 r. zachorował i przebywał na kuracji w sanatorjum dla chorych piersiowo w Rudce od 1 kwietnia 1928 roku i że wskutek niezameldowania powoda przez pozwany Związek, ani w Kasie Chorych, ani też w Z.U.P.U., został on pozbawiony prawa korzystania ze świadczeń i uprawnień, przysługujących pracownikom, ubezpieczonym w tych instytucjach, ponieważ zaś koszta leczenia w sanatorjum wyniosły 676 zł. 2 gr. a pozwany Związek wpłacił na poczet tych kosztów 441 zł., to w tym stanie rzeczy należy się powodowi od pozwanego zgodnie z art. 23 ustawy o obow. ubez. na wyp. choroby (Dz. Ust. 44/1920 poz. 272) zwrot reszty wzmiankowanych kosztów w kwocie 235 zł. 2 groszy, oraz zasiłek pieniężny na wypadek choroby w wysokości 60% płacy ustawowej, wynoszący 1392 zł. 30 gr., ponadto zdaniem powoda, należy mu się również jednorazowa odprawa z Z. U. P. U. w wysokości 2160 zł., przewidziana w art. 14 i 44 roz. Prez. Rzplitej z dnia 24.XI.1927 r. o ubezp. prac. umysł. (Dz. Ust. 106/27 poz. 911), czyli razem 3787 zł. 32 gr., którą to sumę pozwany Związek winien uiścić na mocy art. 1383 K. C.;

że Sąd Pracy powództwo całkowicie uwzględnił, lecz Sąd Okręgowy ze skargi apelacyjnej pozwanego Związku wyrok I-ej instancji uchylił i powództwo oddalił;

że w skardze kasacyjnej powód zarzuca Sądowi Okręgowemu obrazę art. 56 ust. 2 (właściwie ust. 3 tego artykułu), art. 112 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. (Dz. Ust. 106/1927 poz. 911), art. 23 ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby i art. 2262 K. C.;

że przepisy ustawy z dnia 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. 44 poz. 272), w przeciwieństwie do art. 112 rozp. Prez. Rzplitej o ubez. prac. umysłow., poza odpowiedzialnością pracodawcy przed Kasą Chorych (art. 16), nie przewidując odpowiedzialności tegoż przed pracownikiem z tytułu nieubezpieczenia ostatniego na wypadek choroby, natomiast każdy pracownik i osoba nawet niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia są uprawnieni do zgłoszenia się i zarejestrowania się w Kasie Chorych (art. 3 i 8 ustawy);

że przeto pracownik, nie chcąc być pozbawiony świadczeń, jakieby mógł otrzymać od Kasy Chorych w razie choroby, winien sam dbać o to, by był należycie w tej Kasie zarejestrowany, i nie może rościć pretensji do swego pracodawcy z powodu niewykonania tego przez tego ostatniego;

że wobec powyższego Sąd Okręgowy zasadnie oddalił część roszczeń powoda, dotyczącą świadczeń, których on został pozbawiony z powodu nieubezpieczenia w Kasie Chorych, iż skarżący winien był sam zgłosić się do Kasy, czego nie uczynił, upadają przeto zarzuty skargi kasacyjnej, tej części pretensji powoda dotyczące;

*) orzeczenie przytoczone za „Gazetą Sądową Warszawską" Nr. 50 z 12/XII 1932 r.

że natomiast, żądając również zasądzenia od pozwanego Związku odprawy, przewidzianej w art. 30 i 44 w związku z art. 14 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24.XI.1927 r. (Dz. Ust. 106/1927 poz. 911), słusznie zarzuca skarżący obrazę art. 56 ust. 3 i 112 pomienionego rozporządzenia, uznawszy bowiem iż roszczenie powoda z tytułu jednorazowej odprawy z Z. U. P. U. uległo przedawnieniu na mocy art. 56 ust. 3 rozporządzenia i w każdym bądź razie nie ulega uwzględnieniu z powodu niezgłoszenia się powoda do Zakładu Ubezpieczeń, Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę, iż pomieniony ustęp 3 art. 56 rozporządzenia dotyczy roszczeń, skierowanych do Zakładu Ubezpieczeń, lecz nie do pracodawcy, i że ten ostatni, w myśl art. 112 w związku z art. 106 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jest odpowiedzialny materjalnie za szkody, wyrządzone pracownikowi przez zaniedbanie zgłoszeń, przepisanych rzeczonem rozporządzeniem, bez względu na niezgłoszenie się do pomienionego Zakładu pracownika, który sam rejestrować się tam nie jest obowiązany, wskutek czego dopuścił się obrazy art. 56 ust. 3 i 112 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych;

że uchybienia powyższe są tak istotne, iż zaskarżony wyrok w części, dotyczącej poszukiwanych przez powoda szkód z powodu nieubezpieczenia go w Z. U. P. U. , ostać się nie może i ulega uchyleniu w tej części, bez potrzeby rozważania pozostałych zarzutów skargi kasacyjnej;

z tych zasad Sąd Najwyższy zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi w części dotyczącej poszukiwanych szkód wskutek nieubezpieczenia w Z. U. P. U. z powodu obrazy art. 56 ust. 3 i 112 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezp. prac. umysł. (Dz. Ust. 106, poz. 911) uchyla i sprawę w uchylonej części do ponownego rozpoznania temuż sądowi w innym składzie sędziów przekazuje, w pozostałej części skargę kasacyjną oddala".

Powyższe uzasadnienie wymaga wyjaśnienia ze względu na pewną niejasność. Mianowicie powód zarzuca Sądowi Okręgowemu obrazę — między innemi — art. 56 ust. 2 rozp. o ubezp. prac. umysłowych. Sąd Najwyższy zaznaczając powyższe dodaje w nawiasie następujące słowa „właściwie ust. 3 tego artykułu", poczem w dalszych wywodach posługuje się tą numeracją (ust. 3 zamiast ust. 2) i wreszcie uchyla zaskarżony wyrok Sądu Okręg. w części dotyczącej poszukiwanych przez powoda szkód wskutek nieubezpieczenia go w Z. U. P. U. „z powodu obrazy art. 56 ust. 3..."

Tymczasem napróżno szukalibyśmy w art. 56, w jego dotychczasowem brzmieniu, *ustępu trzeciego*. Art. 56 ma tylko dwa ustępy, w rozumieniu stosowanej praktyki ogólnej i znakowania przyjętego przez samo rozporządzenie o ubezp. prac. umysłowych przy wzajemnem powoływaniu się przepisów. Właśnie ust. 2 art. 56 podaje okres przedawnienia roszczeń.

Chcąc jakoś logicznie powiązać znakowanie użyte w omawianem orzeczeniu Sądu Najwyższego z tekstem rozporządzenia, należy się domyślać, iż Sądowi Najwyższemu chodzi prawdopodobnie o *punkt 3* (który nazywa ust. 3) ustępu pierwszego art. 56. Zupełną ścisłość otrzymalibyśmy, gdyby było powiedziane: „art. 56 ust. 1 p. 3 i art. 56 ust. 2", gdyż p. 3 wymienia przedawnienie jako jeden z powodów ustania praw, zaś ust. 2 art. 56 ustala jak długie są okresy czasu, z upływem których następuje wspomniane przedawnienie.

ROBOTNICZE UBEZPIECZENIE INWALIDZKIE I WYPADKOWE NA OBSZARZE WOJ. POZNAŃSKIEGO I POMORSKIEGO. ORDYNACJA UBEZPIECZENIOWA NIEMIECKA Z DNIA 19 LIPCA 1911 ROKU (DZ. U. RZESZY Nr. 509).

Począwszy od numeru bieżącego wprowadzamy również przegląd orzecznictwa w zakresie ubezpieczenia robotniczego w myśl niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z r. 1911 w brzmieniu obowiązującem na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego. W najbliższych numerach podane zostaną ważniejsze orzeczenia Trybunału dla Spraw Ubezp. Społ. w Poznaniu od r. 1930. Trybunał dla spraw ub. społ. jest najwyższą instancją sądową dla sporów ze wspomnianego ubezpieczenia na obszarze obu powyższych województw. Dział ten podjął się łaskawie prowadzić Wyższy Radca Krajowy p. Dr. Juljan Baumgarten.

Red.

Z wyroku Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych Izby Orzekającej w Poznaniu z dnia 8 kwietnia 1930 r. L. dz. 14. II. Rw. 30.

Sprzeczność pomiędzy treścią ogłoszonego wyroku, a tegoż pisemnem wygotowaniem, uzasadnia uchylenie wyroku w myśl § 1697 ordynacji ubezpieczeniowej.

Z uzasadnienia:

„....Jak świadczy treść protokółu rozprawy spisanego na rozprawie dnia 25 listopada 1929 ogłoszono wyrok tej treści, iż powodowi przyznaje się rentę inwalidzką od **30 kwietnia 1928.**

W pisemnem wygotowaniu wyroku datę tę zmieniono na 8 kwietnia 1926. Wobec tego istnieje sprzeczność pomiędzy treścią ogłoszonego wyroku, a tegoż pisemnem wygotowaniem, a temsamem sprzeczność wyroku z treścią aktów (protokółu rozprawy).

Sprzeczność ta jest istotną wadliwością wyroku, która uzasadnia uchylenie go w myśl § 1697 ord. ub. bez potrzeby rozpatrywania dalszych zarzutów podniesionych w rewizji...."

Z wyroku Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych Izby Orzekającej w Poznaniu z dnia 18 września 1931 r. L. dz. 394. II. Rw. 30.

Dopuszczalnem jest przeliczanie znaczków o niższej wartości na mniejszą ilość znaczków o wyższej wartości.

Z uzasadnienia:

„....Karta kwitowa Nr. 2 prócz 12 składek opłaconych w przepisanej wysokości zawiera 40 składek po 50 fenigów unieważnionych datą 29 października 1920. Zdaniem Trybunału dla spraw ubezpieczeń społecznych przeliczeniu tychże 40 składek na 11 składek po 1 m. 80 fen. nie stoją na przeszkodzie przepisy ustawy, gdyż brak przepisu prawnego, któryby wzbraniał zliczenia składek uiszczonych w myśl § 1413 ord. ubezp., a unieważnionych prawidłowo w myśl § 1431 ord. ub. Dlatego okres dwuletni od 20 października 1920 do 20 października 1922 słusznie uznał Wyższy Urząd Ubezpieczeń za pokryty....".

UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW W B. ZABORZE AUSTRJACKIM I ROSYJSKIM. USTAWA (AUSTR.) Z DNIA 28.XII. 1887 R. I USTAWA Z DN. 30.I. 1924 R. (DZ. U. Nr. 16, POZ. 148).

Z wyroku N. T. A. z dnia 16 września 1932 r. L. Rej. 7249/29.

Zawiadowcy spółek z ograniczoną odpowiedzialnością, mających swe siedziby na terenie b. zaboru austrjackiego, nie są urzędnikami w rozumieniu § 1 ustawy z dnia 28 grudnia 1887 r. (austr. dz. u. p. Nr. 1 z 1888 r.) w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 413) i nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków.

P o w o d y

„Orzeczeniem z 31 sierpnia 1929 L. 4542/U. II nie uwzględniło Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej rekursu firmy „W. Z., Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością" w Krakowie od decyzji Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie z 3 kwietnia 1929, zatwierdzającej orzeczenie Zakładu Ubezpieczenia od wypadków z 18 października 1928, którem Zakład wymierzył od zarobków, wypłaconych zawiadowcom firmy w Krakowie za czas od 1 stycznia 1927 do 30 czerwca 1928 opłatę ubezpieczeniową w kwocie 1010 zł. 40 gr. — i zatwierdziło decyzję Urzędu Wojewódzkiego jako uzasadnioną.

Na to orzeczenie wniosła wymieniona firma skargę do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który rozważył co następuje:

W skardze podniesiono zarzut, że zawiadowcy skarżącej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, którzy są zarazem jej spólnikami, nie są urzędnikami spółki i nie podlegają jako tacy obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków.

Zarzut ten jest uzasadniony.

Stanowisko prawne zawiadowcy do Spółki z ogr. odp. określają par. par. 15 do 28 obowiązującej w b. zaborze austrjackim, o który tu chodzi, ustawy z 6 marca 1906 austr. Dz. P. P. Nr. 56. Według tych postanowień zawiadowcy, bez względu na to czy są spólnikami, czy nie, i czy zostali ustanowieni w kontrakcie spółki, czy przez ogólne zgromadzenie spólników, są organem spółki i jej prawnymi zastępcami na zewnątrz z mocy ustawy, działającymi w imieniu spółki i na jej rachunek jako jej reprezentanci w sferze prawnej, przysługującej spółce.

Prawny stosunek zawiadowców do spółki z ogr. odp. posiada zatem według ustawy cechy zlecenia łącznie z pełnomocnictwem (par. par. 1002 — 1033 austr. kod. cyw.) i nie może być jako taki uważanym za stosunek służbowy już z tego powodu, że cechą charakterystyczną stosunku służbowego względnie umowy służbowej (o usługi) jest obowiązek pełnienia usług dla osoby drugiej, służbodawcy, według jej dyspozycji (par. 1151 austr. kod. cyw.) a pod to pojęcie nie podpada ustawowe zastępstwo, konieczne dla każdej osoby prawnej, a w szczególności dla spółek z ogr. odp.

Ponieważ zatem zawiadowcy nie pozostają do spółki z ogr. odp. w stosunku służbowym i to bez względu na to, czy pobierają za spełnianie tych funkcyj wynagrodzenie i czy są spólnikami, nie mogą oni być w konsekwencji uważani za urzędników spółki z ogr. odp., którymi są tylko osoby pozostające w stosunku służbowym do służbodawcy.

Według par. 1 ustawy o ubezpieczeniu od wypadków, obowiązkowi ubezpieczenia podlegają tylko urzędnicy i robotnicy zatrudnieni w wyszczególnionych tamże przedsiębiorstwach i zakładach, oraz osoby, wymienione w tymże par. 1, które ustawodawca każe uważać za urzędników względnie robotników. Ponieważ zawiadowcy spółki z ogr. odp. nie są urzędnikami we właściwem znaczeniu, ani nie należą do osób, które mają być uważane za urzędników w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu od wypadków, a pozwana władza nie twierdzi i z aktów nie wynika, by zawiadowcy skarżącej spółki, którzy są zarazem jej spólnikami, obok pełnienia funkcji zawiadowców spełniali jakiekolwiek inne usługi dla spółki względnie jej przedsiębiorstwa, uznać należy, że w niniejszym wypadku nie zachodzą ustawowe wymogi dla uznania obowiązku ubezpieczenia od wypadków zawiadowców skarżącej spółki z ogr. odp.

W tym stanie rzeczy należało uchylić zaskarżone orzeczenie jako nieuzasadnione w ustawie, nie wdając się w rozpatrywanie dalszych zarzutów skargi".

Stanowisko zajęte w powyższym wyroku jest zgodne ze stanowiskiem zajętem przez N. T. A. w wyroku z dnia 24 lutego 1928 r. L. Rej. 18/27 (zbiór wyroków N. T. A. Nr. 1390/1928), w którym N. T. A. stanął na identycznym stanowisku, jeśli chodzi o ubezpieczenie pensyjne, istniejące w swoim czasie na terenie b. zaboru austrjackiego. N. T. A. w wyroku tym ustalił, że zawiadowcy spółek z ograniczoną odpowiedzialnością nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pensyjnego, jako nie pozostający do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w stosunku służbowym. Judykaturę więc N. T. A. w tym względzie należy uznać za ustaloną.

Obydwa wyroki jednak rozstrzygają jedynie kwestję, czy zawiadowcy spółek z ograniczoną odpowiedzialnością podlegają obowiązkowi ubezpieczenia jako zawiadowcy, nie dając odpowiedzi na pytanie, czy zawiadowcy mogą podlegać obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu spełniania innych czynności, nie wypływających ze stosunku zawiadywania spółką z ograniczoną odpowiedzialnością.

Na to pytanie dał odpowiedź N. T. A. w wyroku z dnia 23 stycznia 1931 r. L. Rej. 744/29, w którym stanął na stanowisku, że o ile zawiadowca spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (zarządca — wyrok dotyczy b. zaboru rosyjskiego) poza stosunkiem wypływającym z mandatu zawiadywania spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, znajduje się również do spółki w stosunku służbowym, natenczas z tytułu czynności, wykonywanych na podstawie stosunku służbowego, — podlega obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków.

W każdym więc indywidualnym wypadku istotnem jest ustalenie, czy czynności zawiadowców w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością ograniczają się jedynie do czynności, wypływających z mandatu zawiadowcy, czy też poza te czynności wykraczają i w jakim stosunku mają swe źródło.

MATERJAŁY

Dr. JAN ZIELENIEWSKI

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE NA GÓRNYM ŚLĄSKU

Górny Śląsk, stanowiący jak wiadomo największe w Polsce skupienie pracy najemnej, posiada też najbardziej rozbudowaną sieć instytucyj ubezpieczeń społecznych. Instytucje te z wyjątkiem Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Funduszu Bezrobocia opierają się dotąd na dawnej niemieckiej „ordynacji ubezpieczeniowej" i wskutek tego różnią się od analogicznych instytucyj, działających poza Górnym Śląskiem.

Nie siląc się na opis wyczerpujący, wspomnę tylko o kilku odrębnościach. Ubezpieczenie chorobowe sprawowane tu jest przez trzy niezależne od siebie sieci kas chorych; poza t. zw. ogólno-miejscowemi kasami chorych, analogicznemi do kas działających poza Górnym Śląskiem, istnieją 2 kasy chorych, oraz 28 samodzielnych zakładowych kas chorych, istniejących przy większych zakładach pracy (sprawozdanie Związku Kas Chorych Zakładów Przemysłowych Województwa Śląskiego za rok 1930). Ubezpieczenie to obejmuje wszystkich pozostających w stosunku pracy najemnej w górnictwie, przemyśle, handlu, wolnych zawodach, w rzemiośle, rolnictwie, a także służbę domową — wraz z członkami rodzin ubezpieczonych. Z wyjątkiem osób, których dochód przekracza ustaloną ustawowo granicę (osoby te są na Górnym Śląsku wolne od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby) oraz stosunkowo nielicznej tutaj grupy osób nie pozostających w stosunku pracy najemnej, cała ludność jest więc ubezpieczona na wypadek choroby.

Podobnie przedstawia się rzecz z ubezpieczeniem od wypadków oraz na starość i na wypadek inwalidztwa, które również obejmuje wszystkich pracujących najemnie bez różnicy gałęzi gospodarstwa, w jakiej są zatrudnieni.

Ubezpieczenie na wypadek braku pracy istnieje na Górnym Śląsku w tym samym zakresie, co w innych dzielnicach.

Są to wszystko ubezpieczenia przymusowe. Jak widać z powyższego przeglądu zasięg ich i to zarówno przedmiotowy, jak i podmiotowy jest bardzo wielki. Mogłoby się zdawać, że tak dalece rozbudowane przymusowe ubezpieczenia społeczne nie pozostawiają miejsca dla jakichkolwiek ubezpieczeń dobrowolnych o charakterze ubezpieczeń społecznych. Poprostu trudno teoretycznie wskazać potrzeby ubezpieczeniowe, któreby nie znajdowały zaspokojenia w opisanym wyżej systemie. A jednak — rzecz ciekawa — właśnie na Górnym Śląsku najbujniej krzewią się instytucje dobrowolnych, wzajemnych ubezpieczeń. Zawarte w skromnych granicach koleżeńskich związków pracowników poszczególnych zakładów pracy, ujęte w ramy prymitywnych przeważnie statutów — są one szerszemu ogółowi dość mało znane. Stanowią jednak zjawisko samo w sobie interesujące i to tem więcej, że rozwijają się i prosperują właśnie na tle świetnie rozbudowanych ubezpieczeń przymusowych. Dlatego pobieżny choćby opis niektórych form takich dobrowolnych ubezpieczeń społecznych, który stanowi temat niniejszych uwag, może nie będzie bez pewnego pożytku.

Istnienie takich ubezpieczeń, połączonych oczywiście dla zainteresowanych z obciążeniami materjalnemi, nieraz dość znacznemi — zdaje się świadczyć, że jest coś w ubezpieczeniach przymusowych, co nie zadowalnia ubezpieczonych. Może świadczenia wydają się w pewnych zakresach tak dalece niedostateczne, że ubezpieczeni biorą na siebie dobrowolnie ciężar składek dodatkowych, byle określone świadczenia uzupełnić lub powiększyć: może sposób administrowania instytucyj ubezpieczeniowych budzi wśród ubezpieczonych niezadowolenie; może źródłem, z którego wypływa popęd do ubezpieczeń dobrowolnych, jest chęć uzyskania bardziej wyczuwalnego wpływu na zarządzanie wartościami materjalnemi złożonemi przez zainteresowanych.

Zanim zrobimy próbę znalezienia odpowiedzi na pytanie, jakie są przyczyny istnienia ubezpieczeń dobrowolnych, przypatrzmy się jak one w ogólnych zarysach wyglądają. Przegląd ten da nam może zarazem pewien skromny materjał do odpowiedzi na pytanie daleko większej wagi: jakie reformy wydawałyby się pożądane, aby instytucje przymusowych ubezpieczeń społecznych zbliżyć do tych rozwiązań, które życie samo, nie decyzja powzięta przy zielonym stoliku, przynosi jako odpowiadające potrzebom wyczuwanym przez ludność.

Powiedzmy to sobie otwarcie: obecne formy ubezpieczeń przymusowych nie budzą entuzjazmu naogół wśród zainteresowanych.

Pracodawcy skarżą się, jak dobrze wiadomo, głównie na wysokość ciężarów finansowych, ponoszonych przez życie gospodarcze na rzecz ubezpieczeń społecznych. Pracownicy narzekać zwykli na wymiar świadczeń; obie zaś strony nie szczędzą krytyki sposobowi administrowania instytucjami ubezpieczeniowemi, poziomowi i sposobom lokowania rezerw i t. p. Nie wynika z tego oczywiście, aby wszystko co na ten temat pisze się i mówi odpowiadało w pełni realnym warunkom, to też obraz tego, jak sobie krytycy instytucyj oficjalnych radzą tam, gdzie mają wolną rękę, może przyczynić się do oceny uzasadnienia samej krytyki.

Jeżeli uznamy, że główną rolę przymusowych ubezpieczeń społecznych jest zaspokoić realne potrzeby świata pracy, nie w pełni może uświadomione, ale nurtujące w jego psychice — a sądzę, że tak chyba należy patrzeć na zadanie instytucyj ubezpieczeniowych — to rozpatrzenie form, w jakich potrzeby te spontanicznie szukają swego zaspokojenia i którego instytucje oficjalne nie dają mu widać w dostatecznej mierze, nie może być obojętne.

Chcąc uzyskać jaknajobszerniejszy materjał do zorjentowania się w całokształcie zagadnienia, zwrócono się z początkiem roku 1932 do poszczególnych zakładów pracy zrzeszonych w Związku pracodawców ciężkiego przemysłu oraz w związku pracodawców metalowego przemysłu przetwórczego na Górnym Śląsku z prośbą o przesłanie statutów odnośnych instytucyj, działających na terenie danego zakładu pracy lub o odpowiedź na następujące pytania:

1) nazwa instytucji dobrowolnego ubezpieczenia,
2) jej forma prawna,
3) cele instytucji,
4) wysokość dobrowolnych składek ubezpieczonych,
5) „ „ dopłat pracodawcy,
6) rodzaj i wysokość świadczeń instytucji,
7) ilość członków instytucji,
8) stan załogi zakładu pracy.

Ankietą były objęte, w zakresie t. zw. ciężkiego przemysłu, przedsiębiorstwa (głównie kopalnie i huty, ale częściowo także przedsiębiorstwa pomocnicze jak np. koksownie, cegielnie i t. p.), należące do następujących spółek:

Polskie Kopalnie Skarbowe, Rudzkie Gwarectwo Węglowe, Huta Pokój, Godulla, Wirek Kopalnie, Śląskie Kopalnie i Cynkownie, The Henkel v. Donnersmarcka-Beuthen Estates, Dyrekcja Kopalń i Hut Ks. Donnersmarcka, Górnośl. Zjedn. Huty Królewska i Laura, Katowicka Sp. Akc. dla Górnictwa i Hutnictwa, Zakłady Hohenlohego, Giesche, Dyrekcja Kopalń Ks. Pszczyńskiego, Czernickie Towarzystwo Węglowe, Oberschlesisches Kraftwerk, Państwowa Fabryka Związków Azotowych w Chorzowie, Związek Koksowni, Zakłady Elektro, Ferrum, Vereinigte Deutsche Nickelwerke, Oswag, Giesche Fabryka Porcelany,

oraz w zakresie metalowego przemysłu przetwórczego:

Piotrowicka Fabryka Maszyn, Jurtzik & Ska, Mikołów, „Ołów", Strzybnica, Rybnicka Fabryka Maszyn, Górnośląska Centrala Gazowa w Hajdukach, Fabryka Maszyn Transport. w Hajdukach, Friemann i Wolf, Katowice, Fitznerowska Fabryka Śrub i Nitów, Fabryka Kotłów W. Fitzner, Lignoza Sp. Akc., Katowice, Wysokoprąd, W. Hajduki, Gerdes, Przemysł Fosforbronzu, Katowice, Polskie Tow .Elektr. Bergmann, Katowice, Katomasz, Katowice, „Sam" Sp. Akc. Münstermann, Katowice.

Przedsiębiorstwa te zatrudniały w okresie sprawozdawczym łącznie 94.322 robotników i urzędników.

Jak z tego widać, objęto ankietą przeważającą część górnośląskiego przemysłu, w szczególności zaś prawie wszystkie kopalnie, huty, ich zakłady pomocnicze oraz fabryki metalowo-przetwórcze.

Nie wszystkie odpowiedzi na pytania ankiety były wyczerpujące. Niektóre przedsiębiorstwa odpowiedziały tylko na część pytań, albo nawet wcale na nie nie odpowiedziały, stwierdzając, że instytucje dobrowolnych ubezpieczeń są zjednoczeniami pracowników, niezależnemi zupełnie od pracodawcy, tak iż nie ma on o nich żadnych ścisłych informacyj. Niemniej zebrane dane upoważniają do stwierdzenia, że znakomita większość pracowników śląskiego górnictwa, hutnictwa i metalowego przemysłu przetwórczego korzysta poza przymusowemi ubezpieczeniami społecznemi z dobrowolnych ubezpieczeń wzajemnych o pokrewnym, społecznym charakterze. Instytucje takie istnieją jednak także i poza temi gałęziami przemysłu. Posiada je np. także rzemiosło. Dowodem żywotności tego rodzaju instytucyj w rzemiośle śląskiem może być projekt skonsolidowania ich w jedną kasę zapomogową przy izbie rzemieślniczej, wysunięty na zebraniu prezesów Związków Cechów w Katowicach dn. 17.III.1932 r.

Jako niezmiernie charakterystyczny szczegół, świadczący jak głęboko idea tego rodzaju wzajemnych ubezpieczeń zakorzeniła się w umyśle śląskiego robotnika, można zacytować fakt następujący: W połowie roku 1932 rozwinęło się na G. Śląsku nielegalne wydobywanie przez bezrobotnych robotników powierzchniowego węgla na t. zw. „bieda szybach". Otóż pomimo przejściowości tego zajęcia — choćby wskutek przeszkód stawianych przez policję — w kilku miejscach robotnicy ci wprowadzili wśród siebie regularne opłaty od sprzedanego węgla, zbierane do wspólnej kasy, a przeznaczone przedewszystkiem na pomoc dla rodzin tych z pomiędzy zrzeszonych, którzy ulegliby nieszczęśliwym wypadkom (nawiasem mówiąc niezmiernie częstym na „bieda szybach" wskutek prymitywności ich urządzeń).

Rozprzestrzenienie się instytucyj dobrowolnych ubezpieczeń w zbadanych gałęziach przemysłu zilustrują liczby.

Stwierdzono mianowicie w 84-ch na 96 zbadanych jednostek gospodarczych istnienie 192 instytucyj dobrowolnych wzajemnych ubezpieczeń. 12 przedsiębiorstw, pozbawionych takich ubezpieczeń, były to bez wyjątku przedsiębiorstwa przetwórcze typu małych, a co najwyżej średnich zakładów (10 z nich zatrudnia poniżej 50 robotników, a tylko dwa powyżej 50).

Istniejące instytucje dobrowolnych ubezpieczeń można podzielić na następujące typy:

1)	„Kasy pogrzebowe"	stwierdzono istnienie	99	takich kas.	
2)	„Kasy zapomogowe"	„	„	67	„ „
3)	„Kasy emerytalne"	„	„	12	„ „
4)	„Kasy przezorności"	„	„	9	„ „
5)	„Kasy lekarstw"	„	„	5	„ „

Zajmiemy się niemi kolejno.

I. KASY POGRZEBOWE.

Na pozór, sądząc z nazwy, możnaby przyjąć, że ten — najbardziej rozpowszechniony — typ instytucji ubezpieczeń dobrowolnych ma charakter na tyle odrębny od ubezpieczeń, zaliczanych do typu ubezpieczeń społecznych, iż nie należy rozpatrywać go w związku z niemi.

Byłby to jednak sąd powierzchowny. Nie ulega wątpliwości, że przywiązanie śląskiego ludu do form obrzędowo-religijnych odgrywa dużą rolę wśród czynników prosperacji tego rodzaju ubezpieczenia, ale porównanie kwot wypłacanych przez kasy pogrzebowe (wahających się w kasach robotniczych od zł. 200,— do zł. 1.000,—, a w urzędniczych od zł. 200,— do zł. 1.800,—) dowodzi, że przynajmniej w znacznej części wypadków kwota, uzyskiwana z kasy, służy nietylko na pokrycie efektywnych kosztów pogrzebu ubezpieczonego, ale także (a prawdopodobnie w przeważnej części wypadków głównie) jako zapomoga dla spadkobierców, pozostających po śmierci ubezpieczonego bez środków do życia. Wniosek ten jest jeszcze tem uzasadniony, że także i ubezpieczenia przymusowe (kasy chorych) wypłacają jednocześnie własny zasiłek pogrzebowy. Jest to zatem rodzaj ubezpieczenia „życiowego", który w zastosowaniu do warstwy proletarjackiej, żyjącej przeważnie wyłącznie z bieżących zarobków głowy rodziny, nabiera wyraźnie socjalnego charakteru.

Instytucje dobrowolnych ubezpieczeń tego typu charakteryzują się tem, że głównym ich celem jest wypłata jednorazowej kwoty po śmierci ubezpieczonego. Obok tego celu występują niekiedy cele poboczne, jako to wypłata zapomogi na wypadek dłuższej choroby, choćby nie zakończonej śmiertelnym wynikiem, oraz wypłata bezzwrotnych zapomóg członkom, którzy bez swej winy znaleźli się w szczególnych trudnościach materjalnych.

Instytucje te występują pod bardzo rozmaitemi nazwami, z których najczęstsza jest „Kasa pogrzebowa" oraz „Kasa pośmiertna". Poniższe zestawienia zawierają jednak także wiele innych nazw.

Większość kas grupuje tylko albo robotników albo urzędników. Tłumaczy się to różnicą poziomu zarobków i potrzeb. Istnieją jednak także kasy, łączące urzędników i robotników w jednej instytucji. Członkami kas są zazwyczaj zarówno pracownicy, będący głowami rodzin, jakoteż ich żony. Niektóre kasy obejmują również ubezpieczenie dzieci, żądają one wtedy dodatkowej składki, a zapomoga wypłacana w wypadku śmierci dziecka jest zwykle mniejsza od zapomogi wypłacanej w razie śmierci osoby dorosłej.

W przedsiębiorstwach posiadających kasy pogrzebowe zwykle cała czynna załoga przystępuje do tych kas. Poza

czynnymi pracownikami pozostają zwykle członkami kas pracownicy zwolnieni (a to, aby nie tracić praw uzyskanych przez wpłacanie składek w czasie zatrudnienia). Kasy zgadzają się na to pod warunkiem dalszego opłacania składek. W poniższych zestawieniach wyraża się to większą ilością członków kas niż załogi przedsiębiorstwa. Łączna ilość osób korzystających z tych kas w charakterze członków, przekracza znacznie 100 000.

Kasy pogrzebowe istnieją z bardzo nielicznemi wyjątkami na zasadzie § 705 niemieckiego kodeksu cywilnego (B. G. B.), dopuszczającego istnienie stowarzyszeń nierejestrowanych. Posiadają one przeważnie statuty bardzo prymitywne, obejmujące tylko najkonieczniejsze postanowienia.

W większości wypadków fundusze kas powstają wyłącznie ze składek członków; tylko w kilku wypadkach stwierdzono dobrowolne (nie zapewnione statutem ani osobną umową) dopłaty pracodawcy.

Administracją kasy zajmują się zwykle członkowie jej, powołani przez ogólne zebranie (zarząd). Czynią to oni z reguły bezpłatnie i korzystają przytem z pomocy pracodawcy (potrącanie składek przy wypłacie). Istnieją jednak także i pod tym względem wyjątki. W jednej z kas stwierdzono, że członkowie zarządu otrzymują do podziału 5%, a w jednym nawet 7% zainkasowanych składek, jako wynagrodzenie za swoje czynności.

Finansowa konstrukcja kas pogrzebowych jest rozmaita.

Najbardziej pierwotną formą jest system repartycyjny polegający na tem, że w razie śmierci ubezpieczonego wypłaca się jego spadkobiercom ustaloną zapomogę i odpowiednią kwotę ściąga się wedle ustalonego klucza z pozostałych członków. Klucz podziału bywa rozmaity. Naogół jednak bywa utrzymana proporcjonalność obciążeń w stosunku do zarobków, niekiedy zaś także w stosunku do świadczenia, przysługującego danemu członkowi od kasy. W formie tej wyraźnie jeszcze przejawia się geneza tego rodzaju kas. Przyczyną organizowania ich była mianowicie niewątpliwie chęć zastąpienia dobrowolnych składek urządzanych po śmierci kolegów, bardziej sprawiedliwem i bardziej powszechnem obciążeniem całej załogi.

W niektórych kasach typu „repartycyjnego" ustalona jest nie kwota zapomogi, ale wysokość składki płaconej każdorazowo tylko w razie zajścia wypadku śmierci ubezpieczonego. Wysokość zapomogi zależy od liczebności członków kasy.

KASY POGRZEBOWE

oparte o zasadę repartycji zapomogi wzgl. składki płaconej tylko w razie zajścia pośród ubezpieczonych wypadku śmierci.

Lp.	Nazwa kasy	Ilość członków	Stan załogi	Wysokość zapomogi od zł. do	Wysokość składki od zł. do
1	Wolny zespół zapomóg pośmiertnych urzędników	1.704	.	1.600,—	2,12
2	Kasa pogrzebowa robotników	1.137	1.137	500,—	repart.
3	Urzędnicza kasa pogrzebowa	500	.	500,—	„
4	Kasa pogrzebowa	Bliższe dane przedsiębiorstwa nieznane			
5	„ „	6.000		„ „ „ „	
6—10	„ „	3.600		„ „ „ „	
11—14	„ „	7.500		„ „ „ „	
15	„ „ urzędników	.	.	do wysokości 1 lub 2-mies. pensji	repart.
16	Wolny związek zapomóg pogrzebowych urzędników	1.238	.	1.000,—	0,92
17	Kasa pogrzebowa robotników	990	1.206	500,—	repart.
18	„ „ rob. i urzędn.	1.814	1.814	540,—	0,30
19	Robotnicza kasa pogrzebowa	2.966	2.496	600,—	repart.
20	Urzędnicza zapomoga pogrzebowa	290	177	1.000,—	repart.
21	Wolna pogrzebowa kasa wsparć	450	200	1.500,—	3,— 6,—
22	Kasa muzyczna	432	432	*)	0,30
23	Robotnicza kasa pogrzebowa	2.200	1.600	Zmienne. Pazatem zasiłki w razie dłuższej choroby. Dane nie ustalone	repart.
24	Robotnicza kasa pogrzebowa	1.200	550	1.000,—	repart.
25	Urzędnicza kasa pogrzebowa	800	445	?	?
26	„ „ „	1.783	1.893	350,—	repart.
27	Zjedn. kasa pośmiertna załogi	2.445	1.662	860,—	0,40
28	Kasa pogrzebowa załogi	.	.	1.000,—	repart.
29	Wolny związ. zapomóg pogrzeb. funkcjonar.	.	.	w/g wyniku składki 1 %	pobor. 2 %
30	Urzędnicza kasa pogrzebowa	2.700	.	800,—	repart.
31	Wolne Zjedn. Wzaj. pomocy pogrzeb. urzędników	1.750	.	600,—	0,50
32	Kasa pośmiertna dla robotników	5.000	5.000	300,—	repart.
33	Zjedn. pomocy pogrzebowej	.	.	ca. 1.000,—	repart.
34	„ „ „	356	373	600,—	2,—
35	Kasa pośmiert. (rob. i urzędn.)				

*) Świadczenie kasy (istniejącej obok zwykłej kasy pogrzebowej) polega na płaceniu za muzykę na pogrzeb i pokrywaniu odszkodowania dla t. zw. pocztu sztandarowego załogi i dla noszących zwłoki. Pracodawca dopłaca do każdej wypłaty zapomogi zł. 150,—.

KASY POGRZEBOWE

oparte o zasadę stałej składki miesięcznej członków względnie zebrania przy pomocy składek funduszu zapasowego.

Lp.	Nazwa kasy	Ilość członków	Stan załogi	Wysokość zapomogi od zł. do	Wysokość składki od zł. do	Lokata kapitału
1	Towarzystwo brackie (robotnicze); kasa pośmiertna	4.870	4.870	250,—	0,50	.
2	Kasa pośmiertna robotników	1.953	1.639	500,—	0,30	.
3	Kasa pogrzebowa urzędników	70	70	1.000,—	2,50	.
4	Ogólna kasa pośmiertna	1.888		400,—	0,60	.
5	Dobrowolna kasa pośmiertna robotników	650	1.445	1.000,—	2,—	.
6	Kasa pośmiertna urzędników	148		1.000,—	2,—	.
7	Dobrowolna kasa pośmiertna robotników	6.400	4.997	200,— 550,—	0,60	w przedsięb.
8—11	Kasa pogrzebowa	Bliższe dane nie znane			1,— 2,—	.
12—15	„ „	Bliższe dane nie znane				.
16	Kasa pogrzebowa robotników	.	.	.	1,—	.
17	Robotnicza kasa pogrzebowa	1.274	1.574	200,— 500,—	1,—	.
18	Robotnicza i urzędn. kasa pogrzebowa	1.694	1.415	400,—	1,—	.
19	Kasa pogrzebowa robotników	3.047	2.220	500,—	1,—	.
20	Stow. Zapomogi pogrzeb. urzędn.	380	180	1.000,—	1,50	w banku
21	Kasa pogrzebowa robotnicza	780	532	450,—	2,—	w banku
22	Wolna robotn. kasa pośmiertna	1.100	900	1.000,—	1,— 2,50	.
23	Tow. pogrzebowe załogi	1.631	468	700,—	0,60 0,90	.
24	Dobrowol. rob. kasa pogrzeb.	120	100	350,— 700,—	0,50 1,—	.
25	Robotnicza kasa pogrzebowa	2.580	753	400,—	0,50	w przedsięb.
26	Urzędnicza kasa pogrzebowa	1 450	663	1.800,—	2,—	„
27	Robotnicza kasa pogrzebowa	4.200	3.200	200,— 500,—	0,60	
28	„ „ „	869	1.243	500,—	0,75	w Kasie Oszcz.
29	Dobrowolna Kasa pośmiertna załogi	1 347	2.309	300,—	0,40	w P. K. O.
30	Robotnicza kasa pogrzebowa	1.837	1.837	trumna, karawan i orkiestra	0,80	
31	„ „ „	1.991	1.385	250,—	1,—	
32	„ „	2.203	2.756	400,—	1,—	
33	Urzędnicza kasa pośmiertna	.	.	1.720,—	1,50 6,—	w M. K. O.
34	Wolna kasa pogrzeb. robotn.	4.936	.	300,—	1,—	
35	Kasa zapomóg pośmiertnych	3.081	.	800,—	0,30	
36	Dobrowolna kasa pośmiertna robotników	1.616	.	620,—	1,20	
37	Wolne Zjedn. Pogrzeb. zapom.	210	.	500,—	1,50	
38	Kasa pośmiertna	350	.	500,—	0,50 1,—	
39	Oszczędność rob. dla zapomóg pogrzebowych	219	.	300,—	1,—	
40	Robotnicza kasa pośmiertna i zasiłkowa	714	.	60,— 200,—	0,50	
41	Kasa pośmiertna i zapomogowa urzędn. i robotn.	515	.	300,—	0,60	
42	Zapomoga pogrzebowa	507	.	200,—	0,50	
43	Kasa pogrzeb. urzędn. i rob.	775	.	66,— 200,—	0,50	
44	Wolne Stow. pogrzebow. (urzędn.) wsparciowe	1.039	550	1.000,—	2,—	
45	Wolne Stow. pogrzebow (urzędn.) wsparciowe	374	110	1.500,—	1,50	w przedsięb.
46	Stow. zabezpiecz. pośmiertnego robotników	1.678	2.995	500,—	1,—	„
47	„ „ „ „	1.490	2.141	500,—	1,—	„
48	„ „ „ „	1.500	2.051	500,—	1,—	„
49	„ „ „ „	1.201	1.607	500,—	1,—	„
50	„ „ „ „	298	308	300,—	1,—	„
51	Kasa pośmiert. urzędn. i robotników	399	404	1.000,—	2,—	.
52	Kasa pogrzebowa urzędn.	340		brak danych		
53	„ „ robotn.	2.255	1 860	700,—	0,60 0,90	w banku lub w przedsięb.
54	Kasa pośmiertna (urzędn.)	142	110	1.500,—	1,— 3,—	.
55	Dobrowolna kasa pogrzeb.-zapomogowa	.	700	700,—	1,—	w przedsięb.
56	Robotnicza kasa pogrzebowa	1.009	907	700,—	1,50	.
57	Kasa pośmiertna	.	132	100,— 300,—	0,50 2,—	w przedsięb.
58	Przymusowa kasa pogrzeb.	.	ca. 600	300,—	1,—	.
59	Kasa pośmiertna urzędn. i robotnicza	1.209	1.127	400,—	0,10 0,20	.
60	Kasa pośmiertna	125	106	400,—	1,— 2,—	poza przedsięb.
61	Kasa pośmiert. i pogrzeb.	301	281	400,—	Nadwyżki powyżej pełnych złotych oraz 0,30 za żonę i 0,30 za dziecko	.
62	Kasa pogrzebowa	229	206	300,—	1,—	P. K. O.
63	„ „ robotn.	360	270	300,— 500,—	0,60 0,90	w przedsięb.
64	„ „ urzędn.	70	35	500,—	1,—	

Kasy obu tych typów nie posiadają oczywiście żadnego majątku. Zwykle pracodawca wykłada wtedy kwotę potrzebną na zapomogę ze swoich funduszów, potrącając ją sobie z najbliższej wypłaty. Zaletą tego typu kas jest uproszczona administracja i stosunkowo najmniejsze obciążenie finansowe członków. Wadą ich jest nieregularność obciążeń, przez co stają się one dla członków subjektywnie trudniejsze do zniesienia.

Formą przejściową do drugiego typu kas (o stałej opłacie składek miesięcznych) jest płacenie składek tylko w razie zajścia wypadku śmierci ubezpieczonego z tem jednak, że zarówno wysokość składki jak i zapomogi jest zgóry ustalona i to w takiej wysokości, aby suma każdorazowych składek była nieco wyższą niż kwota zapomogi. Tworzy się wtedy zwolna majątek własny kasy, uniezależniający ją od pomocy pracodawcy.

Formą odbiegającą najdalej od pierwotnych dobrowolnych składek jest zasada płacenia miesięcznych składek niezależnie od tego, czy w danym miesiącu zaszedł wypadek śmierci ubezpieczonego, czy nie. Doświadczenie wykazuje, że przy stosowanej zazwyczaj wysokości składek (od zł. 0,20 do zł. 2,50, a tylko w jednym wypadku aż zł. 6.— miesięcznie) majątek kasy szybko wzrasta. Bywa on wtedy umieszczony na procent, co dalej przyczynia się do jego wzrostu. Niektóre kasy redukują wtedy składki, a nawet czasowo zupełnie wstrzymują opłacanie składek, inne — i tych jest więcej — podwyższają świadczenia.

Średni stosunek składki miesięcznj do zapomogi jest jak 1 : 600. Przyjąwszy, że średni czas opłacania składki trwa lat trzydzieści, czyli 360 okresów składkowych — otrzymujemy obraz niezbyt dobrze zabezpieczonej przyszłości kas pogrzebowych. Częściowo wyrównywują brak ten dostatecznego pokrycia odsetki, przynoszone przez majątek kas, zebrany w czasie, gdy założyciele jej są jeszcze naogół w sile wieku i śmiertelność jest mała. Najważniejsze jednak zabezpieczenie stanowi elastyczność prymitywnych statutów, które w razie potrzeby łatwo jest zmienić, dostosowując świadczenia kasy do jej możliwości finansowych.

II. KASY ZAPOMOGOWE.

Kasy te — istniejące przeważnie **obok** kas pogrzebowych — mają na celu udzielanie niewielkich bezzwrotnych zasiłków pieniężnych członkom, którzy znaleźli się w szczególnie trudnych warunkach materjalnych.

Przeważna ilość tych kas, bo 56 na ogólną ilość 67, ma statuty znormalizowane, włączone do regulaminu pracy danego zakładu i wraz z nim zatwierdzone przez władze inspekcji pracy, względnie władze górnicze.

Fundusze kas zapomogowych powstają:

z kar pieniężnych potrącanych robotnikom,
z niepodjętych zarobków,
z groszowych nadwyżek powstających przy wypłacie (1 — 9 gr),
z dobrowolnych datków (w górnictwie),
z należności za t. zw. „wozy bezpańskie".

O świadczeniach kasy rozstrzyga wedle swobodnego uznania zarząd pochodzący z wyboru — członkowie nie mają więc żadnych określonych roszczeń do kasy.

Majątek kasy (poza podręczną kwotą zł 200.—) musi być lokowany z pupilarnem zabezpieczeniem.

Prócz tych kas „znormalizowanych" istnieje 11 kas zapomogowych o statutach nieco odmiennych.

Jak widać kasy „nieznormalizowane" różnią się od znormalizowanych tylko nieznacznie w pewnych szczegółach powstawania funduszów oraz ich lokaty.

Należy tu zauważyć, że istnienie tych kas jest szczególnie w okresie normalnej konjunktury bardzo ważnym czynnikiem zabezpieczenia socjalnego dla robotnika. Żyjąc w normalnych czasach w warunkach naogół uregulowanych i na względnie wysokiej stopie dobrobytu, robotnik śląski mało kiedy jest w stanie odłożyć sobie jakąkolwiek rezerwę gotówkową. W wypadkach nieprzewidzianych trudności materjalnych robotnik znajduje pożądaną pomoc w kasie zapomogowej. Przez to w znacznej mierze neutralizują one uczucia materjalnej niepewności, niesprzyjające oczywiście równowadze społecznej. Ze świadczeń tych kas korzysta około 70.000 rodzin.

Bliższe dane zawarte są w poniższych zestawieniach:

Kasy zapomogowe typu ustalonego i zatwierdzonego przez władze górnicze względnie inspekcję pracy.

Lp.	Stan załogi	
1	1.639	
2	1.137	
3—10	.	
11—15	.	
16	676	
17	.	
18	.	
19	2.496	
20	2.220	
21	532	
22	83	
23	753	
24	1.243	
25	1.893	
26	1.662	
27	2.309	
28	1.837	
29	1.385	
30	2.756	
31	.	
32	.	
33	.	
34	768	bez urzędników
35	1.038	„
36	1.038	„
37	26	„
38	599	„
39	33	„
40	833	„
41	45	„
42	868	„
43	530	
44	1.700	
45	2.995	
46	2.141	
47	2.051	
48	1.607	
49	308	
50	404	
51	322	
52	56	
53	1.127	
54	416	
55	206	
56	376	

KASY ZAPOMOGOWE:
typu odmiennego od ustalonego przez władze górnicze względnie inspekcję pracy.

Lp.	Nazwa kasy	Stan załogi	Forma prawna „kasy"	Lokata funduszów	Sposób powstania funduszów
1	Tow. brackie kasa koleżeńska	4.870	§ 705 B. G. B.	.	Składka mies. zł. 0,20 oraz utarg za stare drzewo i nawóz
2	Robotnicza kasa pomocy	1.574	Fundusz w obrębie przedsiębiorstwa	w przedsiębiorstwie	Dobrowolne dary pracodawcy
3	dtto	1.415	dtto	dtto	dtto
4	dtto	1.206	dtto	dtto	dtto
5	dtto	1.814	dtto	dtto	dtto
6	dtto	676	dtto	dtto	dtto
7	Kasa zapomogowa	1.780	sądow. nie zarejestr.	.	Nadwyżki do 9 gr. przy wypłac.
8	Robotn. kasa wsparć	100	dtto	.	j. w. oraz dopłata pracodawcy w wysokości 100%
9	Urzędnicza kasa groszowa (celem tej kasy jest udzielanie zasiłków do zł. 50,— oraz pożyczek do zł. 300,—)	.	§ 705 B. G. B.		Nadwyżki do 99 groszy
10	Kasa groszowa urzędników	.	§ 705 B. G. B.	.	dtto
11	Kasa groszowa robotników	.	§ 705 B. G. B.	w przedsięb.	Nadwyżki do 9 groszy

III. KASY EMERYTALNE:

Dobrowolne ubezpieczenia emerytalne datują się przeważnie z okresu, gdy przymusowe ubezpieczenie tego typu nie było jeszcze wprowadzone. Wprowadzenie ubezpieczeń przymusowych nie wpłynęło jednak na uwiąd dobrowolnych kas emerytalnych, czego dowodem jest fakt, że z pośród 12 zbadanych kas tylko jedna znajduje się w stadjum powolnej likwidacji (wskutek nieprzyjmowania nowych członków).

Cechą charakterystyczną kas tego rodzaju jest przedewszystkiem to, że istnieją one tylko w większych koncernach. Przedsiębiorstwa małe i średnie nie posiadają instytucyj tego rodzaju. Pomimo to i mimo niezbyt wielkiej liczby kas stanowią one jednak bardzo poważną instytucję. Dla zobrazowania jej znaczenia wystarczy zauważyć, że korzysta z nich (wedle oszacowania) około 21.000 rodzin.

KASY EMERYTALNE.

L. p.	Stan załogi	Ilość członków kasy	Miesięczna wysokość renty od zł.	renty do zł.	składki od zł.	składki do zł.	Dopłata pracodawcy w % składki	Forma prawna kasy	Lokata funduszów	U w a g i
1.	1.445	1.234	10,—	50,—	6,50		100%	zat. przez Min. P. i O. S.	z bezpiecz. pupilarnem	bezpłatna administracja przez personel pracodawcy
2.	4.997	4.818	7,—	106,—	4,—	8,—	175%	pryw. tow. ubezpieczeń	dtto	dtto
3.		4.868	5,—	23,—	3,—		—	§ 705 B. G. B.	dtto lub w przedsiębiorstwie	celem tej kasy-dodatkowe świadczenia z których korzystać mają członkowie poprzedniej
4.	.	1.214	10,—	60,—	6,—		100%	§ 705 B. G. B.	.	
5.	.	366	10,—	60,—	9,—		$166^2/_3$%	§ 705 B. G. B.	.	
6.	.	141	150,—	700,—	42,—		100%	§ 705 B. G. B.	.	
7.	.	.	.	.	5% poborów		200%	osoba prawna	.	
8.	.	1.400	5,—	113,—	2,—	6,—	100 %	pryw. tow. ubezpieczeń	z bezpiecz. pupilarnem	
9.	663	62	36,—	840,—	—	—	10% poborów	fundusz w obrębie przedsiębiorstwa	w przedsiębiorstwie	Wobec wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia pensyjnego fundusz jest w trakcie powolnej likwidacji
10.	4.800	5.000	5,—	100,—	3,—	6,—	100%	pryw. tow. ubezpieczeń	z bezpiecz. pupilarnem	
11.	422	422	6,50	104,—	3,75	7,50	100%	dtto	dtto	
12.	.	1.838	7,50	45,—	5,—		100%	dtto	dtto	

Prawie wszystkie kasy korzystają ze znacznych dobrowolnych świadczeń pracodawców. Poza bezpłatną administracją pracodawcy przyczyniają się też do powstawania funduszów kasy, wpłacając do niej 75 — 200% wpłat członków, przyczem w przeważającej ilości wypadków dopłata pracodawcy wynosi 100% składek członkowskich.

Fundusze kas bywają lokowane przeważnie w sposób przewidziany dla prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych, nie jest to jednak zasadą bezwzględnie przestrzeganą, gdyż niektóre kasy lokują swoje fundusze w przedsiębiorstwie pracodawcy.

Forma prawna tych kas jest dość różnorodna: od prywatnego towarzystwa ubezpieczeniowego począwszy, przez instytucje zatwierdzone przez władze centralne, wolne (niezarejstrowane) stowarzyszenia aż do formy funduszu wydzielonego buchalteryjnie w obrębie przedsiębiorstwa wytwórczego, widzimy szeroką gamę form prawnych, w jakich instytucje te istnieją i rozwijają się.

Świadczenia tych kas obejmują jako główne świadczenie— wypłacanie członkom niezdolnym do zarobkowania dożywotnich emerytur. Wysokość tych emerytur waha się w dość szerokich granicach, zależnie od wysokości płaconej składki (obliczanej zwykle w pewnej proporcji do zarobku) i od czasu przez jaki dany członek składkę opłacał.

Odsyłając czytelnika po szczegóły do wyżej podanego zestawienia zaznaczam tylko, że najwyższy wymiar miesięcznej renty waha się naogół w granicach ośmio-krotnej do dziewiętnasto-krotnej wysokości najwyższego wymiaru miesięcznej składki członka kasy.

IV. KASY PRZEZORNOŚCI

Pod nazwą kas przezorności zestawiłem szereg instytucyj, których statuty dość znacznie różnią się pomiędzy sobą. Cechą łączącą je w pewną całość jest to, że służą one przedewszystkiem do ułatwienia zainteresowanym gromadzenia indywidualnych oszczędności, które w pewnych określonych warunkach mogą być podjęte, a pozatem stanowią podstawę finansową do udzielania taniego kredytu krótko-terminowego.

Bliższe dane zawiera poniższe zestawienie:

Kasy pożyczkowe, kasy „przezorności" i inne:

Lp.	Nazwa kasy	Ilość członków	Stan załogi	Rodzaj świadczeń wzgl. cele kasy	Miesięczna składka	Dopłata pracodawcy	Forma prawna kasy
1	Fundusz urzędniczy . .	290	177	udzielanie zwrotnych pożyczek	dowolna	—	§ 705 BGB
2	dtto	54	61	dtto	10% poborów	—	dtto
3	dtto	27	36	dtto	dtto	—	dtto
4	dtto	50	65	dtto do wysokości jednomiesięcznych poborów	dowolna aż do uzbierania udziału zł. 200,—	—	dtto
5	Kasa dla turnusowo zwolnionych robotników . .	2.257	2.309	udziel. miesięcz. zapomóg od zł. 14,— do zł. 55,— turnusowo zwoln. rob.	1,— do zł. 2,—	—	dtto
6	Robotn. kasa oszczędności i pożyczek		404	przedsiębiorstwo nie posiada danych			
7	Urzędn. dtto			dtto			
8	Kasa przezorności urzędników			Gromadzenie indywidualnych oszczędności i udzielanie taniego kredytu członkom do wys. 1 mies. pob.	2 — 5% poborów	dobrowolna	dtto
9	Robotn. dtto						

V. KASY LEKARSTW.

„Kasy lekarstw" stanowią swoiste uzupełnienie ubezpieczenia na wypadek choroby. Brackie kasy chorych nie wydają mianowicie członkom rodziny ubezpieczonych bezpłatnie lekarstw, lecz tylko zwracają im w gotówce połowę kosztów. W ten sposób członkowie kasy mają w razie zachorowania osób swej rodziny wydatki gotówkowe w wysokości połowy kosztów zużytych lekarstw. Odczuwają to oni jako poważną niedogodność, i aby jej uniknąć niektórzy członkowie brackich kas chorych zrzeszają się, celem uiszczania stałych składek i zawierają z miejscową apteką umowę, że będzie im ona dostarczała lekarstw na podstawie recept lekarzy kas chorych, nie zaliczając ich każdorazowo, lecz zadowalniając się stałą opłatą, płynącą ze wspomnianych wyżej składek.

Istnienie takich kas dało się stwierdzić w 5 wypadkach, prawdopodobnie jednak istnieje ich znacznie więcej.

KASY LEKARSTW.

L. p.	Stan załogi	Ilość członków kasy	
1.	148	82	urzędnicy
2.	2.995	2.007	robotnicy
3.	110	83	urzędnicy
4.	2.141	1.496	robotnicy
5.	460	1.127	„

Gdyby teraz — zamykając te uwagi — zapytać, co stanowi przyczynę istnienia ubezpieczeń dobrowolnych obok przymusowych, czyli jakie wskazówki dla instytucyj przymusowych można wyciągnąć z analizy dobrowolnych, to odpowiedź leżeć by musiała w ogólnem ujęciu celów i metod zarządzania tych instytucyj dobrowolnych.

Cele ich wskazują na te potrzeby, które widocznie przez instytucje przymusowe nie są dostatecznie zaspokojone, a metody zarządzania — o ile różnią się od metod instytucyj przymusowych — pozwalają nam wglądnąć w to, co przymusowo ubezpieczonych razi i zniechęca.

Najliczniejsze instytucje dobrowolne mają na celu jednorazową wypłatę poważnej zapomogi w wypadku śmierci ubezpieczonego (kasy pogrzebowe) lub mniejszej w innych uzasadnionych wypadkach (kasy zapomogowe). Podobnemu celowi służą też kasy przezorności, zastępujące zapomogę pożyczką lub zwrotem zaoszczędzonych funduszów.

Trzeba tu przypomnieć, że cel ten nie jest nieznany ubezpieczeniom przymusowym. Ubezpieczenie na wypadek choroby obejmuje bowiem także zasiłek pogrzebowy i to w kwocie naogół wystarczającej na pokrycie efektywnych wydatków, związanych z pogrzebem (tak np. średni zasiłek pogrzebowy wypłacany w roku 1930 przez Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach wynosił zł. 276,09). Istnienie dobrowolnych ubezpieczeń dowodzi wyraźnie, że ubezpieczeni odczuwają potrzebę ubezpieczania się nietylko do wysokości efektywnych kosztów pogrzebu, ale **ponadto celem zapewnienia pozostałym pewnej kwoty na przeżycie czasu, potrzebnego na dostosowanie się do nowych warunków.**

Dla drobniejszych zapomóg pieniężnych w wypadkach nieprzewidzianej potrzeby nie znajdujemy analogji w ubezpieczeniach przymusowych. Trudnoby zresztą istotnie było analogję taką wytworzyć, gdyż ten typ zapomóg wymaga traktowania wysoce indywidualnego i nie da się pomyśleć w instytucji zarządzanej biurokratycznie, w której niewątpliwie w krótkim czasie zmieniłby się w jakąś formę corocznej drobnej wypłaty dla każdego ubezpieczonego.

Istnienie dobrowolnych kas emerytalnych dowodzi, że wysokość świadczeń (a zatem i składek!) przymusowego ubezpieczenia pensyjnego nie zadowala lepiej zarobkujących pracowników. Nie można jednak wysnuwać z tego wniosku, jakoby proste podwyższenie rent połączone z podwyżką składek rozwiązywało sytuację.

Przedewszystkiem do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnych przystępują ci tylko, którzy tego chcą. Wytwarza się przez to pożądana nierówność obciążeń. Ci, którzy odczuwają potrzebę wyższej renty — są też więcej obciążeni składkami, ale wobec dobrowolności tego obciążenia nie odczuwają go boleśnie. Ci zaś, którzy tej potrzeby nie odczuwają, a zatem przymusowe obciążenia odczuwaliby jako ciężar nieznośny — są od niego częściowo zwolnieni.

Dalej ważnym czynnikiem jest bezpłatnie przez pracodawcę sprawowana administracja dobrowolnych kas emerytalnych. Administracja ta pracodawcę kosztuje niewiele, a przynajmniej kosztu tego nie odczuwa on wyraźnie, gdyż kryje się on w łącznym koszcie administracji przedsiębiorstwa. Ubezpieczeni zaś widzą, że istotnie cały ich wysiłek finansowy zwraca im się w formie świadczeń. Choćbyśmy przyjęli, że czynnik ten ma charakter raczej psychologiczny niż ekonomiczny, to jednak nie można go w żadnym wypadku lekceważyć.

Okoliczność ta wskazuje jak ważnym jest dla naszych ogólnych rozważań moment sposobu zarządzania instytucjami dobrowolnych ubezpieczeń.

Zarządzanie to wykazuje następujące cechy charakterystyczne:

odnosi się do instytucyj działających na terenie pojedyńczych przedsiębiorstw,

jest wykonywane — przeważnie — bezpłatnie przez organy pracodawcy,

jest kontrolowane przez bezpośrednich delegatów ubezpieczonych,

jest oparte na statutach raczej prymitywnych, a zatem pozostawiających stosunkowo większą dowolność organom zarządzającym, a przez to zapewniających większą elastyczność instytucji.

Są to wszystko cechy obce instytucjom przymusowym, zorganizowanym centralistycznie, a zatem obejmującym szereg przedsiębiorstw i licznych nie znających się wzajem ubezpieczonych,

administrowanym — raczej kosztownie — przez zawodowych administratorów,

kontrolowanym przez delegatów ubezpieczonych, nie będących w stanie — wobec wielkości instytucyj — wglądnąć w szczegóły administracji i często nieznanych ubezpieczonym osobiście,

opartym na ustawach i mającym już choćby wskutek tego tendencję do biurokratycznej skostniałości.

Z podanego wyżej obrazu można wyciągnąć dwa wnioski. Po pierwsze, że istniejące ubezpieczenia społeczne nie są — przynajmniej w okręgach przemysłowych — bynajmniej czemś narzuconem a nawet, że — przeciwnie — nie we wszystkiem zaspokajają one istniejące realne potrzeby. I — po drugie — że tem co razi w nich ubezpieczonych — nie mówiąc już o pracodawcach — jest ich biurokratyzm, spowodowany w dużym stopniu centralistyczną ich dążnością.

KRONIKA KRAJOWA

DZIAŁALNOŚĆ KASY CHORYCH M. WARSZAWY W 1931 R.

Z wydanego ostatnio „Sprawozdania Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za rok 1931" podajemy niżej szereg danych, charakteryzujących działalność powyższej Kasy w roku sprawozdawczym i poprzednich.

Rok 1931 stanowił dla Kasy Chorych m. Warszawy okres wytężonej działalności. Poczynione w poprzednich latach zmiany reorganizacyjne, które sięgnęły wgłąb, do podstaw niemal organizacji instytucji, umożliwiły osiągnięcie w roku sprawozdawczym dodatnich wyników we wszystkich działach działalności Kasy.

Pogłębiający się kryzys gospodarczy odbił się na działalności Kasy. Zamykanie warsztatów pracy, ograniczanie produkcji pociągnęło za sobą zmniejszenie liczby ubezpieczonych o około 20 tys. osób w porównaniu do stanu w roku 1930; *liczba ubezpieczonych* w końcu 1931 r. była jednak nieco wyższa, aniżeli w 1928 r. i znacznie wyższa, aniżeli w latach poprzedzających ten rok, wynika to z następującego zestawienia:

Rok	Uprawnieni do świadczeń:	
		członkowie
31/XII	ubezpieczeni	rodziny
1926	177.221	159.109
1927	217.972	194.000
1928	243.311	216.500
1929	263.933	235.400
1930	265.168	235.895
1931	244.918	217.780

Zmniejszenie się liczby ubezpieczonych i równolegle z tem występujące ogólne obniżenie wysokości płac zarobkowych, skłoniły władze Kasy do stosowania ostrożnej polityki finansowej i daleko idących oszczędności, co okazało się słusznem, gdyż wpływy Kasy zmniejszyły się w 1931 r. w porównaniu do 1930 r. o około 7 milj. zł., a w porównaniu do 1929 r. o 5 milj. zł.

Zestawienie dochodów Kasy w tych trzech latach daje następujące zestawienie:

	1929 r.	1930 r.	1931 r.
Składki	50.854.945 zł. — 94,2%	51.018.646 zł. — 91,7%	44.971.352 zł. — 91,8%
Kary	165.096 zł. — 0,3%	238.109 zł. — 0,4%	363.093 zł. — 0,8%
Odsetki	1.331.661 zł. — 2,5%	2.354.770 zł. — 4,2%	1.652.016 zł. — 3,4%
Zwroty z art. 48 ustawy	572.406 zł. — 1,0%	582.623 zł. — 1,1%	581.419 zł. — 1,2%
Czynsz za wynajem lokali	212.227 zł. — 0,4%	395.892 zł. — 0,7%	397.162 zł. — 0,8%
Różne dochody	866.015 zł. — 1,6%	1.070.835 zł. — 1,9%	977.440 zł. — 2,0%
Razem	54.002.350 zł. —100,0%	55.660.875 zł. —100,0%	48.942.483 zł. —100,0%

Wobec obniżenia dochodów władze Kasy zastosowały w tym stopniu kompresję budżetu, że rachunek działalności zamknięty został bez niedoboru. Kompresja ta była ułatwiona, gdyż w związku ze zmniejszeniem się liczby ubezpieczonych i członków rodziny uprawnionych do świadczeń, nastąpiło równocześnie pewne zmniejszenie się liczby świadczeń, porad lekarskich, zasiłków, leków i t. p. Ponadto pod tym względem wywarły dodatnie działanie inne jeszcze czynniki, a mianowicie: ogólne usprawnienie działalności całej instytucji, w szczególności wydajna praca stałych komisyj lekarskich, znaczne uświadomienie ubezpieczonych oraz systematyczne zwalczanie symulacyj i innych nadużyć; ogólna zaś obniżka wysokości zarobków wpłynęła również na zmniejszenie się wysokości zasiłków pieniężnych, wypłaconych w roku sprawozdawczym.

Wydatki Kasy wynosiły:

	1929 r.	1930 r.	1931 r.
Świadczenia	43.660.979 zł. — 80,9%	44.953.975 zł. — 80,7%	39.191.289 zł. — 80,1%
Rozbudowa lecznictwa związkowego	— —	501.094 zł. — 0,9%	510.186 zł. — 0,5%
Koszty administracji	3.898.902 zł. — 7,2%	4.062.543 zł. — 7,3%	4.078.159 zł. — 8,3%
Koszty ogólne	1.337.721 zł. — 2,5%	982.548 zł. — 1,8%	2.223.391 zł. — 5,0%
Odpisy na fundusz amortyzacyjny	775.784 zł. — 1,4%	394.922 zł. — 0,7%	417.102 zł. — 0,8%
Odpisy na fundusz zapasowy	4.328.964 zł. — 8,0%	4.765.793 zł. — 8,6%	2.522.356 zł. — 5,3%
Razem	54.002.351 zł. —100.0%	55.660.875 zł. —100,0%	48.942.483 zł. —100,0%

Podział wydatków na świadczenia według ich rodzajów przedstawiał się następująco:

	1929 r.	1930 r.	1931 r.
Zasiłki pieniężne	13.707.989 zł. — 31,4%	10.836.645 zł. — 24,1%	8.433.792 zł. — 21,5%
Leczenie w ambulatorjach i zakładach leczniczych	10.927.878 zł. — 25,0%	14.574.657 zł. — 32,4%	13.236.586 zł. — 33,8%
Środki lecznicze i opatrunkowe	7.420.843 zł. — 17,0%	8.168.086 zł. — 18,2%	6.724.894 zł. — 17,2%
Leczenie w szpitalach	10.997.489 zł. — 25,2%	10.046.148 zł. — 22,4%	9.489.685 zł. — 24,2%
Akcja profilaktyczna i propagandowa	— —	732.471 zł. — 1,6%	788.891 zł. — 2,0%
Przewóz chorych i lekarzy	606.780 zł. — 1,4%	595.968 zł. — 1,3%	517.441 zł. — 1,3%
Razem	43.660.979 zł. —100,0%	44.953.975 zł. —100,0%	39.191.289 zł. —100,0%

W powyższem zestawieniu uderza przedewszystkiem zmniejszanie się odsetka wydatków na zasiłki pieniężne, szczególnie wydane w 1930 r. Wypłacona w 1931 kwota zasiłków pieniężnych obejmuje ogółem 2.433.437 dni zasiłkowych.

W ambulatorjach i zakładach leczniczych udzielono ubezpieczonym i członkom ich rodzin 3.122.302 porad, ponadto 398.608 porad udzielono w domu chorego. Wśród wymienionych wyżej porad było 718.964 porad dentystycznych. Pozatem ubezpieczeni i członkowie ich rodzin otrzymywali pomoc w licznych zakładach specjalistycznych, a mianowicie: w zakładach przyrodoleczniczych — 30.152 chorych otrzymało 401.664 zabiegów leczniczych, w zakładach rentgenowskich 36.279 chorych otrzymało — 63.051 zabiegów rozpoznawczych i 3377 chorych — zabiegów leczniczych.

Porady udzielane były w ambulatorjach ogólnych, których w końcu roku 1931 posiadała Kasa Chorych — 28, w ambulatorjach fabrycznych — 38 i dentystycznych — 27 oraz w różnego rodzaju zakładach, służących do stosowania zabiegów leczniczych; zakłady te były następujące: przychodnia ortopedyczna, protezownia dentystyczna, zakład stomatologiczno-chirurgiczny, zakłady przyrodolecznicze — 4, zakłady rentgenowskie — 3. W przychodniach i zakładach było czynnych gabine-

tów lekarskich — 326, w przychodniach dentystycznych — 77 foteli. Dzienna liczba godzin ordynacji lekarzy, których Kasa zatrudniała 676, wynosiła — 1.740, a lekarzy dentystów (164) — 625.

Środki lecznicze i opatrunkowe udzielane były chorym przez apteki własne Kas. W końcu 1931 r. aptek tych działało 11, wykonały one 4.808.878 recept. Poza aptekami dostarczaniem środków leczniczych i opatrunkowych zajmowały się: wytwórnia chemiczno-farmaceutyczna, wytwórnia zastrzyków podskórnych, wytwórnia opasek.

Badania chemiczno-bakterjologiczne wykonywały trzy własne laboratorja. Ogółem wykonały one w 1931 r. — 139.617 badań.

W szpitalach i zakładach położniczych leczonych było w 1931 r. ogółem 26.351 ubezpieczonych i członków ich rodzin, którzy przebyli w szpitalach i zakładach — 554.558 dni leczenia.

Bilans Kasy w dniu 31 grudnia 1931 r. zamykał się kwotą 42.292.681 zł. Stan czynny składał się z następujących pozycyj:

Kasa	42.201 zł.
Lokaty	2.231.975 zł.
Należności od pracodawców z tytułu składek	24.212.095 zł.
Roszczenia wobec skarbu Państwa (art. 48 ustawy)	705.774 zł.
Wierzytelności	734.341 zł.
Weksle	180.916 zł.
Sumy do wyliczenia	508.671 zł.
Zapasy materjałów	1.927.758 zł.
Ruchomości	3.654.785 zł.
Nieruchomości	9.208.885 zł.
Razem	42.292.681 zł.

Stan bierny:

Zobowiązania	6.835.226 zł.
Przedpłaty składek	399.336 zł.
Akcepty (weksle własne)	360.000 zł.
Długi hipoteczne	1.634.500 zł.
Sumy do zwrotu	436.547 zł.
Fundusz amortyzacyjny	3.265.948 zł.
Fundusz zapasowy	29.361.124 zł.
Razem	42.292.681 zł.

W drugiej połowie roku sprawozdawczego władze i organy Kasy musiały poświęcić dużo pracy na akcję przygotowawczą do przyłączenia wszystkich agend powiatowych kas chorych z powiatów warszawskiego, garwolińskiego, grójeckiego, mińsko-mazowieckiego i radzymińskiego, które wymagało wchłonięcia tych kas w ten sposób, aby nie spowodowało to utrudnień dla ubezpieczonych, ani też żadnych wstrząsów w pracy instytucji. Dzięki starannemu przygotowaniu, przyłączenie wymienionych kas do Kasy Chorych m. Warszawy, przeprowadzone zostało z dniem 1 stycznia 1932 r. bez żadnych niepożądanych wstrząsów.

PROGRAM CENTRALNEGO ZWIĄZKU PRZEMYSŁU POLSKIEGO W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W ostatnich miesiącach Centralny Związek Przemysłu Polskiego w licznych publikacjach („Przegląd Gospodarczy", „Kurjer Polski" i inne wydawnictwa) przedstawiał i uzasadniał swój program gospodarczy.

Opierając się na tych publikacjach podajemy niżej w streszczeniu punkty programu, dotyczące ubezpieczeń społecznych.

Program sfer gospodarczych w dziedzinie ubezpieczeń społecznych podzielił Centralny Związek na dwie części: zagadnienie likwidacji zaległości składek ubezpieczeniowych i sprawa reformy systemu ubezpieczeń społecznych.

Pierwsze zagadnienie w oświetleniu programu przedstawia się następująco. Zaległe składki, podobnie jak i zaległe podatki, są ciężarem nadmiernie obarczającym i paraliżującym produkcję, która w najcięższym okresie kryzysu obok normalnych składek ubezpieczeniowych dźwiga na sobie brzemię około 200 milj. zaległości. Wśród tych 200 milj. zaległości około 130 milj. przypada na kasy chorych i na ubezpieczenie na wypadek braku pracy. Ze względu na konstrukcję finansową tych dwóch działów ubezpieczeń, w stosunku do ich zaległości składkowych może być zastosowana ta sama metoda, co w zakresie zaległości podatkowych. Polega ona przedewszystkiem na skreśleniu wszystkich ciążących na zaległościach odsetek i kar za zwłokę, gdy należności te nie będą mogły być nigdy zrealizowane. Likwidacja oczyszczonych w ten sposób zaległości polegać będzie na tem, że każdemu pracodawcy wpłacającemu składkę 90% wpłaty zaliczać się będzie jako pokrycie całych 100% wymiaru, pozostałe zaś 10% zużyte będzie na likwidację tąkiejże kwoty jego zaległości. Aby nie stwarzać premji dla pracodawców opieszałych, pracodawcy, którzy zaległości nie posiadają, dostawać będą bony, opiewające na 10% ich wpłaty i temi bonami będą mogli spłacać przyszłe składki po dwóch latach od daty ich wystawienia. W rozumieniu Centralnego Związku proponowany system likwidacji zaległości składkowych w ubezpieczeniach krótkoterminowych nie narazi na szwank ani interesów odpowiednich instytucji, ani ich działalności, t. j. świadczeń na rzecz ubezpieczonych.

W ubezpieczeniach długoterminowych ze względu na ich konstrukcję finasową Centralny Związek proponuje oprzeć likwidację zaległości na innych zasadach. Mianowicie zaległe składki (bez potrącania odsetek za zwłokę) na rzecz ubezpieczeń długoterminowych zostaną rozłożone na spłaty tak, aby żaden płatnik nie był obowiązany spłacać swych zaległości w sumie wyższej niż 10% składki bieżącej. Odsetki za zwłoki od spłacanych w ten sposób zaległych składek zostaną zredukowane do 4½% rocznie, t. j. do stopy, jaką przewidują plany ubezpieczeń dla ich rezerw kapitałowych.

Druga część programu Centralnego Związku, poświęcona sprawie reformy systemu ubezpieczeń społecznych oparta jest na następujących głównych zasadach:

1) ubezpieczenia społeczne są konieczne, należy szanować ich założenia, nie łamać zasad;

2) zadaniem ubezpieczeń społecznych powinno być zdjęcie ze społeczeństwa ciężaru utrzymywania jednostek, dotkniętych klęską życiową i stworzenie dla nich w tym celu pewnych rezerw, zapewniających minimum egzystencji; świadczenia w wypadkach klęski powinny być ograniczone do najściślejszego minimum — takiego tylko, aby dotknięta klęską jednostka mogła istnieć i nie stała się dla społeczeństwa ciężarem.

3) świadczenia socjalne powinny być dostosowane do poziomu możliwości produkcji; składka nie może przekraczać: w ubezpieczeniu na wypadek choroby — 4%, w ubezpieczeniu od wypadków — 1%, w ubezpieczeniu inwalidztwa i starości — 3%, w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia — 2%, razem 10% zarobku robotnika.

4) zakres świadczeń powinien być elastyczny, aby mogły być one przystosowane do zmieniających się warunków gospodarczych zarówno w sensie rozszerzającym jak i zwężającym.

Opierając się na powyższych zasadach Centralny Związek proponuje określić zakres świadczeń w sposób następujący:

1) ubezpieczenie na wypadek choroby

a) pomoc lecznicza udzielana w ciągu 26 tygodni ubezpieczonym i w ciągu 10 tygodni członkom ich rodzin,

b) zakres pomocy leczniczej określają statuty kas chorych w zależności od stanu zasobów kasy,

c) ścisłe wyszczególnienie osób, uznanych za rodzinę,

d) zasiłek pieniężny, udzielany w ciągu 26 tygodni w wysokości odpowiadającej 40% podstawowego zarobku, płatny za dni pracy i obliczany na podstawie przeciętnego zarobku z ostatnich 6 miesięcy; dla ubezpieczonych posiadających na utrzymaniu rodzinę zasiłek może być powiększony do 50% zarobku podstawowego,

e) zasiłek szpitalny udzielany tylko ubezpieczonym, mającym na utrzymaniu członków rodziny winien wynosić od 20 — 30% zarobku podstawowego,

f) wysokość zasiłku połogowego odpowiada zasiłkowi z powodu niezdolności do pracy; zwiększenie zasiłku może nastąpić na koszt budżetu państwowego,

g) wysokość zasiłku pogrzebowego ustalają statuty w sumie ryczałtowej w zależności od stosunków miejscowych,

h) wprowadzenie opłat za porady, lekarstwa i t. p. w wysokości oznaczonej w statutach kas.

W wypadku konieczności chronienia finansów kas przed załamaniem się, statuty kas mogą wprowadzać przejściowe obniżenie świadczeń w określonym stosunku i w określonej wysokości.

Ubezpieczenie od wypadków:

a) leczenie uszkodzonych w pierwszym okresie (13 tygodni) na rachunek kas chorych za zwrotem przez ubezpieczenie opłat, należnych od ubezpieczonego, dalsze leczenie w całości na koszt ubezpieczenia wypadkowego,

b) ograniczenie uszkodzeń, podlegających odszkodowaniu do co najmniej 20% niezdolności do pracy,

c) ograniczenie najwyższej renty do wysokości zasiłku z powodu niezdolności do pracy w ubezpieczeniu na wypadek choroby (maks. 50% zarobku podstawowego),

d) ustalenie stosunku rent wdowich i sierocych do renty wypadkowej tak, jak to jest w ostatnim projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem,

e) zniesienie zasiłku pośmiertnego.

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i na starość:

a) wymierzenie okresu wyczekiwania według ilości opłaconych składek, dla rent starczych ustalenie okresu wyczekiwania dwukrotnie dłuższego niż dla rent inwalidzkich,

b) wypłacanie zasiłków lub rent (inwalidzkich i starczych), przyczem wysokość zasiłków byłaby ustalana w zależności od stanu funduszów i wysokości zarobków w danym czasie i na danym obszarze, wysokość zaś renty byłaby ustalona jednolicie dla wszystkich ubezpieczonych w procentach średniego zarobku ubezpieczonego w wysokości nieprzekraczającej w najwyższym wymiarze kwoty, oznaczonej w zależności od średniego zarobku na danym obszarze i w danym czasie,

c) ustalenie wysokości zasiłków lub rent wdowich i sierocych w takim stosunku do rent starczych i na takich warunkach, jak to przewiduje ostatni projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

W stosunku do wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych proponuje Centralny Związek zastosowanie następujących zasad:

a) świadczenia nie mogą być pobierane równocześnie z dwóch tytułów,

b) świadczenia długoterminowe ulegają odpowiedniej redukcji, jeśli rencista pracuje zarobkowo,

c) świadczenia mogą być zmieniane przez państwową władzę wykonawczą tak, aby wydatek na nie utrzymywał się w granicach dochodów.

Reforma ubezpieczeń społecznych w Polsce, zdaniem Centralnego Związku, powinna być przeprowadzona stopniowo w trzech etapach:

a) etap I: reforma ubezpieczenia na wypadek choroby i od wypadków przy pracy (łącznie powinny być przeprowadzone reformy, dotyczące czasu pracy i urlopów),

b) etap II: reforma organizacji ubezpieczeń społecznych,

c) etap III: wprowadzenie ubezpieczenia robotników na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość.

Mimo, że jako drugi etap reformy ubezpieczeń społecznych przewidziana jest wyżej reorganizacja ich administracji, program Centralnego Związku nie podaje zasad, na jakich powinna by być ta reorganizacja przeprowadzona. Również nie zajmuje się projekt zupełnie ubezpieczeniem pracowników umysłowych.

Program Centralnego Związku omówimy obszerniej na łamach „Przeglądu" w najbliższym czasie.

SPRAWOZDANIE SPÓŁKI BRACKIEJ W TARNOWSKICH GÓRACH ZA ROK 1931

(Dokończenie)

Ubezpieczenie na wypadek choroby. Liczba ubezpieczonych w początku roku 94.504, w końcu roku 84.003.

Liczba członków w poszczególnych miesiącach roku 1931:

styczeń	94.317
luty	92.980
marzec	90.793
kwiecień	88.311
maj	86.035
czerwiec	84.165
lipiec	84.157
sierpień	83.582
wrzesień	84.551
październik	84.408
listopad	84.286
grudzień	84.003

Przynależność ubezpieczonych do poszczególnych stopni zarobkowych:

a) w początku roku:

stopień I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	razem
256	1.120	3.243	6.603	12.036	27.485	21.758	22.003	94.504
t. j. 0,27%	1,19%	3.43%	6,99%	12,74%	29,08%	23,02%	23,28%	100%

b) w końcu roku:

stopień I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	razem
163	734	2.618	5.997	12.112	28.663	19.202	14.534	84.003
t. j. 0,19%	0,87%	3,12%	7,12%	14,42%	34,12%	22,86%	17,30%	100%

Statystyka chorobowa. Z opieki lekarskiej wskutek zachorowania, połączonego z niezdolnością do pracy, korzystało członków:

	wskutek wypadku	wskutek choroby	razem	z tego ubyło wskutek śmierci	spensjonowania	polepszenia	wyzdrowienia	pozostało w kuracji w końcu roku
1) w lecznicach własnych . . .	11.120	21.668	32.788	310	539	3.433	26.505	2.001
2) w ambulatorjach przy lecznicach własnych	4.330	3.760	8.090	6	51	664	7.254	115
3) u lekarzy okręgowych	207	8.772	8.979	—	—	—	8.963	16

Czas trwania chorób:	z wypadku ogółem dni	zwykłych	z wypadku w tem dni z poborem zasiłku	zwykłych
1) w lecznicach własnych	278.597	559.748	258.302	554.728
2) w ambulatorjum przy lecznicach własnych	58.821	52.160	57.623	51.239
3) u lekarzy okręgowych	1.617	82.877	1.547	80.883
razem	339.035	694.785	317.472	686.850
	1.033.820		1.004.322	

Na jedno zachorowanie przypadało:

	ubezpieczonych		dni choroby		dni poboru zasiłku	
			w wskutek			
	wypadku	choroby	wypadku	choroby	wypadku	choroby
1) w lecznicach własnych	8,31	4,29	26,66	27,64	24,72	27,39
2) w ambulatorjach przy lecznicach własnych	20,94	24,57	14,19	14,76	13,90	14,50
3) u lekarzy okręgowych	425,49	10,26	7,93	9,80	7,58	9,56
ogółem	5,87	2,72	22,91	21,80	21,45	21,55
	1,86		22,15		21,52	

Na jednego ubezpieczonego przypadało:

	zachorowań		dni choroby		dni poboru zasiłku	
			w wskutek			
	wypadku	choroby	wypadku	choroby	wypadku	choroby
1) w lecznicach własnych	0,12	0,23	3,21	6,45	2,98	6,39
2) w ambulatorjach przy lecznicach własnych	0,05	0,04	0,68	0,60	0,66	0,59
3) u lekarzy okręgowych	0,002	0,10	0,02	0,95	0,02	0,93
ogółem	0,17	0,37	3,91	8,00	3,66	7,91
	0,54		11,91		11,57	

W ogólnej przeciętnej rocznej chorowało codziennie na 100 ubezpieczonych:

wskutek wypadku	1,07
„ choroby	2,19
razem	3,26

Pozatem leczono:

1) w lecznicach obcych 74 członków przez 6.241 dni, w tem dni z poborem zasiłku 6.241;

2) w ambulatorjach przy lecznicach własnych zdolnych do pracy 25.727 członków przez 54.952 dni.

Poza członkami leczono we własnych lecznicach:

żon członków	3.103	przez dni	54.734
dzieci członków	1.613	„ „	31.338
inwalidów	428	„ „	8.087
żon inwalidów	289	„ „	5.608
dzieci inwalidów	111	„ „	2.273
wdów	257	„ „	5.216
sierot	103	„ „	2.299
obcych chorych	2.070	„ „	61.958
Razem	7.974	przez dni	171.513

Wydatki na świadczenia. Tytułem zasiłku chorobowego wydatkowano (przy uwzględnieniu zwrotów):

	razem	na jeden dzień poboru zasiłku
na członków żonatych, przyjętych do lecznic (zasiłek domowy)	2.575.243,74 zł	4,40 zł
na członków samotnych, przyjętych do lecznic (zasiłek kieszonkowy)	266.847,95 zł	1,14 zł
na członków, leczonych ambulatoryjnie	1.223.301,25 zł	6,39 zł
razem	4.065.419,94 zł	4,02 zł

Łączne koszty leczenia i utrzymania wynosiły przeciętnie:

	na 1 dzień choroby jednego członka	na 1 wyp. zachor. jednego członka	na 1 członka wogóle
1) w lecznicach	9,67 zł	263,93 zł	93,35 zł
2) w ambulatorjach przy lecznicach	5,08 zł	73,40 zł	6,49 zł
3) u lekarzy okręgowych	8,98 zł	87,61 zł	8,75 zł
wogóle	9,12 zł	201,96 zł	108,59 zł

Opieki dentystycznej udzielono:

	liczba wypadków	liczba dni konsultacji	nakładem kosztów
członkom	21.294	80.186	
osobom z rodzin członków	19.918	69.220	
razem	41.212	149.406	192.358,92 zł

Poza zasiłkiem chorobowym wypłacono tytułem świadczeń gotówkowych:

	liczba wypadków	w łącznej wysokości	przeciętnie na 1 wypadek
1) dla członków:			
a) pośmiertne	457	136.779,00 zł	299,30 zł
b) połogowe dla członkiń	50	15.748,56 zł	314,97 zł
c) wsparcia dobrowolne	381	8.322,50 zł	21,84 zł
2) dla rodzin członków:			
a) pogrzebowe dla żon	299	35.520,00 zł	118,80 zł
b) pogrzebowe dla dzieci	2.072	124.295,00 zł	60,00 zł
c) połogowe	9.768	745.126,75 zł	76,28 zł

Z kuracji letniskowej i zdrojowej korzystało w 1931 r. 452 członków razem przez 12.219 dni, kosztem 143.236,26 zł, 45 żon członków przez 1.196 dni, kosztem 13.739 zł, 696 dzieci przez 20.659 dni, kosztem 93.903,97 zł.

Do bezpłatnej pomocy lekarskiej za opłatą połowy kosztów za leki miało prawo 60.362 żon i 119.049 dzieci członków. Koszty tej pomocy, która stanowi świadczenie pozaustawowe, wynosiły 866.563,63 zł. Oprócz tego udziela Spółka Bracka również zasiłków chorobowych wyższych, aniżeli tego wymaga ustawa. Wartość świadczeń ponadustawowych z tego tytułu wynosiła okrągło 1.240.000 z.

Ubezpieczenie pensyjne. Liczba członków Kasy Pensyjnej, która wynosiła w początku roku sprawozdawczego 81.874,, w tem 3.103 kobiet, spadła do końca roku do 75.781, w tem 2.458 kobiet.

Ruch członków w poszczególnych miesiącach 1931 r. przedstawiał się następująco:

styczeń	81.861	członków
luty	80.874	,,
marzec	79.080	,,
kwiecień	77.059	,, —
maj	75.809	,,
czerwiec	74.843	,,
lipiec	75.355	,,
sierpień	74.841	,,
wrzesień	76.042	,,
październik	76.092	,,
listopad	76.071	,,
grudzień	75.781	,,

Pod koniec 1931 r. 75.781 członków należało do:

Klasy zarobk.	I	II	II	IV	V	VI	razem
członków	338	2.692	1.882	3.461	16.063	51.345	75.781
t. j. %	0,45	3,55	2,48	4,57	21,20	67,75	100

Świadczenia. Głównem zadaniem ubezpieczenia pensyjnego jest udzielanie inwalidom, wdowom i sierotom brackim bieżących pensyj, na który to cel wydano w roku sprawozdawczym 24.074.717,11 zł.

Pozatem udziela Kasa Pensyjna również daleko idących świadczeń rzeczowych na wypadek zachorowania.

Do pomocy lekarskiej na rachunek Kasy Pensyjnej miało prawo w końcu 1931 r. okrągło 25.000 inwalidów, 20.000 żon i 14.000 dzieci poniżej lat 16, tudzież 17.450 wdów i 9.000 sierot.

Koszty pomocy lekarskiej, udzielonej inwalidom i ich rodzinom bądź to przez lecznice brackie, bądź to przez brackich lekarzy okręgowych, bądź to przez obcych lekarzy, wynosiły razem 672.586,71 zł.

Poza bieżącemi świadczeniami pensyjnemi wypłaciła Kasa Pensyjna tytułem świadczeń gotówkowych:

	liczba wypadków	razem zł.	za 1 wypadek zł.
1) tytułem pogrzebowego:			
a) dla inwalidów	779	93.471,75	120,00
b) dla inwalidek, żon inwalidów i wdów	875	87.542,51	100,00
c) dla dzieci inw. i sierot	90	4.485,00	50,00
2) tytułem odprawy wdowiej	116	64.751,60	558,20
3) tyt. dobrowolnych świadczeń:			
a) bieżących	857	77.008,75	89,86
b) jednorazowych	140	3.221,97	23,01
razem	2.857	330.481,58	115,67

Przyczyny spensjonowania. Przeniesienie w poczet inwalidów (spensjonowanie) miało następujące przyczyny:

		u mężczyzn	u kobiet	razem
I	obrażenia zewnętrzne	135	1	136
II	gruźlica płuc i rak	115	6	121
III	choroba narządów oddechowych	432	15	447
IV	,, ustroju naczyń krwionośn.	701	13	714
V	,, ustroju nerwowego	85	8	93
VI	,, narządów ruchu	86	3	89
VII	niemoc (podeszły wiek)	957	49	1.006
VIII	a) choroby zakaźne i pasorzytne (z wyjątkiem gruźlicy i raka)	31	—	31
	b) choroby oczu	28	3	31
	c) ,, uszu	5	—	5
	d) ,, narządów trawienia	29	1	30
	e) ,, ,, moczowych	10	—	10
	f) ,, inne	15	2	17
	ogółem	2.629	101	2.730

Stan finansowy, budżet, majątek. Dochody i rozchody, preliminowane i efektywne, przedstawiają się następująco:

w Kasie Chorych

dochody		rozchody	
prelimin.	efekt.	prelimin.	efekt.
17.897.406,45 zł	18.431.364,21 zł	17.897.406,45 zł	18.353.831,81 zł

w Kasie Pensyjnej

25.742.486,73 zł	24.992.476,74 zł	25.742.486,73 zł	26.442.194,76 zł

Łączny majątek Spółki Brackiej na dzień zamknięcia 1931 r. wynosił:

w Kasie Chorych	w Kasie Pensyjnej	razem
11.650.387,74 zł	39.998.961,12 zł	51.649.348,86 zł
w tem płynnej gotówki		
5.034.620,44 zł	3.480.544,57 zł	8.515.165,01 zł

Wykresy. Z bogato wyposażonego działu graficznego Sprawozdania Spółki Brackiej dowiadujemy się m. in., że: z pośród członków Kasy Chorych, według stanu z końca 1931 r., przypadało 74.964 wzgl. 90,31% na kopalnie węgla kamiennego, 5.552 wzgl. 6,69% na huty (ryc. 4);

składki brackie obciążały produkcję węglową w następującym stosunku:

na 1 tonnę wydobytego węgla przypadało (razem 0,57 zł
„ 1 „ zbytego węgla przypadało (razem) 0,64 „
„ 1 dniówkę i 1 robotnika przypadało (razem) 0,86 „ (ryc. 7)

dochód całoroczny na 1 członka wynosił:

w Kasie Chorych 212,35 zł, w tem dochód ze składek 184,07 zł
„ Pensyjnej 324,68 zł, w tem dochód ze składek 280,83 zł

rozchód całoroczny na 1 członka wynosił:

w Kasie Chorych 211,45 zł, w tem rozchód na świadcz. 196,13 zł
„ Pensyjnej 343,61 zł, w tem rozchód na świadcz. 325,85 zł (ryc. 9)

ze świadczeń przypadało:

w Kasie Chorych 69,26% na świadczenia rzeczowe, 30,74% na świadczenia gotówkowe,

w Kasie Pensyjnej 2,69% na świadczenia rzeczowe, 97,31% na świadczenia gotówkowe (ryc. 10);

na 100 członków Kasy Chorych przypada w przeciętnej rocznej każdego czasu 3,26 chorych, z tego 2,19 chorych wskutek zwykłych przyczyn 1,07 chorych wskutek wypadku (ryc. 14);

frekwencja w lecznicach brackich wahała się od 48,8% (w Tarnowskich Górach) do 86,6% (w Rydułtowach) (ryc. 15);

na inwalidę przypadało pod koniec 1932 r. 6,28 członków czynnych Kasy Pensyjnej; pod koniec 1931 r. już tylko 2,04 członków czynnych Kasy Pensyjnej (ryc. 17);

przeciętna miesięczna pensja inwalidzka w 1931 r. wynosiła:

wszystkich kategoryj inwalidów	60,55 zł
inwalidów zwyczajnych	66,40 „
inw. zwyczajnych po 1 stycznia 1929 r.	73,70 „

przeciętna miesięczna pensja wdowia w 1931 r. wynosiła:

wszystkich kategoryj wdów	27,95 zł
wdów zwyczajnych	33,70 „
wdów zwyczajnych po 1 stycznia 1929 r.	35,75 „

przeciętny miesięczny zasiłek sierocy w 1931 r. wynosił:

wszystkich sierot	8,25 zł
sierot bez ojca	8,00 „
sierot bez obojga rodziców	11,20 „

(ryc. 18 i 19).

Jonda.

KRONIKA ZAGRANICZNA

POLSKO NIEMIECKA UMOWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM.

Rada Rzeszy Niemieckiej (Reichsrat) przyjęła na posiedzeniu plenarnem w dniu 12 stycznia 1933 r. projekt ustawy o ratyfikacji przez Niemcy polsko-niemieckiej umowy o ubezpieczeniu społecznem z dnia 11 czerwca 1931 r. Oprócz umowy polsko-niemieckiej Rada Rzeszy przyjęła również projekty ratyfikacji analogicznych umów z Czechosłowacją i Francją, w rezultacie czego wszystkie te umowy znajdą się już w najbliższym czasie na porządku obrad parlamentu Rzeszy (Reichstagu). W ten sposób Niemcy przystępują, coprawda z półtorarocznem opóźnieniem, do ratyfikacji umowy ubezpieczeniowej z Polską.

Jest zjawiskiem wysoce charakterystycznem, że ostatnio zwłaszcza frakcja komunistyczna Reichstagu wystąpiła z usilną akcją za ratyfikacją przez Niemcy umowy ubezpieczeniowej tak z Polską jak i z Francją.

Zaprojektowanie ratyfikacji obu wspomnianych umów, zarówno polsko-niem. jakoteż umowy niem.-franc. (zawartej w połowie 1932 r.), która pośrednio reguluje w bardzo wydatny sposób uprawnienia ubezpieczeniowe robotników polskich, którzy wyemigrowali z Niemiec do Francji, otwiera widoki na rychłe i całkowite załatwienie ze strony Niemiec uprawnień wszystkich robotników polskich wobec niemieckich ubezpieczeń społecznych.

MAŁE WALNE ZGROMADZENIE CENTRALI ZWIĄZKÓW KAS CHORYCH I TOWARZYSTW POMOCY WZAJEMNEJ.

W dniach od 22-go do 24-go września 1932 r. odbyło się w Genewie małe Walne Zgromadzenie Centrali Związków Kas Chorych i Towarzystw Pomocy Wzajemnej, w którem wzięło udział 47 delegatów z ramienia 27 związków centralnych Belgji, Niemiec, Austrji, Francji, Szwajcarji i Czechosłowacji.

Na porządku obrad Centrali, którym przewodniczył senator Jauniaux (Belgja) postawione było zagadnienie organizacji kasowej służby lekarskiej, któremu poświęcono osobne sprawozdanie, przedłożone Centrali przez sekretarjat, a omówione poprzednio na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" (Nr. 11, 1932 r., str. 347).

Debaty w tej sprawie, którą sekretarz Centrali p. Stein określił jako centralne zagadnienie ubezpieczenia na wypadek choroby, przeprowadzono w formie dyskusji ogólnej i dyskusji szczegółowej.

Dyskusja ogólna uwidoczniła zasadniczo podobne ujęcie zagadnień kasowej służby lekarskiej u przedstawicieli wszystkich krajów. Stwierdzają oni zgodnie, że — może nie bez wpływu przeżywanego obecnie kryzysu gospodarczego — zmienia się z biegiem czasu na korzyść wzajemny stosunek pomiędzy kasami chorych a lekarzami. Lekarze uświadamiają sobie coraz bardziej, że — jak to stwierdza delegat czechosłowacki, konsul Votruba — ich losy zawodowe i gospodarcze wiążą się jaknajściślej z ubezpieczeniem na wypadek choroby. Stworzenie odpowiedniego kompromisu pomiędzy interesami kas chorych i lekarzy nie wydaje się w chwili obecnej tak trudne, jak się to wydawało jeszcze kilka lat temu. Zupełnie zgodna była też opinja wszystkich uczestników Konferencji co do konieczności przekształcenia — pod kątem widzenia potrzeb ubezpieczeń społecznych — uniwersyteckich studjów lekarskich, które zgodnie z rezolucją, przedłożoną przez senatora Johanisa (Czechosłowacja), a uzupełnioną przez prez. Lehmanna (Niemcy), powinnyby objąć obowiązkowe studjum ubezpieczeń społecznych, higjeny społecznej i medycyny społecznej. Rezolucja podkreśla, że zmiana w tym kierunku studjów lekarskich będzie połączona z dużym pożytkiem tak dla samych lekarzy, jak i dla instytucyj ubezpieczeniowych i ubezpieczonych.

Konsul Votruba przeciwstawił negatywnemu stosunkowi dawnej generacji lekarskiej do kas chorych poglądy panujące wobec ubezpieczenia na wypadek choroby w młodem pokoleniu lekarskiem w Czechosłowacji. Podkreślił, że lekarz kasowy, który dzierży klucz do kasy ubezpieczenia na wypadek choroby, musiał zmienić swoje ustosunkowanie się do tego działu ubezpieczeń społecznych.

Lehmann (Niemcy) stwierdził, że jeżeli kryzys nie oddziałał w Niemczech bardziej niekorzystnie na stan zdrowia mas pracujących, to należy to przypisać przedewszystkiem, według zgodnej opinji wszystkich czynników zainteresowa-

mywani z opieki społecznej, którzy w słabym tylko stopniu korzystają z pomocy lekarskiej. Główny dotąd punkt sporny między lekarzami i kasami chorych, sprawa wysokości honorarjum lekarskiego, straciła w ostatnim czasie dawne swe znaczenie. Lekarze zdają sobie bowiem z tego sprawę, że przy zmniejszających się dochodach kas chorych, muszą być zkolei obniżone również i honorarja lekarskie. Drugie wielkie sporne między kasami chorych i lekarzami zagadnienie, to sprawa systemu pomocy lekarskiej. Wolny wybór lekarza należy uważać za niedopuszczalny, ponieważ nadmiernie obciążyłby gospodarczo kasy chorych. Przemiana lekarskiej służby kasowej na system pracy ściśle urzędniczej budzi również pewne wątpliwości, nie dając się pogodzić z indywidualistycznem nastawieniem lekarzy; to też międzynarodowa organizacja zawodowa lekarzy sprzeciwia się systemowi określanemu jako „fixiertes Kassenarztsystem". W Niemczech obrano drogę pośrednią, wybierając ostatnio system ograniczonego wolnego wyboru lekarzy z pomiędzy dopuszczonych do praktyki kasowej. Nakoniec Dr. Lehmann proponuje Centrali podjęcie prac nad zbadaniem wpływu kryzysu na stan zdrowia ubezpieczonych i bezrobotnych.

Radca Bruggman (Szwajcarja) widzi w zagadnieniu honorarjum główny punkt sporny kasowej służby lekarskiej.

Broni z całym naciskiem stanowiska, że można zapobiec nadużyciom w ubezpieczeniu choroby tylko w tym wypadku, gdy honorarja lekarskie opłacane są za pośrednictwem kas chorych, a nie bezpośrednio przez ubezpieczonych.

Dr. Bukowsky (Czechosłowacja) podkreśla różnicę pomiędzy pierwotną, ściśle indywidualistyczną koncepcją ubezpieczenia na wypadek choroby, które miało na celu tylko wyleczenie powstałych już chorób, a obecną jego koncepcją społeczną, zmierzającą do zapobiegania chorobom, usuwania ich przyczyn, a w szczególności zwalczania chorób społecznych. W świetle nowoczesnych zasad rozszerzonego w tym duchu ubezpieczenia na wypadek choroby, wydaje się, że tylko zorganizowana lekarska służba kasowa może podołać społeczno-lekarskim jego zadaniom.

Senator Johanis akcentuje również ze swej strony doniosłość takiego lub innego ukształtowania honorarjów lekarskich. Doświadczenie wykazuje, że przyznawanie honorarjum za poszczególne świadczenia lekarskie, doprowadza do znacznego podrożenia kosztów pomocy lekarskiej. Na plan pierwszy wysuwa się dziś pozatem w ubezpieczeniu na wypadek choroby sprawa świadczeń dla bezrobotnych.

Prof. Aznar (Hiszpanja) wyraża zdanie, że należy dążyć tu do wyświetlenia trzech kwestyj: 1) Czy ubezpieczenie na wypadek choroby może ograniczyć się do pokrywania świadczeń pieniężnych, które ubezpieczeni przeznaczaliby na pokrycie kosztów pomocy lekarskiej i lekarstw? 3) Czy właściwy jest system angielski, polegający na oddzieleniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych i powierzeniu ich odrębnym instytucjom? 3) Jakie rezultaty dała ustawa francuska, która przewiduje, że kasy chorych ani nie wypłacają bezpośrednio honorarjów lekarzom, ani też nie sprawują nad nimi nadzoru.

W dyskusji na ten temat wypowiedział się szerzej p. André (Francja). P. André stwierdza, że początkowo kasy chorych francuskie zadowoliły się powierzeniem nadzoru nad służbą lekarską organizacjom zawodowym lekarskim. Obecnie przechodzą one do nadzoru we własnym zakresie za pośrednictwem lekarzy zaufania i swych lokalnych organów. Kasy dążą narazie do utrzymania zasady wolnego wyboru lekarzy, która możliwa jest jednak w istocie rzeczy tylko pod warunkiem, że wybór najlepszego i najbardziej doświadczonego lekarza nie pociąga za sobą większego wzrostu kosztów pomocy lekarskiej. To też jak długo ubezpieczeni muszą ponosić część kosztów pomocy lekarskiej, nie może być mowy o prawdziwym wolnym wyborze lekarzy. We Francji dąży się ostatnio coraz bardziej do rozbudowy systemu lecznictwa zapobiegawczego. Pozatem we Francji uwidocznia się — jak to podkreśla gen. sekr. Grasset — tendencja do przyznania świadczeń leczniczych również i po upływie 6 miesięcznego leczenia tym wszystkim, którzy po upływie tego okresu nie uzyskali prawa do świadczeń inwalidzkich.

Punkt centralny dyskusji szczegółowej stanowiło zagadnienie systemu lekarskiego. W dyskusji tej wypowiedziała się znaczna większość uczestników konferencji przeciw systemowi wolnego wyboru lekarzy. Sen. Jauniaux podkreślił, że socjalistyczne towarzystwa pomocy wzajemnej belgijskie zwalczają ten system zdecydowanie. Doprowadza on bowiem do hojnego i niczem nieuzasadnionego szafowania świadczeniami lekarskiemi, obciążającego finansowo ubezpieczenie na wypadek choroby. System ten uniemożliwia wszelkie przewidywania wydatków. Dał on jaknajgorsze wyniki w belgijskiej pomocy dla gruźlików. Zwłaszcza przy pomocy lekarskiej specjalistycznej staje się ten system finansowo nie do utrzymania. Dr. Pleskot (Czechosłowacja) stwierdza, że tak nieograniczony jak i ograniczony system wolnego wyboru lekarzy powoduje, że lekarz w dużej mierze ulega presji chorych, zwłaszcza o ile otrzymuje odszkodowanie za poszczególne świadczenia, czy też za poszczególne wypadki; tylko zasada ryczałtowego odszkodowania obliczonego na głowę ubezpieczonego umożliwia oszczędną gospodarkę kasową. System stałego zatrudnienia przez kasę lekarzy wydaje się najkorzystniejszy; twierdzenie, jakoby przy tym systemie odpadała tendencja do dalszego fachowego dokształcania się lekarzy, wydaje się nieuzasadnione.

Lehmann podkreśla, że robotnicy niemieccy 50 lat temu bronili również wolnego wyboru lekarzy, ale z biegiem czasu przekonali się, że w kasach chorych, które posiadają zawsze ograniczone środki finansowe, system ten nie nadaje się do zastosowania. Jedynym bardzo zresztą wstrzemięźliwym i umiarkowanym obrońcą systemu wolnego wyboru lekarzy był Buisson (Francja), który tłumaczył stanowisko francuskich robotników, sprzyjających temu systemowi, względami natury psychologicznej, a w szczególności doświadczeniami w zakresie stosowania francuskiej ustawy wypadkowej z r. 1906, która powierzała pomoc lekarską urzędowym lekarzom prywatnych towarzystw asekuracyjnych. Zwłaszcza w kasach fabrycznych, które zachowała niestety ustawa francuska, system lekarzy urzędowych musiałby wzbudzać zrozumiałe zastrzeżenia. Błędna byłaby zresztą opinja, jakoby wszystkie francuskie związki kas chorych występowały za wolnym wyborem lekarzy. Wobec tego, że system ten został przez ustawę przyjęty, muszą się one tylko starać o to, by dać sobie z nim jakoś radę.

Dyskusja co do zawierania umów między kasami chorych, a lekarzami nie wniosła żadnych ciekawszych momentów. Okrass (Niemcy) przedstawił oparty na ostatnich Notverordnungen system zbiorowych umów pomiędzy kasami chorych, a lekarzami, podkreślając, że około 90% wolnopraktykujących lekarzy dopuszczonych zostało do praktyki w kasach chorych. Podobnie i wymiana zdań co do honorarjów lekarskich nie ujawniła żadnych nowych okoliczności zasadniczej natury. Zasługuje tylko na podkreślenie fakt, że, wypowiadając swe zdanie o udziale chorych w pokryciu kosztów pomocy lekarskiej, Okrass zajął stanowisko mało przychylne opłatom za poradę lekarską. Przyznając, że opłaty te są skutecznym hamulcem przeciw nadużyciom, stwierdził jednak, że oddziaływują one o tyle niekorzystnie, że nakładają na chorych dodatkową składkę i to wtedy, gdy pokrycie dodatkowych wydatków sprawia im największą trudność. Gisiger (Szwajcarja) informował W. Zgromadzenie o szczególnych trudnościach, ja-

kie wywołało w Szwajcarji ustalenie przez kasy chorych listy leczniczych środków specjalistycznych, dopuszczonych w kasach chorych. To też proponuje, by Centrala zajęła się sprawą dopuszczenia do praktyki kasowej środków specjalistycznych.

Następne Walne Zgromadzenie, które na zaproszenie związków francuskich odbędzie się według wszelkiego prawdopodobieństwa w jesieni 1933 r. w Paryżu, zajmie ostateczne stanowisko we wszystkich tych sprawach lekarskiej praktyki kasowej, w których przeprowadzono w Genewie pierwszą, wstępną dyskusję.

KONGRESY KAS UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH WE FRANCJI.

Instytucje powołane do wykonywania ubezpieczeń społecznych we Francji zostały utworzone bądź przez władze publiczne, bądź z inicjatywy prywatnej. Podczas ostatnich kongresów towarzystwa wzajemnej pomocy oraz kasy ubezpieczeniowe, utworzone przez organizacje wzajemnej pomocy (Etats généraux de la mutualité), a również kasy stworzone przez samorzutne ugrupowania ubezpieczonych (Kongres narodowy robotniczych kas ubezpieczeń społecznych) — zajęły stanowisko wobec głównych zagadnień, jakie wyłaniają się w związku z wykonywaniem ubezpieczeń społecznych.

Konferencja ogólna organizacyj wzajemnej pomocy (Etats généraux de la mutualité).

Stanowisko kas wzajemnej pomocy wyrażone zostało w następujcych rezolucjach, przyjętych przez Konferencję ogólną organizacyj wzajemnej pomocy, która odbyła się w Paryżu w d. 18 i 19 września 1932 r.

Obowiązek ubezpieczenia i potrącanie składek. „Konferencja ogóln. organizacyj wzajemnej pomocy, uważając, że obowiązek ubezpieczenia i potrącanie składek stanowią w obecnym stanie rzeczy zasadnicze podstawy normalnego systemu ubezpieczeń społecznych,

„Stwierdza formalnie przyjęcie przez organizacje wzajemnej pomocy tych dwuch wielkich zasad ogólnych i uważa całkowite utrzymanie ich w ustawodawstwie za konieczne...".

Pozatem Konferencja ogólna aprobuje akcję publiczną prowadzoną przeciwko zakładom, przeciwstawiającym się ustawie, i wyraża życzenie, aby z całą energją byli ścigani pracodawcy, uchylający się od swych zobowiązań, przyczem najsurowsze kary powinny być stosowane do wszystkich, którzy pobrawszy zgóry składki samowolnie ich nie wpłacili.

Zarząd poszczególnych ryzyk i udzielanie świadczeń. Organizacje wzajemnej pomocy zgromadzone na swej Konferencji ogólnej, trwając w opinji, której nie przestają bronić od lat dziesięciu zgóry:

„Ubolewają, że stosowanie ustawy z 1930 r. dało powód do krytyki, uzasadnionej przez zbytnią formalistykę i brak swobody w wykonywaniu jej;

„Dziękują autorom wniosków i projektów ustawodawczych, dążących do utrzymania przy stosowaniu ustawy, roli, ducha i tradycyjnych metod towarzystw wzajemnej pomocy;

„Stwierdzają ponownie jednomyślną zgodę co do zasad podstawowych warunkujących ich współpracę, któremi są: 1) przyznanie towarzystwom i związkom towarzystw wzajemnej pomocy swobody w bezpośredniem zarządzaniu poszczególnemi ryzykami na korzyść swych ubezpieczonych społecznie członków, w ramach własnych statutów wzajemnej pomocy; 2) swobodne zużytkowywanie funduszów i zysków, zgodnie z postanowieniami ustawy o towarzystwach wzajemnej pomocy, z zastrzeżeniem kontroli technicznej i finansowej i potrącania składek na korzyść funduszów solidarności społecznej; 3) wolna reasekuracja towarzystw wzajemnej pomocy we własnym zakresie kas wzajemnej pomocy, pod jedynym warunkiem zgrupowania dostatecznej liczby członków.

Współpraca z ciałem lekarskiem. „Organizacje wzajemnej pomocy głęboko przejęte swą naturalną rolą obrony swych członków i ich rodzin i uznając doniosłość rezultatów już osiągniętych ze współpracy ciała lekarskiego przy stosowaniu ustawy o ubezpieczeniach społecznych,

„Oświadczają gotowość zbadania łącznie z niem warunków, w jakich system obecny mógłby być ulepszony, aby móc udzielać ubezpieczonym coraz skuteczniejszej opieki lekarskiej, wyraźnie przytem zastrzegając, że przyjęte zarządzenia będą zabezpieczały słuszne interesy materjalne ubezpieczonych i nie będą w niczem naruszały postanowień ustawy z d. 1 kwietnia 1898 r. o towarzystwach wzajemnej pomocy".

Kongres narodowy robotniczych kas ubezpieczeń społecznych.

Kongres federacji narodowej robotniczych kas ubezpieczeń społecznych odbył się w Lille w d. 30 września do 2 października 1932 r.

Przyjęte rezolucje specjalny nacisk kładą na konieczność utrzymania zasady obowiązku ubezpieczenia i potrącania składek, ustalenia jednolitego systemu zarządu poszczególnych ryzyk, świadczeń i kontroli dla wszystkich kas ubezpieczonych i stworzenia systemu przejściowego, polepszającego los pracowników starych.

Obowiązek ubezpieczenia i potrącanie składek. Kongres ponownie stwierdza swe przywiązanie do ubezpieczeń społecznych i do zasad, które leżą u podstawy tej wielkiej reformy.

„Wobec uporczywości kampanij, prowadzonych przeciwko ustawie z najperfidniejszą złą wiarą, kongres zwraca się z apelem do klasy robotniczej i do jej organizacyj w celu obrony tej humanitarnej i wysoce dobroczynnej ustawy.

„Zważywszy, że bez obowiązku ubezpieczenia i potrącania składek, nie może być prawdziwych ubezpieczeń społecznych, kongres uważa, że obowiązek wymaga, dla obrony praw osób ubezpieczonych, odpowiednich środków kontroli ze strony władz publicznych i zapewnienia członkom korzyści równoznacznych z temi, które daje ustawa z 1930 r.

Czy to, gdy chodzi o stworzenie systemu przywilejów, prowadzącego do nieporządku, pozostawiającego ubezpieczonych w nieświadomości przysługujących im praw i utrudniającego niezbędną kontrolę — przez niepożądany nawrót do ustawodawstwa o towarzystwach wzajemnej pomocy, czy też, gdy chodzi o zawieszenie stosowania ustawy lub powrotu do ubezpieczenia dobrowolnego, wszystkie te usiłowania stanowią niebezpieczeństwa, które opór klasy robotniczej powinien zwalczać.

„Kongres uważa za cios śmiertelny dla ubezpieczeń społecznych wszelką reformę, któraby naruszała: zasadę obowiązku ubezpieczenia i potrącania składek; przyznawanie lub udzielanie świadczeń w naturze; równouprawnienie wszystkich kas ubezpieczeniowych; wolny wybór przez ubezpieczonych kasy oraz prawo ich do udziału w zarządzie; kontrolę finansową kas ubezpieczeniowych.

„Kongres wzywa wszystkich prawdziwych przyjaciół ubezpieczenia społecznego, ażeby podwoili energję w obronie tych zasad i w walce przeciw próbom sabotażu, jakie są przygotowywane".

Opieka lekarska. „Kongres, uważając, że stosowanie ustawy o ubezpieczeniach społecznych wykazało niedostateczność zbiorowych środków walki z chorobami, zarówno w zakresie lecznictwa szpitalnego jak w zakresie organizacji zapobiegania chorobom zawodowym oraz ich leczenia,

„wzywa Federację narodową wzajemnych ubezpieczeń robotniczych, ażeby wpłynęła na opinję i wystąpiła do władz w porozumieniu, o ile to możliwe, z komitetem porozumiewawczym

kas ubezpieczeń społecznych, by rząd podał jaknajszybciej do wiadomości swój plan sanitarny i aby parlament zakończył rozpatrywanie ustaw z zakresu hygjeny społecznej, nad któremi dyskusja trwa od długiego szeregu lat: ochrona dzieci, zdrowie publiczne, inspekcja lekarska uczniów, obowiązkowe zgłaszanie syfilisu, gruźlicy, zakaz odnajmowania niezdrowych mieszkań, walka z znachorstwem i t. d....".

Pracownicy starzy i system przejściowy. „Kongres uważa za prawdziwe zaprzeczenie wszelkiej sprawiedliwości nędzne położenie, w jakiem znajdują się dziś pracownicy starzy, którzy w chwili wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniach społecznych przekroczyli już właściwą granicę wieku.

„Pracownicy starzy, którzy całym swym pracowitym żywotem przyczynili się do dobrobytu ogólnego, nie mogą być odpowiedzialni za wahania się parlamentu, któremu trzeba było dziesięciu lat na uchwalenie ustawy.

„Byłoby zgoła nieprzyzwoitością pozostawić ich na pastwę nędzy wówczas, gdy parlament uchwalił emerytury dla dawnych kombatantów, nawet tych, których uprzywilejowane położenie stawia poza nawiasem stosowania ustawy o ubezpieczeniach społecznych.

„Kongres żąda od wszystkich członków parlamentu naprawienia tej niesprawiedliwości przez przyjęcie w razie potrzeby — potrzebnych zmian w systemie finansowym ustawy".

(„Informations sociales, Nr. 8/XLIV, 32).

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W HISZPANJI.

Zakres ustawodawstwa z dziedziny ubezpieczeń społecznych obejmował dotychczas w Hiszpanji zaledwie dwa działy, a mianowicie ubezpieczenie na starość na mocy ustawy z 11.3.1919 r. i ubezpieczenie na wypadek miecierzyństwa na mocy dekretu z 22.3.1929 r. Oba te działy ubezpieczenia prowadzone są przez Narodowy Instytut Przezorności Społecznej przy współudziale lokalnych kas pomocniczych.

Prądy republikańskie przystąpiły do szeroko pomyślanej rozbudowy ubezpieczeń społecznych, której pierwszym etapem jest niżej omówiona reforma ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, przeprowadzona w roku ubiegłym.

Ubezpieczeniom społecznym poświęcony jest art. 46 nowej konstytucji, przewidujący objęcie ubezpieczeniem wszystkich ryzyk związanych z pracą.

Konstytucja zawiera ponadto w art. 65 i 76 zobowiązanie do ratyfikowania wszystkich konwencyj, dotyczących ochrony pracowników najemnych. Zgodnie z tą zapowiedzią Kortezy ratyfikowały dn. 5.4.1932 r. obie konwencje z 1927 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ministerstwo Pracy ogłosiło równocześnie wytyczne zasady rozbudowy ustawodawstwa ubezpieczeniowego i wykonania zobowiązać, płynących z ratyfikowanych konwencyj. Wytyczne te, obok omówionej niżej reformy ubezpieczenia od wypadków, przewidują wprowadzenie w pierwszym rzędzie ubezpieczenia chorobowego, dalej zaś opracowanie projektu ustawy o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i śmierci, uwzględniającego wyniki 16 międzynarowej Konferencji Pracy. Wreszcie rozpatrzone ma być zagadnienie scalenia wszystkich gałęzi ubezpieczeń społecznych z wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek braku pracy, które zostało pominięte w ogłoszonych wytycznych.

Instytut Przezorności ogłosił ostatnio sprawozdanie, ilustrujące działalność ubezpieczenia na starość w ciągu pierwszego dziesięciolecia działania ustawy. Sprawozdania te obejmują okres od wejścia w życie ustawy w lipcu 1921 r. do końca 1931 r.

Ubezpieczenie na starość jest obowiązkowe dla wszystkich pracowników najemnych, mężczyzn i kobiet, w wieku od 16 do 65 lat, których zarobek roczny nie przekracza 4.000 pesetów [1]). Ubezpieczeni, którzy wstąpili do ubezpieczenia przed 45 rokiem życia, nabywają prawo do renty po ukończeniu 65 lat w wysokości 365 pesetów [2]) rocznie, o ile byli bez przerwy ubezpieczeni. W razie przerw w ubezpieczeniu wysokość renty jest stosunkowo mniejsza. Osoby, które zostały objęte ubezpieczeniem w wieku 45 do 65 lat nie nabywają praw do renty; ubezpieczenie stanowi dla tej grupy osób tylko szczególny system oszczędnościowy.

Liczba ubezpieczonych w obu grupach stale wzrasta. W roku 1922 w pierwszej grupie (do 45 lat) ubezpieczonych było 700 tys. osób, w 1926 już 2 milj., z końcem 1929 r. blisko 3 milj., z końcem 1931 r. 3,478 tys. W grupie drugiej (45 do 65 lat) w 1922 r. 130 tys., w 1926 r. — 300 tys., w 1929 r. ponad 400 tys., z końcem 1931 r. 514 tys. Łącznie w obu grupach z końcem 1931 roku ubezpieczonych było 4 miljony osób.

Koszty ubezpieczenia pokrywają składki pracodawców i dopłata państwowa. Składka jest jednolita. Składka pracodawcy wynosi 36 pesetów, dopłata państwa 12 pesetów rocznie za jednego ubezpieczonego.

W myśl przepisów ustawy pierwsze renty starcze mogą być przyznane od 1.7.1941 r. Obecnie świadczenia ograniczają się zatem do zwrotu składek w wypadku śmierci ubezpieczonego przed powstaniem prawa do renty oraz do nielicznych rent inwalidzkich, wypłacanych wyłącznie na podstawie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia.

Wpływy z tytułu składek i dopłat państwa oraz wydatki na świadczenia w ciągu ubiegłego dziesięciolecia ilustruje następująca tablica:

Rok	Wpływy	Wydatki
	pesetów	
1921 — 1922	27.150.254	15.639
1923	58.520.071	53.904
1924	93.375.324	237.142
1925	133.883.894	407.534
1926	177.720.667	718.432
1927	224.724.997	1.062.230
1928	275.804.747	1.234.856
1929	331.696.885	1.334.990
1930	390.135.386	3.424.376
1931	443.960.527	2.911.432

Ponadto tytułem składek na dobrowone ubezpieczenie wpłynęło począwszy od 1925 r. łącznie 4 milj. pesetów.

Na podstawie powyższego zestawienia należałoby przypuszczać, że rezerwy finansowe, mające zasadnicze znaczenie w tem ubezpieczeniu, opartem na systemie pełnego pokrycia kapitałowego świadczeń, wynoszą około 1,5 do 2 miljardów pesetów. Tymczasem sprawozdanie Instytutu Przezorności za 1931 r. wykazuje na dzień 31.XII. 1931 r. majątek w wysokości 536,354,460 pesetów, a więc mniej niż połowę nadwyżki wpływów z ostatnich tylko trzech lat! Ten stan rzeczy musi budzić niepokój o dalsze losy ubezpieczenia, tembardziej, że i sposób ulokowania majątku nasuwa duże wątpliwości — tak co do jego rentowności jak i przedewszystkiem możności upłynnienia, a nawet bezpieczeństwa (papiery przemysłowe). Połowa majątku ulokowana jest w papierach państwowych, a mianowicie pożyczkach państwowych (200 milj. pes.) i bonach kolejowych (66 milj. pes.). Z kolei 124 milj. pes. wynoszą pożyczki na cele społeczne (budownictwo mieszkalne, inwestycje sanitarne i lecz-

[1]) 2.920 zł.; 100 pesetów = około 73 zł. [2]) około 260 zł.

nicze i t. p.), pozostałe 128 mil. pes. — po potrąceniu wartości nieruchomości w sumie 185 mil. pes. — stanowią pożyczki dla gmin (15 mil.), papiery przemysłowe (52 mil.), pożyczki hipoteczne (50 mil.) i inne drobniejsze lokaty.

Być może, że niepewny stan finansowy tego działu ubezpieczenia jest jednym z bodźców dla dążeń wyrażonych w wytycznych Ministra Pracy.

Ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa zapewnia pomoc lekarską i akuszeryjną w czasie ciąży i połogu oraz świadczenia pieniężne w czasie obowiązkowego zaprzestania pracy w ciągu 6 tygodni po połogu. Na zasadzie świadectwa lekarskiego może ubezpieczona przerwać pracę i uzyskać świadczenia pieniężne już na 6 tygodni przed spodziewaną datą połogu. Wysokość świadczeń jest jednak niezależna od długości okresu zaprzestania pracy; świadczenia pieniężne wynoszą bowiem zawsze po 15 pesetów za każdą opłaconą w ciągu poprzednich trzech lat składkę trymestralną. Dla zapewnienia pomocy lekarskiej nie tworzy się własnego aparatu lekarskiego, Instytut Przezorności ma w tym celu zawrzeć umowy z organizacjami lekarskiemi, aptekarskiemi i akuszerek. Umowy te ustalić mają nietylko wysokość wynagrodzeń lecz i rzeczowy zakres pomocy lekarskiej.

Ubezpieczeniu podlegają wszystkie kobiety w wieku od 16 do 50 lat, objęte ubezpieczeniem na starość. Składka roczna wynosi 15 pesetów, płacona jest trymestralnie i obciąża pracodawcę i pracownicę po połowie. Pozatem państwo dopłaca po 50 pesetów za każdy połóg. Do świadczeń na rzecz ubezpieczenia pociągnięte są i gminy, zobowiązane do wstawiania w swoich budżetach kwot na pokrycie kosztów opieki lekarskiej dla ubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń z tytułu opieki społecznej w danej gminie.

Ustawa przewiduje utworzenie pod egidą Instytutu Przezorności instytucji opieki nad macierzyństwem i dzieckiem, jednak nie zapewnia dla tych instytucyj stałych źródeł dochodu, nakazuje bowiem tylko zużycie na ten cel części nadwyżek budżetowych i obiecuje subsydja państwowe, proporcjonalne do tych nadwyżek.

Do prowadzenia agend ubezpieczenia w poszczególnych miejscowościach powołane są najrozmaitszego typu organizacje, w zależności od stosunków lokalnych, a mianowicie w kolejności: organizacje wzajemnej pomocy, komitety opieki nad dzieckiem, lokalne komitety oświaty powszechnej, gminne komitety hygieny, delegacje Izby pracy, agencje towarzystw asekuracyjnych, a wreszcie — w braku innych możliwości — sami pracodawcy.

Ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków przy pracy pierwsze stało się, jak wyżej wspomniano, przedmiotem przeprowadzanej przez republikę hiszpańską reformy.

Jeszcze w 1928 r. rząd królewski ratyfikował konwencję międzynarodową z 1925 r. o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, jednak do chwili wybuchu rewolucji rząd nic nie uczynił dla dostosowania ustawodawstwa krajowego do postanowień konwencji. Dopiero rząd republikański po potwierdzeniu ratyfikacji konwencji, dokonanem w 1931, przystąpił do zreformowania ubezpieczenia od wypadków na nowych zasadach wydając szereg ustaw w tej sprawie, z których ostatnia, dotycząca organizacji ubezpieczenia, nosi datę 1 lipca 1932 r. Nowe przepisy wchodzą w życie po ogłoszeniu — w ciągu 3 miesięcy — jednolitego tekstu ustawy i wydaniu — w ciągu 6 miesięcy — rozporządzeń wykonawczych, a więc najdalej z dniem 1 stycznia b. r.

Dotychczas odszkodowanie za wypadki przy pracy normowała III część hiszpańskiego kodeksu pracy z 1926 r. Kodeks ten, jako zasadniczą formę odszkodowania, przewidywał wypłatę przez pracodawcę jednorazowego odszkodowania pieniężnego, które tylko w razie śmierci pracownika mogło być pod pewnemi warunkami zastąpione przez dożywotnie pensje na rzecz pozostałych członków rodziny. Ryzyko tych odszkodowań mógł pracodawca ponosić bądź samodzielnie, bądź też mógł przystępować do instytucyj wzajemnych ubezpieczeń pracodawców (spółek patronalnych) lub ubezpieczać się od tego ryzyka w prywatnych towarzystwach, które na prowadzenie tego działu ubezpieczeń musiały uzyskiwać zezwolenie Ministra Pracy.

Nowe ustawodawstwo wprowadza trzy zasadnicze nowe zasady: przymus ubezpieczenia, utworzenie powszechnej publicznej instytucji ubezpieczeniowej i oparcie odszkodowań przedewszystkiem na rentach.

Nałożonemu przez ustawę obowiązkowi ubezpieczenia wszystkich pracowników od nieszczęśliwych wypadków przy pracy może pracodawca zadośćuczynić, bądź przez ubezpieczenie w powszechnej Kasie Narodowej, bądź w drodze ubezpieczenia w instytucji wzajemnego ubezpieczenia pracodawców lub w prywatnej instytucji ubezpieczeniowej.

Kasa Narodowa ubezpieczenia od wypadków zostaje utworzona, jako instytucja autonomiczna, przez Narodowy Instytut Przezorności. Na jej czele stoi rada zarządzająca, złożona z przedstawicieli pracowników i pracodawców, pod przewodnictwem prezesa Instytutu Przezorności. Kasa Narodowa korzysta ze współpracy kas lokalnych, współdziałających z Instytutem Przezorności przy przeprowadzaniu ubezpieczeń na starość i na wypadek macierzyństwa.

Kasa Narodowa w porozumieniu z spółkami patronalnemi ustalić ma klasyfikację przedsiębiorstw według stopnia ryzyka oraz odpowiednią taryfę składek, przewidującą możność zwiększenia lub zmniejszenia składki w zależności od stopnia zaopatrzenia przedsiębiorstwa w urządzenia ochronne. Ustalanie i rewizja taryfy składek należy do rady zarządzającej Kasy. Rząd w porozumieniu z Kasą Narodową ustali minimalną taryfę składek dla instytucyj prywatnych i spółek patronalnych, stosowanie niższych stawek przez te instytucje będzie niedopuszczalne.

Renty wypłacać ma tylko Kasa Narodowa. Instytucje prywatne i spółki patronalne w razie zajścia wypadku, powodującego powstanie prawa do renty, w ubezpieczonem u nich przedsiębiorstwie, wpłacają do Kasy Narodowej jednorazowo kapitał, potrzebny dla ufundowania powstałej renty. Pozatem instytucje te zobowiązane są do wpłacenia kaucji — w wysokości określonej w rozporządzeniach wykonawczych — jako zabezpieczenie przyjętych zobowiązań.

Pracownicy przedsiębiorstw, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, są uważani za ubezpieczonych z mocy samego prawa. W wypadkach, gdy pracodawca zaniedba obowiązku ubezpieczenia, odszkodowania za wypadki wypłaca i zabezpiecza specjalny fundusz gwarancyjny. Fundusz ten ma następujące źródła dochodu: a) kary pieniężne, nakładane za naruszenie przepisów ustawy, b) subsydja państwowe, umieszczane corocznie w budżecie, c) sumy uzyskane tytułem regresu od pracodawców, którzy zaniedbali obowiązku ubezpieczenia, d) wartości kapitałowe rent w wysokości 15% zarobku, wpłacane w razie, o ile niema uprawnionych do renty członków rodziny ubezpieczonego, zmarłego wskutek wypadku, e) wreszcie składki roczne instytucyj ubezpieczonych, w wysokości ustalonej przez Ministra Pracy na wniosek Kasy Narodowej, w zależności bądź od wysokości pobranych składek, bądź kapitałowej wartości przyznanych rent.

Przechodząc do omówienia systemu świadczeń należy podkreślić, że nowe prawo wprowadza jako zasadniczą formę odszkodowania wyłącznie renty. Wypłata jednorazowego odszkodowania kapitałowego lub częściowe skapitalizowanie rent następować może tylko w wyjątkowych wypadkach, w razie istnienia gwarancji celowego użycia kapitału.

Wymiar rent w stosunku do zarobków przedstawia się następująco:

A. W razie niezdolności do pracy:

W razie trwałej niezdolności zupełnej	50%
W razie trwałej i zupełnej niezdolności do pracy w zawodzie dotychczasowym lecz nie do wszelkiej pracy	37,5%
W razie przejściowej, częściowej niezdolności do pracy w zawodzie dotychczasowym	25%

B. W razie śmierci:

O ile zmarły pozostawił wdowę z dziećmi lub wnukami, lub tylko dzieci albo osierocone wnuki albo małoletnie rodzeństwo, będące na jego utrzymaniu . . .	50%
O ile pozostawił wdowę bezdzietną	25%
O ile pozostawił przynajmniej dwoje rodziców lub dalszych wstępnych, 60-letnich lub niezdolnych do pracy	20%
O ile pozostawił tylko jedno z rodziców lub dalszych wstępnych	15%

Wszystkie renty dla członków rodziny oraz odszkodowania kapitałowe są niezależne od praw spadkowych i wolne od wszelkich podatków i opłat.

W razie konieczności stałej opieki osób trzecich lub innych starań specjalnych dla poszkodowanego przyznaje nowa ustawa prawo do dodatku do renty. Wysokość tego dodatku w razie sporu ustalają sądy, właściwe dla spraw z zakresu ubezpieczenia od wypadku; dodatek ten nie może przekraczać połowy zasadniczego świadczenia.

Nowe ustawodawstwo rozszerza również nieco zakres świadczeń rzeczowych. Według prawa z 1926 r. pracodawca obowiązany był do dostarczenia pomocy lekarskiej do czasu stwierdzenia przez świadectwo lekarskie możności powrotu do pracy. Obecnie pracodawca zobowiązany będzie również do dostarczenia poszkodowanemu pomocy chirurgicznej. Wreszcie nowe ustawodawstwo przyznaje poszkodowanym prawo żądania dostarczenia i normalnego odnawiania protez, podczas gdy, pozostające zresztą częściowo w mocy, dotychczasowe przepisy, dotyczące przeszkalania i protezowania ofiar wypadków przy pracy miały charakter fakultatywny.

R. G.

ZNIESIENIE PEŁNOMOCNICTW RZĄDU RZESZY NIEMIECKIEJ W DZIEDZINIE USTAWODAWSTWA SPOŁECZNEGO.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z dn. 4 września 1932 r. o ożywieniu życia gospodarczego dało Rządowi Rzeszy daleko idące pełnomocnictwa w zakresie ustawodawstwa społecznego, a między innemi również w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

Na podstawie tego rozporządzenia Rząd Rzeszy upoważniony został do wydania zarządzeń, dotyczących wszystkich działów ubezpieczeń społecznych. Z pełnomocnictwa tego Rząd Rzeszy niejednokrotnie czynił użytek, na jego podstawie wydane też zostało rozporządzenie z dn. 19/X.32 r., podwyższające świadczenia społeczne (p. „Przegląd Ubezpieczeń Nr. 11/1932 r. str. 346). Tak daleko idące prerogatywy Rządu Rzeszy wywołały poważną opozycję i Reichstag na posiedzeniu w dn. 17 grudnia 1932 r. uchwalił ustawę, która zniosła ustęp rozp. Prez. Rzeszy z dn. 4 września 1932 r., dotyczący pełnomocnictw dla Rządu Rzeszy w dziedzinie ustawodawstwa społecznego.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

DIE AERZTLICHE BEGUTACHTUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG (Opinja lekarza w ubezpieczeniu na wypadek choroby) — Helmut Lehmann und Eduard Mosbacher. Berlin, 1932. str. 376.

Znane wydawnictwo „Soziale Medizin" wydało książkę pod powyższym tytułem, o czem doniósł już „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" w krótkiej notatce.

Książka składa się z dwóch zasadniczych części: ubezpieczeniowej i lekarskiej. Przedmowę do niej napisał Helmut Lehmann, dyrektor Głównego Związku Kas Chorych. W opracowaniu pierwszej części wzięli udział najwybitniejsi rzeczoznawcy ubezpieczeniowi, a w drugiej — najlepsi klinicyści, wszyscy dobrze obeznami z potrzebami i wymaganiami ubezpieczenia chorobowego. To też książka ma pierwszorzędną wartość zwłaszcza dla lekarzy, jednak nietylko lekarzy administracyjnych, ale i dla lekarzy leczących. Przedmiotem dzieła jest orzecznictwo w ubezpieczeniu chorobowem, uwzględnia zaś równocześnie zagadnienie ekonomicznego lecznictwa w kasach chorych.

Pojęcie orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu na wypadek choroby było dotychczas ujęte dość wąsko, w pracy tej zbiorowej otrzymuje treść szerszą. Lekarz kasowy nie uświadamia sobie, że położenie podpisu na karcie zasiłkowej stanowi orzeczenie, które winno być wynikiem długiego szeregu rozważań o chorobowych zmianach, stwierdzonych u chorego. Z tej czynności lekarza wynikają konsekwencje dla chorego. Nie zawsze jednak lekarz o tem pamięta. Niejednokrotnie lekarz kasowy bez skrupulatnego rozważania, może z motywów czysto ludzkich, filantropijnych, czasem i wygody, kładzie swój podpis na karcie zasiłkowej. — Kwestja orzecznictwa w ubezpieczeniu chorobowem stała się dlatego sprawą nader wrażliwą. Autor ma na myśli stosunki niemieckie, w Kasach Chorych w Polsce raczej przebija się tendencja odwrotna.

W każdym razie lekarz kasowy powinien posiadać wiadomość, że jako szafarz publicznych środków drogą orzecznictwa ma do spełnienia społeczne i higieniczne zadania. Lekarz, jako osoba orzekająca, odpowiedzialny jest nietylko wobec swego sumienia, ale także wobec społeczeństwa. Nie jest wystarczającem, jeśli lekarz kasowy jest tylko tęgim lekarzem. Musi on również opanować materjał z zakresu medycyny ubezpieczeniowej. A więc powinno wiedzieć, jakie ma obowiązki z tytułu umowy, musi wiedzieć, jakie pretensje ma ubezpieczony do kasy, co kasa może świadczyć, co na podstawie swojej struktury i ustawy wolno jej wogóle świadczyć. Powołaniem lekarza jest nietylko uwolnienie chorych od ich cierpień. Byłoby pogwałceniem zasad społecznej medycyny, gdyby lekarz chciał uspokoić chorego zapisaniem jakiejś miksturki. Chwilowo to może być tanią rzeczą. Są lekarze kasowi, którzy sądzą, że najtańsza ordynacja jest najlepsza. Jednokowoż zawsze rozstrzygać musi celowość, a nie taniość. Jeżeli lekarz może terepeutycznemi zabiegami usunąć przyczynę chorobową, musi stosować takie środki, które są najskuteczniejsze. Sama cena nie może rozstrzygać. To samo odnosi się do djagnostycznych środków. Błędnie postępuje lekarz, jeżeli ze względów oszczędnościowych nie stosuje koniecznych badań. Taka oszczędność jest błędna. Trzeba umieć znaleźć właściwą drogę. Podręcznik ten ma służyć lekarzom jako drogowskaz postępowania.

Przy ocenie niezdolności do pracy musi lekarz pamiętać, że ma przed sobą nietylko chorego, lecz także ubezpieczonego, który chce realizować swoje uprawnienia. Lekarz musi rozstrzygać, czy pretensje jego są uzasadnione. Nie każdy, kto ze stanowiska medycyny jest chory, jest równocześnie niezdolny do pracy w sensie prawa ubezpieczeniowego. Nie rozchodzi się wyłącznie o uznanie chorego niezdolnym do pracy, ale głównie o zastosowanie takiej terapji, która uczyni chorego jak najszybciej zdrowym.

Omawiany zbiór prac „orzecznictwo w ubezpieczeniu chorobowem" jest właściwie stosowaną wiedzą; nie jest wyczerpującym podręcznikiem lekarskim, ale raczej przewodnikiem w zawiłych ścieżkach społecznej medycyny.

Helmut Lehmann pyta się, jakie są ubezpieczeniowo-prawne podstawy działalności lekarza kasowego.

Lekarz na przed sobą chorych. Chorym w myśl poglądu ubezpieczeniowo-prawnego jest ten, kto wykazuje zmiany swego normalnego fizycznego lub umysłowego stanu, które wyraźnie ograniczają jego zdolność do pracy, a to ograniczenie można usunąć lub złagodzić leczeniem.

O ile nie można się spodziewać żadnego wyniku z leczenia, nie istnieje wówczas choroba w sensie ubezpieczeniowo-prawnym.

Zmiany odbiegające od normalnego stanu muszą wyraźnie występować. Objawy chorobowe może lekarz nieraz gołem okiem spostrzec np. obrzęki, zewnętrzne rany i t. d.; może je wykryć badaniem mechanicznem, chemicznem lub fizykalnem. Mogą również istnieć cierpienia chorobowe, choć przedmiotowe badanie nie potwierdziło skarg ubiezpieczonego.

Lekarz musi już sam rozstrzygnąć, czy twierdzenia ubezpieczonego są wiarogodne. Stary spór, czy tylko stan przedmiotowy, czy także podmiotowe zaburzenia ubezpieczonego mogą być podstawą dla kasowego orzecznictwa lekarskiego. Doświadczenie w praktyce kasowej i praktyczne doświadczenie życiowe muszą rozstrzygać, czy należy udzielić pomocy lekarskiej, czy istnieje próba wprowadzenia w błąd lekarza. Społecznego rozważania, ludzkiego współczucia nie należy wykluczać.

Prof. Wichmann w rozdziale: „Służba lekarza zaufania" poruszając problem orzecznictwa powiada, że przy orzekaniu o zdolności do pracy powinien lekarz uwzględnić dający się stwierdzić przedmiotowy stan chorobowy, ale również i podmiotowe skargi, które są nie mniej ważne i ten „autoplastyczny obraz chorobowy Goldscheidena należy uwzględnić nie tylko przy stosowaniu leczenia, lecz także w prawno-ubezpieczeniowem orzecznictwie chorego".

Zapobieganie — według twierdzenia Lehmanna — nie należy do świadczeń kasy chorych, w przeciwieństwie do praktyki kasowej w Polsce, która dość szeroko tę gałęź medycyny stosuje i świadczy.

Prof. Wichmann obszernie omawia zadanie lekarza zaufania, w Polsce rolę tę piastuje lekarz administracyjny (lekarz naczelny, obwodowy i t. d.). Przytacza również najważniejsze wyjątki z umowy z lekarzami, szczegółowo wymienia obowiązki lekarzy kasowych w stosunku do chorych, rozmiaru i zakresu leczenia, o zapisywaniu lekarstw i t. p.

Dr. Hirschberg, kierownik ambulatorjum w Charlottenburgu szczegółowo zajmuje się zagadnieniem oszczędnego zapisywania lekarstw. Dr. Mosbacher podaje wytyczne uchwalone przez państwowy wydział dla spraw lekarzy i kas chorych przy stosowaniu elektro-fizykalnych metod leczenia, uzupełniając je wyjaśnieniami ze swojej strony.

Przytoczone zasady oszczędnego lecznictwa mogą mieć zastosowanie nie tylko dla kas chorych w Niemczech, ale nie mniej i w Polsce zwłaszcza, gdy Kasy nasze przechodzą poważne przesilenie finansowe.

Prof. Chajes omawia znaczenie leczenia chorób zawodowych, sam jest kierownikiem stacji dla badań chorób zawodowych w Berlinie i w r. 1930 przesunęło się przez tę stację 3.000 przypadków chorób zawodowych, a w tem było 40% chorób skórnych. Prof. Chajes zajmuje się w swej pracy głównie rozpoznawaniem skórnych chorób zawodowych, zatruciami ołowiem. Poświęca wiele uwagi młodocianym robotnikom, którzy powinni podlegać regularnej lekarskiej obserwacji, by na czas się uchronić od szkodliwych następstw zawodowej pracy, jak skrzywienia kręgosłupa, rozpoczynającej się choroby płucnej, zawodowych chorób skórnych i wielu innych cierpień.

Docent medycyny ubezpieczeniowej dr. Reckzeh, lekarz naczelny miejscowej kasy chorych w Berlinie, omawia wskazanie do leczenia klimatyczno-zdrojowego robotników i pracowników umysłowych.

Po tej ogólnej części następują prace najwybitniejszych klinicystów niemieckich, a w nich na pierwszym planie są uwzględnione wytyczne dla orzecznictwa i wskazania do oszczędnego leczenia.

Prof. Dr. Rosin omawia choroby narządu krążenia, Basedowa, otyłości i narządu oddechowego.

Prof. Dr. Strauss zajmuje się chorobami żołądka i jelit, zaburzeniami żółci i wątroby, chorobami krwi, cykrzycą i chorobami nerek.

Dr. Ulrici, dyrektor szpitala dla chorych gruźliczych miasta Berlina omawia głównie podstawy orzecznictwa i niezdolności do pracy przy gruźlicy płucnej, nadto podaje wskazania i przeciwwskazania do leczenia sanatoryjnego, a wszystko pod kątem ekonomicznej gospodarki w kasach chorych.

Dr. Kroner szczegółowo opisuje cierpienia gośćcowe, jak powinny być rozpoznawane i leczone w kasach chorych.

O chorobach dzieci pisze Dr. Langer.

Prof. Dr. Schultz zajmuje się zagadnieniem chorób nerwowych i psychicznych w kasach chorych. Najważniejsze wyjątki z chirurgji opisuje znany prof. Dr. Kuester.

Prof. Dr. Kreuz przedstawia krótki zarys zasad leczenia i zabiegów ortopedycznych w kasach.

Prof. Dr. Lieppmann, dyrektor Instytutu dla badań ustroju kobiety, autor wielu cennych prac, jak „Seminarjum ginekologiczne", „Seminarjum położnicze", „O poronieniu", „Psychologja kobiety", omawia znaczenie orzecznictwa chorób ginekologicznych w ubezpieczeniu chorobowem, zwłaszcza, że nie rzadko liczba kobiet w kasie przeważa nad liczbą mężczyzn.

Dziedzinę urologji omawia również znany w świecie naukowym prof. Dr. Casper.

Potem następują rozdziały o chorobach skórnych i wenerycznych, o żylakach; ostatnie rozdziały poświęcone są chorobom usznym, nosa i krtani oraz chorobom oczu.

W ten sposób otrzymał niemiecki lekarz kasowy nader pożyteczny podręcznik z zakresu orzecznictwa kasowego i ekonomicznego lecznictwa. Byłoby pożądanem, by podręcznik ten w polskiem tłomaczeniu dostał się również do rąk polskiego lekarza kasowego.

Dr. H. K.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BRAKU PRACY I OPIEKA PUBLICZNA.

Pod powyższym tytułem został ogłoszony w grudniowym zeszycie „Revue Internationale du Travail" artykuł J. Cohena, stanowiący przeróbkę jego referatu na posiedzeniu komisji technicznej Międzynarodowego Związku Postępu Społecznego, które odbyło się w lipcu roku ubiegłego.

Artykuł ten, mówiąc słowami samego autora, ma na celu

nie bezstronną ocenę różnych metod walki ze skutkami bezrobocia, ale osądzenie tych metod, które są niewłaściwe.

Cohen rozpatrzył różne formy tej walki: organizację robót publicznych, opiekę publiczną oraz ubezpieczenie na wypadek braku pracy i przedstawia ich dobre i złe strony w następujący sposób.

Jakkolwiek zorganizowanie robót publicznych w okresie kryzysu, aby dostarczyć w ten sposób, na podstawie dobrowolnej umowy, pracy bezrobotnym, jest rzeczą racjonalną, to jednak ta metoda nie jest ani najtańszą, ani najskuteczniejszą. Przedewszystkiem roboty publiczne kosztują drożej niż pomoc bezpośrednia dla bezrobotnych. Wchodzą tu w grę koszty narzędzi i materjałów, koszty pożywienia, mieszkania i transportu sił roboczych. Poza tem może zachodzić obawa czy zatrudnieni przy robotach publicznych bezrobotni nie stanowią konkurencji dla jeszcze aktywnych pracowników i nie powodują przez to wzrostu braku pracy. Zresztą roboty publiczne mogą zatrudnić tylko część bezrobotnych, a przeto nie można wyrzec się stosowania i innych metod walki z skutkami bezrobocia.

Porównywując metody opieki publicznej i ubezpieczenia, autor uważa, że to ostatnie stoi wyżej od opieki publicznej. W ubezpieczeniu granice pomocy materjalnej są ściśle określone, nie zależą od uznania organów jej udzielających oraz od warunków moralnych, którym przy opiece musi odpowiadać pobierający świadczenia. Świadczenia ubezpieczeniowe stanowią prawo podmiotowe ubezpieczonego, opieka publiczna pociąga za sobą obywatelskie capitis deminutio i zdeklasowanie. Co do tego ostatniego punktu możnaby niezupełnie zgodzić się z autorem, gdyż z istoty opieki społecznej bynajmniej nie wynika, jako konieczna konsekwencja, utrata praw obywatelskich i nie przez wszystkie ustawodawstwa była przewidziana.

Cohen omawia dalej sprawę biur pośrednictwa pracy, na których opierać się musi każda akcja pomocy bezrobotnym. Bezrobocie nie jest zjawiskiem lokalnem i dlatego biura pośrednictwa pracy muszą być zorganizowane według planu państwowego, a nie lokalnego. Opieka publiczna, opierając się na świadczeniach, udzielanych przez organizacje lokalne, pociąga za sobą nierównomierne obciążenie ludności z tego tytułu. Niektóre gminy są przeciążone podatkami, z których znaczna część idzie na cele opieki publicznej. Ten stan w konkretnych wypadkach był nawet przyczyną przejścia od systemu lokalnej opieki publicznej do systemu ogólno-państwowego ubezpieczenia. Autor powtarza, że ubezpieczenie daje prawo do stałej sumy świadczenia, podczas gdy opieka publiczna uzależnia wysokość sum od różnych okoliczności, przyczem sumy te są różne w poszczególnych okręgach. Gminy biedne płacą mniejsze świadczenia, a bezrobotny nie wie w jakiej wysokości je otrzyma. Momenty nawet czysto polityczne (przynależność partyjna, zbliżające się wybory) odgrywają, zdaniem Cohena, niejednokrotnie rolę przy ustalaniu planu opieki publicznej przez władze lokalne. Robotnicy stronią od opieki publicznej, z której korzystają starcy bez środków do życia, umysłowo chorzy, opuszczone dzieci i t. p. Zwracają się do niej dopiero po całkowitem wyprzedaniu się i wyniszczeniu, gdy inne źródła pomocy zawodzą.

Wypadki, wywołane przez kryzys światowy, spowodowały konieczność przeprowadzenia głębokich zmian zarówno w dziedzinie opieki publicznej, jak i w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Obok świadczeń ubezpieczeniowych państwo i władze lokalne muszą przyjść z pomocą pieniężną bezrobotnym. Wskutek niemożności przewidywania rozmiarów bezrobocia trzeba zmieniać wysokość świadczeń i składek. Z drugiej strony pomoc z tytułu opieki publicznej staje się prawem bezrobotnego. W ten sposób obydwie te instytucje asymilują się, ubezpieczenie uzupełnia opiekę publiczną, opieka publiczna państwa i gmin uzupełnia ubezpieczenie.

Autor rozpatruje dalej warunki, jakim musi odpowiadać ryzyko, aby mogło stać się przedmiotem ubezpieczenia. Musi ono być ściśle oznaczonem, musi istnieć możliwość jego obliczenia z pewną dokładnością, wielka ilość jednostek winna być przez nie zagrożona, ryzyko powinno stanowić niebezpieczeństwo, przed którem zagrożeni pragną się uchronić. Pozatem wszystkie opinje są zgodne co do tego, że wydatki z tytułu ubezpieczenia nie mogą trwale przekraczać wpływów. Cohen wyraża pogląd, że ryzyko braku pracy odpowiada wszystkim powyższym wymogom z wyjątkiem jednego — ryzyko to nie może być obliczone z pewną dokładnością. W okresie powojennym brak pracy występuje jako zjawisko masowe, nieprzewidziane i dlatego metody ubezpieczeniowe nie są w tym wypadku wystarczające.

Naogół można się zgodzić z powyższemi wywodami. Nie sądzimy jednak, aby brak możliwości kalkulacyjnych był istotną przyczyną trudności zastosowania systemu ubezpieczeniowego na polu walki ze skutkami bezrobocia. Aby ryzyko było, że się tak wyrazimy, „ubezpieczalne", oprócz innych cech, o których mówi Cohen, musi ono odznaczać się nie tylko właściwościami, które pozwalają na jego ujęcie rachunkowe (przedewszystkiem powtarzalność zjawiska), ale musi występować w sposób odosobniony, to znaczy, musi dotykać niezbyt wielką ilość jednostek z pośród zagrożonych. Bezrobocie jest stanem *masowym* w przeciwstawieniu do wypadków braku pracy *indywidualnych*, i dlatego właśnie, gdyby nawet nauka aktuarjalna uchwyciła reguły prawidłowości w tem zjawisku, nie mogłoby ono, jako zjawisko masowe, stać się przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczenie na wypadek *braku pracy* jest zdaniem naszem możliwem, ubezpieczenie na *wypadek bezrobocia* — nie. Oczywiście musimy zastrzec, że pojęcie masowości jest tu pojęciem względnem. Używając go, mamy na myśli stan ten w płaszczyźnie conajmniej krajowej, masowy brak pracy w jednej gałęzi przemysłu jeszcze nie narusza podstaw ubezpieczenia zorganizowanego na podstawie krajowej.

Cohen podkreśla, że gromadzenie rezerw ubezpieczeniowych w okresach normalnych również nie daje tu dostatecznej pomocy, a podwyższanie składek natrafia na nieprzezwyciężone trudności. Jednocześnie wciąż bardziej utrudnionem staje się zadłużenie instytucji ubezpieczeniowej w miarę tego, jak długi corocznie wzrastają.

Nie w lepszej jednak sytuacji znalazłaby się opieka publiczna.

Autor stwierdza, że poza granicami świadczeń ubezpieczeniowych istnieją wydatne świadczenia, pokrywane nie przez składki, ale udzielane z funduszów publicznych. Z drugiej strony w uprawnieniach ubezpieczonych zostaje wprowadzony szereg restrykcyj. Prawo do świadczeń staje się zależnem od tego, czy ubezpieczony znajduje się w potrzebie, świadczenia z innych tytułów wpływają na redukcję świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Z tego stanu rzeczy nie wynika, iż należy wyrzec się ubezpieczenia. Wyrzekając się go w okresie anormalnym, trudno byłoby doń wrócić w czasach normalnych. Prócz tego, zapytuje autor, po co rezygnować z sum uzyskiwanych w drodze składek. Należy więc traktować ubezpieczenie i opiekę publiczną jako różne formy i źródła pomocy dla wszystkich tych, którzy do pracy są zdolni, lecz pracy tej dostać nie mogą, pomocy stanowiącej jednolity system opieki nad bezrobotnymi — oto wniosek, który bezpośrednio wynika z rozważań Cohena.

Autor kończy swój artykuł szeregiem uwag o dodatnim wpływie, jaki ma obciążenie z tytułu ubezpieczeń i opieki publicznej, na życie gospodarcze. Przesunięcie dóbr na rzecz bez-

robotnych nie wywołuje trudności, przeciwnie utrzymuje konsumpcję na pewnym poziomie, stabilizuje niektóre gałęzie przemysłu. Właściwy system pomocy dla bezrobotnych — to kwestja nie tylko troski o nich, ale kwestja ożywienia produkcji, kwestja zapobieżenia spadku cen. W tym punkcie autor nie dodaje, że o współczesnej polityce gospodarczej i społecznej w mniejszym stopniu decydują przemysły, których konsumentami są klasy pracujące, lecz przemysły, dla których usztywniający wpływ pomocy dla bezrobotnych w sferze cen siły roboczej jest złem większem niż zmniejszanie się konsumpcji wskutek ogólnej nędzy.

J.

REFORMA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W POLSCE.

Die Reform der polnischen Sozialversicherung. Dr. Stanisław Fischlowitz. Radca Min. Opieki Społ. Die Reichsversicherung. Nr. 11. 1932.

Smutne odnosi się wrażenie, gdy przeglądając dzień po dniu, z miesiąca na miesiąc całą niemal fachową zagraniczną prasę ubezpieczeniową, nie spotyka się w niej prawie zupełnie już nie jakichś rozpraw, studjów, ale nawet reporterskich wzmianek o ubezpieczeniach społecznych w Polsce. Łatwiej tam dowiedzieć się o najdrobniejszych zdarzeniach, zmianach czy choćby pracach w zakresie ubezpieczeń społecznych np. w Holandji, Finlandji, Luksemburgu, Rumunji, Bułgarji, Jugosławji, pisze się, że Litwa zawarła jakąś tam drobną umowę w zakresie ubezpieczenia od wypadków z..... Argentyną lub z niemieckiemi kasami chorych, ba, są dokładne sprawozdania z Albanji, nie mówiąc już o notatkach, wyłuszczających nieraz wyczerpująco, jak z pomocą ubezpieczeń społecznych starają się rozwiązać różne problemy socjalne prowincjonalne rządy Kanady, Australji i Stanów Zjednoczonych, tylko o Polsce — cisza.

Jedynie w informacyjnych wydawnictwach Międzynarodowego Biura Pracy streszczono pokrótce zasady projektu ustawy scaleniowej, na podstawie tego streszczenia podał Dr. H. Korkisch niewielką notatkę kronikarską w swojem czasopiśmie „Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung" pozatem w publikacjach M. B. P. wspomniano jeszcze o zmianie przepisów o zabezpieczeniu od bezrobocia i tyle. Na tem koniec.

Nigdzie naszych doświadczeń, wysuwanych przez nas projektów nie omawiano, nie dyskutowano. A przecież sądzić należy, że zjawiska polityki społecznej w państwie przeszło 30 miljonowem, położonem w Europie środkowej na granicy innego ustroju społecznego i gospodarczego, który dąży do podminowania i rozsadzenia starego porządku społeczno-gospodarczego są bardziej ciekawe, więcej niepokojące i znaczące z wielu przyczyn takich jak niedawne zniszczenie tych obszarów wojną, obecny kryzys, który wyciska dotkliwe piętno na warunkach bytu ludności, wstrzymawszy ponadto znaczny dawniej odpływ rąk roboczych, no i ze względu na to, że przecież ubezpieczenia społeczne w Polsce są silniej i na większą skalę rozwinięte aniżeli w wielu innych państwach.

Czyż więc naszemi ubezpieczeniami społecznemi nie interesują się teoretycy i praktycy ubezpieczeń społecznych w Niemczech, Czechach, Austrji, Italji i t. d., czy nasze wysiłki w tym zakresie są nie ciekawe, mało oryginalne, nie oparte na rozumnych, naukowych podstawach, czy może błędne w założeniu i rozwiązaniu, czy też wreszcie nic się nie robi?

Jakiekolwiek snulibyśmy przypuszczenia, to nie możemy jednak, zdaniem naszem, braku zainteresowania polskiemi ubezpieczeniami społecznemi tłumaczyć jakąś stagnacją ubezpieczeń społecznych. Jakże? Przecież od lat systematycznie przeorywa się glebę ubezpieczeń społecznych, ciągle coś się zmienia, reorganizuje, reformuje, ukazują się coraz to nowe akty prawne, wystarczy wziąć do ręki którykolwiek tom Dziennika Ustaw, aby się o tem przekonać. Każda przecież ustawa, każde rozporządzenie są znowu wynikiem pewnych przemian, tendencyj, doświadczeń, mają właśnie aktualne przejawy życia i jego potrzeby ująć w prawidłowe formy dla celów pożytku społecznego.

Niewątpliwie jedną z istotnych i może najbardziej bezpośrednich przyczyn wspomnianego na wstępie zjawiska jest brak w Polsce kadr prawdziwych, wyszkolonych ubezpieczeniowców. Wszystkich naszych teoretyków i praktyków ubezpieczeniowych, którzy z uzasadnieniami i zagadnieniami ubezpieczeń społecznych zżyli się od lat, którzy problemami socjalno-ekonomicznemi poważnie się zajmują, możnaby bez trudu wyliczyć na palcach jednej ręki. Na żadnym z polskich uniwersytetów nie wykłada się ubezpieczeń społecznych, wyrazy „ubezpieczenia społeczne" wywołują popłoch wśród zdającej egzaminy młodzieży uniwersyteckiej.

Prosta konkluzja: nie było więc u nas ludzi, którzy mogliby i potrafili podjąć dyskusję na szerszą skalę i w ten sposób wprowadzić polskie ubezpieczenia społeczne, a zwłaszcza politykę w tym zakresie w obręb zainteresowań naukowego i fachowego elementu zagranicznego.

W przeciwieństwie do stanu powyższego, powstałego—trzeba sprawiedliwie stwierdzić, — z przyczyn w dużej mierze od nas niezależnych, zmienia się ostatnio sytuacja z roku na rok na lepsze. Tworzy się w Polsce zwolna narybek fachowców w zakresie ubezpieczeń społecznych bądź to z prawników, bądź też z lekarzy, ekonomistów, matematyków — przeważnie ludzi młodych, — którzy dostawszy się do warsztatu ubezpieczeń społecznych zdobywają i zgłębiają jak tylko mogą teoretycznie i praktycznie ogólne zagadnienia społeczne i ekonomiczne oraz wiedzę ubezpieczeniową, na serjo dziedziną ubezpieczeń społecznych się zajęli i przechodząc kolejno szczebel po szczeblu, z biegiem czasu zdobędą prawdopodobnie decydujący wpływ na rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Ludzie ci, z jednej strony zaznajomieni z nauką i wiedzą zagraniczną, z drugiej zaś wykształceni praktyką życia codziennego, porównując w najszerszym zakresie dorobek innych krajów z dorobkiem własnym, rozumiejąc korzyści, wynikające z wzajemnego przenikania twórczej myśli — zapragną prędzej czy później zetknąć się w swych poczynaniach i ze swemi poglądami oraz doświadczeniami z międzynarodową wymianą myśli i wtedy, należy mieć nadzieję, zdobędziemy w tej dziedzinie takie miejsce, jakieby nam winno przypaść.

Tę iście grobową ciszę wśród ubezpieczeniowej prasy zagranicznej przerwał Dr. St. Fischlowitz, Radca Min. Opieki Społ. dłuższym artykułem o reformie polskich ubezpieczeń społecznych, opublikowanym w Nr. 11 miesięcznika „Reichsversicherung", jednego z lepszych niemieckich czasopism ubezpieczeniowych, wydawanego przez urzędników Ministerstwa Pracy Rzeszy. Dr. St. Fischlowitz jest wybitnym przedstawicielem nowej generacji ubezpieczeniowców. Prace jego i jego pióro są dobrze znane w kołach ubezpieczeniowych, o czem nawet wiele mówić nie trzeba.

Autor potraktował zadanie swe wobec czytelników niemieckich poważnie i wnikliwie. To też nie ogranicza się, wzorem podobnych artykułów, jedynie do omówienia projektu ustawy, złożonego Sejmowi w dniu 2 marca 1932 r.

Artykuł ujmuje całokształt ubezpieczeń społecznych w Polsce ewolucyjnie (historycznie), statycznie i dynamicznie; autor patrzy własnemi oczyma i oczyma cudzoziemca, uwzględnia kąt widzenia społeczny i gospodarczy, chociaż, kto wie, czy ten drugi punkt widzenia nie dominuje zbytnio.

Tak wielostronne potraktowanie tematu (z pewnością w szczegółach nieraz dla autora kłopotliwe), zważywszy, że jak

nam wiadomo było ono przygotowane w ten właśnie sposób na specjalną prośbę i według szczegółowych pytań redaktora pisma „Reichsversicherung", wykazuje prawdziwość poprzednich słów naszych co do tego, iż problemem ubezpieczeń społecznych w Polsce zagranica żywo się interesuje, a tylko nie mamy ludzi, którzyby mogli, mieli czas i warunki lub może umieli temi sprawami się odpowiednio zająć.

Artykuł Dr. Fischlowitza możnaby podzielić na dwie zasadnicze części: jedna zawiera rozważania co do szeregu najistotniejszych kwestyj, dotyczących ubezpieczeń społecznych i ich rozwoju oraz stosunku do aktualnych problemów gospodarczych, społecznych i ściśle technicznych, druga — nosi raczej charakter opisowy, autor podaje w niej bowiem dokładną treść projektu ustawy, jednak i tutaj ujęte są poszczególne działy i kwestje w ten sposób, jak to może ciekawić czytelników, a w tem w szczególności fachowców, niemieckich.

Całość rozpada się faktycznie na kilkanaście mniejszych, odrębnych rozdziałów, szkoda tylko, że rozdziałów tych nie opatrzono tytułami.

Nie jest nam wiadome, kto z polskich ubezpieczeniowców czytał omawiany artykuł, byłoby jednak pożądane, aby go przeczytali wszyscy. Czy to język niemiecki wpłynął i niemieckie czasopismo, czy też podejście autora do zagadnienia, jednak wpływ był taki, iż ciągle trzeba było nastawiać uwagę, że to właśnie o polskich ubezpieczeniach mowa, że słowa skreślone są przez polskiego autora.

Niestety, nie uświadamiamy sobie dość często całokształtu ubezpieczeń społecznych w Polsce, nie obejmujemy okiem pełnego ich zarysu; to też, gdy zdarzy się sposobność spojrzenia, jak gdyby z oddali, zaczynamy inaczej o nich myśleć.

W konsekwencji poddajemy analizie cały miniony 15-letni okres własnej gospodarki, zastanawiamy się, co zrobiono i jak, czego można było dokonać, czego powinniśmy byli dokonać i t. d.

Wywody Dr. Fischlowitza są poniekąd odzwierciedleniem oficjalnych poglądów, wyrażonych w enuncjacjach, uzasadnieniach projektów rządowych i t. p., to też szczegółowej dyskusji podejmować tu z niemi nie będziemy.

J. Z.

PENSIONS NON CONTRIBUTIVES. (Renty bezskładkowe). Genéve. Bureau International du Travail. 1933. str. 172.

Międzynarodowe Biuro Pracy ogłosiło pod powyższym tytułem analizę porównawczą głównych zasad (zakres ryzyka, warunki otrzymania i wymiar rent, środki finansowe, administracja) wszystkich istniejących i znanych mu ustaw o ubezpieczeniu (rentach) bezskładkowem.

Praca powyższa, stanowiąca uzupełnienie wydanej wcześniej o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i na starość, zawiera między innemi wstęp historyczny oraz cztery części poświęcone rentom starczym, inwalidzkim, dla niewidomych i rentom dla matek, następnie omówione są podstawy finansowe, organizacja administracji i podane liczne dane statystyczne; zamyka pracę wykaz ustaw, dotyczących ubezpieczeń (rent) bezskładkowych.

SOZIALPOLITIK UND SOZIALREFORM. (Polityka społeczna i reformy społeczne). Von Prof. Dr. Th. Bruner. Verlag von G. Fischer in Jena, str. 116.

Das STRAFRECHT DER SOZIALVERSICHERUNG. (Prawo karne ubezpieczeń społecznych). Dr. Werner. Spohr. Verlag von W. Kohlhammer. Stuttgart. str. 86.

Praca zawiera omówienie przepisów karnych, znajdujących się w niemieckich ustawach, dotyczących ubezpieczeń społecznych, a więc w ordynacji ubezpieczeniowej, w ustawie o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia i w ustawie o ubezpieczeniu górników. W pierwszej ogólnej części pracy poszczególne rozdziały poświęcone są następującym tematom: zarys ogólnych przepisów karnych, przepisy karne o wykroczeniach, przepisy karne porządkowe, przepisy karne celem wymuszenia — w ubezpieczeniach społecznych Rzeszy. Część druga zawiera przedstawienie i analizę poszczególnych przepisów karnych, wymienionych wyżej ustaw, przyczem uzupełnia tę część zestawienie tych przepisów w formie tablicy, ułatwiającej orjentację w tym zakresie.

UWAGI W SPRAWIE KRYZYSU GOSPODARCZEGO W POLSCE. (Przyczyny i drogi naprawy). Inż. Emil Landsberg. Warszawa. 1932. Nakładem księgarni F. Hoesicka, str. 108.

W pracy powyższej specjalny rozdział (str. 77 — 82) poświęcony jest ubezpieczeniom społecznym. Autor, uważając ubezpieczenia społeczne za jedną z przyczyn kryzysu domaga się gruntownej ich reformy, nie wskazując zresztą zasad tej reformy. Konieczność reformy uzasadnia autor zbyt silnym i kosztownym obarczeniem produkcji i ciężarami społecznemi, twierdząc, że świadczenia ubezpieczeniowe są za bardzo wygórowane, a fundusze ubezpieczeniowe źle administrowane.

KILKA TABLIC DO UBEZPIECZEŃ SOCJALNYCH W POLSCE. Dr. Marcin Goldman. Odbitka z zeszytu II „Wiadomości Aktuarjalnych". Warszawa. 1932.

Broszura zawiera 12 tablic różnych prawdopodobieństw śmierci, inwalidności, żonatości i t. p.), opracowanych na podstawie materjałów statystycznych Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Król.-Hucie i Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

LEKARZ POLSKI. Miesięcznik. Warszawa. Nr. 1, 1933 r.

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Dr. Jan Hozer. Wstęp do dłuższego artykułu, którego celem jest oświetlenie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem z punktu widzenia zdrowotności publicznej.

Obecny okres życia gospodarczego nie sprzyja wprowadzaniu zmian w konstrukcji ubezpieczeń społecznych. Dowodem może służyć scalenie kas chorych, przeprowadzone na podstawie rozp. Prez. z dn. 29.XI.30 r. o organizacji i funkcjonowaniu inst. ubezp. społ., które spowodowało powiększenie kosztów administracji kas, co następnie wywołało konieczność dokonywania oszczędności na wydatkach świadczeniowych, między innemi i na kosztach pomocy lekarskiej.

Kasy Chorych zasługują na szczególną ochronę Państwa i ich świadczenia nie powinny być pod żadnym warunkiem uszczuplane na korzyść innych działów ubezpieczeń.

Projekt znacznie pogarsza stanowisko czynnika fachowo-lekarskiego w Kasach Chorych, których dyrektorami powinni być lekarze.

ROBOTNICZY PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Miesięcznik Nr. 12. Grudzień 1932 r.:

Bezrobocie. A. Z.

Krytyka ostatnio wprowadzonych ograniczeń świadczeń w zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, co pozbawiło zasiłków licznych bezrobotnych. Ograniczenie świadczeń spotęgowane zostało ponadto przez Fundusz Bezrobocia wskutek stosowania niewłaściwej praktyki przy obliczaniu okresu wyczekiwania i stosowania innych postanowień ustawowych.

INFORMATOR UBEZPIECZENIOWY PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. Miesięcznik Nr. 5 — 6. Lwów. Grudzień. 1932 r.:

Brońmy się przed ustawą scaleniową.

Postanowienia projektu ustawy o ubezpieczeniach społecznych, dotyczące scalenia zakładów ubezpieczeń długoterminowych oraz normujące ubezpieczenie na wypadek choroby, krzywdzą pracowników umysłowych i nie mogą być przez nich przyjęte.

Polsko-gdańskie zagadnienia ubezpieczeniowe.

Artykuł poświęcony jest omówieniu polsko-gdańskich stosunków w zakresie ubezpieczeń społecznych, podkreśla luki i braki, jakie w tej dziedzinie istnieją oraz ograniczenia, stosowane przez gdańskie ustawy ubezpieczeniowe w stosunku do obywateli polskich.

Materjalna odpowiedzialność pracodawcy.

Wyjaśnienie czytelnikom na licznych przykładach postanowień rozp. Prez. Rzplitej z dn. 24.XI.27 r. o ubezp. prac. um., dotyczących materjalnej odpowiedzialności pracodawcy za składki oraz za szkody wyrządzone pracownikowi przez zaniedbanie przepisowych zgłoszeń do ubezpieczenia.

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR SOZIAL-VERSICHERUNG. Heft 11. November. 1932. Leipzig, Prag.

Der Einbau des Spargedankens in die Krankenversicherung. (Wprowadzenie idei oszczędności do ubezpieczenia na wypadek choroby). Dr. med. Joh. Hartmann. Leipzig.

Neuregelung der Wanderversicherung in der Tschechoslowakei. (Nowe unormowanie ubezpieczeń przechodnich w Czechosłowacji.

ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMTE VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT. 1 Heft. 1 Januar 1933. Berlin.:

Gobbi und die moderne Versicherungstheorie. (Gobbi a współczesne teorje ubezpieczeń). Von Dr. vec. F. Schönpflug., (Berlin).

DIE PENSIONSVERSICHERUNG. Nummer 5 — 6. Dezember 1932. Prag.

Zur Diskussion über das finanzielle Gleichgewicht der tschechoslowakischen Pensionsversicherung. (W sprawie dyskusji o finansowej równowadze czeskosłowackiego ubezpieczenia pensyjnego). Prof. Dr. Emil Schoenbaum.

PRACA I OPIEKA SPOŁECZNA. Rok XII (1932). Zeszyt 3. Lipiec — wrzesień.

Artykuły:

Dynamika rozwoju ludności w Europie w XX wieku — Stanisława Adamowiczowa.

Zapobieganie wypadkom przy pracy a organizacje przemysłowe — Inż. Andrzej Mazurkiewicz.

Walka państwa z bezrobociem w Niemczech — Dr. M. Bornstein-Łychowska.

Narodowa organizacja opieki nad dzieckiem w Belgji — Róża Kisielewska-Zawadzka.

Zagadnienie jaglicy w zakładach opiekuńczych dla dzieci — Dr. Marjan Zachert.

Nasze poglądy na służbę zdrowia — Dr. Marcin Kacprzak.

Kronika:

Aktualne postulaty ubezpieczenia inwalidzkiego na Górnym Śląsku — W. Morawska.

Autorka omawia szczegółowo treść i znaczenie projektu zmian ordynacji ubezpieczeniowej, przygotowanego przez Komisję Zakładu Ubezpieczenia na wyp. inwalidztwa w Król. Hucie w r. 1932 w zakresie przepisów o ubezpieczeniu inwalidzkiem na G. Śląsku (IV ks. Ordynacji Ub.). W ten sposób zostały dokładnie przedstawione i oświetlone następujące kwestje, objęte powyższemi projektami: 1) sprawa powiązania uprawnień ubezpieczeniowych, nabywanych w ubezpieczeniu inwalidzkiem i ubezpieczeniu pracowników umysłowych (t. zw. ubezpieczenie przechodnie); 2) sprawa pokrywania ciężarów rentowych przez instytucje ubezp. i sprawa stosunków z Dyrekcją Poczt i Telegrafów; 3) sprawa zmiany § 71 ustawy, wprowadzającej do ordynacji ubezpieczeniowej; 4) sprawa wypłaty przez Zakład ub. na wyp. inwalidztwa świadczeń dla pewnej kategorji osób, które nie zostały ściśle objęte Konwencją Genewską i wreszcie 5) sprawa wzajemnego zaliczania okresów ubezpieczenia, przebytych w Zakładzie ubezp. na wyp. inwal. w Król. Hucie i w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Konferencja w sprawie zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy — Z. P.

Sprawozdanie z 59 oraz z Nadzw. sesji Rady Adm. M. B. P. — H. St.

Sprawozdanie z drugiej Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej — Dr. M. Balsigerowa.

Kongres Międzynar. Konferencji Górników — H. St.

Wystawa bezpieczeństwa pracy w Pradze Czeskiej — Inż. A. Mazurkiewicz.

Organizacja bezpieczeństwa pracy i zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom przy pracy w Austrji — Inż. A. Mazurkiewicz.

Bibljografja druków polskich z zakresu kompetencji Ministerstwa Opieki Społecznej, wydanych w okresie od 1 kwietnia do 30 września 1932 r.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 21.XII. 1932 do 21.I. 1933 r.

1) *Rozporządzenie* Ministra Sprawiedliwości z dn. 15 grudnia 1932 r. *o taksie za czynności komorników* (Dz. U. R. P. Nr. 114 poz. 948).

Rozporządzenie ustala wysokość opłat oraz sum na wydatki, pobierane przez komorników za dokonywane czynności.

2) *Ustawa* z dn. 20 grudnia 1932 r. *o obniżeniu oprocentowania* i przedłużeniu okresów umorzenia wierzytelności długoterminowych, zabezpieczających listy zastawne i obligacje oraz wydanych na podstawie tych wierzytelności *listów zastawnych i obligacyj.* (Dz. U. R. P. Nr. 115 poz. 950).

Odsetki, pobierane od wierzytelności, istniejących w dniu 1 stycznia 1933 r., a zabezpieczających listy zastawne i obligacje:

a) towarzystw kredytowych ziemskich i Wileńskiego Banku Ziemskiego — obniża się do 4½%,

b) towarzystw kredytowych miejskich, banków hipotecznych i komunalnych — obniża się do 5%,

c) banków państwowych — obniża się nie wyżej 5½%; szczegółowe postanowienia, dotyczące tego obniżenia wyda Minister Skarbu w drodze rozporządzenia.

Minister Skarbu w terminie do dn. 1 kwietnia b. r. wyda rozporządzenia, dotyczące powyższych wierzytelności, które:

a) przedłużą okresy umorzenia tych wierzytelności, na okres nie dłuższy jednak niż 56 lat od daty konwersji, przyczem okresy te mogą zawierać 3 letni okres, w ciągu którego spłata kapitału będzie wstrzymana,

b) ustalą nowe plany amortyzacyjne,

c) skonwertują wierzytelności płatne w całości, jednorazowo, na wierzytelności spłacalne w trybie stopniowej amortyzacji długoterminowej.

Nie ulega obniżeniu oprocentowanie wierzytelności, na podstawie których wypuszczono listy zastawne i obligacje:

a) oprocentowane na 5% i niżej;

b) emitowane w drodze emisji publicznej na rynkach zagranicznych, a notowane na giełdach zagranicznych.

Listy zastawne i obligacje, wypuszczone na podstawie wierzytelności, których oprocentowanie obniża się, ulegają konwersji na listy zastawne i obligacje oprocentowane i umarzalne na zasadach, odpowiadających oprocentowaniu i okresom umorzenia tych wierzytelności. Wyłączone są od powyższej konwersji listy zastawne i obligacje banków państwowych oraz te, za które Skarb Państwa udzielił poręki. Minister Skarbu upoważniony jest jednak do obniżania oprocentowania i przedłużania okresów umorzenia ostatnio wymienionych listów zastawnych, obligacyj i innych zapisów długu, stanowiących własność instytucyj prawa publicznego, instytucyj państwowych i Skarbu Państwa.

Do budżetu wprowadzane będą corocznie sumy, potrzebne na uzupełnienie różnicy między oprocentowaniem i umorzeniem listów i obligacyj, wypuszczonych przez banki państwowe, a obniżonem oprocentowaniem i ratami amortyzacyjnemi, wynikającemi z przedłużonych okresów umorzenia wierzytelności, na podstawie których wypuszczono te listy zastawne i obligacje. Obniżenie oprocentowania listów zastawnych i obligacyj następuje, poczynając od kuponów płatnych po dniu 3 stycznia 1933 r.

3) *Rozporządzenie* Ministra Opieki Społecznej z dn. 14 grudnia 1932 r. *w sprawie czasowego zmniejszenia liczby dni pracy, uważanych za tydzień podlegania obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek bezrobocia* w odniesieniu do niektórych kategoryj bezrobotnych robotników sezonowych (Dz. U. R. P. Nr. 115 poz. 956).

Rozporządzenie w stosunku do robotników sezonowych zmniejsza do 4-ch liczbę dni, uważanych przez ustawę o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia (art. 2 ust. 2) za tydzień podlegania obowiązkowi ubezpieczenia. Postanowienie powyższe dotyczy wszystkich tych robotników sezonowych, za których wkładka wynosi 4% (robotnicy zatrudnieni przy robotach budowlanych, ziemnych, brukarskich, drogowych, kolejowych, meljoracyjnych, wodnych w żegludze śródlądowej i przy spławie, w cegielniach) i którzy zgłosili lub zgłoszą swe prawo do zasiłków w okresie od dnia 1 grudnia 1932 r. do 31 stycznia 1933 r.

4) *Rozporządzenie* Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 10 grudnia 1932 r. *o rejestracji stowarzyszeń.* (Dz. U. R. P. Nr. 116 poz. 963).

5) *Rozporządzenie* Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 17 grudnia 1932 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Sprawiedliwości i Opieki Społecznej *o przystosowaniu stowarzyszeń i spraw będących w toku do przepisów prawa o stowarzyszeniach.* (D. U. R. P. Nr. 116 poz. 964).

DZIAŁ URZĘDOWY

ZARZĄDZENIA ZWIĄZKU KAS CHORYCH
od 22 grudnia 1932 — 17 stycznia 1933 r.

OKÓLNIKI DO KAS CHORYCH.

Lecznictwo klimatyczno-zdrojowe.

Okólnik Nr. 80/32 z dnia 23 grudnia 1932.

Do Okręgowych Związków i Kas Chorych.

„Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, powołując się na okólnik Nr. 58/32 z dn. 5 października 1932 r. L. dz. 14551/12, na zgłoszenia Kas Chorych w odpowiedzi na wyżej podany okólnik, oraz na wynik konferencji z Okręgowemi Związkami i Kasami Chorych, odbytej w dniu 16 grudnia 1932 r., na podstawie art. 52 Rozporządzenia Prezydenta Rz. P. z dn. 29.XI.1930 r., o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych (Dz. U. R. P. Nr. 81 p. 635) oraz § 4 p. 7 i § 5 statutu Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych wydaje następujące normy, obowiązujące Kasy Chorych przy stosowaniu lecznictwa klimatyczno-zdrojowego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 1933 r.

1. Kasy Chorych stosować będą leczenie klimatyczno-zdrojowe wyłącznie tylko w miejscowościach i zakładach leczniczych, wymienionych w dołączonej tablicy.

2. Stosowanie leczenia klimatyczno-zdrojowego w innych miejscowościach lub innych zakładach leczniczych, nie wymienionych w dołączonej tablicy, jest niedopuszczalne. W wyjątkowych wypadkach leczenie poza wskazanemi zakładami leczniczemi zastosowane być może tylko w porozumieniu ze Związkiem Kas Chorych i tylko wtedy, gdy Kasa Chorych wyczerpała lub ma zapewnione wyczerpanie przyznanego jej kontyngentu w zakładach wskazanych, a posiadane środki materjalne pozwalają na rozszerzenie leczenia poza wyznaczone zakłady.

Udzielanie ubezpieczonym specjalnych zapomóg na leczenie klimatyczne lub zdrojowe poza zakładami zamkniętemi, uznać należy jako niecelowe, uniemożliwiające kontrolę przeprowadzanego leczenia, a z tego powodu za niedopuszczalne do stosowania.

Kasy Chorych znajdujące się w miejscowościach, które posiadają urządzenia do leczenia zdrojami, mogą korzystać z tych urządzeń, choćby te miejscowości nie były wymienione w dołączonym wykazie.

3. Na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 1933 r. ustala się 20 miejscowości i 20 zakładów leczniczych, z których Kasy Chorych mogą korzystać dla celów lecznictwa klimatyczno-zdrojowego. Wykaz tych miejscowości i zakładów leczniczych znajduje się w dołączonej tablicy.

4. Dla każdego zakładu leczniczego, wskazanego Kasom Chorych do leczenia klimatycznego i zdrojowego, ustala się przy podziale na Kasy Chorych ilość dni leczenia, która wykorzystaną być musi przez Kasę Chorych.

5. Wskazana dla każdego zakładu leczniczego ilość dni leczenia, przypadająca na Kasę Chorych, musi być wykorzystana równomiernie w okresie 12 miesięcy 1933 roku, począwszy od 1 stycznia 1933 r.

6. Opłatę dzienną dla zakładów leczniczych ustala się prowizorycznie w wysokości wskazanej w dołączonej tablicy, z tem zastrzeżeniem, że w żadnym wypadku nie będzie ona wyższą, jest natomiast przewidywana jej zniżka. Ostateczne jej ustalenie nastąpi po zatwierdzeniu budżetu Związku przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Ewentualna nadwyżka, osiągnięta przez te zakłady w r. 1933, będzie zwrócona Kasom Chorych w stosunku do wpłaconych przez nie na rzecz tego zakładu kwot, a to przez przyznanie odpowiedniej ilości dni bezpłatnego leczenia w roku 1934.

Opłata dzienna, wskazana w dołączonej tablicy, nie obejmuje kosztów przejazdu chorego i opłat klimatycznych, o ile w myśl obowiązujących przepisów opłaty klimatyczne lub zdrojowe w tej miejscowości są pobierane.

7. W razie niewykorzystania przyznanych miejsc, Kasa Chorych płaci za miejsce i czas niewykorzystania 50% ustalonej opłaty dziennej z tem, że niewykorzystanie miejsca przez pierwsze trzy dni od dnia jego zwolnienia nie bierze się pod uwagę.

Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych podkreśla z naciskiem, że wykonanie podanych wyżej norm powinno być przeprowadzone z całą stanowczością i ścisłością.

Jednocześnie Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych komunikuje, że wobec negatywnej opinji znacznej większości Kas Chorych nie przystępuje do organizowania zakładów leczniczych dla gruźlicy postępującej, poza już istniejącemi, jak również nie zamierza organizować w r. 1933 zakładu leczniczego w Druskienikach dla Kas Chorych ziem środkowo i północno-wschodnich z powodu braku zgłoszeń.

Ministerstwo Opieki Społecznej pismem z dnia 23 grudnia 1932 L. 5022/U. Ch. zatwierdziło wyżej podany plan lecznictwa klimatyczno-zdrojowego na rok 1933".

Dyrektor — *(—) Z. Klemensiewicz*

Komisarz: — *(—) Doc. Dr. W. Czarnocki*

W z. Lekarz Naczelny
(—) Dr. J. Bujalski.
Gł. Inspektor Lecznictwa

Plan lecznictwa klimatyczno-zdrojowego na rok 1933.

Okr. Zw. K. Ch., Poznań	Ustalona opłata dzienna	9,—		9,—		12,—		11,50		W/g planu na 1933 r. należy preliminować
	Ilość dni leczenia	60.300,—		62.780,—		52.650,—		9.900,—		
	Łączny koszt prowadzenia sanatorjum 1933 r. Suma zł.	722.700,—		565.020,—		631.800,—		113.880,—		
	K. Ch. preliminuje na leczenie klimatyczno-zdrojowe na 1933 rok	Bystra		Ludwików		Iwonicz		Busko		
		Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Razem złotych
1. Brodnica	18.000			2.000	18.000	360	4.320			22.320
2. Bydgoszcz	53.000			5.843	52.590	360	4.320			56.910
3. Chojnice	9.600			1.426	12.840					12.840
4. Gniezno	50.000			4.444	40.000	833	10.000			50.000
5. Gdynia	26.400			1.800	16.200	720	8.640			24.840
6. Grodzisk				2.160	19.440	360	4.320			23.760
7. Grudziądz	36.200			3.960	35.640	360	4.320			39.260
8. Inowrocław	40.640			3.960	35.640					35.640
9. Leszno	25.000			2.298	20.682	366	4.320			25.002
10. Ostrów	25.000			2.915 (29 chor.)	26.235	167 (2 chor.)	2.004			28.239
11. Poznań	108.840			12.600	113.400	1.440	17.280			130.680
12. Starogard	13.200			2.066	18.600	720	8.640			27.240
13. Szamotuły				2.520	22.680					22.680
14. Toruń	30.961			2.520	22.680	360	4.320			27.000
15. Wągrowiec	25.000			2.160	19.440	733	8.796			28.236
	461.841			**52.672**	**474.067**	**6.733**	**81.280**			**555.347**
Okr. Zw. K. Ch. Kraków										
1. Biała	40.000	4.444	40.000			1.080	12.960			52.960
2. Bielsko	72.000	5.760	51.840			2.220	26.640			78.480
3. Częstochowa	26.000	1.800	16.200			480	5.760	347	4.000	25.960
4. Chrzanów	44.000	2.968	26.720			1.440	17.280			44.000
5. Kraków	132.000	11.520	103.680			1.360	16.320			120.000
6. Kielce	30.000	1.440	12.960			720	8.640	730	8.400	30.000
7. Nowy Sącz	8.400	824	8.496			500	6.000			14.496
8. Ostrowiec	48.240	2.880	25.920			1.080	12.960	782	9.000	47.880
9. Sosnowiec	182.000	11.111	100.000			1.833	22.000	434	5.000	127.000
10. Tarnów	35.620	2.520	22.680			600	7.200			29.880
11. Zakopane	10.800					360	4.320			4.320
	629.060	**45.567**	**408.496**			**11.673**	**140.080**	**2.293**	**26.400**	**574.976**

Plan lecznictwa klimatyczno-zdrojowego na rok 1933.

Okr. Zw. K. Ch. Warszawa	Ustalona opłata dzienna Ilość dni leczenia Łączny koszt prowadzenia sanatorjum 1933 r. Suma zł.	9.— 80.300.— 722.700.—		9.— 62.780.— 565.020.—		12.— 52.650.— 631.800.—		7,50 8.100.— 60.750.		7.— 21.343.— 149.401.—		11.50 9.900.— 113.850.—		10.— 28 145.— 281.450.—			W/g planu na 1933 należy preliminować
	K. Ch. preliminuje na leczenie klimatyczno-zdrojowe na 1933 rok	Bystra		Ludwików		Iwonicz		Szkło		Worochta		Busko		Michalin		Zakopane Anin Świder	razem złotych:
		Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.		
1. Baranowicze	7.000					720	8.640			432	3 024						11.664
2. Białystok	7.500	360	3.240			360	4.320										7.560
3. Brześć	9.000			240	2.160	360	4.320			360	2.520						9.000
4. Grodno	22.000	1.080	9.720			1.092	13.100			360	2.520						25.340
5. Kalisz	15.120	720	6.480	1.080	9.720	720	8.640										24.840
6. Kowel	4.800	526	4.734			275	3.306										8.040
7. Lida	6.000	360	3.240			230	2.760										6.000
8. Łódź	468.790	1.080	9.720			1.800	21.600					3.600	41.400				(396.070.) 72.720
9. Łomża	10.000	631	5.680			360	4.320										10.100
10. Łuck	27.000	960	8.640			540	6.480	1.008	7.560	617	4.320						27.000
11. Pabjanice	36.600	1.546	13.920	1.080	9.720	1.080	12.960										36.600
12. Pińsk	9.000	360	3.240			360	4.320			205	1.440						9.600
13. Płock		360	3.240			360	4.320										7.560
14. Pułtusk	8.500	360	3.240	360	3.240	168	2.020										8.500
15. Radom	84.460	4.320	38.880	360	3.240	1.440	17.280										(25.060.) 59.400
																Górka	
16. Równe	7.700	720	6.480					162	1.215								7.695
17. Siedlce	16.000	720	6.480	360	3.240	510	6.120										15.840
18. Warszawa	1.291.495					3.600	43.200					2.250	25.875	9.855	98.550(x)	Z. 348.125	(227.645)
														18.290	182.900	A. 365.200	1.063.850
																S.	
19. Wilno	20.000	1.622	14.600			1.440	17.280					1.408	16.200				48.080
20. Włocławek	10.600			1.440	12.960	633	7.600			360	2.520						23.080
21. Żyrardów	16.870	720	6.480	720	6.480	956	11.470										? 24.430
	2.084.435	**16.445**	**148.014**	**5.640**	**50.760**	**17.004**	**204.056**	**1.070**	**8.775**	**2.334**	**16.344**	**7.258**	**83.475**	**28.145**	**281.450**	Z. 348.125 A. 365.200 S.	**1.506.199**

X) Uwaga: Dom Zdrowia w Michalinie. Inwalidzi wojenni 98.550.

Plan lecznictwa klimatyczno-zdrojowego na rok 1933.

Okr. Zw. K. Ch. Lwów	Ustalona opłata dzienna	9,—		12,—		7,50		7,—			W/g planu 1933 należy preliminować
	Ilość dni leczenia	80.300,—		52.650,—		8.100,—		21.343,—			
	Łączny koszt prowadzenia sanatorjum 1933 r. Suma zł.	722.700,—		631.800,—		60.750,—		149.401,—			
	K. Ch. preliminuje na leczenie klimatyczno-zdrojowe na 1933 rok	Bystra		Iwonicz		Szkło		Worochta		Wygoda	
		Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł	Dni lecz.	Suma zł.	Dni lecz.	Suma zł.		Razem złotych
1. Czortków	10.000			360	4.320						4.320
2. Drohobycz	14.280			140	1.680	280	2.100	1.498	10.500		14.280
3. Kołomyja	12.000			110	1.320	96	720	1.422	9.960		12.000
4. Krosno	25.440	1.440	12.960	1.080	12.480						25.440
5. Lublin	20.000	1.440	12.960	360	4.320			388	2.720		20.000
6. Lwów	51.000			2.520	29.760	2 954	22.160	1.080	7.560		59.480
7. Przemyśl	20.000	720	6.480	720	8.640			1.891	13.240		28.360
8. Rawa Ruska	12.000					205	1.540	1.080	7.560		9.100
9. Rzeszów	12.000	1.230	11.070	182	2.184	252	1.986				16.780
10. Stanisławów	85.000			666	7.992	1 699	12.750	9.000	63.000		33.742
11. Stryj	41.639			752	9.024	923	6.925			17.680	33.629
12. Tarnopol	15.000			166	1.992	266	2.200	1.428	10.000		13.992
13 Zamość	8.500	210	1.890	210	2.520			450	3.150		7.560
14. Złoczów	9.000			210	2.520	240	1.800	668	4.680		9.000
	335.859	5.040	45.360	7.476	88.752	6.915	51.980	18.905	133.910	17.680	337.683

Uwaga. Poza powyższym planem Kasy Chorych mogą kierować:
Kasa Chorych w Warszawie — do Otwocka, Helenowa, Miedzeszyna, Buska-Górki.
„ „ w Krakowie — „ Sanatorjum Gruźliczego w Krakowie.
„ „ w Bielsku — „ Lecznicy w Jaworzu, Dębina.
„ „ we Lwowie — „ Hołoska — Sanat. Przeciwgruźl.
„ „ w Poznaniu — „ Inowrocławia — Zakład Kąpiel. Ubezp. Krajowej.

Dokonywanie wpłat przez Kasy Chorych z tytułu należności Okręgowym Związkom za czas do 31 grudnia 1932 r.

Okólnik Nr. 81/32 z dnia 28 grudnia 1932 r.

Og.-Państw. Związek Kas Chorych zawiadamia powyższym okólnikiem Kasy Chorych, jak względnie pod jakiemi adresami mają dokonywać po 1 stycznia 1933 r. wpłat z tytułu pokrywania należności, przypadających Okręgowym Związkom za okres do 31 grudnia 1932 r.

Chodzi tu zarówno o wpłaty bezpośrednie dla Okręgowych Zwiazków, jakoteż dla placówek tych Związków (sanatorja, domy zdrowia, kolonje, apteki).

O sposobie przekazywania należności za dostawy, dokonywane od dnia 1 stycznia 1933 r., zostaną Kasy Chorych powiadomione oddzielnie.

Zamawianie i ceny druków biurowych.

Okólnik Nr. 1/33 z dnia 5 stycznia 1933 r.

Dotyczy zamówień na „instrukcję biurową" i podane w niej formularze, na teczki do akt, druki i t. p., które można nabyć w Oddziale Wydawniczym Związku Kas Chorych w Krakowie, ul. Szlak 6.

Reklamacje co do towarów dostarczanych przez Centralę Zakupów. — Ogłaszanie konkursów w Przeglądzie Ub. Społ.

Okólnik Nr. 2/33 z dnia 11 stycznia 1933 r.

1. W wypadku składania pisemnych reklamacyj, co do gatunku, wagi i t. p. towarów, dostarczonych przez Centralę Zakupów dla Kas Chorych, należy przesyłać każdorazowo odpis reklamacji Związkowi Kas Chorych.
2. Związek Kas Chorych wzywa Kasy Chorych do umieszczania wszelkich ogłoszeń o konkursach, przetargach i t. d. w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych".

Związek zaznacza, iż Przegląd będzie się ukazywał regularnie w 1-ym dniu każdego miesiąca.

Likwidacja Okręgowych Związków i utworzenie oddziałów Związku Kas Chorych.

Okólnik Nr. 3/33 z dnia 12 stycznia 1933 r.

Do wszystkich Kas Chorych

Na podstawie rozp. Prez. Rzplitej z dnia 27 października 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 814) Og.-Państwowy Związek Kas Chorych przemianowany został na **Związek Kas Chorych** i objął z dniem 1 stycznia 1933 r. cały majątek ruchomy i nieruchomy oraz wszystkie zobowiązania i wierzytelności Okręgowych Związków Kas Chorych, które uległy likwidacji z dn. 1 stycznia 1933 r.

W miejsce zlikwidowanych Okręgowych Związków Kas Chorych utworzone zostały oddziały Związku Kas z siedzibą:

a) w Krakowie, b) we Lwowie, c) w Poznaniu.

Ponadto Związek Kas utrzymywać będzie przedstawicielstwo w jednej osobie w Wilnie.

Z dniem 1 stycznia 1933 r. zostali kierownikami oddziałów Związku Kas mianowani:

a) Dr. Edward Mazur — dla Oddziału w Krakowie,

b) Dr. Jan Szumski — dla Oddziału we Lwowie,

c) Dr. Stanisław Rudkowski — dla Oddziału w Poznaniu.

Związek posiada następujące oddziały:

1) **Oddział w Krakowie,** obejmujący swą działalnością Kasy Chorych w: Białej, Bielsku, Chrzanowie, Częstochowie, Kielcach, Krakowie, Krośnie, Nowym Sączu, Ostrowcu, Radomiu, Rzeszowie, Sosnowcu, Tarnowie i Zakopanem.

2) **Oddział we Lwowie,** obejmujący swą działalnością Kasy Chorych w: Czortkowie, Drohobyczu, Kołomyi, Kowlu, Lwowie, Łucku, Przemyślu, Rawie Ruskiej, Równem, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Zamościu, Złoczowie.

3) **Oddział w Poznaniu** obejmujący swą działalnością Kasy Chorych w: Brodnicy, Bydgoszczy, Chojnicach, Gdyni, Gnieźnie, Grodzisku, Grudziądzu, Inowrocławiu, Lesznie, Ostrowiu, Poznaniu, Starogardzie, Szamotułach, Toruniu, Wągrowcu".

Dyrektor: (—) Z. Klemensiewicz

Komisarz: (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Wydawnictwa „Postępowanie egzek. władz. skarb." i „Rozp. Prez. Rzpl. o organizacji i funkcj. instytucyj ubezp. społ.".

Okólnik Nr. 4/33 z dnia 16 stycznia 1933 r.

Związek Kas Chorych podaje do wiadomości i zastosowania pismo Min. Opieki Społ. z dnia 9 stycznia 1932 r. Nr. 5021/U. Ch., w którem Min. komunikując o ukazaniu się pracy Dr. J. Horszowskiego i Mgr. R. Galstera p. t. „Postępowanie egzekucyjne władz skarbowych", zawierającej teksty przepisów prawnych, normujących egzekucję skarbową wraz z wyjaśnieniami, instrukcje, okólniki, wzory druków i t. p. zaleca ją do użytku instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Praca została wydana przez Min. Sprawiedliwości i jest do nabycia w Administracji „Dziennika Ustaw" w W-wie, ul. Miodowa 22. Cena zł. 7.

Pozatem Związek Kas Chorych zawiadamia, iż Oddział Związku w Krakowie ma na składzie wydawnictwo p. t. „O organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezp. społ.", zawierające tekst rozp. Prez. Rzpl. z dnia 29 listop. 1932 r., uzupełniony rozp. Prez. Rzpl. z dnia 27 października 1932 r.

Cena egzemplarza wydawnictwa wynosi zł. 8.—.

Wysyłanie chorych dzieci do kolonji leczniczych (uzupełn. okól. Nr. 80/32).

Okólnik Nr. 5/33 z dnia 17 stycznia 1933 r.

W związku z planem lecznictwa klimatyczno-zdrojowego na rok 1933, podanym Kasom Chorych w okólniku Nr. 80/32 z dnia 23 grudnia 1932 r. (patrz wyżej w nin. numerze Przeglądu — Red.), Związek Kas Chorych komunikuje, że poza ustalonym kontyngentem Kasy mogą kierować **chore dzieci** do Sanatorjum Uniwersytetu Jagiell. w Zakopanem oraz do Kolonji Leczniczej im. Brudzińskiego na Górce w Busku.

Kwalifikowanie chorych na gruźlicę do sanatorjów.

Okólnik Nr. 6/33 z dnia 17 stycznia 1933 r.

Do wszystkich Kas Chorych.

„Kasy Chorych często kierują do sanatorjów przeciwgruźliczych chorych albo nie potrzebujących wcale leczenia sanatoryjnego, albo chorych z tak daleko posuniętą gruźlicą rozpadową, że po kilku lub kilkunastu dniach pobytu umierają.

W następstwie tak nieracjonalnego kierowania chorych do sanatorjum niejednokrotnie chorzy z gruźlicą uleczalną, albo rokującą nadzieję poprawy i przywrócenia zdolności do pracy, nie mogą się doczekać wolnego miejsca w sanatorjum, przez co niejednokrotnie gruźlica uleczalna zamienia się w nieuleczalną. Nadto sanatorja związkowe i kasowe rozporządzają szczupłą liczbą miejsc — zupełnie niewspółmierną do rzeczywistych potrzeb Kas Chorych.

Kwalifikowanie chorych do leczenia sanatoryjnego musi mieć przedewszystkiem na celu przywrócenie zdolności do pracy ubezpieczonego.

Związek Kas Chorych, chcąc ułatwić Kasom Chorych orzekanie o konieczności leczenia sanatoryjnego ubezpieczonych i ich rodzin, zwołał dnia 2 listopada 1932 r. Konferencję dyrektorów związkowych sanatorjów przeciwgruźliczych, w której wzięli udział również delegaci Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Departamentu Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej i Kasy Chorych w Warszawie.

Konferencja ta ustaliła następujące
wytyczne
przy kwalifikowaniu chorych z gruźlicą do leczenia sanatoryjnego:

I. Do wniosku o leczenie sanatoryjne powinien lekarz ordynujący dołączyć dokładną historję choroby uzupełnioną bakterjologicznem badaniem plwociny, obrazem rentgenowskim, odczynem Biernackiego i stanem innych narządów.

II. Do leczenia sanatoryjnego nadają się w zasadzie następujące przypadki gruźlicy płucnej:
   a) nacieki świeże,
   b) nawały wtórne,
   c) gruźlica włóknisto-serowata,
   d) „ z wczesną jamą płucną,
   e) obustronna gruźlica tylko w górnych płatach,
   f) wczesne postaci odwnękowej gruźlicy wysiękowej.

Przypadki te, po trzymiesięcznem leczeniu sanatoryjnem, rokują poprawę i zdolność choćby okresową do pracy zawodowej.

III. Do leczenia sanatoryjnego nie nadają się:
   chorzy z tak zwanym nieżytem szczytów płuc przy zupełnie negatywnym obrazie rentgenowskim. Tacy chorzy pozostają w obserwacji i są co 6 miesięcy powtórnie badani. Nadto:
   a) z obustronną gruźlicą z jamami,
   b) ze stałą gorączką trawiącą (hektyczną),
   c) ze znacznem wyniszczeniem ustroju,
   d) z daleko posuniętą gruźlicą krtani,
   e) z gruźlicą jelit,
   f) z gruźlicą nerek.

Chorzy tacy wymagają przedewszystkiem leczenia szpitalnego. Dopiero po uzyskaniu znacznej poprawy mogą być kierowani do sanatorjów.

IV. Kasy Chorych nie posiadające specjalistów-ftisjologów powinny, o ile to możliwe, współpracować z poradniami przeciwgruźliczemi, celem ustalenia ścisłego rozpoznania i rokowania. W razie braku specjalistów orzeka Komisja złożona z dwóch wzgl. trzech wybitnych internistów.

V. W razie trudności w ustalaniu rozpoznania i rokowania wskazanem jest kierowanie chorego na obserwację do zakładu leczniczego na okres do 10 dni.

VI. Sanatorja przeciwgruźlicze po stwierdzeniu, że skierowany chory nie nadaje się do leczenia sanatoryjnego odsyłają go z powrotem, o ile jest zdolny do odbycia podróży.

Związek Kas Chorych wzywa Kasy do ścisłego przestrzegania niniejszych wytycznych.

Komisarz: Dyrektor:

(—) Doc. Dr. W. Czarnocki. (—) Z. Klemensiewicz.

Lekarz Naczelny:

(—) Dr. H. Wilczyński.

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

W dniu 19 stycznia zmarł nagle Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych

ś. p. BRONISŁAW SIWIK

Ś. p. Dyrektor Siwik urodził się 20 grudnia 1878 roku w Kaliszu. Studjował prawo na Uniwersytecie Warszawskim. W r. 1904 wstąpił do P. P. S. i od tego czasu przez szereg lat brał czynny udział w pracy wolnościowej, poświęcając również wiele czasu i sił społecznej pracy oświatowej.

W r. 1907 był więziony i wydalony administracyjnie z granic b. Królestwa Kongresowego. Dalszy ciąg chlubnej działalności zmarłego przypada na okres pobytu w Rosji, gdzie począwszy od r. 1909 bierze czynny udział w ruchu niepodległościowym. Szczególnie zaznaczyła się jego działalność po wybuchu wojny oraz w czasie rewolucji w Rosji.

W r. 1918 wraca ś. p. Bronisław Siwik do kraju i w krótkim czasie wstępuje do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. W służbie państwowej pozostawał aż do r. 1929, ostatnio pełniąc funkcję dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie. W sierpniu 1929 obejmuje stanowisko dyrektora Warszawskiego Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Zmarły był wybitnym publicystą społecznym. Prace Jego odznaczały się wielkiem umiłowaniem sprawiedliwości i prawdy. Ś. p. Bronisław Siwik współpracował również w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych".

Odwaga, szczerość w postępowaniu a ponadto przystępność, dobroć i wyrozumiałość — to zalety, które jednały Mu powszechny szacunek i wyróżniały Go z pośród ludzi.

Ś. p. Bronisław Siwik zmarł na posterunku służby społecznej, której oddał całe Swe życie.

Cześć Jego pamięci!

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 30.—
Kwartalnie . . . „ 7.50
Numer pojedyńczy „ 2.50

Ceny ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 250 zł.
III i IV strona okładki 350 zł.
Instytucje ubezpiecz. społ. płacą w stos. zł. 100.— za stronę druku.

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

Redaktor odpowiedzialny: St. Balcerski. **Redakcja: St. Balcerski i J. Zieliński.**

Wydawca: ZWIĄZEK KAS CHORYCH W WARSZAWIE

Druk L. Bogusławskiego i Ski, Warszawa, Świętokrzyska 11, tel. 795-52.