PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK
ROK VIII
WARSZAWA
MAJ
1933 R.
ZESZYT 5

Dr. ALEXANDRU SUCEAVEANU
Dyrektor Zakładu Ubezpieczenia Robotników od wypadków na Bukowinę.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W RUMUNJI

Rumunja rozbudowała szeroko ochronne ustawodawstwo robotnicze. Dzieła tego dokonała stopniowo drogą ustanowienia prawa wolnego zrzeszania się robotników, reglamentacji zbiorowych konfliktów pracy, wprowadzenia 8-godzinnego dnia pracy, ustanowienia zupełnego spoczynku niedzielnego i świątecznego, ochrony pracy kobiet i małoletnich, przez urządzenie domów dla uczniów szkół przemysłowych, przez wprowadzenie zbiorowych umów pracy, przez zorganizowanie specjalnej inspekcji pracy, przez popieranie rodzimych interesów robotniczych, przez wprowadzenie wreszcie izb pracy i sądów pracy na całym obszarze Państwa. Dokonawszy wszystkich tych reform, Rumunja przystępuje obecnie z całą powagą do rozwiązania jednego z najcięższych problemów, jakie stają dziś przed ustawodawstwem prawie wszystkich państw współczesnych, a mianowicie do stworzenia — jednolitego dla wszystkich dzielnic Rumunji i opartego na nowoczesnych zasadach — ubezpieczenia społecznego.

Wobec kryzysu gospodarczego, który dotknął Rumunję, nie ma być przytem naogół przełamana ani przekroczona dotychczasowa granica ciężarów ubezpieczeniowych. Przy zachowaniu obecnego współczynnika ciężarów, ponoszonych przez pracodawców i pracobiorców, mają być jednak na podstawie nowego ustawodawstwa w jaknajszerszym zakresie rozbudowane prawa i korzyści ubezpieczonych, zwłaszcza przez osiągnięcie ogólnych oszczędności w wydatkach administracyjnych.

Wydaje się, że dla uzyskania właściwego poglądu na zamierzoną przez Rząd Rumuński modernizację i unifikację obecnego ustawodawstwa w dziedzinie ubezpieczeń społecznych konieczne jest zbadanie i należyte wyświetlenie najważniejszych elementów różnorodnych norm ustawowych, istniejących w poszczególnych częściach państwa.

W Rumunji istnieją obecnie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych trzy systemy ustawowe:

Ustawa z roku 1912, obowiązująca w dawnej części Państwa i w Besarabji, poza tem ustawy z r. 1907 i 1919, posiadające moc obowiązującą na obszarze Siedmiogrodu, wreszcie ustawy z r. 1887 i 1888 obowiązujące w Bukowinie.

W dalszym ciągu niniejszego opracowania będą poddane rozpatrzeniu systemy ubezpieczeniowe, obowiązujące w poszczególnych częściach Królestwa w zakresie poszczególnych gałęzi ubezpieczenia społecznego.

a) *Ubezpieczenie na wypadek choroby i inwalidztwa.*

1) W dawnej części Królestwa i w Besarabji podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek zachorowania i na wypadek niezdolności zarobkowania spowodowanego chorobą następujące kategorje pracowników: wykwalifikowani i niewykwalifikowani robotnicy zatrudnieni w fabrykach, kopalniach, przy budowie mostów, obróbce drzewa, w kamieniołomach oraz wszystkie inne osoby zatrudnione w przedsiębiorstwach przemysłowych, pozatem rzemieślnicy zatrudnieni na wsi i w mieście, którzy przy wykonywaniu swego przemysłu zatrudniają uczniów i terminatorów, przyczem obowiązek ubezpieczenia nie jest ograniczony jakąkolwiek górną granicą maksymalnej płacy czy maksymalnego zarobku. Dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby nie istnieje ani w dawnej części Królestwa, ani w Besarabji.

2) W Siedmiogrodzie należą na podstawie ustawy z r. 1907 do obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby wszyscy robotnicy i urzędnicy prywatni, zatrudnieni w przedsiębiorstwach przemysłowych, jak też i wszelkich innych przedsiębiorstwach zarobkowych, takich jak biura techniczne, agentury, teatry, apteki, zakłady sanitarne, poczta i telegraf, przedsiębiorstwa nawigacyjne i inne przedsiębiorstwa transportowe, przedsiębiorstwa rolne, kolejowe i t. p. Od r. 1932 podlegają ubezpieczeniu

inwalidzkiemu tylko te osoby, które zatrudnione są w przedsiębiorstwach kopalnianych.

Dekret z r. 1919 rozszerzył w Siedmiogrodzie obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby również na robotników rolnych, podobnie jak i na pracowników handlowych wszelkich kategoryj bez względu na ich dochód. Ustawa z r. 1907 istniejąca w Siedmiogrodzie przewiduje — w przeciwieństwie do ustawy z r. 1912, obowiązującej w dawnej części Królestwa — również dobrowolne ubezpieczenie służby domowej i wszystkich tych pracowników umysłowych, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia.

3) W Bukowinie obejmuje obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby (ubezpieczenie inwalidzkie nie istniało w Bukowinie do r. 1932) wszystkich robotników i urzędników ruchu zatrudnionych w fabrykach, hutach, kopalniach, składach, kamieniołomach, przedsiębiorstwach kolejowych jak i związanych z niemi zakładach pracy podobnie jak i wszystkie osoby, zatrudnione w przedsiębiorstwach wykonywujących roboty budowlane, w przedsiębiorstwach, w których wytwarza się lub zużytkowuje materjały wybuchowe, pozatem pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach przemysłowych rolnych i leśnych, w których używa się kotłów parowych albo motorów poruszanych siłą elementarną. Pracownicy przedsiębiorstw rolnych i leśnych pozbawionych motorów i siły elementarnej mogą ubezpieczać się dobrowolnie. Natomiast podlegają obowiązkowi ubezpieczenia wszyscy robotnicy i pracownicy umysłowi zatrudnieni w przedsiębiorstwach handlowych i prowadzonych w sposób przemysłowy.

b) *Ubezpieczenie od wypadków.*

1) W dawnej części Królestwa podlegają ubezpieczeniu od wypadków wszyscy pracownicy zatrudnieni w przedsiębiorstwach przemysłowych, kamieniołomach, kopalniach, tartakach, przy obróbce drzewa, w przedsiębiorstwach rolnych używających maszyn, tramwajach i kolejach, jakiegokolwiek rodzaju przedsiębiorstwach transportowych, w żegludze rzecznej i morskiej, przedsiębiorstwach budowlanych i t. p. Podobne postanowienia obowiązują na obszarze Besarabji.

2) W Siedmiogrodzie poddano obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków wszystkich robotników i pracowników umysłowych zatrudnionych w przedsiębiorstwach wymienionych powyżej pod 1), poza tem wszystkich pracowników zatrudnionych w urzędach pocztowych, telegraficznych i telefonicznych, w rzeźniach, salinach i laboratorjach bez względu na to czy chodzi o przedsiębiorstwa prywatne czy publiczne.

3) W Bukowinie obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków obejmuje na podstawie ustawy z r. 1887 wszystkie te osoby, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby, jednak z wyjątkiem pracowników handlowych.

c) *Zabezpieczenie na starość.*

1) W dawnej części Królestwa i w Besarabji korzystają z zabezpieczenia na starość wszystkie te osoby, które ubezpieczone są na wypadek choroby, przekroczyły 16 rok życia i zatrudnione są zazwyczaj dłużej niż 16 tygodni w ciągu roku.

W Siedmiogrodzie i na Bukowinie nie istnieje dotąd obowiązkowe zabezpieczenie na starość.

W świetle postanowień Traktatu Wersalskiego i międzynarodowych konwencyj pracy Organizacji Genewskiej nabrało międzynarodowe uregulowanie ubezpieczeń społecznych charakteru jednego z najbardziej doniosłych i ważnych zagadnień. Konferencja waszyngtońska odbyta w r. 1919 i konferencje odbyte w Genewie w latach 1921, 1925, 1927 i 1932 doprowadziły w tej dziedzinie do — niepozbawionego istotnego znaczenia — zbliżenia poszczególnych państw, powodując zawarcie ważnych z punktu widzenia ubezpieczonych porozumień międzynarodowych w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia od wypadków.

Żadna z grup zainteresowanych nie może poddawać w wątpliwość dobrej woli rządu rumuńskiego, który od początku dążył do zjednoczenia z sobą w jedną całość trzech systemów, obowiązujących dotąd w dziedzinie ubezpieczeń społecznych w Rumunji. Duże rozbieżności interesów wewnątrz każdej z grup zainteresowanych i w łonie organizacyj zawodowych spowodowały jednak, że nie udało się dotąd uzyskać w tej mierze ostatecznego porozumienia i że upragniona oddawna unifikacja nie mogła być dotąd wprowadzona w życie; przyczyniły się do tego zresztą również tak polityczne jak i gospodarcze stosunki panujące w kraju.

Wobec dokonywanej obecnie w Rumunji unifikacji powszechnego prawa cywilnego i karnego uznano za konieczne ujednostajnienie zkolei różnorodnego dotąd ustawodawstwa, obowiązującego w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

Należy przytem zaznaczyć, że państwo rumuńskie z biegiem czasu starało się o jaknajdalej idące zrównanie wysokości zasiłków chorobowych i pensyj wypadkowych w poszczególnych częściach państwa, przygotowując poniekąd w ten sposób spodziewaną unifikację ubezpieczenia społecznego; wydając równocześnie wspólne zasady postępowania dla wszystkich prowincyj Rumunji tak co do układu budżetu jak i co do zamknięć rocznych poszczególnych zakładów ubezpieczeń społecznych, ustalono jednolite wytyczne finansowej ich gospodarki.

Ażeby jednak zakończyć pełne ujednostajnienie ustawodawstwa społecznego w całem Królestwie Rumuńskiem, trzeba będzie zdecydować się na jedną z trzech następujących możliwości:

a) stworzyć jedną jedyną opartą na wzajemności instytucję ubezpieczeniową dla całego państwa i dla wszystkich kategoryj ubezpieczonych, albo

b) różne oparte na wzajemności instytucje dla poszczególnych części kraju, albo też wreszcie

c) różne oparte na wzajemności instytucje dla poszczególnych kategoryj ubezpieczonych.

Po długich studjach i za zgodą wszystkich grup zainteresowanych zdecydowało się państwo rumuńskie na przyjęcie rozwiązania najbardziej praktycznego, a mianowicie na ustanowienie jednej instytucji ubezpieczeniowej, która obejmować będzie swym zakresem działania obszar całego państwa, ułatwiając

w dużej mierze i upraszczając wykonywanie ubezpieczenia społecznego. Powołanie do życia jednej jedynej instytucji ubezpieczeniowej usuwa w szczególności konieczność regulowania konsekwencyj przesiedlenia się ubezpieczonego z jednej prowincji do drugiej i przejścia ubezpieczonego z jednej kategorji zawodowej do kategorji drugiej. Wprowadzenie jednej dla całego państwa instytucji ubezpieczeniowej nie wyłącza oczywiście możliwości zdecentralizowania administracji ubezpieczeniowej i powierzenia jej kasom regjonalnym, których zarząd sprawowaliby autonomicznie przedstawiciele pracodawców i pracowników. Wszystkie te kasy regjonalne podlegać będą centralnej kasie z siedzibą w stolicy i działać będą według jednolitych zasad i wytycznych, mając możność wysuwania na walnem zgromadzeniu przez swych przedstawicieli wszelkich życzeń poszczególnych części kraju.

Nim przejdziemy do wykazania, jakie zmiany w dotychczasowych normach przeprowadza najnowszy projekt ustawy, dotyczący ujednostajnienia rumuńskich ubezpieczeń społecznych, musimy poddać rozpatrzeniu wydane w międzyczasie rozporządzenia i ustawy, które w pewnej mierze przeprowadzają ujednostajnienie zasad ubezpieczenia, stosowanych w poszczególnych prowincjach.

Ubezpieczenie na wypadek choroby i inwalidztwa spowodowanego chorobą.

1) W dawnej części Królestwa i Besarabji rozszerzono ustawą z 18 maja 1932 r. istniejące tam ubezpieczenie chorobowe i inwalidzkie na wszystkich pracowników przemysłu i handlu, których zarobek nie przekracza 6000 lei miesięcznie;

2) ta sama ustawa z 18 maja 1932 r. poddała obowiązkowi ubezpieczenia inwalidzkiego (inwalidztwo jako skutek choroby) w Siedmiogrodzie i na Bukowinie wszystkie kategorje pracowników, zatrudnionych w przedsiębiorstwach przemysłowych, handlowych i rzemieślniczych, podczas gdy ustawa z 17 października 1932 r. zastąpiła obowiązkowe ubezpieczenie robotników rolnych w Siedmiogrodzie (wprowadzone w r. 1919) ubezpieczeniem dobrowolnem.

b) *Ubezpieczenie od wypadków.*

W maju 1925 r. zastąpiono na Bukowinie dobrowolne ubezpieczenie wypadkowe w stosunku do leśnych przedsiębiorstw i manipulacyj leśnych wszelkiego rodzaju, nieużywających motorów i siły elementarnej, ubezpieczeniem obowiązkowem. Pozatem zasady ubezpieczenia od wypadków pozostały w poszczególnych częściach państwa bez zmiany.

Na tem wydaje się omówienie istniejących obecnie w Rumunji unormowanych ustawowo elementów ubezpieczeniowych — wyczerpane.

W następnym artykule podane będą rozpatrzeniu zmiany zamierzone w nowym projekcie ustawy, przyczem zanalizowane zostaną nowe zasady działów ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i inwalidzkiego.

Ks. prof. Al. WÓYCICKI

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BEZROBOCIA I OPIEKA SPOŁECZNA NAD BEZROBOTNYMI

Dla polityka społecznego jaki dziś może być ważniejszy temat nad bezrobocie? To, co na stronie gospodarczej ciała narodowego zwie się kryzysem, na stronie jego społecznej nazywa się bezrobociem. Brak pracy w obecnej swej fazie jest najgroźniejszym objawem społecznym kryzysu.

Robotnik bowiem bez pracy, to robotnik bez chleba. Co gorsza, gdy zamknięte przedsiębiorstwo odebrało mu zajęcie, cała rodzina pozostaje bez pożywienia, bez ognia, a jutro bez odzieży, bez dachu nad głową.

Szukać nowego zajęcia? Zwodnicza nadzieja: szalejący kryzys odbiera bezrobotnemu wszelką nadzieję znalezienia pracy.

I tu dotykamy społecznej strony bezrobocia tak pełnej niebezpieczeństw, jak strona indywidualna odkrywa nam pełnię cierpienia..

Bezrobocie, które przed wojną było prostym wypadkiem w normalnem życiu pracownika, po wojnie wyrosło do olbrzymich rozmiarów straszliwej klęski społecznej.

Pierwsze wysiłki ku zażegnaniu tej klęski okazały się niedostatecznemi.

To najważniejsze zagadnienie chwili obecnej każe uciec się do wszystkich środków badań ekonomicznych i politycznych jako zjawisko obszerne a złożone, dotąd mało jeszcze wyjaśnione, wymagające przytem i gruntownych badań i dobrej woli badaczy.

Tymczasem dotąd jakże często mieszano je z partyjnemi interesami i namiętną demagogją!

Dziwić się tylko trzeba, że tak mało niepokojono niem uwagę społeczeństw. Czyż bowiem nie dziwnym jest widok, że w kraju tak bogatym, potężnym jak Wielka Brytanja — tej macierzy wielkiego przemysłu i przez długi czas dostawczyni wyrobów manufakturowych całemu światu — czwarta część robotników od dziesięcu lat tkwi w zawodowym bezruchu dla braku zajęcia?

A gdy przytem zważymy, że społeczeństwo to pod groźbą niesłychanych konwulsji — musi karmić ze swych ofiar trzy miljony ludzi, — to przekonamy się, że zagadnienie bezrobocia tak bolesne dla swej strony moralnej i ludzkiej, powoduje straszne następstwa i w dziedzinie politycznej, skarbowej, gospodarczej.

Niepokój i zdziwienie wzrastają, gdy widzi się, że zagadnienie braku pracy powstało już i w łonie narodów, które od Anglji przejęły sekret supremacji przemysłowej.

Bezrobocie objęło Niemcy i dosięgło 6 miljonów ludzi bez pracy; Amerykę, której miesiąc styczeń dał 12 miljonów bezrobotnych; a wśród innych krajów przemysłowych i Polskę, gdzie najłagodniej prowadzona statystyka podaje 300.000 bezrobotnych zarejestrowanych.

Trzeba więc szeroko otworzyć oczy wobec przerażających objawów choroby, która, rozszerzając się, sprowadza nieobliczalne szkody.

Przez wstrzymanie pracy w znacznej części swego ciała, społeczeństwo zaznaje początków paraliżu ogólnego i pierwszych oznak gangreny.

Praca jest prawem życia. Jeśli ona ustaje, porażone są organy ciała społecznego. Robotnik bez pracy nietylko traci normalny sposób zarabiania na życie, ale i godność swej osoby ludzkiej, którą musiał sprowadzić do stanu prawnego żebraka.

Działalność jego, z normalnego wytrącona toru i na złą skierowana drogę, obraca się na szkodę nie tylko jego samego, ale i rodziny i społeczeństwa. To też w krajach, dotkniętych długotrwałem masowem bezrobociem, rozlegają się już skargi na kulturalną i moralną degradację bezrobotnych.

Ale z pewnością kraje te dość jasno nie widzą jeszcze, dokąd klęska ta pociąga społeczeństwo. Kurczy się życie gospodarcze, a więc i kulturalne narodu. Gasną ogniska rodzinne. Bezrobotny wegetuje jak w letargu; a jego letarg ciężko zaciążył już na całej wytwórczości narodu.

Bezrobotny jest zarazem skutkiem i przyczyną stanu coraz bardziej kurczących się interesów gospodarczych.

Co więcej, sama nawet pomoc, okazywana mu w postaci reform społecznych, pomawiana jest obecnie, w dobie kryzysu, o to, że nadmiernie obciąża budżet przedsiębiorstw i budżet państwa, a tem samem stanowi przeszkodę do odbudowy przedsiębiorstw i interesów, czyli jest jedną z głównych przyczyn kłopotliwego stanu finansów publicznych.

Gdyby reformy te zniesiono — mówią nam — a przynajmniej czasowo zawieszono ich stosowanie, to ekonomja narodowa, od tych uciążliwych przeszkód uwolniona, znowu nabrałaby rozmachu.

Szczególnie mocne ataki skierowane są dziś na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia.

Świat pracowniczy oddawna domagał się go i domaga, ponieważ bezrobocie jest przedewszystkiem ryzykiem społecznem. Każdy słuszny system ubezpieczenia winien je przewidzieć. Tymczasem obecny kryzys gospodarczy odbił się i na tej gałęzi ubezpieczeń, zagrażając samemu jej istnieniu ze strony rządów państw, broniących swych budżetów, jak i kół przemysłowych, oddawna niechętnem patrzących okiem na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia; owszem, znaleźli się i ekonomiści, jak np. Jacques Rueff, którzy twierdzą, że przyznać robotnikom prawo do tego żądania znaczyłoby popełnić najgorszy błąd. Bowiem — zdaniem Rueffa — ubezpieczenie od bezrobocia jest nowem źródłem bezrobocia, a przeto pogorszyłoby ono tylko chorobę, jaką ma uleczyć. Przeciwnicy ubezpieczenia twierdzenie to biorą za „naukowy" punkt oparcia, powołując się na powagę ekonomisty Rueffa i jemu podobnych. Zbadajmy tedy najpierw tezę ekonomisty francuskiego i wyprowadźmy stąd odpowiedni wniosek, by dalej rozważyć kwestję zagadnienia ubezpieczenia od bezrobocia przez jakąś nieokreśloną opiekę społeczną.

Jacques Rueff, inspektor skarbowy i finansowy attaché przy ambasadzie francuskiej w Londynie, wyłożył swą tezę w broszurze p. t. „L'assurance-chômage, cause du chômage permanent, publiè avec une préface de M. Charles Rist, à la librairie du Recueil Sivey, mai 1931". Przedmowę do tej broszury, jak widzimy, napisał głośny ekonomista i finansista francuski Charles Rist, co jeszcze bardziej dodało rozgłosu nowej tezie. Broszurę tę można podzielić na dwie części. Najpierw znajdujemy w niej diagram, gdzie Rueff przedstawia cztery krzywe. Pierwsza wyobraża zmiany bezrobocia w Anglji między r. 1919 i 1930. Druga przedstawia zmiany tak zwanej przez Rueffa płacy realnej w tymże kraju w ciągu tegoż okresu czasu. Dwie ostatnie krzywe (krzywa zmian płacy nominalnej i krzywa zmian cen hurtowych) są tylko po to — zda się, — iżby wskazać czytelnikowi, w jaki sposób otrzymano drugą krzywą.

Łatwo jest stwierdzić — mówi nam Rueff — „zadziwiający wzajemny stosunek między zmianami bezrobocia w Anglji a zmianami płacy realnej, iloraz wskaźnika płac przez wskaźnik cen". Stąd powstało słynne prawo: bezrobocie zmienia się jak ułamek: płaca/ceny hurtowe.

W drugiej części Rueff wyjaśnia fakty. Wyprowadza on z nich pewne wnioski logiczne, a zwłaszcza ten, że ubezpieczenie od bezrobocia stanowi przyczynę stałego bezrobocia. Autor rzeczywiście stwierdza, że poczynając od r. 1924 w Anglji wskaźnik płac pozostał niewzruszony, gdy wskaźnik cen hurtowych ciągle spadał. Poczynając przeto od tego czasu, iloraz płaca/ceny hurtowe ciągle wzrasta. Konsekwentnie wzrasta też i bezrobocie. Unieruchomienie tedy płac nominalnych stało się, poczynając od r. 1924, przyczyną bezrobocia w Anglji. Samo zaś to unieruchomienie przypisać należy istnieniu odszkodowań ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

Wynikiem ubezpieczenia na wypadek bezrobocia — pisze Rueff — „było ustalenie pewnego minimalnego poziomu płacy, od którego począwszy robotnik woli pobierać zasiłek raczej niż pracować za płacę, stanowiącą dość słabą nadwyżkę ponad kwotę, którą otrzymuje jako bezrobotny. Zdaje się właśnie, że w początku r. 1923 płace, które w Anglji szły za zniżką cen, oparły się o ten poziom równowagi. Zatrzymały się one gwałtownie w swym spadku i od tej chwili przestały się zmieniać".

„Zresztą faktycznie poziom płac jest w praktyce tym poziomem, który powstaje ze zbiorowych umów pracy; ale widocznem jest, że ścisłe zachowanie umów, pozwalające na istnienie dużej liczby bezrobotnych, nie mogłoby być utrzymane bez zasiłków dla bezrobotnych".

„Tak więc zasiłek przedewszystkiem ma za skutek zapewnić bez końca utrzymanie dyscypliny związków zawodowych. On to jest istotnem narzędziem stabilizacji płac na poziomie całkowicie niezależnym od poziomu cen; on to więc przeto jest przyczyną nieustającego bezrobocia".

Nie miejmy zresztą złudzeń. W tem dowodzeniu ma się na widoku nie tylko ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, ale i każdy środek, któryby dążył do unieruchomienia płac. Wie o tem dobrze p. Rist, który w przedmowie do tej broszury wyraźnie pisze:

„Dowodzenie streszcza się w tem, że w okresie zniżki płac próżnem jest myśleć, że można utrzymać przy pracy stałą ilość robotników, jeśli stopa płacy pozostaje niezmieniona".

Oto wierne streszczenie myśli ekonomisty Rueffa, które mimo pozory prawdy bynajmniej nie są przekonywające.

Jak mówi socjologja, życie społeczeństwa jest niesłychanie złożone. Tymczasem Rueff chce zawrzeć dziewięć lat dziejów gospodarczych wielkiego kraju w jednej formule i kilku krzywych. Z drugiej znowu strony rozumny polityk społeczny nie ma takiego pojęcia o płacy, jakie ma p. Rueff, do umowy bowiem pracy wchodzi składnik pierwszorzędnej wagi: idea wolnej osoby ludzkiej. Nie można tedy mówić o rynku pracy w ten sam sposób, jak się mówi o rynku zbożowym.

Diagram, ustalony przez Rueffa, nie ma tej doniosłości, jaką mu przypisuje autor. Maurette, szef sekcji badań naukowych Międzynarodowego Biura Pracy, dowiódł, że 1-o zmiany obydwu krzywych — bezrobocia i płac realnych, są szczególnie nierówne. Od drugiego trymestru 1920 r. do drugiego trymestru 1921 r. wskaźnik płac np. podniósł się o 73,5%, a odsetek bezrobotnych o 1,800%; 2-o że naskutek bardzo zmniejszonej skali diagramu paralelizm między obydwiema krzywemi wygląda daleko więcej ciągły niż w rzeczywistości; 3-o że w Niemczech, gdzie istnieje ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, prawo Rueffa sprawdza się tylko dwa lata na siedem.

Możnaby tedy, co najwyżej, twierdzić, że w Anglji w ciągu tych ostatnich dziesięcu lat istniała pewna korrelacja między zmianami bezrobocia a zmianami ułamka: płaca/ceny hurtowe. Formuła dość odmienna od tej, jaką daje broszura autora. Stwierdzona korrelacja niema zresztą tej powszechności ani precyzji, jaką nadaje jej autor. Nadto powinien on był dowieść, że ubezpieczenie od bezrobocia jest jedyną, determinującą przyczyną unieruchomienia płac w Anglji, poczynając od r. 1924. A tego właśnie dowodu nam nie dał. Za dowód wcale nie wystarcza przeto twierdzenie, że zmniejszenie płac w r. 1923 zatrzymano o poziom minimalny, od którego poczynając robotnik woli pobierać odszkodowanie za bezrobocie.

W rzeczywistości jest inny wskaźnik gospodarczy, którego Rueff nie uwzględnia w swem dowodzeniu — i bodaj umyślnie: — to wskaźnik cen detalicznych. A wszakże jest to jedyny wskaźnik, który pozwala nam określić prawdziwą płacę realną. Rzecz to pewna, że w Anglji stałość płac za istotną przyczynę nie ma ani ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, ani potęgi związków zawodowych, ale stałość kosztów utrzymania. Iżby przekonać się o tem, dość jest porównać oba te wskaźniki.

W r. 1922 wskaźnik cen detalicznych wynosił 165, wskaźnik płac — 179. W r. 1930 pierwszy wynosił 157, drugi — 176. Jakże zmniejszyć stopę płacy nominalnej, jeśli nie zmniejszają się koszty utrzymania? Znaczyłoby to zwężać zdolność nabywczą mas ludowych i powiększać bezrobocie.

Przyjmując całkowicie punkt widzenia Rueffa, łatwo byłoby dowieść, że w ciągu całego okresu od r. 1922 do 1929 stan zysków był zadowalniający, że jednocześnie ciężary skarbowe niesłychanie obarczały ludność. Duże zyski i zbyt ciężkie podatki ogromnie zaciążyły na kosztach wytwórczości angielskiej. Niesłusznem jest winić tu same tylko płace. Dlatego trzeba bez obawy błędu powtórzyć tu za prof. prawa Uniw. Paryskiego Lescure: „Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, upowszechnione w r. 1920, zapewnia wszystkim bezrobotnym minimum egzystencji. Prawdopodobnie uchroniło ono Anglję od rewolucji; a jeśli przyczynia się ono do zwyżki płac, to nie można uważać go za winne tej zwyżki, a jeszcze mniej samego bezrobocia, zagadnienie to jest skądinąd złożone". Tytuł więc i teza główna broszury Rueffa są nieścisłe. Możnaby zupełnie dobrze powiedzieć: zwyżka cen detalicznych — przyczyną stałego bezrobocia.

Bezpodstawnym więc jest ciężki zarzut, postawiony polityce społecznej, uznającej kanon ubezpieczenia na wypadek bezrobocia za konieczny, jakoby reforma ta była źródłem braku pracy.

Współczesne bezrobocie jest zjawiskiem bardzo złożonem i chcieć brać je en bloc, nie rozkładając go na różne składniki drogą cierpliwej analizy, znaczy wytwarzać sobie o niem pogląd bardzo daleki od rzeczywistości.

Bezsporną jest dziś konieczność reformy, gdyż w obecnych warunkach nad porządkiem społecznym niby miecz Damoklesa wisi groźne niebezpieczeństwo, jeśli zbiorowość nie spełni względem bezrobotnych należnej im sprawiedliwości społecznej.

Powstaje wszakże pytanie, czy tych potrzeb mas bezrobotnych nie zaspokoi lepiej opieka społeczna, niż ubezpieczenie, tak rzekomo uciążliwe dla budżetów przedsiębiorstw i państw?

W dyskusji, jaką latem r. z. przeprowadzili delegaci Międzynarodowego Stowarzyszenia Postępu Społecznego na zjeździe w Londynie nad referatem profesora Cohena z Cambridge (referat ten ukazał się drukiem w „Revue Internationale du Travail", grudzień 1932 r. [1]), słusznie wykazano przewagę dodatnich stron ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nad opieką społeczną.

Wskazano mianowicie, że przy systemie opieki społecznej potrzebującemu przychodzi się z pomocą dopiero wówczas, gdy jest on w zupełnej nędzy; pomoc tę przyznaje się w zależności od pewnych kryterjów moralnych; zresztą jest ona niepewna, nieustalona, często zmienia się co do czasu i miejsca działania; dalej, opieka społeczna pociąga za sobą — przynajmniej w wielu krajach — utratę pewnych praw obywatelskich i wytwarza ludzi zdeklasowanych.

Przy systemie tym potrzeba stoi na pierwszem miejscu.

Przeciwnie zaś — ubezpieczenie daje wyraźne prawo do określonej sumy; świadczenia określone z prawa, przyznaje się tym wszystkim, którzy zadość czynią przepisanym warunkom.

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" z b. r. Nr. 2 str. 100.

Jest ono pewne i nie zależy od dobrego sprawowania; co więcej — stosuje się je na mocy prawa; nie podnosi się w zależności od potrzeby. Do wypłacania świadczeń koniecznie trzeba przewidzianych rezerw. Metoda ta wymaga przezorności i obejmuje mniej lub więcej ścisłą znajomość przyszłego ryzyka.

Jakiego tedy trzymać się dziś systemu? Jakie kryterjum wskazuje korzyści ubezpieczenia i opieki społecznej? Pytania te prowadzą nas wprost do znanego starego zagadnienia: czy państwo czy też gmina najlepiej odpowiada tej potrzebie? Która z tych jednostek najskuteczniej zabezpiecza od krytycznego wypadku i chroni przed jego następstwami?

Zdaniem prof. Cohena, jak i większości uczestników dyskusji, zadanie to przypada w pierwszym rzędzie państwu. Tylko państwo rozporządza odpowiedniemi środkami i odpowiednim do walki z brakiem pracy aparatem. System biur pośrednictwa pracy, jako mechanizmu ogólnopaństwowego, opiera się na racjonalnym podziale kraju i specjalnie liczy się z gospodarczemi potrzebami narodu. Z drugiej strony władze miejscowe, gminne, ze swej natury nie zajmują się walką względnie świeżej daty — z bezrobociem; a więc są one niezdolne do zwalczania klęski, coraz częściej przypisywanej czynnikom międzynarodowym i narodowym czyli ogólnopaństwowym.

Państwo prowadzi biura pośrednictwa pracy, mające za zadanie skierowywać pracowników z jednej okolicy w drugą. Państwo, a nie gmina, jest ukwalifikowane do tego, aby ponosiło ciężary utrzymania robotnika, który stracił zajęcie. To państwo wreszcie — z wykluczeniem wszystkich innych władz — wydaje przepisy o ruchu imigracyjnym ludności. Wreszcie, ponieważ bezrobocie ze swej istoty należy do zagadnienia organizacji przemysłu, która wogóle nie pokrywa się z konfiguracją pasów administracji miejscowej, bardziej wskazanym tu jest mechanizm państwowy.

Co zaś do opieki społecznej, oddawna zarzuca się jej, że jest instytucją przestarzałą, niezdolną do uprzedzenia bezrobocia.

Jako dalszy dowód wyższości ubezpieczenia nad opieka, referent przytoczył fakt, że jedną z racyj, która w Niemczech najsilniej wpłynęła na przyjęcie ubezpieczenia od bezrobocia, była niedostateczność środków, jakiemi rozporządzały gminy, wręcz niezdolne do ponoszenia ciężarów pomocy dla bezrobotnych. Już trzecia część ich budżetu szła na zwalczanie pauperyzmu.

Zważywszy przeto, że miejscowa opieka społeczna temu zadaniu podołać nie mogła, postanowiono uzupełnić ją ubezpieczeniem.

Również we Francji zasada ubezpieczenia zyskuje coraz więcej zwolenników wobec niedostateczności opieki, aż nadto stwierdzonej w obecnej chwili, gdy po raz pierwszy zarejestrowano tam kilkaset tysięcy ludzi bez pracy.

Tak wygląda ubezpieczenie i opieka, gdy się zważy instytucje, od których one pochodzą — państwo i gminę.

Do tych samych wniosków dojdziemy, gdy weźmiemy pod uwagę samego bezrobotnego w ubezpieczeniu i w opiece.

Bezrobotny ubezpieczony ma prawo do stałej sumy, do typowej stopy, gdy tymczasem przy systemie opieki społecznej kwoty przezeń pobierane zależą od całej serji skomplikowanych względów kompetentnego urzędnika. Pociąga to za sobą decyzje sprzeczne, często niesprawiedliwe, arbitralne, niedopuszczalne. By rozstrzygnąć trudności opieki, każda okolica przyjmuje różne zasady, jak i odmienne skale. Okolica uboga musi przyznawać zasiłki niższe od zapomóg sąsiedniej okolicy bogatszej. Sumę opieki ustala komitet lub jednostka; a ponieważ niema stałej podstawy obrachunku, każdy z nich decyzję swą opiera na względach osobistych i uczuciowych. A więc robotnik, uciekający się do opieki, nigdy nie jest pewien kwoty, jaką otrzyma, ani warunków, w jakich mu ją przyznają. Wypadek tej samej kategorji otrzyma rozstrzygnięcie odmienne stosownie do tego, czy urzędnik opieki społecznej zbadał go życzliwie, czy kandydaci do wsparcia w tej okolicy będą mniej lub więcej liczni, czy wreszcie zajdą tu względy natury politycznej. W rzeczywistości władze opieki społecznej zależą od wielkiej liczby miejscowych wyborców i nie mogłyby zająć jednolitego stanowiska. Względy czysto polityczne (partja, mająca większość, przyszłe wybory i t. d.) dużą grają rolę w ustalaniu programów opieki społecznej. Wypływające stąd poczucie niesprawiedliwości niszczy wszelki szacunek dla systemu, rodzącego te nadużycia, jak i dla polityków, uciekających się do niego. Dla tych to racyj wewnętrznych system opieki społecznej sam potępia się surowo.

Porównywując dodatnie i ujemne strony ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i opieki społecznej, warto zauważyć, że wśród tych, którzy się za tą ostatnią z racji wartości wewnętrznych opowiadają, niektórzy rzeczywiście uznają jej wyższość z pobudek oszczędności przy zmniejszeniu ciężarów publicznych. Trzeba wszakże powiedzieć, że najpierw przenoszą oni ciężar zasiłków dla bezrobotnych na władze gminne; następnie zadają cios wydatkom tych władz, zmniejszają ich dochody. Tak więc bez zbytniego skrupułu uchylają się oni od szczerego stawiania kwestji.

Zastosowanie systemu ubezpieczeniowego doskonale pozwala wydatkować mniej lub więcej to samo tytułem odszkodowania, co i pomoc opieki społecznej.

Nawet najbardziej hojne świadczenia ubezpieczeniowe przeciętnie nie dają więcej nad połowę tego, czego potrzeba do prostego utrzymania jednostki. Ani odszkodowania ubezpieczeniowe, ani opieka społeczna nie dają tego minimum, któreby zapewniło pełne utrzymanie jednostce. Robotnicy, korzystający z nich, powoli zjadają swe oszczędności, sprzedają przedmioty zbyteczne (rowery, fonografy i t. p.), zdzierają swe ubrania do ostatniej nitki, uciekają się do pomocy krewnych, do sklepikarzy o kredyt, do dobroczynności prywatnej i publicznej; a gdy środki te się wyczerpią lub staną się niedostatecznemi, zmniejszają oni zapotrzebowanie istotnych artykułów spożywczych i odzieżowych. Czyż mało jest dziś robotników niedojadających, chorujących na choroby, jakie pociąga za sobą brak pracy?

Jasnem przeto jest, że przeprowadzając wielu bezrobotnych z ubezpieczenia na opiekę społeczną, wyraźnie ma się na celu obniżenie ich poziomu życiowego. To obniżenie bezrobotnych na drabinie

społecznej daje się nieco złagodzić w miarę, jak rozporządzają oni jakimś pobocznym dochodem, oszczędnościami lub gdy pomagają im krewni. Z drugiej strony przejście od ubezpieczenia do opieki stwarza zgoła nową sytuację z punktu widzenia godności zainteresowanego. Bezrobotni z niechęcią odnoszą się do tej samej władzy, która zaspokaja również potrzeby chorych, żebraków, upośledzonych na umyśle, ubogich starców i zaniedbanych dzieci. Jest to dla nich niemal śmierć cywilna i poczucie spadku o całe szczeble na drabinie społecznej, gdy stają się „ubogimi" czyli równymi żebrakom.

Z powyższego tedy widzimy wyższość ubezpieczenia nad opieką z racji jego prewencyjnej wartości, jak i dla racji fiskalnych tudzież administracyjnych. Przytem robotnik woli je, bo jest bardziej sprawiedliwe i nie pociąga dla niego zdeklasowania.

W tem oto świetle na wartość ubezpieczenia i opieki, jako środków walki z bezrobociem, patrzy Międzynarodowe Stowarzyszenie Postępu Społecznego. Dało ono temu wyraz w projekcie rezolucji, przyjętym przez komisję techniczną Stowarzyszenia; brzmi ono, jak następuje:

„Stowarzyszenie w pierwszym szeregu swego programu powinno utrzymać poszukiwanie środków uprzedzania bezrobocia lub przywrócenia pracy robotnikom możliwie najszybciej wszystkiemi odpowiedniemi środkami gospodarczemi, zawierającemi w sobie mianowicie przezorną politykę w dziedzinie robót publicznych lub też, licząc się z pewnemi warunkami narodowemi — odpowiednią organizację robót pomocniczych.

„W miarę zaś, jak chwieje się równowaga między podażą i popytem na pracę, koniecznie trzeba przyjść z pomocą bezrobotnym we wszelki możliwy sposób. W tym celu i nie przeszkadzając obowiązkom solidarności, leżącym na jednostkach jak i na zbiorowościach, Stowarzyszenie zaleca środki następujące:

1-o. Bezrobotni niedobrowolni, którym nie można dać żadnego odpowiedniego zajęcia, powinni otrzymywać odszkodowania.

2-o. Odszkodowania powinny pochodzić przedewszystkiem z systemu narodowego obowiązkowego ubezpieczenia, zawierającego w sobie składki zainteresowanych i zapewniającego im określone prawa.

3-o. W każdym razie w czasie obecnego kryzysu władze publiczne centralne lub miejscowe powinny przedsięwziąć wyjątkowe środki do udzielania lub utrzymania zasiłków poza instytucjami ubezpieczeniowemi. Wyjątkowe te środki winny być ściśle uzgodnione z istniejącemi systemami ubezpieczenia, a zarządzanie niemi powinno być powierzone tej samej władzy państwowej, co i zarząd systemu ubezpieczeniowego.

4-o. Administracja odszkodowań lub zasiłków bezrobotnych powinna funkcjonować w ścisłym związku z publicznemi urzędami pośrednictwa pracy. Te ostatnie powinny być dostatecznie zaopatrzone, iżby ich współpraca z administracją odszkodowań i zasiłków bezrobotnych nie krępowała ich w wykonywaniu ich własnej funkcji.

5-o. Odszkodowania lub zasiłki bezrobotnych powinny być ustalane wedle różnych skal, licząc się mianowicie z ciężarami rodzinnemi bezrobotnego i z miejscowemi kosztami utrzymania.

6-o. Bezrobotnym powinny być udostępnione środki do nauki zawodowej lub ogólnej. W pewnych okolicznościach i w miarę rozporządzalnych miejsc, uczęszczanie do miejsc nauczania należy uczynić obowiązkowem dla młodych bezrobotnych i ewentualnie dla niektórych dorosłych, iżby przystosowali się oni do nowych warunków zawodowych.

7-o. Żąda się od sekcji narodowych wyświetlenia skutków, jakie w ich krajach miały odszkodowania lub zasiłki bezrobotnych na stopę płac, poziom życia i na równowagę między wytwórczością i spożyciem".

Rezolucja powyższa uderzyła w sedno zagadnienia, jakby mówiąc do nas: w czasie kryzysu wszelkie obliczenia zawodzą; ubezpieczenia winny działać, iżby dawały swe dobroczynne owoce; ale obok nich trzeba nadto państwowego zabezpieczenia bezrobotnych. Nigdy wszakże opieka społeczna nie zdoła zastąpić ubezpieczenia obowiązkowego.

Ponieważ jednak współczesne bezrobocie przekracza najgorszą klęskę żywiołową, państwo musi wprowadzić do swego budżetu pozycję pomocy dla bezrobotnych. I to wszakże nie wystarcza na kolosalne rozmiary klęski: winna przyjść tu i pomoc gmin, organizacji wyznaniowych, dobroczynnych i humanitarna działalność jednostek. Oto idea projektu rezolucji londyńskiej.

Niewątpliwie środki zaradcze, powyżej wskazane, a nałożone przez prawo na rzecz bezrobotnych lub dobrowolnie przyjęte przez pracodawców pod naciskiem Związków Zawodowych, wyrażają się dla przedsiębiorstw w podniesieniu ich kosztów ogólnych, a więc i kosztów produkcji, stąd — trudność sprzedaży wewnętrznej, a jeszcze bardziej wywozu.

Ale czy ciężary te stanowią przyczynę kryzysu gospodarczego? Jest to conajmniej wątpliwe; bo kraj, w którym wybuchł on najpierw, w którym osiągnął swój najwyższy stopień, gdzie dziś jest najwięcej bezrobotnych — to Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, gdzie właśnie przemysł nie zna ciężarów społecznych; niema tam ani ubezpieczenia na wypadek choroby, ani ubezpieczenia na starość, ani ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Znamienny ten fakt podniósł p. Buttler, dyrektor Międzynarodowego Biura Pracy przy Lidze Narodów, w swej mowie, jaką wygłosił na zjeździe londyńskim.

Nie, ani ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, ani opieka społeczna nad bezrobotnymi, jako niezbędne reformy społeczne, nie są przyczyną, ani jedną z przyczyn obecnego kryzysu. A tymczasem zwalcza się je jako nadmierne obciążenie, owszem jako, „przyczynę permanentnego bezrobocia" (Rueff). Conajmniej uważa się je za dodatek do ustroju gospodarczego, przylepiony zzewnątrz — pod działaniem szlachetnych aspiracji, humanitarnych uczuć lub poprostu z musu. Owszem, uważa się je jako zbytek, bynajmniej nie niezbędny w organizacji nowoczesnych społeczeństw. I w tem właśnie tkwi zasadniczy błąd, o jaki tu chodzi. Reformy społeczne wcale nie są zbytkiem, ale konieczną sprawiedliwością, jaką trzeba wcielić do organizacji gospodarstwa narodowego, iżby organizacja ta była zgodna z człowiekiem, tym twórcą zarazem i spożywcą bogactw. Bowiem cel go-

spodarstwa to człowiek, a dobro gospodarcze jest tylko środkiem zaspokojenia jego potrzeb, zapewnienia mu niezbędnego utrzymania.

A więc wytwarzanie dóbr gospodarczych winno być podporządkowane człowiekowi, nie zaś osoba pracownika poświęcona wytwarzaniu bogactw. Zatem wytwórczość powinna być zorganizowana w ten sposób, iżby zabezpieczyła życie, zdrowie pracownika, zostawiła mu wczasy niezbędne dla wypoczynku, rozrywki, dla jego zainteresowań umysłowych, moralnych, dla życia religijnego, przedewszystkiem zaś iżby zapewniła mu minimum utrzymania. Wymaga tego zdrowy rozsądek ludzki, jak i niespaczone ludzkie sumienie. Iżby tedy przywrócić do równowagi zachwiany obecnie ład społeczny, trzeba do ustroju gospodarczego wcielić te elementarne wymagania rozsądku i sumienia, a nie pogłębiać bezładu zwalczaniem tak niezbędnej reformy społecznej, jak obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek braku pracy i państwowa opieka nad bezrobotnymi.

R. SZYMANKO

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W SOWIETACH

Zależność między ubezpieczeniami społecznemi a całem życiem gospodarczem i społecznem Państwa jest zjawiskiem nie ulegającym żadnej wątpliwości. Stanowią one istotną część całego kompleksu wszystkich zagadnień społeczno-gospodarczych i dlatego nigdy nie mogą być uważane jako instytucja istniejąca swojem własnem życiem, mająca jedynie swoje własne troski i zadania. Mimo oczywistej współzależności między ubiezpieczeniem społecznem a życiem gospodarczem, biorąc pod uwagę stosunki istniejące w państwach kapitalistycznych, nie można jednak stwierdzić, aby między niemi panowała harmonja i współpraca. Wystarczy przejrzeć gazety codziennie, zwłaszcza w okresie kryzysu gospodarczego, aby się przekonać, jakie poważne konflikty i rozbieżności interesów zachodzą między „racją stanu" t. zw. sfer gospodarczych a postulatami ubezpieczeń społecznych. Nie wchodząc bliżej w analizę tych konfliktów, które swe podłoże mają w całem ukształtowaniu się stosunków społecznych i gospodarczych, niewątpliwą wydaje się rzeczą, że interesy ubezpieczeń społecznych i interesy sfer gospodarczych niezawsze mogą iść po wspólnej drodze.

W Związku Sowieckich Republik Rad nie występuje zupełnie to zjawisko. Ustrój bolszewicki bowiem skoncentrował w jednych rękach kierowniczych zarówno cały niemal aparat gospodarczy, jak również i ubezpieczenia społeczne. Jednolite kierownictwo wszystkich naogół odcinków zbiorowego życia w Sowietach wprowadziło całkowitą harmonję między interesami produkcji a ubezpieczeniami społecznemi. W tych warunkach ubezpieczenia społeczne stały się cząstką, bardzo zresztą istotną całej działalności gospodarczej i społecznej a nawet i politycznej Sowietów, pewnego rodzaju instrumentem w rękach państwa.

Ta ścisła współzależność między ubezpieczeniami a całem życiem gospodarczem i politycznem uwidocznia się bardzo wyraźnie w budowie i charakterze systemu ubezpieczeniowego, będącego odbiciem potrzeb gospodarczych, społecznych i politycznych ustroju komunistycznego. Naprzykład: Ustrój sowiecki postawił sobie za zadanie zniszczenie własności prywatnej, oraz wszystkich tych klas społecznych, których dawna czy też obecna działalność jest sprzeczna z interesami ustroju i doktryny komunistycznej. Ubezpieczenia społeczne nakładają więc bardzo wysokie składki na przedsiębiorstwa prywatne, wielokrotnie wyższe niż te, którym podlegają analogiczne państwowe względnie uspołecznione zakłady pracy, odmawiają wszelkiej pomocy ubezpieczeniowej duchownym (funkcjonarjuszom kultów religijnych), dawnym członkom administracji carskiej i t. d.

Jako jedno z harmonijnych ogniw w łańcuchu całego ustroju bolszewickiego i służąc ogólnym celom gospodarczym i politycznym państwa, ubezpieczenia sowieckie stały się tem samem zmienną funkcją, a nie celem samym w sobie, całego aparatu państwowego Sowietów. Zwłaszcza zaś silnie wystąpił ten ich charakter od czasu *oparcia przez Sowiety całej ich działalności na zasadach gospodarki planowej.* Harmonijna współzależność ubezpieczeń społecznych i innych odcinków zbiorowego życia i działania w Sowietach ukazuje się zwłaszcza silnie na tle jednolitego planu finansowego, obejmującego całokształt działalności państwa, samorządów, kooperatyw i t. d., oraz ubezpieczeń społecznych, których finanse są ponadto częścią budżetu ogólnopaństwowego. W ten sposób objęte są ubezp. społ. wspólnem jednolitem kierownictwem, jakiem jest najwyższa władza planująca dla całego Związku Sowieckiego. Władza ta rozporządzająca wszystkiemi znajdującemi się w dyspozycji życia społecznego środkami pieniężnemi rozdziela je według potrzeby między poszczególne komórki całego organizmu państwowego. Według dyspozycyj naczelnej władzy planującej otrzymują też i ubezpieczenia społeczne odpowiednie środki finansowe, któremi muszą gospodarować w granicach swych potrzeb, ustalonych przez postanowienia o zakresie i rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych.

Pod tym względem stwierdzić należy różnicę w strukturze sowieckich ubezpieczeń społecznych i ubezpieczeń istniejących w państwach kapitalistycznych. Ubezpieczenia w tych ostatnich państwach, chociaż naogół podlegają w większym lub mniejszym stopniu nadzorowi władz państwowych, nigdzie jednak nie zostały ujęte w tak dalece ,jak w Sowietach, zorganizowany system współzależności, już nawet nie tylko w stosunku do całego życia gospodarczego, ale nawet w stosunku do różnych ich działów.

Ciekawa jest pod tym względem praca Dr. H.

Naglera [1]), wice-szefa wydziału budżetowego i planu finasowego w sowieckim komisarjacie finansów. Analizując stosunki w Niemczech dr. Nagler przytacza obliczenia dr. Popitza, obecnie sekretarza stanu w pruskiem ministerstwie finansów, według których w Niemczech po wojnie (r. 1929) 53% całego dochodu społecznego znajdowało się pod kontrolą „publicznej gospodarki" to jest pod kontrolą państwa, instytucyj ubezpieczeń społecznych, gmin i t. d. Mimo że tak poważna część dochodu społecznego, stwierdza dr. Nagler w swej pracy, jest pod kontrolą gospodarki uspołecznionej, wszystkie jednak naogół *te instytucje prowadzą swą politykę finansową zupełnie samodzielnie, bez żadnego porozumienia ani ustalenia wspólnego planu,* już nietylko z tą częścią życia gospodarczego, która znajduje się pod zarządem własności prywatnej, ale również z innemi instytucjami „związanej", uspołecznionej gospodarki, niejednokrotnie nawet instytucjami tego samego typu.

Wysoce charakterystyczną cechą ubezpieczeń społecznych w Sowietach jest również wielka elastyczność ich formy [2]) w przeciwieństwie do ubezpieczeń społecznych w państwach kapitalistycznych, gdzie ich ewolucja rozwojowa odbywa się w znacznie słabszem tempie i gdzie istnieje o wiele większy konserwatyzm w stosunku do tradycyjnych form organizacji ubezpieczeń społecznych (np. drobne kasy emerytalne górnicze, fabryczne kasy pogrzebowe i t. d.).

Taki stan rzeczy jest naturalną konsekwencją całego rozwoju gospodarstwa narodowego Związku Sowieckiego z jednej strony *i państw kapitalistycznych z drugiej strony.*

Jeśli chodzi o zakres pomocy udzielanej klasie robotniczej przez ubezpieczenia społeczne, to regulowany jest on w państwach kapitalistycznych wyłącznie wypadkową stosunków finansowych, gospodarczych a *przedewszystkiem politycznych i społecznych jakie istnieją* w danym momencie, przyczem powszechnie niemal występuje w okresie kryzysu względnie depresji gospodarczej, o ile oczywiście pozwalają na to wewnętrzno-polityczne warunki, silny napór sfer posiadających na obniżenie świadczeń ubezpieczeniowych.

W odmienny sposób przedstawia się ta sprawa w Sowietach. Coprawda tak samo jak i w państwach kapitalistycznych, na zakres pomocy, udzielanej klasie robotniczej przez ubezpieczenia społeczne, wpływają faktyczne możliwości gospodarcze, polityczne i inne, niemniej jednak zakres tej pomocy *ustalany jest zasadniczo według z góry określonego planu,* uwzględniającego oczywiście wszystkie wyżej wymienione względy, przyczem na odpowiednie decyzje władz planowo-kierowniczych nie wywierają najmniejszego wpływu opinje ani postulaty czynników prywatno-kapitalistycznych, *które zresztą wogóle nie odgrywają obecnie w Sowietach żadnej politycznej* roli.

Sowiecki system ubezpieczeń społecznych opiera się na zasadach Kodeksu Pracy z 1922 r., rozwiniętych w licznych dekretach i rozporządzeniach, których ze względu na ich ilość niesposób wymienić.

W dalszej części niniejszego artykułu przedstawimy w sposób możliwie bardziej szczegółowy strukturę i charakter sowieckich ubezpieczeń według stanu prawnego obowiązującego w chwili obecnej.

Zakres ubezpieczenia.

Do korzyści przewidzianych w ubezpieczeniu sowieckiem mają prawo wszyscy pracownicy najemni zatrudnieni w przedsiębiorstwach i instytucjach państwowych, uspołecznionych jak i w prywatnych gospodarstwach i przedsiębiorstwach, bez względu na wysokość zarobku, płeć, wiek, charakter i rodzaj pracy (robotnik, pracownik umysłowy).

Od zasady tej uczynione zostały poważne wyjątki. Ogół zatrudnionych najemną pracą pracowników podzielony jest w zakresie ubezpieczeń społecznych na 3 zasadnicze grupy:

1) w pełni ubezpieczonych
2) częściowo ubezpieczonych
3) całkowicie nieubezpieczonych

Najliczniejszą i najbardziej typową grupę stanowią robotnicy w pełni ubezpieczeni. Ci ubezpieczeni korzystają ze wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych. W pełni ubezpieczonym jest każdy pracownik najemny, utrzymujący się głównie i stale z pracy najemnej.

Obok tego typu pracowników istnieje pokaźna grupa pracowników najemnie zatrudnionych dla których jednak dochód z pracy najemnej nie stanowi głównego źródła utrzymania i którzy przez ograniczony okres czasu pracują w charakterze pracowników najemnych. Tę kategorję pracowników ubezpieczenie sowieckie albo wogóle stawia poza nawiasem zakresu ubezpieczonych,—całkowicie nieubezpieczeni, albo też przyznaje jej ograniczone prawa do świadczeń ubezpieczeniowych (t. zw. częściowo ubezpieczeni). Częściowo ubezpieczonym przysługuje prawo do świadczeń na wypadek krótkoterminowej niezdolności do pracy, a ze świadczeń z tytułu długoterminowej niezdolności jedynie wtedy, gdy niezdolność powstała wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Zakres osób częściowo ubezpieczonych określają specjalne rozporządzenia. Częściowo ubezpieczonych jest naprzykład znaczna część robotników sezonowych, którzy pracowali mniej niż 6 miesięcy. (Jeżeli jednak pracownik sezonowy pracował więcej niż 6 miesięcy, automatycznie staje się w pełni ubezpieczonym i korzysta ze wszystkich świadczeń).

Całkowicie nieubezpieczeni—nie korzystają z żadnych świadczeń. Zakres osób nieubezpieczonych ustalają specjalne rozporządzenia. W grę wchodzą tu wszystkie te grupy pracowników, dla których dochód z pracy najemnej stanowi jedynie drobną i nieistotną część środków utrzymania, np. robotnicy wiejscy najmujący się do orki z własnymi końmi, pracownicy pracujący krócej niż 5 dni w miesiącu (ale nie z powodu bezrobocia). Poza tem pozbawione zostały wogóle wszelkich praw z ubezpieczenia wszystkie te osoby, które, chociażby nawet pracowały najemnie, nie mają praw politycznych:

1) wskutek swojej klasowej przynależności,
2) dawni wyżsi urzędnicy za rządów carskich

[1]) Die Finanzen und die Währung der Sowjetunion. Dr. H. Nagler, nakładem Rowohlt w Berlinie, str. 29.

[2]) Ewolucję ubezpieczeń sowieckich na przestrzeni 15 lat istnienia dyktatury partji bolszewickiej w Rosji przedstawi autor w art. p. t. „Ubezpieczenia społ. w Sowietach" w najbliższym numerze Pracy i Opieki Społecznej (dod. red.).

i białych, oraz ci wszyscy, którzy brali udział w walkach z bolszewikami oraz

3) funkcjonarjusze kultów religijnych, bez względu na stopień w hierarchji kościelnej (arcybiskup, organista).

Ilościowo w następujący sposób przedstawia się zakres ubezpieczonych:

Ogółem ludność zatrudniona najemnie	Ogółem ubezpieczeni całkowicie i częściowo	Liczba całkowicie ubezpiecz.
średnia roczna	średnia roczna	
1926—1927 — 10.911.000	1927 — 9.252.600	8.742.000
1927—1928 — 11.552.000	1928 — 9.865.400	9.233.900
1929 — 12.394.000	1929 — 10.932.100	10.224.200
1930 — 14.462.000	1930 — 13.469.700	12.750.900
1931 — 18.108.000	1931 — 17.671.400	.
1932 — .	1932 — 20.700.000 (według planu)	

„Ubezpieczony" w rozumieniu ubezpieczenia sowieckiego przypomina sytuację ubezpieczonego w naszem ubezpieczeniu od wypadków, które w istocie swej oparte jest na zasadzie odpowiedzialności pracodawcy. Istotną więc cechą „stosunku ubezpieczeniowego" w Sowietach jest istnienie odpowiedzialności państwa wobec pracownika w wypadku utraty przez niego zdolności do pracy lub śmierci. Taki charakter „ubezpieczonego" znajduje się też w sprzeczności z pojęciem ubezpieczonego w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci lub też choroby w olbrzymiej większości państw kapitalistycznych, w których zazwyczaj ubezpieczony przez opłacanie składek nabywa pewnego rodzaju „udział w ubezpieczeniu", ekspektatywę.

Sytuacja „ubezpieczonego" w Sowietach w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (z innych przyczyn niż wypadek) starości, śmierci, przypomina raczej system „non contributives pensions", istniejący w Anglji i państwach skandynawskich z tem, że całkowity ciężar ubezpieczenia spada w Sowietach wyłącznie na pracodawców.

Jak już wyżej przedstawiłem, ubezpieczeniu podlegają wyłącznie pracownicy najemni. Samodzielnie zarobkujący chociażby nawet nie mieli odpowiednich środków utrzymania nie korzystają z żadnych uprawnień ubezpieczeniowych.

Stosunek ubezpieczeniowy (w sowieckiem tego słowa znaczeniu) istnieje pozatem tylko podczas istnienia stosunku pracy. Ubezpieczenie sowieckie nie zna dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia w drodze opłaty składki ubezpieczeniowej względnie opłacania specjalnych opłat uznawczych. Prawo do świadczeń ubezpieczeniowych powstaje więc, zasadniczo, jedynie w związku z pracą.

Porównując pod kątem widzenia ubezpieczeń społecznych państw kapitalistycznych postanowienia ubezpieczeń sowieckich, dotyczące zakresu ubezpieczenia, można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Ubezpieczenie sowieckie obejmuje w jeden system wszystkich pracowników, nie uznaje zaś odrębnych systemów ubezpieczenia dla poszczególnych grup pracowniczych, np. odrębne ubezpieczenia pracowników umysłowych, aczkolwiek w zakresie polityki świadczeń, a ostatnio także i w organizacji ubezpieczeń wprowadzane zostało daleko idące zróżniczkowanie zakresu uprawnień ubezpieczeniowych dla poszczególnych grup pracowniczych;

2) Ubezpieczenie sowieckie wyłącza z pod korzyści ubezpieczeniowych wrogie ustrojowi sowieckiemu grupy społeczne, chociażby nawet chodziło o pracowników najemnych. Tego rodzaju ograniczenie zakresu ubezpieczenia jest całkowicie nieznane w ubezpieczeniach państw kapitalistycznych. Jeśli istnieją w nich ograniczenia to jedynie ze względu na stan zdrowia, czy też wysokość zarobków, niema zaś ograniczeń ze względów czysto politycznych, zwłaszcza zaś ze względu na dawną działalność, chociażby nawet wrogą kierunkowi politycznemu znajdującemu się obecnie przy władzy;

3) Szczególnie charakterystyczne dla sowieckiego ubezpieczenia jest, że wyklucza ono całkowicie od prawa do świadczeń ubezpieczeniowych osoby samodzielnie pracujące, chociażby niezamożne i częściowo nawet zatrudnione pracą najemną. Przez takie postawienie sprawy ustawodawstwo sowieckie daje wyraz swej woli, aby z korzyści ubezpieczeniowych mogli korzystać tylko pracownicy zatrudnieni wyłącznie pracą najemną, t. j. taką pracą, która nie stoi w sprzeczności z doktryną komunistyczną i która nie stwarza dla ustroju bolszewickiego niebezpieczeństwa powstania silnej klasy drobnomieszczańskiej, z natury rzeczy wrogo usposobionej do rewolucji. Charakterystyczne jest również, że nawet w stosunku do samych robotników ubezpieczenie sowieckie nie daje im zasadniczo możności zapomocą dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia przez opłacanie składek, nabycia świadczeń, o ile wystąpili oni z pracy najemnej.

Świadczenia pieniężne.

Świadczenia pieniężne sowieckiego systemu ubezpieczeń społecznych dzielą się na 2 zasadnicze typy: na świadczenia z tytułu przemijającej niezdolności do pracy oraz na świadczenia z tytułu stałej niezdolności do pracy. W odniesieniu do powyższego podziału świadczeń sowieckich ubezpieczeń należy podkreślić zasadniczą różnicę w stosunku od podziału stosowanego zazwyczaj w innych państwach, manowicie podziału na ubezpieczenia krótkoterminowe oraz długoterminowe. Długość pobierania świadczenia jest rzeczą obojętną w sowieckich ubezpieczeniach. Do zaliczenia danego uprawnienia do jednej z dwu kategorji świadczeń miarodajny jest w Sowietach jedynie charakter niezdolności do pracy.

Świadczenia pieniężne na wypadek krótkoterminowej niezdolności do pracy są następujące: 1) zasiłek chorobowy, w wypadku istnienia choroby związanej z niezdolnością do pracy pracownika, 2) zasiłek w wypadku choroby członka rodziny pracownika, udzielany wtedy, gdy niema w jego rodzinie osoby, którąby mogła się podjąć opieki nad chorym. Jeśli chore jest dziecko w wieku do 2 lat, matka otrzymuje pełny zasiłek, bez względu na to, czy znajduje się w rodzinie osoba, która mogłaby się zaopiekować chorem dzieckiem, 3) zasiłek przy przeniesieniu chorego pracownika do innej pracy, 4) zasiłek przy kwarantannie, t. j. w wypadku gdy wskutek panujących w otoczeniu pracownika chorób zakaźnych z polecenia władz sanitarnych nie jest on dopuszczany do pracy, 5) zasiłek na wypadek ciąży i porodu pracownicy.

(W wypadku ciąży lub porodu żony, córki i t. d. zasiłek może być udzielany jedynie w charakterze normalnego zasiłku dla członków rodziny, o ile zachodzą wszystkie inne warunki wymagane do przyznania zasiłku z tytułu choroby członka rodziny).

Przy ustalaniu prawa do zasiłku z ubezpieczenia krótkoterminowego pozostaje zasadniczo rzeczą obojętną z jakich przyczyn powstała choroba, — czy wskutek wypadku przy pracy, czy choroby zawodowej czy też z innych przyczyn.

Obok wyżej przedstawionych świadczeń ubezpieczenie sowieckie przyznaje poza tem specjalne jednorazowe świadczenia pogrzebowe na wypadek śmierci pracownika względnie pensjonisty lub członków ich rodziny oraz dodatkowe świadczenie na wypadek urodzenia dziecka.

W ubezpieczeniu na wypadek długoterminowej niezdolności do pracy udzielane są następujące świadczenia: 1) pensja inwalidzka przy stałej niezdolności do pracy — całkowitej lub zawodowej, spowodowanej zarówno wypadkiem przy pracy jak i innemi przyczynami, 2) renta dla pozostałych członków rodziny w wypadku śmierci względnie zaginięcia pracownika, lub rencisty, który miał te osoby na swem utrzymaniu, 3) pensja na starość.

Prawo do świadczeń może powstać zasadniczo wtedy tylko, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał podczas trwania *stosunku pracy* (urlop ustawowy lub zdrowotny nie przerywa stosunku pracy). Zwłaszcza silnie przestrzegany jest ten warunek w ubezpieczeniu na wypadek przemijającej niezdolności do pracy. Świadczenia z tytułu przemijającej niezdolności do pracy, powstałej po ustaniu stosunku pracy, udzielane są wtedy jedynie, gdy pracownik po zaprzestaniu pracy najemnej spełniał polecenia władz partyjnych, organizacji związkowej względnie wykonywał pracę będącą w interesie przedsiębiorstwa, w którem był zatrudniony. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek stałej niezdolności do pracy po wystąpieniu pracownika ze stosunku pracy może powstać jedynie wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy zdarzył się w okresie pobierania świadczeń ubezpieczeniowych, zarówno podczas pobierania świadczeń na wypadek przemijającej jak i stałej—albo innego rodzaju—niezdolności do pracy, poza tem zaś w ciągu okresu 1 roku (do uzyskania renty dla pozostałych) względnie 2 lat (do uzyskania renty z tytułu inwalidztwa) po wystąpieniu z pracy lub też wyczerpaniu poprzednio pobieranych świadczeń ubezpieczeniowych, otrzymywanych z tytułu innego wypadku ubezpieczeniowego.

Okres wyczekiwania.

Poza tymi warunkami prawo do świadczeń uzależnione jest zwłaszcza w ubezpieczeniu na wypadek stałej niezdolności do pracy do przebycia specjalnego okresu wyczekiwania. W ubezpieczeniu krótkoterminowem, zasadniczo niema okresu wyczekiwania i prawo do świadczeń powstaje z chwilą rozpoczęcia pracy. Jedynie w odniesieniu do niektórych grup pracowniczych, mianowicie robotników sezonowych, budowlanych oraz innych drobnych, wymagany jest pewien okres wyczekiwania: wynosi on 3 miesiące pracy w ciągu ostatniego roku względnie 10 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat.

W ubezpieczeniu długoterminowem okres wyczekiwania jest bardzo zróżniczkowany.

Do nabycia renty z tytułu wypadku przy pracy, choroby zawodowej, *a dla młodzieży poniżej 20 lat* z tytułu wszystkich innych przyczyn — okres wyczekiwania wogóle nie jest wymagany.

Dla starszych wiekiem robotników i pracowników — do nabycia prawa do renty inwalidzkiej z ogólnych przyczyn — okres wyczekiwania wynosi 1 do 12 lat pracy, przyczem dla robotników, zwłaszcza zaś dla robotników pracujących w trudnych warunkach, okres wyczekiwania jest krótszy, dla pracowników umysłowych dłuższy. Wymagany okres wyczekiwania pozostaje w zależności od wieku ubezpieczonego, jaki on posiada w chwili powstania zdarzenia losowego.

Do uzyskania prawa do renty z tytułu starości, która przyznawana jest w 60 — dla mężczyzn i w 55 roku życia dla kobiet a nawet w 50 roku dla pracujących pod ziemią i w warunkach szkodliwych dla zdrowia, okres wyczekiwania wynosi 25 względnie 20 lat pracy.

Pojęcie wypadku przy pracy i choroby zawodowej.

Renta wypadkowa przyznawana jest wskutek wypadku lub choroby zawodowej, przyczem pojęcie wypadku w ubezpieczeniu sowieckiem jest bardzo szeroko określone, wychodzące daleko poza zakres pojęcia wypadku, w rozumieniu ubezpieczeń innych państw. Za niezdolność do pracy wskutek wypadku uważa się kalectwo wskutek pracy („trudowoje uwieczje"), jeśli ono powstało w związku z pracą najemną:

1) przy wypełnianiu normalnych obowiązków robotnika,

2) przy wypełnianiu czynności, chociażby nawet bez polecenia zarządu przedsiębiorstwa, jednak w interesie przedsiębiorstwa i

3) przy wypełnianiu *społecznych obowiązków* związanych z pracą w danem przedsiębiorstwie lub instytucji a także w związku z wypełnianiem specjalnych zadań sowieckich partyjnych lub zawodowych organizacyj, chociażby nie były one związane z danem przedsiębiorstwem względnie instytucją,

4) na terytorjum przedsiębiorstwa lub instytucji lub w innem miejscu pracy podczas trwania pracy, włącznie przerwy, oraz w czasie potrzebnym do uporządkowania narzędzi pracy i t. d. przed rozpoczęciem wzgl. po zakończeniu pracy,

5) w drodze do i z miejsca pracy,

6) w wypadku okaleczenia robotnika przez pracodawczę nawet nie podczas wykonywania pracy.

Za wypadek, za który przyznaje się rentę, uważa się poza tem wypadek, jaki powstanie podczas ćwiczeń przeszkolenia wojskowego robotników, oraz niezdolność do pracy, spowodowaną chorobą zakaźną u personelu medycznego, zatrudnionego walką z chorobami epidemicznemi.

Zasięg chorób zawodowych, dających prawo do renty wypadkowej jest również bardzo szeroki.

Zakres uprawnionych do świadczeń członków rodziny.

W zakresie świadczeń na wypadek śmierci żywiciela prawo do renty dla pozostałych jest prawem pochodnem po zmarłym lub zaginionym ubezpieczonym lub renciście. Przysługuje ono pozostałym, o ile zmar-

ły w chwili śmierci wypełnił wszystkie warunki, wymagane do uzyskania renty inwalidzkiej (okres wyczekiania gdy śmierć powstała z innych przyczyn niż wypadek lub choroba zawodowa i t. p.).

Zakres osób uprawnionych do korzystania z renty dla pozostałych przedstawia się następująco:

1) dzieci, bracia, siostry, w wieku poniżej 16 lat, względnie 18 lat o ile nadal się kształcą,

2) dzieci, bracia, siostry w wieku powyżej 16, wzgl. 18 (dla uczących się), o ile przed osiągnięciem powyższego wieku stały się niezdolne do pracy. W tym wypadku renta przyznawana jest przez czas nieograniczony, aż do wyleczenia,

3) rodzice i małżonek, o ile są niezdolni do pracy lub osiągnęli wiek starczy, t. j. 60 lat dla mężczyzn i 55 lat dla kobiet,

4) jedno z rodziców lub małżonek, bez względu na wiek oraz zdolność do pracy, jeśli zajmuje się wychowaniem dzieci, braci i sióstr zmarłego, mających mniej niż 8 lat, do renty dla pozostałych mają prawo jedynie członkowie rodziny, którzy znajdowali się na utrzymaniu zmarłego.

Ten sam zakres członków rodziny uprawniony jest również do świadczeń pieniężnych na wypadek ich choroby, pociągającej za sobą potrzebę opiekowania się chorym (świadczenia z ubezpieczenia na wypadek przemijającej niezdolności do pracy).

Długość udzielania świadczeń

Świadczenia pieniężne na wypadek przemijającej niezdolności do pracy udzielane są zasadniczo przez cały czas niezdolności do pracy. Od tej zasady przewidziany jest cały szereg wyjątków. Przedewszystkiem należy wyodrębnić świadczenia na wypadek ciąży i porodu, które z natury swej muszą być ograniczone do pewnego okresu czasu. Udzielane są one przez 56 dla robotnic lub 42 dni dla biuralistek przed porodem i przez taki sam okres czasu po porodzie. O ile jednak po tym względnie przed tym okresem pracownica jest chora i niezdolna do pracy, otrzymuje normalny zasiłek z tytułu choroby.

Poza tem ograniczony został do 75 dni okres pobierania świadczeń dla niektórych kategoryj pracowników, a mianowicie dla robotników sezonowych oraz tych robotników budowlanych, którzy nie przebyli specjalnie ustalonego dla nich okresu wyczekiwania (10 miesięcy pracy w okresie ostatnich 12 miesięcy). Świadczenia z tytułu stałej niezdolności do pracy udzielane są przez cały czas trwania tej niezdolności.

Wysokość świadczeń.

Zasadniczo zasiłek z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy udzielany jest w wysokości 100% ostatniego zarobku, poczynając od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

Dla robotników, a z pośród pracowników umysłowych dla pracowników inżynieryjno-technicznych oraz specjalistów, zasiłek na wypadek przemijającej niezdolności do pracy nie jest ograniczony górną granicą. Dla pozostałych jednak pracowników umysłowych — biuralistów — zasiłek nie może przekraczać 300 rubli na miesiąc.

Od zasady 100%-wego zasiłku poczynione jednak zostały bardzo liczne wyjątki, w rezultacie których zasiłek w tej wysokości stał się udziałem jedynie drobnej grupy ubezpieczonych, olbrzymia zaś ich większość otrzymuje zasiłek niższy, który dochodzi, dla najgorzej sytuowanych pod względem ubezpieczeniowym, do 50%.

Ubezpieczenie na wypadek krótkoterminowej niezdolności do pracy rozróżnia pod względem wysokości zasiłku 3 kategorje ubezpieczonych.

W obrębie każdej z tych 3 kategoryj zróżniczkowana została poza tem jeszcze wysokość zasiłków w zależności od najrozmaitszych momentów.

I kategorja: robotnicy i funkcjonarjusze zatrudnieni w socjalistycznym sektorze i będący członkami związków zawodowych.

Do maksymalnego 100% zasiłku, poczynając od pierwszego dnia niezdolności do pracy mają prawo jedynie robotnicy i niektórzy pracownicy umysłowi bardziej eksponowanych i przedstawiających poważne znaczenie dla państwa gałęzi produkcji (przemysł budowlany, transport, sowchozy, kołchozy) ale tylko najemni pracownicy (członkowie kołchozów — chłopi nie są ubezpieczeni wogóle), pracownicy stacyj maszynowych, traktorów i t. d. oraz pracownicy niektórych zawodów o trudnych warunkach pracy („robotnicy" medycyny, pedagogiki i t. d. zatrudnieni w drobnych i odległych miejscowościach wiejskich lub osiedlach robotniczych), o ile pracowali przez okres co najmniej 3 lat w tem co najmniej 2 lata nieprzerwanie w jednem przedsiębiorstwie względnie w danej miejscowości.

Do 100%-wego zasiłku mają pozatem prawo i to na lepszych jeszcze warunkach młodzi pracownicy poniżej 18 lat (pod warunkiem przebycia jedynie 1-go pracy) w danem przedsiębiorstwie, następnie „udarnicy", dawni więźniowie polityczni, żołnierze czerwonej armji i t. d.

Innym pracownikom, którzy albo nie należą do wymienionych powyżej zawodów albo, jeśli nawet należą, to nie odpowiadają jednak wymaganym warunkom co do przebycia specjalnie długiego czasu pracy, zasiłek ubezpieczeniowy jest wypłacany w mniejszej wysokości. Zmniejszenie zasiłku polega na tem, że jedynie za pierwsze 5 do 20 dni niezdolności do pracy zasiłek wypłacany jest w niższej wysokości — w ½ lub ⅔ — podczas gdy za pozostałe dni powyżej tego okresu czasu zasiłek jest udzielany w pełnej wysokości ostatniego zarobku. Naogół zasiłek w pełnej wysokości — chociażby nawet za pierwsze dni niezdolności do pracy był on udzielany w niższej wysokości — przysługuje jednak tylko tym pracownikom i robotnikom, którzy pracowali w danem przedsiębiorstwie *dłużej niż 1 rok*. Do powyższych stawek—nie mając nawet przepracowanego 1-roku w danem przedsiębiorstwie—mają prawo pozatem robotnicy niektórych zawodów, a mianowicie: górnicy i robotnicy parowozowi oraz robotnicy budowlani (ci ostatni jednak tylko wtedy gdy pracowali więcej niż 10 miesięcy). Wszyscy inni robotnicy, poza górnikami i robotnikami parowozowymi oraz budowlanymi z 10 miesięcznym okresem wyczekiwania, którzy nie pracowali jednego roku w danem przedsiębiorstwie, otrzymują zasiłek w wysokości ⅔ ostatniego zarobku.

II kategorja. *Pracownicy umysłowi i robotnicy zatrudnieni w socjalistycznym sektorze, nie będący jednak członkami związków zawodowych.*

Dla tej kategorji nie jest już przewidziane tak daleko idące zróżniczkowanie wysokości udzielanego zasiłku. Za pierwsze trzydzieści dni niezdolności do pracy zasiłek udzielany jest w wysokości połowy ostatniego zarobku, za pozostałe dni w wysokości ⅔ ostatniego zarobku.

III kategorja. *Pracownicy umysłowi i robotnicy zatrudnieni pracą najemną w przedsiębiorstwach i gospodarstwach prywatnych.*

Okolicznością powodującą przyznanie w wyższym względnie niższym wymiarze zasiłku jest przynależność do związku zawodowego.

Dla członków związków zawodowych, będących zrzeszonymi dłużej niż 1 rok, świadczenie udzielane jest w wysokości ⅔ zarobku za pierwsze 20 dni niezdolności do pracy, i w pełnym wymiarze (100%) za pozostałe dni.

Dla członków związków zawodowych będących nimi krócej niż 1 rok, zasiłek udzielany jest w wysokości ⅔ zarobku przez cały czas niezdolności do pracy.

Dla robotników i pracowników nie będących członkami związków zawodowych zasiłek wynosi 50% ostatniego zarobku za cały czas niezdolności do pracy. *Jest to najniższy wymiar zasiłku jaki przewiduje sowieckie ubezpieczenie* na wypadek krótkoterminowej niezdolności do pracy.

Jednorazowy zasiłek w razie urodzenia się dziecka udzielony jest w wysokości jednolitej — 32 rubli; dodatek mleczny wynosi zaś 45 rubli.

Świadczenie pogrzebowe na wypadek śmierci robotnika, pracownika umysłowego lub pensjonisty lub członka ich rodziny wynosi jednorazowo: 40 do 10 rubli.

W ubezpieczeniu na wypadek długoterminowej niezdolności do pracy świadczenia udzielane są w następującej wysokości:

Na wymiar pensji inwalidzkiej bez względu na to czy inwalidztwo powstało z ogólnych przyczyn czy też wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, wpływają następujące czynniki:

a) *charakter inwalidztwa:* ubezpieczenie sowieckie rozróżnia 3 kategorje inwalidów: 1 kategorja, mająca prawo do najwyższych świadczeń, obejmuje inwalidów całkowicie niezdolnych do pracy i bezradnych, wymagających opieki osoby drugiej, 2 kategorja obejmuje inwalidów całkowicie niezdolnych do pracy, nie będących jednak bezradnymi, 3 kategorja obejmuje inwalidów, będących niezdolnymi jedynie do pracy zawodowej, którzy mogą jednak bez uszczerbku dla swego zdrowia wykonywać inne, lżejsze prace.

b) *rodzaj pracy:* ubezpieczenie sowieckie podzieliło wszystkich ubezpieczonych na 4 grupy, w zależności od wykonywanej pracy.

1 grupa, mająca prawo do najwyższych świadczeń, obejmuje robotników (biuraliści są wyłączeni z tej grupy) zatrudnionych pod ziemią i na szkodliwych dla zdrowia robotach, 2 grupa obejmuje robotników (bez biuralistów), zatrudnionych w niektórych kluczowych przemysłach, jak górnictwo, transport, przemysł metalowy, elektrotechniczny i t. d. 3 grupa obejmuje robotników zatrudnionych we wszystkich pozostałych przemysłach oraz tych pracowników umysłowych, którzy są zatrudnieni bezpośrednio przy procesie przetwórczym, nakoniec 4 grupa, najgorzej sytuowanych, obejmuje pracowników umysłowych a ściślej mówiąc pracowników biurowych.

W zależności więc od tego, do jakiej kategorji inwalidów, oraz do jakiej grupy pracowniczej zaliczony zostanie dany inwalida pracy, udziela mu się odpowiednią rentę; przy ustaleniu więc wysokości renty inwalidzkiej istnieje 12 podstawowych kombinacyj (dla każdej z 4-ch grup pracowniczych możliwe są 3 zasadnicze renty).

c) *długość czasu pracy*, w szczególności zaś długość pracy w jednem przedsiębiorstwie.

Renta inwalidzka (z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa). składa się z 2-ch zasadniczych części: z kwoty zasadniczej, przysługującej bez względu na długość czasu przebytego w ubezpieczeniu, o ile tylko przebyty został ogólny okres wyczekiwania, oraz ze specjalnych dodatków, udzielanych za każdy rok pracy, powyżej specjalnego minimum które wynosi dla pierwszych 2 grup robotniczych 10 lat, dla następnych 18 lat.

Podstawą wymiaru renty inwalidzkiej jest miesięczny ostatni zarobek, nie może on jednak przekraczać 300 rubli miesięcznie; (renta również nie może przekraczać tej kwoty). Postanowienie powyższe nie odnosi się jedynie do udarników t. j. członków wzorowych brygad robotniczych. Za uczestnictwo w brygadzie wzorowej zalicza się robotnikowi dodatkowo specjalny dodatek w wysokości 3% za każdy rok, przyczem renta obliczona z uwzględnieniem dodatków za czas pracy przebyty w brygadach wzorowych nie może być redukowana chociażby nawet kwota renty przekraczała dopuszczalne maximum *300 rubli.*

Wysokość rent inwalidzkich wynosi co następuje:

Kwota zasadnicza (i minimalna zarazem) wynosi:

	(bezradni)	(całkowicie niezdolni)	(niezdolni do danego zawodu)
dla 1) grupy robotników w zależności od kategorji inwalidzwa:	69%	49%	35%
dla 2) grupy robotników " " " "	68%	48%	34%
dla 3) grupy robotników " " " "	67%	47%	33%
dla 5) grupy (funkcjonarjuszów) " " " "	67%	47%	33%

Do powyższego wymiaru dochodzą dodatki do renty przyznawane pod warunkiem przepracowania nieprzerwanie w danem przedsiębiorstwie 2 lat.

Dodatki do rent wynoszą:
dla 1 grupy (robotnicy pod ziemią i t. d.) bez względu na rodzaj inwalidztwa

2% za każdy rok powyżej 10 do 18 lat pracy oraz
3% „ „ „ 18 do 23 lat pracy

Renta maksymalna łącznie z dodatkami nie może jednak przekrzaczać 100% dla pierwszej kategorji inwalidów
80% „ drugiej „ „
66% „ trzeciej „ „

dla 2-ej grupy robotników:
1% za każdy rok powyżej 10 do 18 lat
2% „ „ „ 18 do 25 „

Renta maksymalna nie może jednak przekraczać 90% dla pierwszej kategorji inwalidów
80% „ drugiej „ „
56% „ trzeciej „ „

dla trzeciej grupy robotników:
1% za każdy rok pracy powyżej 18 lat do 34 lat pracy

Renta maksymalna nie może przekraczać 80% dla pierwszej kategorji inwalidów
60% „ drugiej „ „
46% „ trzeciej „ „

dla 4-ej grupy (biuralistów):
½% za każdy rok pracy powyżej 18 lat do 34 lat pracy

Renta maksymalna nie może przekraczać 75% dla pierwszej kategorji inwalidów
55% „ drugiej „ „
41% „ trzieciej „ „

Powyższe maksima mogą być jeszcze podwyższone o ile ubezpieczony nabywa uprawnienia do dodatków z tytułu pracy udarników.

Renta starcza. Na wymiar renty starczej wpływa jedynie charakter pracy, przyczem do ubezpieczonych stosuje się ten sam podział na grupy robotnicze jak i w ubezpieczeniu inwalidzkiem. Ponieważ funkcjonarjusze biurowi nie są objęci ubezpieczeniem na starość, w rachubę wchodzą jedynie 3 pierwsze grupy

Renta starcza udzielana jest w jednolitej wysokości i wynosi dla 1-ej grupy (pracującej pod ziemią) 60% ostatniego zarobku
„ 2-ej „ 55% „ „
„ 3-ej „ 50% „ „

Wymiar ten jest podwyższany za lata pracy przebyte w charakterze „udarników", i wtedy niema zastosowania postanowienie o maksymalnej pobieranej granicy zarobku (300 rubli).

Renta dla pozostałych. Za podstawę wymiaru renty dla pozostałych bierze się rentę, jaka przysługiwałaby zmarłemu, gdyby był inwalidą II kategorji — t. j. całkowicie niezdolnym do pracy. (t. j. w zależności od grupy robotniczej — najmniej 49%, 48%, 47% najwyżej 80%, 70%, 60%, 55%).

Rentę dla pozostałych od tak obliczanej renty ustala się na:

50% jeśli jest jedna osoba uprawniona do renty dla pozostałych
75% „ są 2 osoby
100% „ „ 3 „
125% „ jest 4 lub więcej osób.

Renta wypadkowa. Na wymiar renty wypadkowej wpływają: charakter inwalidztwa (3 kategorje inwalidów), rodzaj wykonywanej pracy (4 grupy pracowników), długość pracy. Niezależnie jednak od wszystkich wyżej wymienionych momentów ubezpieczenie sowieckie wprowadziło ogólne minima dla rent wypadkowych, które wynoszą:

dla I kat. inwalidów 100% ostatniego zarobku
dla II „ „ 75% „ „
dla III „ „ 50% „ „

Tak ustalone minima odnoszą się do wszystkich grup robotniczych (zarówno dla górników jak i funkcjonarjuszy biurowych). Do powyższych stawek mogą dojść, o ile ubezpieczony przebył dostatecznie długi okres wyczekiwania, dodatki, których się udziela na tych samych warunkach i w tej samej wysokości jak przy rencie inwalidzkiej z ogólnych przyczyn.

Redukcja, wstrzymywanie oraz odmawianie świadczeń. W ubezpieczeniu krótkoterminowem, jak już wyżej wskazałem, prawo do zasiłku przysługuje ubez-

pieczonemu zasadniczo podczas trwania stosunku ubezpieczeniowego. Jeśli niezdolność do pracy powstała po wystąpieniu z pracy, to zasiłek jest przyznawany ale pod warunkiem, że nastąpi ona przed upływem 15 dni po zwolnieniu z pracy, i o ile dany robotnik lub pracownik jest członkiem związku zawodowego i przytem przepracował poprzednio conajmniej 2 lata, w tem conajmniej 6 miesięcy w ciągu ostatniego roku. Jeśli pracownik lub robotnik zapisuje się na listę poszukujących pracy, otrzyma zasiłek, o ile niezdolność do pracy powstała w ciągu 15 dni po wystąpieniu z pracy chociażby nawet uprzednio nie przepracował wyżej wymienionego okresu wyczekiwania. Jeśli robotnik lub pracownik wystąpił z pracy z własnej woli lub wydalony został *z pracy z powodu przekroczenia regulaminu, nie przysługuje mu prawo do żadnych świadczeń.*

Poza powyżej wymienionemi wypadkami utraty prawa do zasiłku, ubezpieczenie sowieckie przewiduje cały szereg przepisów porządkowej natury, pozbawiających względnie ograniczających zasiłek, mających na celu przeciwdziałanie ewentualnym nadużyciom. Jeśli choroba spowodowana została umyślnie, świadczenie nie jest wypłacane. Niestosowanie się ubezpieczonego do wskazówek lekarza, niewłaściwe spędzanie urlopu zdrowotnego, postępowanie podczas leczenia wbrew poleceniom lekarza lub też niezgłoszenie się we właściwym terminie na badanie lekarskie — wstrzymuje wypłatę zasiłku, nie dłużej jednak jak na 15 dni. Jeśli niezdolność do pracy spowodowana została wskutek udziału w bójce w stanie nietrzeźwym— zasiłek nie jest wypłacany przez 5 pierwszych dni, przyczem dla samotnych ogranicza się zasiłek do połowy od 6-go dnia pracy poczynając. Pozatem bardzo charakterystycznem jest postanowienie, *że jeśli niezdolność* do pracy nastąpiła w okresie *czasowego zamknięcia przedsiębiorstwa—nie udziela się świadczeń ubezpieczenia krótkoterminowego przez czas zamknięcia tego przedsiębiorstwa.* Jest to bardzo surowa sankcja mająca na celu zmuszenie robotników do dbania o interesy ich fabryki. Postanawienie to jest bardzo uciążliwe i niejednokrotnie może być niesprawiedliwe, biorąc pod uwagę, że dana fabryka może być wstrzymana nie z winy personelu danej fabryki, ale z innych przyczyn np. niedostarczenie odpowiedniej ilości surowców i t. d.

O wiele bardziej surowe są restrykcje w zakresie świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do pracy:

Cofa się całkowicie wypłatę pensji gdy, pensjonista zaczął pracować na własną rękę i podlega opłacie podatku przemysłowego, oraz o ile wstąpił w skład gospodarstwa kułackiego. Jeśli inwalida wystąpił z gospodarstwa kułackiego, prawo do pensji odżywa ale dopiero po 5 latach o ile wogóle nie jest pozbawiony praw do ubezpieczenia wskutek swojej przynależności klasowej.

Zmniejsza się rentę, gdy inwalida wstąpił w skład drobnego gospodarstwa chłopskiego:

o 25%, o ile dochód z jego gospodarki nie przekracza minimalnego dochodu, zwolnionego od opłaty podatku rolnego,

o 50% jeśli dochód z gospodarki nie przekracza 2-krotnego minimum podlegającego opodatkowaniu,

o 75%, jeśli dochód z gospodarki przewyższa 2-krotnie minimalny dochód, podlegający opodatkowaniu. Niemniej jednak podkreślić należy, że w odniesieniu do tych pensjonistów, którzy weszli w skład kołchozów, renta nie jest zmniejszana.

W wypadku niestawienia się inwalidy na badanie lekarskie, pensja przestaje mu być wypłacana. Jednak wypłata następuje, o ile pensjonista stanął przed komisją lekarską w ciągu następnego roku i nadal został uznany za niezdolnego do pracy.

Pozatem pozbawia się inwalidę prawa do renty za cały czas pozbawienia swobody, zsyłki, tak samo tracą prawo do renty ci ubezpieczeni, którym wskutek „czystki aparatu" została na stałe lub na pewien czas zabroniona praca we wszystkich państwowych i społecznych przedsiębiorstwach i instytucjach.

(c. d. n.).

ROZWÓJ P. K. O.

Rok 1932 zamyka P. K. O. dalszem znacznem powiększeniem swego stanu majątkowego oraz rozwojem swej działalności, co znajduje wyraz w wynikach liczbowych, osiągniętych przez P. K. O. w 1932 r. w poszczególnych działach pracy.

Wynik, osiągnięty w roku sprawozdawczym, jest najwyższym w dotychczasowej działalności oszczędnościowej P. K. O. Ogólny stan wkładów oszczędnościowych wszystkich typów łącznie osiągnął w dn. 31.XII 1932 r. 444,8 milj. zł., a razem z wkładami czekowemi kwotę 622,8 milj. zł.

Liczba oszczędzających w P. K. O. wykazuje w roku sprawozdawczym również bardzo znaczny wzrost. W 1932 r. pozyskała P. K. O. 274.833 nowych wkładców. Czysty przyrost liczby książeczek w P.K.O. po uwzględnieniu książeczek zlikwidowanych, wyniósł w1932 r. 195.534; jest to przyrost w dotychczasowej działalności P. K. O. nienotowany.

Przeciętny stan wkładów na jednej książeczce oszczędnościowej wynosił w 1932 r. zł. 467. — Kwota ta wskazuje, że suma 444,8 milj. zł. wkładów oszczędnościowych w P. K. O. składa się z wielkiej ilości drobnych kwot, które są wyrazem systematycznej oszczędności szerokich warstw społeczeństwa.

Dział ubezpieczeń na życie w P. K. O. wykazuje w roku sprawozdawczym dalszy pomyślny rozwój. W 1932 r. wydała P. K. O. 36.148 nowych polis ubezpieczeniowych na łączną kwotę ubezpieczenia 52 milj. zł.

Ogólny obrót (gotówkowy i bezgotówkowy) P. K. O. osiągnął w ciągu 1932 r. sumę blisko 22 miljardów zł. Obrót bezgotówkowy wykazuje w roku sprawozdawczym dalszy wzrost. Obrót ten wynosił zł. 14,7 miljd. zł. i stanowił blisko 68% ogólnego obrotu czekowego P. K. O.

Pośrednia działalność kredytowa P. K. O. znaj-

duje wyraz w zakupie przez instytucję papierów kredytu długoterminowego, by tą drogą zasilić życie gospodarcze, i to najważniejsze jego dziedziny — płynnemi kapitałami. Ta dziedzina działalności P. K. O., która ma doniosłe znaczenie dla naszego życia gospodarczego, wykazuje również w 1932 r. dalszy bardzo znaczny wzrost. Tak więc pozycja kredytów pośrednich P. K. O., która jest równoznaczna z kwotą zakupionych przez instytucję papierów wartościowych, wynosiła na koniec 1932 r. 423,9 milj. zł., wzrosła więc o dalszych 64 milj. zł. w ciągu roku sprawozdawczego. Inaczej mówiąc, taką kwotą zasiliła P. K. O., głównie za pośrednictwem Państwowego Banku Rolnego i Banku Gospodarstwa Krajowego, życie gospodarcze w 1932 r.

Dzięki kapitałom, uzyskanym z ulokowania funduszów P. K. O. w listach zastawnych i obligacjach, instytucja ta miała możność udzielenia szeregu kredytów o znaczeniu ogólnem. Wymienić tu należy przedewszystkiem kredyty dla drobnego budownictwa mieszkaniowego, która to akcja zapoczątkowana została w 1932 r. przez Prezydjum Rady Ministrów, P. K. O. udzieliła w roku sprawozdawczym na cele tego budownictwa 4,5 milj. zł. — w formie kredytów pośrednich przez Bank Gospodarstwa Krajowego.

Do zakresu bezpośredniej działalności kredytowej P. K. O. wchodzą pożyczki lombardowe pod zastaw papierów wartościowych, skup weksli oraz kredyty wekslowe (będące w likwidacji). Łączny stan tych interesów P. K. O. pozostał na poziomie roku 1931 i wynosił na ultimo 1932 roku ogółem 18 milj. zł.

Stan kapitałów, ulokowanych przez P. K. O. w nieruchomościach, będących własnością instytucji, wzrósł w roku sprawozdawczych o dalszych 3,3 milj. zł. i wynosił w dn 31.XII 1932 r. 39,1 milj. zł. Wzrost tej pozycji stoi w związku z rozbudową gmachu Centrali P. K. O. w Warszawie oraz nabyciem przez P. K. O. nieruchomości miejskiej we Lwowie przy ul. 3 Maja 9, przeznaczonej na pomieszczenie Oddziału Lwowskiego.

Działalność przekazowa P. K. O. w 1932 r. wykazuje dalszy znaczny wzrost. Mimo ograniczeń dewizowych, wprowadzonych w szeregu państw, ogólna ilość zleceń na zagranicę i z zagranicy, wykonanych przez P. K. O., wynosiła w 1932 r. blisko 60 tysięcy, czyli o 11 tys. więcej niż w 1931 roku.

Środki płynności I stopnia były utrzymane w 1932 r. w P. K. O. stale na bardzo wysokim poziomie i wyrażały się na dzień 31.XII 32 r. łącznie kwotą ponad 206 milj. zł., co stanowiło około 32% natychmiast płatnych zobowiązań.

Reasumując powyższe należy stwierdzić, że wyniki, jakie osiągnęła P. K. O. we wszystkich dziedzinach pracy, nietylko świadczą o odporności instytucji na wypadek niepomyślnych wydarzeń gospodarczych, lecz co więcej, stwierdzają niezbicie, że wysokie zaufanie, jakiem cieszy się ta największa instytucja oszczędnościowa w Polsce, ma swoje uzasadnione podstawy.

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 wyroku N. T. A. z dnia 14 października 1932 r. L. Rej. 3744/30.

Okręgowym Urzędom Ubezpieczeń przysługują w odniesieniu do Komisyj Rozjemczych uprawnienia władzy nadzorczej nad władzami Kas Chorych.

Powody:

„Komisja Rozjemcza Kasy Chorych w Rzeszowie przyznała orzeczeniem z 16 maja 1929 r. członkowi Kasy Chorych M. Ch. zwrot pełnych kosztów leczenia jego żony z powodu nieprzyjęcia chorej do szpitala św. Łazarza ze względu na przepełnienie.

Od tego orzeczenia wniósł Zarząd Kasy Chorych rekurs do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie, który pismem z 13 listopada 1929 zawiadomił zarząd Kasy, że przeciw wykonaniu orzeczenia Komisji Rozjemczej nie podnosi sprzeciwu.

Główny Urząd Ubezpieczeń orzeczeniem z 14 lutego 1930 r. L. 340/GUU nie uwzględnił dalszego rekursu Zarządu Kasy Chorych i utrzymał w mocy decyzję Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń z przyczyn w tej decyzji przytoczonych.

Na to orzeczenie wniósł Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Rzeszowie skargę do N. T. A., który rozważył, co następuje:

Skarżąca Kasa podnosi zarzut wadliwości postępowania, której się dopatruje w tem, że zaskarżonej decyzji jak i decyzji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń brak bliższego uzasadnienia. Zarzut ten jest nieuzasadniony. Według art. 83 ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z 19 maja 1920 r. poz. 272 Dz. Ust. Komisje Rozjemcze rozstrzygają spory w sprawie świadczeń pomiędzy członkami, a Zarządem Kasy. Ustawa, jak to wynika z postanowienia jej art. 85, nie przewiduje żadnych środków prawnych od orzeczeń tych Komisyj. W szczególności Urzędy Ubezpieczeń nie są w myśl przepisu art. 100 p. d) powołanej ustawy w sprawach, załatwianych przez Komisje Rozjemcze, instancją apelacyjną, a przysługują im w odniesieniu do tych Komisyj, tylko przewidziane w ustawie uprawnienia władzy nadzorczej nad władzami Kas Chorych. Zarządowi Kasy Chorych nie służy prawo żądania od Urzędu Ubezpieczeń wykonania prawa nadzoru, gdyż kwestja ta pozostawiona jest swobodnemu uznaniu tegoż Urzędu. Odmowa wkroczenia w drodze nadzoru, gdyż tem jest tylko zaskarżone orzeczenie względnie zatwierdzone niem orzeczenie Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, nie wymaga zatem w myśl art. 75 ust. 3 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem poza wskazaniem podstawy prawnej, żadnego innego uzasadnienia i nie narusza

wogóle praw skarżącego Zarządu Kasy Chorych (art. 9 ustawy o N. T. A.), wobec czego, pomijając dalsze zarzuty skargi, dotyczące meritum sprawy, jako w tym stanie rzeczy bezprzedmiotowe, należało skargę oddalić jako nieuzasadnioną".

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. ROZP. PREZ. RZPLITEJ Z DNIA 24 LISTOPADA 1927 R. (DZ. U. R. P. NR. 106 POZ. 911).

Dyrektywa Związku Zakładów U. P. U. w sprawie stosowania art. 28 ust. ost., art. 34 ust. 3 i art. 40 ust. 2 rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uchwalona na posiedzeniu Rady Zarządzającej Związku w dn. 31.I.33 r.

XXVIII. Wolnemu słuchaczowi zakładu naukowego publicznego lub mającego prawo publiczności nie przysługuje prawo do przedłużenia okresu pobierania renty sierocej na zasadzie postanowień art. 28 ust. 4.

Zasiłek rodzinny dla pozostających bez pracy (art. 34. ust. 3 i art. 35 p. 2), jak również dodatek do renty inwalidzkiej lub starczej (art. 40 ust. 2) nie przysługuje na dziecko, mające ukończonych 18 lat życia, z tytułu posiadania charakteru wolnego słuchacza

Uzasadnienie:

Ust. ost. art. 28, mówiąc o „ukończeniu studjów" może mieć na względzie jedynie uczniów (rzeczywistych słuchaczów), gdyż wolni słuchacze nie mają prawa do składania egzaminów, lecz jedynie studja ich, odbyte w charakterze wolnych słuchaczów mogą im być w wypadkach godnych uwzględnienia zaliczone, o ile zostaną studentami (por. art. 88 ustawy z dnia 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 494).

Zasiłek rodzinny, przysługujący pozostającemu bez pracy za dziecko w myśl art. 34 ust. 3, może być pobierany jedynie do czasu ukończenia przez dziecko, będące wolnym słuchaczem, osiemnastego roku życia, gdyż art. 35 p. 2 powołuje się na art. 28 ust. 4.

Również postanowienia art. 40 ust. 2, dotyczące przedłużenia pobierania dodatku do renty inwalidzkiej lub starczej z tytułu odbywania studjów przez dziecko, nie mogą mieć zastosowania do wolnych słuchaczów, gdyż przedłużenie to opiera się na warunkach, przewidzianych w art. 28 ust. ost.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 14 listopada 1932 r. Nr. I. L. — 1648/32.

Jednorazowa odprawa nie podlega ogólnym postanowieniom prawa cywilnego o spadkobraniu.

Prawo do jednorazowej odprawy nadaje art. 30 rozporządzenia o ubezp. prac. umysł. w kolejnym porządku osobom, w artykule tym wymienionym, przyczem istnienie osób wyższej kategorji wyłącza prawa niżej umieszczonych.

„Po wysłuchaniu sprawozdania Sędziego-referenta, głosu rzecznika skarżącej i wniosków Prokuratora,

zważywszy:

1) że w sprawie opieki nad nieletniemi dziećmi po zmarłym pracowniku umysłowym S. B., Sąd Okręgowy, wbrew uchwale rady familijnej nieletnich, upoważnił skarżącą, pozostałą wdowę zmarłego, do podjęcia na swą rzecz w całości przyznanej jej przez Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Królewskiej Hucie, tytułem jednorazowej odprawy po zmarłym ubezpieczonym jej mężu, sumy, złożonej w Komunalnej Kasie Oszczędności w Będzinie na książeczkę wkładkową spadkobierców S. B., Sąd Apelacyjny atoli na skutek odwołania się opieki nieletnich biorąc pod uwagę, iż prócz skarżącej i jej dziecka z powtórnego związku małżeńskiego Stanisława, pozostało również dwoje nieletnich dzieci z pierwszego małżeństwa, przyznał skarżącej prawo do połowy tylko wzmiankowanej odprawy;

2) że odprawa ta nie wchodzi w skład majątku spadkowego po zmarłym pracowniku i nie ulega ogólnym postanowieniom prawa cywilnego o spadkobraniu, poddana jest natomiast przepisom szczególnym, mianowicie objętym rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. Ust. 106, poz. 911), którego art. 30 prawo do jednorazowej odprawy nadaje w kolejnym porządku osobom, w artykule tym wymienionym, przyczem istnienie osób wyższej kategorji wyłącza prawa niżej umieszczonych;

3) że przez to skarżącej, jako pozostałej po ubezpieczonym wdowie, stosownie do punktów 2-go i 3-go cytowanego art. rozporządzenia, przypada całość jednorazowej odprawy po mężu, S. B., z wyłączeniem jego dzieci, niezależnie od tego, czy pochodzą one z małżeństwa ze skarżącą, czy też z wcześniejszych jego związków ślubnych, wobec czego w myśl słusznych zarzutów skargi kasacyjnej zaskarżona decyzja Sądu Apelacyjnego, jako zawierająca istotną obrazę art. 30 powyższego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, nie może być utrzymana w mocy;

z tych zasad Sąd Najwyższy zaskarżoną decyzję Sądu Apelacyjnego w Warszawie z powodu obrazy art. 30 rozporz. Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. Ust. Nr. 106, poz. 911) uchyla, i sprawę do ponownego rozpoznania temuż Sądowi w innym składzie Sędziów przekazuje".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 25 sierpnia 1932 r. L. I. C. 2766/31.

Uchwała z dnia. 22.X.1929 r. Komisji Międzydepartamentalnej przy Ministerstwie Pracy i Op. Społ., która nie uchyliła wyraźnego brzmienia art. 2 ust. 1 rozporządzenia z 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. poz. 323), wyjaśnia jedynie, iż w przypadku, gdy podmajstrzy budowlany spełnia czynności administracyjne i techniczne, kieruje pracą, za której całość ponosi odpowiedzialność, może być niezależnie od tytułu swego zaliczony w poczet pracowników umysłowych (orzeczenie Nr. 117/30).

W rozumieniu ust. 1 art. 2 przytoczonego powyżej rozporządzenia nie jest pracownikiem umysłowym podmajstrzy, podległy majstrowi, kierującemu pracą i odpowiedzialnemu za jej całość".

(Uzasadnienie pominięto).

Z wyroku N. T. A. z dnia 28 grudnia 1932 r. L. Rej. 9324/31.

Okoliczność, iż uchwalonym w jakiś czas po wejściu w życie rozporządzenia o ubezp. prac. umysł. (t. j. po 1/I 1928 r.) statutom emerytalnym dla pracowników samorządowych (art. 5 p. 6 rozp.) nadano wsteczną moc obowiązującą po dzień wejścia w życie rozporządzenia, nie usuwa obowiązku opłaty składek za tych pracowników do Z. U. P. U. za czas od wejścia w życie rozporządzenia aż do chwili faktycznego wprowadzenia zaopatrzeń emerytalnych dla wymienionych pracowników.

Powody:

Z. U. P. U. w Warszawie orzeczeniem z 16 stycznia 1931 r. L. 10802 stwierdził, że pracownicy umysłowi Wydziału Powiatowego w Sokołowie Podl., wymienieni w wykazie dołączonym do tegoż orzeczenia, objęci są od dnia 1 listopada 1929 r. statutem emerytalnym, uchwalonym przez Sejmik Powiatowy w dniu 30 października 1929 r., że statut ten zapewnia zaopatrzenie emerytalne nie mniejsze od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym, i że wobec tego pracownicy powyżsi na zasadzie art. 5 p. 6 rozporządzenia Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. (p. 911 Dz. Ust.) nie podlegają od dnia 1 listopada 1929 r. obowiązkowi ubezpieczenia, że jednak za okres pracy poprzedzający ten dzień winny być za nich wpłacone składki ubezpieczeniowe.

Od tego orzeczenia, o ile ono dotyczy obowiązku zapłacenia składek za okres poprzedzający dzień 1 listopada 1929 r., wniósł Wydział Powiatowy odwołanie. Urząd Wojewódzki w Lublinie decyzją z dnia 29 maja 1931 r. L. 500/3 P. O. II. nie uwzględnił tego odwołania a Ministerstwo Opieki Społecznej orzeczeniem z 8 sierpnia 1931 r. L. 1997/U.IV. uchyliło decyzję Urzędu Wojewódzkiego i uznało zaczepioną przez Wydział Powiatowy część orzeczenia Z. U. P. U. za nieuzasadnioną, ponieważ Sejmik Powiatowy uchwałą z 3 lipca 1930 r. nadał wspomnianemu wyżej statutowi emerytalnemu moc wsteczną po dzień 1 stycznia 1928 r.

Na to orzeczenie ministerjalne wniósł Z. U. P. U. w Warszawie skargę do N. T. A., który rozważył, co następuje:

W art. 2 i 3 rozp. Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. określono warunki, od których uzależniony jest ustanowiony w tem rozporządzeniu obowiązek ubezpieczenia. Do warunków tych należy m. in., aby dana osoba była w charakterze pracownika umysłowego zatrudnioną u osoby innej. Z pośród osób posiadających warunki, o których mowa, zostały pewne kategorje pracowników zwolnione od obowiązku ubezpieczenia. W szczególności w art. 5 p. 6 powyższego rozporządzenia zwolniono od obowiązkowego ubezpieczenia m. in. pracowników związków komunalnych, o ile mają zapewnione prawo do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w tem rozporządzeniu. W art. zaś 7 (ustęp 1) tego samego rozporządzenia postanowiono, że obowiązek ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, w którym pracownik objął zajęcie, uzasadniające ten obowiązek, a zajęcie trwało przynajmniej przez 14 dni w ciągu tego miesiąca kalendarzowego, w przeciwnym razie od pierwszego dnia następnego miesiąca z tem samem zastrzeżeniem. Na pokrycie świadczeń Z. U. P. U. służą składki. Za uiszczanie tych składek odpowiada na zasadzie art. 101 (ustęp 2) pracodawca, a art. 106 głosi, że składki płatne są za każdy miesiąc kalendarzowy, w którym pracownik podlega obowiązkowi ubezpieczenia (art. 7) zdołu w ciągu pierwszych 10 dni następnego miesiąca i że obowiązek opłaty składek jest niezależny od ustalenia ich wysokości przez Z. U. P. U., od wezwania płatniczego zakładu, oraz prawomocności odpowiednich zarządzeń zakładu. Te postanowienia art. 7, 101 i 106 wskazują na to, że tak obowiązek ubezpieczenia jak i obowiązek płacenia składek ubezpieczeniowych przez pracodawcę powstaje z mocy samego prawa — pierwszy przez sam fakt pozostawania przez dni 14 w ciągu tego samego miesiąca w zatrudnieniu uzasadniającem ubezpieczenie, drugi przez sam fakt zaistnienia obowiązku ubezpieczenia. Rozporządzenie z 24 listopada 1927 r. weszło w życie dnia 1 stycznia 1928 r. (art. 170).

W niniejszym wypadku niespornem jest, że pracownicy Wydziału Powiatowego w Sokołowie Podl. posiadają warunki, określone w art. 2 i 3 powyższego rozporządzenia, i że do dnia 1 listopada 1929 r. nie mieli zapewnionego prawa do zaopatrzenia emerytalnego w wysokości określonej w art. 5 p. 6 tego rozporządzenia a tem samem, że do 1 listopada 1929 r. nie byli na zasadzie tego przepisu zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia. Pracownicy ci podlegają zatem w okresie od 1 stycznia 1928 r. do 1 listopada 1929 r. temu obowiązkowi. Tem samem z mocy prawa samego stał się Wydział Powiatowy obowiązany do zapłaty składek ubezpieczeniowych za ten okres, a skarżący Zakład uprawnionym do żądania tej zapłaty. Okoliczność, że Sejmik Powiatowy uchwałą z 3 lipca 1930 r nadał wspomnianemu wyżej statutowi emerytalnemu moc wsteczną po dzień 1 stycznia 1928 r., nie ma istotnego znaczenia dla powyższego prawa skarżącego Zakładu, gdyż prawo to zostało nabyte już przed powzięciem tej uchwały. Kwestji, czy i jakie obowiązki wynikły dla skarżącego Zakładu w stosunku do Wydziału Powiatowego z tego tytułu, że pracownicy tegoż Wydziału przestali z dn. 1 listopada 1929 r. podlegać obowiązkowi ubezpieczenia, N. T. A. nie rozpatrywał, gdyż kwestja ta nie jest przedmiotem zaskarżonego orzeczenia.

Kierując się temi rozważaniami należało uchylić zaskarżone orzeczenie jako niezgodne z ustawą".

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 23 grudnia 1932 r. L. Rej. 6610/30.

1. Gospodarstwa rolne i leśne położone na obszarze Województw Wschodnich, należących ongi do b. zaboru rosyjskiego, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków.

2. Władza odwoławcza, zatwierdzając rozstrzygnięcie niższej instancji, nie potrzebuje powtórnie

przytaczać tych wszystkich motywów, które zostały wyłuszczone w uzasadnieniu decyzji niższej instancji, lecz może się ograniczyć tylko do wskazania na uzasadnienie decyzji niższej instancji, gdy skarżący żadnych nowych zarzutów w odwołaniu nie podnosi.

Powody:

„Orzeczeniem z dnia 21 stycznia 1928 r. Nr. prot. 82053/27 Zakład Ubezpieczeń od Wypadków (Oddział w Warszawie), uznał na mocy ustaw o ubezpieczeniu od wypadków w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 (Dz. Ust. poz. 413), gospodarstwo leśne w Ordynacji N. i K., należące do A. R., za ulegające obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków zatrudnionych w niem pracowników i zaliczył je do 59 klasy X kategorji niebezpieczeństwa, wymierzając stosowane opłaty taryfowe za czas od 1 lipca 1925 r. do 31 grudnia 1927 r.

Na skutek sprzeciwu A. R., Wojewoda Nowogrodzki po przeprowadzeniu dochodzenia orzeczeniem z dnia 3 sierpnia 1929 r. Nr. P. O. 4373 zmienił zaskarżone orzeczenie w tem, że zaliczył wspomniane wyżej gospodarstwo leśne i złączone z niem gospodarstwo rolne do 18 klasy IV kategorji niebezpieczeństwa i obniżył odpowiednio do taryfy opłaty ubezpieczeniowe.

Od tego orzeczenia odwołał się A. R. do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, które orzeczeniem z dnia 3 czerwca 1930 r. Nr. 5688/U.II/29 odwołania nie uwzględniło i zatwierdziło orzeczenie Wojewody z powodów w niem przytoczonych.

Orzeczenie to zaksarżył A. R. do N. T. A., który rozważył co następuje:

Najdalej idącym jest końcowy zarzut skargi, że zarzuty podniesione przez skarżącego w sprzeciwie do Wojewody i następnie w odwołaniu do Ministerstwa nie zostały rozważone w zaskarżonem orzeczeniu i pominięte milczeniem wbrew art. 75 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem (Dz. Ust. poz. 341). Zarzut ten jest nieuzasadniony. Jak wynika bowiem z treści odwołania skarżącego do II instancji administracyjnej, skarżący żadnych nowych zarzutów w odwołaniu nie podnosił, a powołał się tylko ogólnikowo na swoje wywody prawne wyłuszczone w sprzeciwie do Wojewody. W tych warunkach władza pozwana w myśl art. 94 cytowanego rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem, zatwierdzając rozstrzygnięcie Wojewody, nie potrzebowała powtórnie przytaczać tych wszystkich motywów, które zostały wyłuszczone w uzasadnieniu decyzji Wojewody, lecz mogła się ograniczyć tylko do wskazania na uzasadnienie decyzji Wojewody. W uzasadnieniu zaś swej decyzji Wojewoda rozważył jednak podniesione w sprzeciwie skarżącego zarzuty co do braku ustawowych warunków, uzasadniających obowiązek ubezpieczenia pracowników, zatrudnionych w gospodarstwie leśnem skarżącego, zaznaczając wyraźnie: 1) że aczkolwiek w myśl rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 7 czerwca 1924 r. (Dz. Ust. poz. 512), gospodarstwa rolne i leśne, oraz koleje żelazne były wyłączone z pod obowiązku ubezpieczenia, to jednak w myśl § 1 rozporządzenia tegoż Ministra z dnia 15 czerwca 1925 r. (Dz. Ust. poz. 492) obowiązek ubezpieczenia został rozciągnięty na wszystkie przedsiębiostwa i zakłady nie objęte rozporządzeniem z dnia 7 czerwca 1924 r., z wyjątkiem tylko kolei państwowych, wobec czego obowiązek ubezpieczenia gospodarstw leśnych nie ulega wątpliwości i 2) że w gospodarstwie leśnem skarżącego w okresie czasu od 1 lipca 1925 r. do 31 grudnia 1927 r., odbywało się ścinanie drzewa dla potrzeb własnych, co zostało stwierdzone pismem Starosty Powiatowego w Nieświeżu z dnia 28-go lutego 1929 r. Nr. 1561. Skoro więc władza pozwana w zaskarżonem orzeczeniu zgodnie z art. 94 powołanego rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem wskazała wyraźnie na powyższe uzasadnienie zaskarżonej decyzji Wojewody, to przez to nie uchybiło w niczem wymogom art. 75 cytowanego rozporządzenia.

Przechodząc do pozostałych zarzutów skargi N. T. A. zauważa, że skarżący kwestjonuje obowiązek ubezpieczenia pracowników swego gospodarstwa leśnego z dwóch głównie powodów: 1) że powołana na wstępie ustawa ubezpieczeniowa nie ma zastosowania wogóle dla gospodarstw rolnych i leśnych, położonych na obszarze Województw Wschodnich, należących ongi do b. zaboru rosyjskiego, ponieważ powołana ustawa odróżnia wyraźnie przedsiębiorstwa od gospodarstw leśnych i rolnych, a ustawa z dnia 30 stycznia 1924 r. (Dz. Ust. poz. 148), która rozciągnęła moc obowiązującą wyżej cytowanej ustawy na województwa wschodnie, upoważnia Ministra Pracy i Opieki Społecznej do wyznaczenia terminów do zastosowania tej ustawy tylko do przesiębiorstw, nie wspominając wcale o gospodarstwach leśnych i rolnych, zgodnie z czem Minister Pracy i Opieki Społecznej, oznaczając w rozporządzeniu z dnia 7 czerwca 1924 r. (Dz. Ust. poz. 512) termin zastosowania wspomnianych wyżej ustaw do poszczególnych rodzajów przedsiębiorstw, wyłączył wyraźnie koleje i kolejki żelazne, oraz gospodarstwa rolne i leśne, a w następnem rozporządzeniu z dnia 15 czerwca 1925 r. (Dz. Ust. poz. 492), oznaczył na dzień 1 lipca 1925 r. termin zastosowania tychże ustaw tylko do przesiębiorstw, nieobjętych poprzedniem rozporządzeniem z dnia 7 czerwca 1924 r.; 2) że Zarząd Ordynacji nie eksploatuje lasu sam bezpośrednio w sensie rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 24 marca 1922 r. (Dz. Ust. poz. 311), lecz sprzedaje las na pniu firmom przemysłowo-leśnym, które zakupiony las eksploatują według swego uznania i na swój rachunek.

Zapatrywanie strony skarżącej, że wymienione wyżej ustawy ubezpieczeniowe nie mają zastosowania do gospodarstw leśnych na obszarach województw wschodnich, jest nietrafne i opiera się na błędnem komentowaniu wyrazu „przedsiębiorstwo", użytego, jak to wynika z treści przytoczonych przepisów prawnych, w znaczeniu obszerniejszem w ustawie z dnia 30 stycznia 1924 r. i dotyczących jej rozporządzeniach wykonawczych, aniżeli w austrjackiej ustawie ubezpieczeniowej z 28 grudnia 1887 r. w brzmieniu ustalonem powołaną wyżej ustawą z dn. 1-go lipca 1921 r. § 1 tej ustawy, ustalając poszczególne rodzaje działalności wytwórczej i pracownie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zatrudnionych w nich pracowników od wypadków, wymienia między innemi specjalnie „przedsiębiorstwa przemysłowe" oraz „gospodarstwa rolne i leśne", które jako osobne gałęzie działalności wytwórczej, nauka ekonomji zalicza również do kate-

gorji przedsiębiorstw wogóle w najobszerniejszem znaczeniu tego słowa (Zob. Dr. E. Philippowich. Zarys ekonomji społecznej, polski przekład Dr. M. Balsigierowej, Warszawa, 1922 r. str. 1—2, 219—222, 298—300; W. Żeleznow. Oczerki politiczeskoj ekonomji — zarys ekonomji politycznej, Moskwa 1904 r. str. 250). W ten sposób cytowany przepis ustawy odróżnia przedsiębiorstwa przemysłowe jako osobny rodzaj przedsiębiorstwa od innych przesiębiorstw w tymże przepisie wymienionych, do których w szczególności zalicza także i gospodarstwa rolne i leśne. Natomiast ustawa z dnia 30-go stycznia 1924 r. (Dz. Ust. poz. 148) o rozciągnięciu cytowanej ustawy z dnia 28 grudnia 1887 r., oraz innych ustaw ubezpieczeniowych wymienionych u ustawie z dnia 7 lipca 1921 r. (Dz. Ust. poz. 413) na obszarze województw wschodnich, należących poprzednio do b. zaboru rosyjskiego, używa terminu „przedsiębiorstwa" w znaczeniu obszerniejszem dla oznaczenia wszystkich wogóle rodzajów działalności wytwórczej i pracowni, wyłuszczonych w § 1 cytowanej wyżej ustawy ubezpieczeniowej z 28 grudnia 1887 r. w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. co wynika z art. 1 łącznie z art. 9 ustawy z 30 stycznia 1924 r. W tym ostatnim artykule (9) odroczono bowiem wykonanie przymusowego ubezpieczenia od wypadków w gospodarstwach rolnych o obszarze do 30 h. Z tego postanowienia wynika, że użyte w art. 2 ustawy z 30 stycznia 1924 r. wyrażenie „przedsiębiorstwa podległe obowiązkowi ubezpieczenia" obejmuje również gospodarstwa rolne i leśne. Pojęcie więc „przedsiębiorstwa", w rozumieniu ustawy z dnia 30 stycznia 1924 r. obejmuje nietylko „przedsiębiorstwa przemysłowe" lecz również i „gospodarstwa rolne i leśne" jako jeden z rodzajów przedsiębiorstw, podległych obowiązkowi ubezpieczenia w myśl § 1 cytowanej wyżej ustawy z dnia 7 lipca 1921 r. W takim też znaczeniu termin „przedsiębiorstwa" został użyty w rozporządzeniach wykonawczych Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 7 czerwca 1924 r. (Dz. Ust. poz. 512) i z dnia 15 czerwca 1925 r. (Dz. Ust. poz. 492) wydanych na mocy art. 2 i 12 wyżej powołanej ustawy z dnia 30 stycznia 1924 r. Wynika to z samego tekstu odnośnych postanowień rozporządzeń wyżej wskazanych. Mianowicie § 1 rozporządzenia z dnia 7 czerwca 1924 r., oznaczającego na dzień 1 lipca 1924 r. termin zastosowania ustaw wymienionych w art. 1 ustawy z dnia 30 stycznia 1924 r., o których wyżej mowa, do niektórych tylko przedsiębiorstw, w tem rozporządzeniu dokładnie wyszczególnionych, zaznacza wyraźnie, że wskazany termin dotyczy przesiębiorstw znajdujących się na obszarze województw w tym przepisie wymienionych, bez względu na to, czy przedsiębiorstwa stanowią własność osób fizycznych, osób prywatno-prawnych, czy osób prawa publicznego z wyjątkiem kolei i kolejek żelaznych oraz gospodarstw rolnych i leśnych. W ten sposób cytowany przepis zalicza wyraźnie gospodarstwa rolne i leśne do przedsiębiorstw, podlegających zasadniczo obowiązkowi ubezpieczenia zatrudnionych w nich pracowników od nieszczęśliwych wypadków w myśl cytowanych wyżej przepisów ustaw ubezpieczeniowych narówni z kolejami i kolejkami żelaznemi, odraczając jedynie termin zastosowania do nich tych ustaw. Termin ten jak to stanowi § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1925 r. (Dz. Ust. poz. 492) został oznaczony na dzień 1 lipca 1925 r. do wszystkich „nieobjętych poprzedniem rozporządzeniem z dnia 7 czerwca 1924 r. przedsiębiorstw i zakładów" znajdujących się na obszarze wyżej wymienionych Województw z wyjątkiem kolei państwowych. Z cytowanego przepisu wynika zatem, że rozporządzenie z dnia 7 czerwca 1924 r., rozciągnęło moc obowiązującą wyżej cytowanych ustaw ubezpieczeniowych na te rodzaje przedsiębiorstw, które w drodze wyjątku zostały chwilowo wyłączone poprzedniem rozporządzeniem, t. zn. na koleje i kolejki żelazne, z wyjątkiem kolei państwowych, oraz na gospodarstwa rolne i leśne, oczywiście z ograniczeniem, przewidzianem w art. 9 ustawy z dnia 30 stycznia 1924 r.

Co się tyczy zarzutu skargi ,że władza pozwana nie uwzględniła żądania skarżącego zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia wymienionych na wstępie pracowników z tego powodu, że Ordynacja N.-K. w okresie, którego obowiązek ubezpieczenia dotyczy, sama bezpośrednio lasów swych nie eksploatowała, to zarzut ten jest sprzeczny z treścią odwołania. W odwołaniu tem bowiem skarżący powołał się na ustalenie zawarte w piśmie Starosty Powiatowego w Nieświeżu z dnia 28 lutego 1929 r. L. 1561, a tem samem pośrednio przyznał, że zarząd Ordynacji w oznaczonym okresie ścinał również las dla własnej potrzeby. W związku z tem upada podniesiony na rozprawie zarzut wadliwości postępowania, polegającej zdaniem skarżącego na nieprawidłowem ustaleniu stanu faktycznego. Wobec powyższego w myśl § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 24 marca 1922 r. (Dz. Ust. poz. 311), na które się także powołuje i skarżący, władza pozwana legalnie uznała sporne gospodarstwo za podlegające ubezpieczeniu w myśl zasad wyżej wyłuszczonych.

Kierując się temi rozważaniami N. T. A. oddalił skargę, jako nieuzasadnioną".

MATERJAŁY

Dr. H. KŁUSZYŃSKI

RAK W ŚWIETLE STATYSTYKI

(Czy rak jest chorobą społeczną?)

Na czoło badań lekarskich wysuwa się obecnie zagadnienie raka, zwłaszcza poszukiwanie przyczyn powstawania tego tak poważnego i ciężkiego cierpienia. Mimo ogromnych i wielostronnych prac, jakie są podejmowane we wszystkich prawie krajach nad tem zagadnieniem, panują jeszcze ciemności co do etjologji tej choroby. We wszystkich krajach

kulturalnych widoczne są wielkie i poważne usiłowania, zmierzające do zwalczania raka. Tworzą się specjalne instytuty badawcze i lecznicze (Instytut Radowy w Warszawie); czasopisma lekarskie pełne są prac o raku, na kongresach następuje wymiana zdań i dotychczasowych doświadczeń. W zbrojowniach nauki lekarskiej kuje się stale broń przeciwko temu srogiemu nieprzyjacielowi, a lekarze, samorządy, kasy chorych uświadamiają ludność o grożącem jej niebezpieczeństwie. W ulotkach, przez radio, za pomocą filmu, wykładami, starają się wszystkie zainteresowane czynniki uświadamiać ludność o powadze tego cierpienia i o tem, że tylko wczesne rozpoznanie i wczesna operacja są jedynemi drogami ratunku przed niechybną śmiercią po przebyciu długotrwałych mąk i boleści.

Zachodzi jednak pytanie, czy rak ze stanowiska społecznej medycyny jest ważną chorobą? Czy wskutek tej choroby umierają w wielkiej liczbie osobniki, któreby mogły jeszcze przez dłuższy czas żyć i czy wobec tego ze stanowiska społeczno-ekonomicznego nie traci społeczeństwo w wysokiej mierze lat pracy i dochodu społecznego przedwcześnie zmarłych osób? Czy ze stanowiska medyczno-ubezpieczeniowego instytucje ubezpieczeń społecznych nie są nadmiernie obciążone wydatkami na leczenie raka tak jak przez gruźlicę?

Zanim odpowiem na te pytania, wykażę, jak rak przedstawia się w świetle liczb. Statystyka stwierdza, że rak jest rozpowszechniony na całym świecie. Niema rasy, płci, wieku, któreby się mogły od niego uchronić. Kobiety jednak częściej umierają na raka, aniżeli mężczyzni. U osobników młodych rak rzadko występuje i dotychczasowe obliczenia statystyczne wykazują, że poniżej 20 roku życia umiera 1,7 — 1,9% z pośród ogólnej liczby osób zmarłych na raka. Właściwym okresem, w którym zagraża powstanie raka, — jest 40 rok życia. Ale najwięcej osób umiera na raka w 70 roku życia. Można wogóle przyjąć za zasadę, że ¾ lub ⅘ wszystkich przypadków śmierci z powodu raka przypada po 50 roku życia. Wśród chorych na gruźlicę przedstawia się sprawa prawie odwrotnie, gdyż osoby w 50 roku życia i wyższym stanowią zaledwie ¼ osób zmarłych na gruźlicę. Widzimy zasadniczą różnicę między śmiercią z powodu gruźlicy a raka; pierwsza porywa młode pokolenie, — rak niszczy ludzi na szczycie ich twórczości i działania, albo u schyłku ich życia. Urzędowe liczby umieralności na raka w Niemczech przedstawiają się następująco:

Rok	Przypadki śmierci na raka	Umieralność na raka	
		Na 100.000 ludności	Na 1.000 przyp. ogól. śmiertelności
1905	43.334	70	36.3
1910	50.419	80	48.2
1915	50.368	80	34.7
1920	52.525	90	56.3
1925	63.564	100	85.4
1930	76.567	119	107.7

Z liczb tych wynika, że każdy dziesiąty przypadek śmierci jest następstwem raka.

Inne dane wykazują:

Na 100.000 mieszkańców umarło na raka:

w Badenie	w r. 1910	— 100
	„ „ 1930	— 130
w Bawarji	„ „ 1930	— 122
w Berlinie	„ „ 1921	— 114
	„ „ 1929	— 162
w Hamburgu	„ „ 1900	— 101
	„ „ 1929	— 145
w Austrji	„ „ 1928	— 155
w Danji	„ „ 1908	— 43
	„ „ 1922	— 140,2
w Holandji	„ „ 1890	— 83,2
	„ „ 1910	— 121,1
	„ „ 1920	— 127,0
w Szwajcarji	w r. 1921—1927	— 142,0
w Szkocji	„ „ 1921—1927	— 132,0
w Anglji	„ „ 1921—1927	— 129,0

w Gdańsku:

Rok	Ogólna liczba przyp. śmierci	Przypadki śmierci na raka	Na 100.000 mieszk.
1920	5986	328	82
1923	5565	373	93
1926	5022	454	113.5
1929	5135	446	111.5
1930	4907	504	126.2
1931	4798	495	122.8

W Stanach Zjednoczonych Półn. Ameryki umarło na raka:

Rok	Przypadki śmierci na raka	na 100.000 mieszk.
1916	54.584	81.1
1917	58.600	81.8
1918	61.429	81.6
1919	65.282	79.7
1920	72.931	83.4
1921	76.274	86.0
1922	86.938	86.8
1923	86.754	89.4
1924	91.138	91.9
1925	96.504	92.6
1926	99.833	94.9
1927	103.578	95.6

W ciągu 11 lat wzrosła śmiertelność na raka o 18%.

Również i wielkie towarzystwa ubezpieczeń na życie jak „Metropolitan Life Insurance Company" w Nowym Yorku stwierdziły w r. 1930, że w ostatnich 15 latach liczba chorych na raka wzrosła u mężczyzn o 47%, a u kobiet o 21%.

W niektórych amerykańskich miastach, gdzie urzędy statystyczne nienagannie pracują, odpowiednie liczby są jeszcze wyższe np:

w Madison zmarło na raka 231,7 osób na 100.000 mieszk. w 1930 r.
w San Francisco „ „ „ 208,5 „ „ 100.000 „ „

Instytut dla badania raka przy Uniwersytecie w Pensylwanji podaje z roku 1932 następujące liczby.

W Pensylwanji wzrosła w ostatnich 25 latach śmiertelność na raka o 62%, a w 50 amerykańskich miastach z ogólną ludnością powyżej 30 miljonów (a więc jak Polska), wzrosła o 58,2%, a w Australji zaś w ostatnich 10 latach — o 40,5%.

W r. 1900 był rak jako przyczyna śmierci w Ameryce na dziesiątem miejscu, w r. 1924, na czwartem, a w r. 1931 na trzeciem miejscu i jedynie choroby serca i naczyń są w tej kolejności przed rakiem.

Wyżej wskazałem, że w Niemczech na 100.000 mieszkańców umiera prawie 120 osób na raka. Ale jeśli weźmiemy liczbę umarłych, to stosunek będzie znacznie gorszy, gdyż kiedy w r. 1900 na 1000 przypadków śmierci było 30 przypadków śmierci z powodu raka, to w r. 1930 już 107,7.

W Szwajcarji każdy dziesiąty przypadek śmierci pochodzi z raka. W Szwajcarji i w Danji umiera co piąty człowiek powyżej 45 lat na raka.

Lick twierdzi, że w tej statystyce są pomyłki prawie o 50% z powodu nierozpoznanej choroby, tak że w Niemczech trzeba liczyć 150—160 przypadków śmierci na raka na 1000 przypadków śmierci wogóle, czyli co szósty lub siódmy przypadek śmierci jest w następstwie raka. We wszystkich kulturalnych krajach — według twierdzenia Licka — co piąty dorosły człowiek wyżej 20 lat umiera na raka.

Gdy ogólna umieralność się zmniejsza, wzrasta umieralność na raka.

Ochsner, prezydent amerykańskiego towarzystwa chirurgicznego, obliczył w r. 1925, że z żyjących wówczas Anglików umiera 5 miljonów, a z mieszkańców całego globu ziemskiego umiera więcej jak 100 miljonów osób na raka. Te liczby już nie są istotne — powiada Lick. Rzeczywistość jest bardziej wstrząsająca.

Interesujące są liczby porównawcze wypadków śmierci z powodu gruźlicy i raka.

W Niemczech umarło:

W r. 1905 na gruźlicę 121.922, a na raka 43.334 osób.
W r. 1919 „ „ 104.322 „ „ „ 50.419 „
W r. 1929 „ „ 55.544 „ „ „ 74.641 „

czyli że obecnie rak pociąga za sobą prawie o 30% więcej ofiar aniżeli gruźlica.

W Stanach Zjednoczonych umarło:

W r. 1891 na 100.000 osób 69,2 na raka, 165,9 na gruźlicę
W r. 1921 „ 100.000 „ 121,5 „ „ 85,4 „ „

W Danji:

W r. 1922 „ 100.000 „ 140,2 „ „ 94,0 „ „

W Anglji:

W r. 1900 „ 100.000 „ 96,7 „ „ 133,7 „ „
W r. 1910 „ 100.000 „ 136,2 „ „ 98,8 „ „

Podczas gdy we wszystkich krajach kulturalnych spadła śmiertelność na gruźlicę, podwoiła się, a nawet w niektórych krajach potroiła się liczba wypadków śmierci na raka.

Jaka jest liczba umieralności z powodu raka w Polsce? Ścisłych danych nie posiadamy. W książce D-ra Williama Seamena Bainbridge'a p. t.: „Zagadnienie raka", przetłumaczoną na język polski, znajdujemy rozdział: „W sprawie statystyki Raka w Polsce", opracowany przez Adamowiczową. Z pracy tej czerpię następujące dane:

Statystyka zgonów na raka istnieje tylko w stosunku do kilku największych miast.

Zgony na raka w miastach z ludnością powyżej 100.000 w latach 1925—1928

Rok	Warszawa		Łódź		Sosnowiec		Lublin		Wilno		Poznań		Bydgoszcz		Katowice		Kraków		Lwów	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
1925	866	87,3	408	77,4			90	87,2			215	101,2	71	70,4	53	46,8	373	198,7	326	140,0
1926	900	88,6	432	76,4	59	57,9	84	77,4	175	95,1	191	86,8	78	73,8	82	72,8	376	198,6	306	133,7
1927	1.006	95,8	443	76,3	74	72,0	80	70,1	193	107,2	157	66,4	95	85,7	83	69,5	193	95,0	266	111,7
1928	986	93,9	436	75,1	83	80,6	98	84,3	209	109,9	196	83,0	91	78,5	74	59,8	238	116,0	307	127,0

A = Liczby absolutne. B = Na 100.000 mieszkańców.

Z zestawienia tego wynika, że w r. 1928 Lwów posiadał najwyższą umieralność na raka t. j. 127 na 100.000 mieszkańców, a Katowice najniższą, gdyż tylko 59,8. Pośrednie miejsce zajmuje, Łódź z liczbą 75,1 zgonów na raka na 100.000 mieszkańców. Skąd pochodzą te różnice — odpowiedź jest trudna.

Druga tablica uwypukla nam stosunek zgonów na raka w r. 1928 do ogólnej liczby zgonów.

Miasta	Liczba zgonów ogólna	Liczba zgonów na raka i inne nowotwory złośliwe	% zgonów na raka
Warszawa	14.571	986	6.8
Łódź	7.933	436	5.5
Poznań	2.833	196	6.9
Kraków	2.720	238	8.8
Lwów	2.949	307	10.4

Umieralność na raka i gruźlicę na 100.000 mieszkańców w 5 miastach Polski przedstawia się następująco:

Miasta		1923	1924	1925	1926
Poznań:	Gruźlica . .	227.8	224.3	205.4	213.6
	Rak	78.6	81.8	101.0	86.8
Łódź:	Gruźlica . .	254.2	260.5	217.3	236.9
	Rak	80.6	63.2	77.4	76.4
Warszawa:	Gruźlica . .	210.1	223.5	180.1	198.4
	Rak	77.5	85.4	87.3	88.6
Kraków:	Gruźlica . .	338.8	356.3	269.9	291.0
	Rak	196.8	198.5	198.7	198.6
Lwów:	Gruźlica . .	340.3	300.2	188.1	228.6
	Rak	165.6	152.4	140.0	133.7

Widzimy, że liczby zgonów na gruźlicę są o 50 — 60% wyższe od liczby zgonów na raka.

W Warszawskiem Czasopismie Lekarskiem w Nr. 49 z roku 1932 podaje Adamowiczowa, że w Warszawie w latach 1921 — 1931 przeciętna roczna liczba zgonów wynosiła 916, co na 100.000 mieszkańców wynosi 90,1.

Opierając się na przytoczonych danych chciałbym odpowiedzieć na postawione w tytule pytanie, czy rak pod względem społeczno-medycznym jest ważną chorobą? Przed ostateczną odpowiedzią przytoczę jeszcze nieco danych statystycznych z działalności kas chorych w Polsce:

Rok	Liczba zapadnięć na						
	Gruźlicę	Choroby narząd. krążenia	Choroby narząd. oddechowych bez gruźlicy	Gościec	Choroby nerwowe	Raka	Choroby narządu trawienia
1927	176.980	189.706	825.712	193.911	264.071	8.047	
1928	178.947	222.660	954.351	216.011	289.353	9.044	732.438
1929	191.452	231.592	995.001	231.831	305.523	8.574	766.919

A zatem zaledwie 8000—9000 zapadnięć na raka, a 200.000—700.000 zapadnięć na inne choroby.

Liczby te są dość wymowne i wskazują, które choroby ze stanowiska medycyny ubezpieczeniowej i dla ekonomiki kas chorych są ważne. Gdyby istniała u nas statystyka niezdolności do pracy według rodzaju chorób, dni zasiłkowych i dni leczenia w szpitalach, byłby ten stosunek chorych na raka do innych chorób o wiele jeszcze wyraźniejszy. Obraz tego stosunku może dać statystyka miejscowej kasy chorych w Berlinie za rok 1927. [1])

Choroba	Liczba przypadków niezdolności do pracy	Liczba dni zasiłkowych	Liczba dni szpitalnych
Gruźlica	10.113	436.033	90.233
Rak	387	20.272	8.319

Powyższe liczby już dostatecznie oświetlają różnicę, między gruźlicą a rakiem w znaczeniu społeczno-medycznem. Ta szalona różnica w ilości dni zasiłkowych i dni szpitalnych wskazuje na ważność ekonomiczną choroby dla kasy. Dla kas chorych są o wiele ważniejsze pod względem gospodarczym nawet banalne choroby jak nieżyt oskrzelowy, gościec mięśniowy, grypa, choroby żołądka i jelit, zwapnienie tętnic i t. d. A więc czy rak jest ważną chorobą pod względem społeczno-medycznym? Dla zagadnienia raka — niezawodnie już choćby ze względu na wysoką śmiertelność tej choroby. Nie można jednak uważać raka mimo wszystko za chorobę społeczną. Rak w statystyce medycyny ubezpieczeniowej odgrywa małą rolę w przeciwieństwie do roli, którą odgrywa gruźlica i inne choroby.

Z tego stanowiska w stosunku do zagadnienia raka nie wynika jednak, by lekarz lekceważył sobie chorego. Przeciwnie, obowiązkiem lekarza jest jak najwcześniejsze rozpoznanie tej choroby i zastosowanie tych metod leczniczych, które choremu przynieść mogą powrót do zdrowia, poprawę lub ulgę w cierpieniach. Ostatecznie cele indywidualnej i społecznej medycyny uzupełniają się wzajemnie, chociaż metody myślenia i pracy jeszcze na razie są odmienne.

Dr. med. ANTONI FIDLER

STATYSTYKA PRZYCZYN ZGONÓW UBEZPIECZONYCH W ZAKŁADZIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W WARSZAWIE

ZA OKRES 1928 — 1932 R. [2])

Statystyka niniejsza opiera się na 1626 sprawach, w aktach których znajduje się wyraźnie stwierdzona przyczyna zgonu. Materjał swój podzieliłem na 17 grup przyczynowych, pozycja zaś 18 „różne" zawiera te choroby, które występowały sporadycznie. W rubryce „choroby serca" uwzględniłem nietylko zejścia spowodowane długotrwałą sprawą chorobową, ale i śmierci nagłe, które łączy się zwykle z ostrą niedomogą krążenia.

Rozpatrując poszczególne lata w tabl. 1 stwierdzamy, że procenty przyczyn zgonów wahają się w stosunkowo ścisłych granicach zwłaszcza w liczbowo największych grupach, t. j. gruźlicy płuc i chorobach serca. Obie te choroby są w 50% przyczynami zejścia śmiertelnego, zaś w połączeniu z chorobami zakaźnemi, wylewem krwawym do mózgu i zapaleniem płuc dają około 70% wszystkich zgonów. Jeżeli zestawimy dane tabl. 1 z danemi tabl. 1, dotyczącemi przyczyn inwalidztwa (P. U. Sp. Nr. 4/33 r.), to przekonamy się, że procenty przyczyn inwalidztwa i zgonów pokrywają się ze sobą, gdyż np. dla gruźlicy wynoszą w inwalidztwie 33%, w zgonach 27,8%, dla chorób serca zaś odpowiednie liczby kształtują się na poziomie 20 i 20,7%. Z tablicy tej wynika jeszcze, że niemały procent zgonów powodują choroby zakaźne i zapalenia płuc (w sumie 14,8%), natomiast choroby wątroby, przewodu pokarmowego, a także choroby przemiany materji (głównie cukrzyca), kobiece, krwi i t. d. (rubr. 18) nie przekraczają 8%. I ta liczba jest b. zbliżona do odpowiedniej liczby inwalidzkiej, która wynosi około 10%. Jest rzeczą

[1]) Ergebnisse der Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin über das Jahr 1927.

[2]) p. „Statystyka przyczyn inwalidztwa i lecznictwa zapobiegawczego Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie". Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr. 4 z b. r., str. 210.

godną zanotowania, że grupa nowotworów łącznie nie przekracza 10,5% ogólnej liczby zgonów.

Wiek zmarłych przedstawiony w tabl. 2 waha się przeciętnie w granicach od 39 — 57 lat, przyczem tak jak w inwalidztwie gruźlica płuc i innych narządów daje wiek najniższy, bo wynoszący około 40 lat. Wyższe lata należą do nowotworów i chorób serca, lata średnie do chorób zakaźnych, nerwowych, umysłowych, przewodu pokarmowego i zapalenia płuc. Z zestawienia wieku inwalidzkiego (tabl. 2. P. U. Sp. 4/33 r.) z wiekiem zgonu ogólnie wynika, że gruźlica płuc powoduje śmierć po upływie około 6—7 lat od chwili rozpoczęcia się inwalidztwa, zaś wylew krwawy do mózgu po upływie około 3 lat. Ze względu na charakter innych spraw chorobowych, nie można przeprowadzić odpowiednich porównań, gdyż jak np. w chorobach serca uwzględniono śmierci nagłe, które zabierają człowieka wprost od warsztatu pracy bez uprzedniego inwalidztwa. W każdym bądź razie zasługuje na podkreślenie młody wiek zejścia śmiertelnego w gruźlicy, w chorobach zakaźnych i w zapaleniu płuc, a także niezbyt wysoki (52 lata) w chorobach serca.

Duże wahania płac (tabl. 3) nie pozwalają na ścisłe wnioskowanie, nie mniej przeto zupełnie wyraźnie stwierdzić można niskie uposażenie w przypadkach gruźlicy płuc, wysokie zaś w przypadkach nowotworów i chorób serca. Analogiczne dane znajdowaliśmy i w inwalidztwie (tabl. 3. P. U. Sp. 4/33) i analogiczne jest tłumaczenie tego zjawiska, a mianowicie: wyższy wiek i bogatsze doświadczenie prowadzą naogół do odpowiedniego stanowiska, predysponują zatem do większego uposażenia, a jak wynika z tablic — i do odpowiednich chorób, jako przyczyn inwalidztwa i zgonów. Niska płaca związana z nieodpowiedniemi warunkami pracy i życia oraz z młodym wiekiem predysponują do gruźlicy płuc, powodującej inwalidztwo, a wreszcie zejście śmiertelne.

Niniejsza statystyka przyczyn inwalidztwa i zgonów obejmuje łącznie 2489 sprawy i jest tem zwłaszcza pouczająca, że, jak to wykazują tablice, przyczyny inwalidztwa i zgonów są zjawiskiem stałem, wahającem się w dość ścisłych granicach, że zatem wnioski o przyczynowości czy to inwalidztwa czy też śmierci opierać się mogą nietylko na poszczególnych częściach materjału, ale na wszystkich prawie dwóch i pół tysiącach przypadków.

Niska stosunkowo skala wahań w poszczególnych grupach, obejmujących rodzimy materjał ludzki, bytujący w rzeczywistych krajowych warunkach, pozwala przypuszczać, że statystyka niniejsza może służyć za wskazówkę w dalszem postępowaniu ubezpieczeniowem.

Z poprzedniego i obecnego zestawienia nasuwają mi się następujące wnioski: I. Najczęstszą przyczyną inwalidztwa i zgonu są: 1. gruźlica płuc, 2. choroby układu krwawienia, 3. choroby zakaźne, 4. zapalenie płuc. II. Niski wiek dla gruźlicy, średni dla chorób zakaźnych i zapalenia płuc oraz niewysoki dla chorób układu krążenia świadczy dobitnie o nieodpowiedniem przygotowaniu społeczeństwa do walki z temi chorobami.

Takiemu stanowi rzeczy sprzyjają nieodpowiednie warunki życia i pracy, które znajdują swój odpowiednik w poszczególnych pozycjach płac.

Tablica 1. Przyczyny zgonów

Liczba porządkowa	Przyczyna zgonu	1928/29		1930 r.		1931 r.		1932 r.		1928 — 1932 r.	
		Przypadki zgonów								% przyczyn zgonów	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	latami od — do	przeciętnie
1	Gruźlica płuc	121	32,5	104	24,8	118	27,5	106	26,2	24,8 —32,5	27,6
2	Choroby serca	62	16,7	85	20,2	85	19,8	104	25,7	16,7—25,7	20,7
3	Choroby zakaźne	40	10,7	48	11,4	41	9,6	28	6,9	6,9—11,4	9,7
4	Wylew krwawy do mózgu	23	6,2	22	5,2	25	5,8	21	5,2	5,2- - 6,2	5,6
5	Zapalenie płuc	22	5,9	25	6,0	29	6,7	12	3,0	3— 6,7	5,4
6	Nowotwory przewodu pokarmowego	10	2,7	28	6,7	19	4,4	21	5,2	2,7— 6,7	4,8
7	Nowotwory różne niewymienione w innych rubrykach	8	2,2	9	2,1	11	2,6	15	3,7	2,1— 3,7	2,6
8	Zapalenie nerek	11	3,0	17	4,0	8	1,9	9	2,9	1,9— 4,0	2,8
9	Samobójstwa	17	4,6	13	3,1	15	3,5	9	2,2	2,2— 4,6	3,3
10	Zapalenie otrzewnej	8	2,2	11	2,6	11	2,6	17	4,1	2,2— 4,1	2,9
11	Choroby umysłowe	5	1,3	10	2,4	11	2,6	8	2,0	1,3— 2,6	2,1
12	Choroby nerwowe organiczne	7	1,9	8	1,9	—	—	6	1,5	1,5— 1,9	1,3
13	Wrzód żołądka	5	1,3	7	1,7	7	1,6	4	1,0	1,0— 1,7	1,4
14	Nowotwory płuc	—	—	6	1,4	6	1,4	7	1,7	1,4— 1,7	1,2
15	Nowotwory wątroby	2	0,5	—	—	7	1,6	8	2,0	0,5— 2	1,0
16	Choroby wątroby	—	—	4	1,0	5	1,2	—	—	1,0— 1,2	0,5
17	Gruźlica innych narządów	—	—	—	—	3	0,7	5	1,2	0,7— 1,2	0,5
18	Różne	31	8,3	23	5,5	28	6,5	25	6,2	6,2— 8,3	6,6
19	Razem	372	100,0	420	100,0	429	100,0	405	100,0		

Tablica 2. Przyczyna zgonów według płacy zmarłego

Liczba porządkowa	Przyczyna zgonu	Rok 1928/29			1930 r.			1931 r.			1932 r.			1928 r. — 1932 r.	
		PŁACA WZŁ.													
		od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	najczęściej	przeciętnie	od — do	przeciętnie
1	Nowotwory płuc	—	—	—	233— 860	—	580	220—1000	220—300	557	230—1250	—	600	557—600	579
2	Choroby serca	150—3000	200—520	740	60—2000	250—550	460	60—2028	300—570	530	60—3000	200—590	570	460—740	570
3	Nowotwory wątroby	226— 730	—	470	—	—	—	236— 971	—	485	200— 700	400—470	500	470—500	485
4	Wylew krwawy do mózgu	180— 700	200—550	407	65— 965	250—600	413	95—1097	300—720	490	75—1199	300—490	600	407—600	480
5	Nowotwory przewodu pokarmowego	160— 790	—	406	175—2000	—	500	162—1500	—	520	200— 686	200—450	380	380—520	450
6	Nowotwory niewymienione w innych rubrykach	270— 774	270—460	440	185—1200	—	520	150— 776	240—350	390	180—1169	180—396	444	390—520	450
7	Choroby umysłowe	200— 500	—	440	250— 550	—	450	100— 612	225—387	340	207—1500	—	570	340—570	450
8	Zapalenie otrzewnej	200—1250	—	530	125— 856	—	376	156— 800	—	440	100— 900	—	440	376—500	444
9	Zapalenie płuc	84—1300	—	434	156—1020	—	390	60—1000	200—400	440	60—1750	—	510	390—510	443
10	Zapalenie nerek	165— 616	—	345	90—1379	120—300	400	202— 600	202—360	370	165—1609	—	620	345—620	434
11	Choroby wątroby	—	—	—	195— 710	—	515	180— 425	350—360	351	—	—	—	351—515	433
12	Choroby zakaźne	120—1800	120—490	510	60—1018	160—390	340	100—1500	200—390	384	88— 600	200—390	350	340—510	396
13	Samobójstwa	70— 415	115—260	260	150—1960	150—397	440	160—1200	—	460	50— 600	200—360	335	260—440	374
14	Gruźlica innych narządów	—	—	—	—	—	—	120— 660	—	330	180— 493	—	340	330—340	335
15	Wrzód żołądka	200— 339	—	304	200— 800	200—260	400	210— 600	210—300	340	108— 410	—	220	220—400	321
16	Gruźlica płuc	30—1200	200—500	310	60—1277	210—390	293	46—1296	200—390	340	60—1500	150—390	330	293—340	313
17	Choroby nerwowe organiczne	180— 353	—	265	157— 600	157— 250	280	—	—	—	100— 720	—	346	265—346	297

Tablica 3. Przyczyny zgonów według wieku zmarłego

L. porządkowa	Przyczyna zgonu	Rok 1928/29			1930 r. W			1931 r. I E			1932 r. K			1928 r.-1932 r.	
		od - do	najczęściej	przeciętnie	od - do	najczęściej	przeciętnie	od - do	najczęściej	przeciętnie	od - do	najczęściej	przeciętnie	od - do	przeciętnie
1	Wylew krwawy do mózgu	29—60	50—60	51	41—67	54—67	58	40—66	55 - 66	56	43—69	55—69	58	51—58	57*)
2	Nowotwory płuc	—	—	—	59—65	62—65	63	44—68	63—68	57	27—67	45—49	48	48 - 63	56
3	Nowotwory wątroby	52—59	—	55	—	—	—	49—66	60—66	58	40—67	50—67	52	52—58	55
4	Nowotwory przewodu pokarmowego	46—63	50—59	54	31—64	50—64	52	40—66	50—66	54	38—66	52—66	51	51—54	52
5	Choroby serca	21—64	53—63	47	35—67	53—67	53	24—68	55—68	53	30—69	55—69	52	47—53	52*)
6	Nowotwory niewymienione w innych rubrykach	26—57	50—57	44	32—66	50—64	52	35—67	51—67	51	37—62	52—62	50	44—52	51*)
7	Choroby wątroby	—	—	—	46—55	—	51	45—57	56—57	51	—	—	—		51
8	Zapalenie płuc	21—65	50—65	47	32—64	50—64	54	27—67	51—67	47	28—65	—	47	47—54	49
9	Zapalenie nerek	35—54	35—48	48	28—65	28—40	46	32—55	37—45	43	35 - 64	51—64	50	43—50	47*)
10	Zapalenie otrzewnej	25—59	52—59	48	26—62	26—43	44	28—57	—	43	22—62	22—45	44	43—48	45
11	Samobójstwa	23—52	30—37	35	28—64	—	46	27—63	—	43	33—63	29—41	46	35—46	44*)
12	Wrzód żołądka	29—46	42—46	41	30—64	30—47	43	32—57	32 - 48	45	37—50	—	43	41—45	43
13	Choroby umysłowe	33—49	42—49	43	29—64	31—47	41	22—54	22—36	40	38—65	—	50	41—50	43
14	Choroby zakaźne	25—60	25—39	36	20—66	20—39	40	24—66	24—45	42	21—67	21—45	43	36—43	41*)
15	Gruźlica płuc	16—65	20—39	38	22—66	22—39	40	20—64	20—45	42	20—65	20—39	40	38—42	41*)
16	Choroby nerwowe organiczne	32—54	40—49	44	23—49	—	35	—	—	—	24—50	—	40	35—44	40
17	Gruźlica innych narządów	—	—	—	—	—	—	32—41	—	36	25—62	—	42	36—42	39

Uwaga: Przeciętną w rubrykach oznaczonych*) obliczano z najbardziej zbliżonych danych.

ALEKSANDER UTRYSKO

UPORZĄDKOWANIE GOSPODARKI FINANSOWEJ W KASACH CHORYCH

1. Centralizacja nadzoru finansowego.

Uporządkowanie gospodarki finansowej Kas Chorych, od której stanu jest zależne dobre funkcjonowanie tych instytucyj oraz należyte wywiązywanie się z nałożonych na nie ustawą obowiązków, było jednem z tych zagadnień, którym władze nadzorcze (najpierw Główny Urząd Ubezpieczeń, a po jego zlikwidowaniu, od 1. IV. 1932 r. Departament Ubezpieczeń Społecznych Min. Op. Społ.) od początków swego istnienia poświęcały specjalną uwagę i nad rozwiązaniem którego pracowały i pracują z niesłabnącą gorliwością. Praca na tem polu była niezwykle trudna i mozolna. Trzeba było ustalić takie normy i zasady, któreby nie pozbawiając kierownictwa (zarządy, komisarze, dyrektorzy) kas fachowej i dodatniej inicjatywy, ograniczyły jednak ich swobodę w wypadkach szkodliwych bezpośrednio dla Kasy a pośrednio dla ubezpieczonych. Różnolite zasady i sposoby gospodarowania funduszami Kas i administrowania niemi; niewystarczająca ilość odpowiedniego i wykwalifikowanego personelu, brak zrozumienia społecznego zarówno u członków zarządów, jak i u personelu lekarskiego i administracyjnego, często spotykana nieudolność zarządów w administrowaniu funduszami Kas, oraz nierzadko spotykana lekkomyślność i rozrzutność i t. d. zwiększały te trudności i powodowały konieczność powolniejszego, ale zato gruntowniejszego przeprowadzenia uporządkowania gospodarki finansowej Kas Chorych i to zaczynając nieomal od jej podstaw.

Żeby móc w pełni podołać temu zadaniu, trzeba było przeprowadzić jaknajdalej idącą centralizację nadzoru finansowego, do czego konsekwentnie zdążano i co prawie że w zupełności ostatecznie osiągnięto.

Wielka ilość Kas Chorych, długi okres prac nad ich organizacją oraz szczupłość personelu Głównego Urzędu Ubezpieczeń nie zezwoliły na równoczesne scentralizowanie całego obszernego działu nadzoru finansowego. Wykonywano więc nadzór w znacznej mierze przez Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń i Związki Kas Chorych (przez lustracje), centralizując poszczególne działy stopniowo w Głównym Urzędzie Ubezpieczeń. Pozatem i sam sposób sprawowania nadzoru finansowego ulegał stałej ewolucji.

Celem uporządkowania gospodarki władze nadzorcze wydawały przedewszystkiem liczne instrukcje i zarządzenia oraz wyjaśnienia, dotyczące księgowości i finansów Kas, mając przez ustawę o ubezpieczeniu na wypadek choroby (art. 100 p. b.) zastrzeżoną wyłączność kompetencji w tych sprawach. Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń i Związki Kas Chorych wydawały jedynie objaśnienia względnie pouczenia. Działalnością instrukcyjną regulowały władze nadzorcze cały szereg poszczególnych zasadniczych działów gospodarki finansowej. Zarządzeniami władz nadzorczych były i są też regulowane sprawy odpisów na fundusze, sposób lokowania funduszów, sprawy inwestycyjne i t. d. Wszystkie te zarządzenia, obowiązujące wszystkie Kasy, normalizowały i ujednostajniały po-

szczególne zagadnienia, usuwając zamęt i różnorodność w systemach.

Scentralizowanie nadzoru finansowego spowodowało również współdziałanie w wielu wypadkach władz nadzorczych w zakresie dostarczania Kasom Chorych środków finansowych (na organizację lub inwestycje), pochodzących od Skarbu Państwa, instytucyj bankowych, a przedewszystkiem od Zakładów Ubezpieczeń Społecznych. Szczególnie ważnem było scentralizowanie w 1930 r. akcji zasilania funduszów Kas Chorych drogą pożyczek od Zakładów Ubezpieczeń Społecznych i w 1931 r. akcji wzajemnych pożyczek Kas Chorych oraz kontynuowanie tych akcyj obecnie na korzyść Kas szczególnie tej pomocy potrzebujących.

Większość prac, dotyczących zarówno centralizacji nadzoru finansowego, jak i uporządkowania gospodarki finansowej Kas, było dokonanych w ostatnich dwuch latach działalności Głównego Urzędu Ubezpieczeń i następnie przez Dep. Ubezp. Społ. Poza wyliczonemi powyżej, przedmiotem prac władz nadzorczych były sprawy inwestycyjne zarówno w dziale nieruchomości, jak i ruchomości, sprawy wydatków personalnych, pracowników i Komisarzy Kas Chorych, i t. d.

2. Budżety i plany finansowo-gospodarcze Kas Chorych.

Jednem z najważniejszych posunięć w akcji uporządkowania gospodarki finansowej w Kasach Chorych było wprowadzenie przez władze nadzorcze obowiązku budżetowania oraz układania na każdy miesiąc planów finansowo gospodarczych. Do roku 1929 gospodarowano w Kasach tak, jak tego wymagały bieżące potrzeby i jak zezwalały bieżące wpływy. Ten ostatni warunek nie zawsze był jednak przestrzegany, w szczególności przy większych zamierzeniach, co powodowało później trudności przy ich realizacji. Wogóle do tego roku włącznie działały Kasy (z małemi wyjątkami) bez jakichkolwiek zgóry układanych planów, na co zezwalały jedynie: stały rozwój tego ubezpieczenia i dobra konjunktura gospodarcza w kraju. Przy braku budżetów i planów finansowych kontrola następna gospodarki ze strony władz nadzorczych była w dużym stopniu utrudniona i musiała się ograniczać do badania wysokości wydatków w stosunku do dochodów Kas. Stosunek procentowy wydatków był jednak zależny od wielu warunków zewnętrznych i indywidualnych dla poszczególnych Kas.

Ustanowienie obowiązku sporządzania preliminarzy budżetowych i planów finansowych było pozatem spowodowane koniecznością ostrożnej i oszczędnej gospodarki finansowej w związku z załamaniem się konjunktury gospodarczej i wynikłemi stąd dla Kas trudnościami.

a) Budżety roczne.

Pierwsza instrukcja budżetowa dla Kas Chorych została wydana przez Główny Urząd Ubezpieczeń dnia 8. XI. 1929 r. (L. 9270/GUU).

Ustanawiała ona obowiązek sporządzania przez Kasy Chorych rocznych preliminarzy budżetowych i budżetów inwestycyjnych i przedkładania ich władzom nadzorczym do zatwierdzenia po uchwaleniu przez Radę Kasy. Instrukcja ta przewidywała również ustalanie przez władze nadzorcze terminów sporządzania, uchwalania i przedkładania władzom nadzorczym preliminarzy budżetowych.

Do instrukcji, omawiającej szczegółowo zasady i sposób sporządzania preliminarzy budżetowych, był dołączony przykładowy budżet „Kasy Chorych w Y".

Ogólne zasady zawarte w tej instrukcji były następujące:

Układ budżetu odpowiada ściśle układowi rocznego rachunku działalności, co umożliwia kontrolę wykonania budżetu.

Budżetem zostały objęte wszystkie **dochody i wydatki,** wynikające z działalności Kas Chorych, w przeciwieństwie do budżetów kameralistycznych, obejmujących **wpływy i wypłaty.** Preliminuje się więc nie wpływ, lecz przypis składek; nie otrzymane od Skarbu Państwa zwroty z Art. 48 ust., lecz zwroty w wysokości zatwierdzonej przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń; nie wypłacone zasiłki, lecz przyznane; nie pokryte rachunki od aptek i szpitali, lecz otrzymane i t. d. Według tych zasad były i są sporządzane zarówno miesięczne, jak i roczne sprawozdania rachunkowe Kas Chorych.

Materjałem do układania budżetu, jak ustalała instrukcja, powinny być zamknięcia rachunkowe za rok poprzedni i za siedem miesięcy roku bieżącego, oczywiście z uwzględnieniem warunków obecnych i przewidywanych przyszłych zmian, mogących mieć wpływ na takie czy inne ukształtowanie się dochodów i wydatków Kasy.

Do budżetu, który składał się z zestawienia ogólnego i z wyszczególnienia, powinno być dołączone obszerne wyjaśnienie, motywujące wysokość poszczególnych dochodów i wydatków, oraz specyfikujące je.

Budżet inwestycyjny obejmuje takie wydatki, które w rozumieniu budżetu zwyczajnego właściwemi wydatkami nie są, wobec czego nie mieszczą się w jego ramach. Są to raczej zmiany w składnikach aktywów Kasy. Należą tu więc: zakup ruchomości, kupno placów i budynków, budowa oraz remont kapitalny własnych gmachów. Dochodem w budżecie inwestycyjnym jest pokrycie, którem może być nawet zaciągnięta pożyczka.

Instrukcja powyższa została wprowadzona w życie okólnikiem Głównego Urzędu Ubezpieczeń z dnia 4. XII. 1929 r. L. 9807/GUU., ustalającym następujące sprawy:

terminem przedłożenia Okręgowemu Urzędowi Ubezpieczeń do zatwierdzenia preliminarza budżetowego (4 egzemplarze) jest dzień 1. II;

upoważnienie Kas do gospodarowania w ramach uchwalonego preliminarza budżetowego, do czasu zatwierdzenia go przez władze nadzorcze (z wyjątkiem budżetu inwestycyjnego);

przepisy o uzupełnieniach, poprawkach i ponownem przedkładaniu preliminarzy budżetowych, w razie niezatwierdzenia w przedłożonej formie;

przydzielenie preliminarzy budżetowych siedmiu największych Kas Chorych w Polsce — do zatwierdzenia Głównemu Urzędowi Ubezpieczeń.

Następna, a więc na rok 1931 opracowana też przez Główny Urząd Ubezpieczeń, instrukcja budżetowa wydana dn. 12. VIII. 1930 r. (L. 6692/GUU), bardzo mało się różni od poprzedniej. Zasadnicze przepisy pozostały te same, a zmiany są przeważnie drobne, natury stylistycznej. Z ważniejszych zmian można wyliczyć przedewszystkiem nałożenie na Związki Kas Chorych obowiązku kolegjalnego rozpatrywania preliminarzy budżetowych, co jednak nie naruszyło obowiązku Urzędów Ubezpieczeń ich zatwierdzania oraz dodanie nowego ustępu tej treści: „Do budżetu inwestycyjnego należy wstawić raty pożyczek długoterminowych bez odsetek — bez względu na okres czasu, w którym zostały zaciągnięte", wreszcie dodanie w rozdziale ostatnim przepisów wykonawczych, zawartych w roku poprzednim w oddzielnym okólniku.

Instrukcja ta została pozatem uzupełniona przez dodanie kilku rozdziałów pouczeń i wyjaśnień, których potrzebę wykazała jednoroczna praktyka budżetowania.

Instrukcje budżetowe na r. 1930 i 1931 odnosiły się do 243 powiatowych i miejskich Kas Chorych. Z dniem 1-ym stycznia 1932 r. jedne Kasy zostały zlikwidowane, inne zostały ich kosztem powiększone, przejmując nietylko majątek zlikwi-

dowanych Kas, ale i zobowiązania, zarówno wobec osób postronnych (dostawców), jak i wobec ubezpieczonych. Dość nieraz znaczne różnice w sposobie gospodarowania Kas (obliczanie składek, udzielanie świadczeń), wynikłe z różnych przyczyn, (dłuższy lub krótszy okres istnienia danej Kasy, sprawniejsza lub rozrzutniejsza gospodarka poprzednich władz Kasy, większe lub mniejsze uprzemysłowienie obszaru działania i t. p.), spowodowały konieczność wprowadzenia pewnych zasadniczych zmian w sposobie budżetowania. Są jeszcze i inne ważne tego powody, jak znaczne powiększenie Kas Chorych zarówno pod względem obszarów, jak i ilości ubezpieczonych i przypisów składek, dalej stałe i silne zmniejszanie się przypisu składek, stale malejące wpływy na ich poczet, a powodujące wzrost zaległości, wzrastająca liczba zgłoszeń o świadczenia i t. p. Ostatnim w końcu, nie mniej ważnym powodem wprowadzenia licznych zmian w poprzedniej instrukcji budżetowej, jest przygotowanie rachunkowości Kas dla będących w opracowaniu i mających wejść w zastosowanie zmian w prowadzeniu księgowości oraz w formularzach zamknięć rachunkowych i formularzach statystycznych, których braki i niewystarczalność od dawna dawały się silnie odczuwać.

Wobec przejęcia przez Związek Kas Chorych referatu statystyki Kas Chorych od Departamentu Ubezpieczeń Społecznych, jakoteż wobec likwidacji Głównego Urzędu Ubezpieczeń, sprawę reorganizacji księgowości i statystyki przejął w swoje ręce Związek i opracowuje je w myśl ogólnych wskazówek władz nadzorczych, uzgadniając z niemi poszczególne przepisy. Pierwszym wynikiem tej pracy jest instrukcja budżetowa dla Kas Chorych na rok 1932, opracowana przez tenże Związek, a zatwierdzona przez Główny Urząd Ubezpieczeń. Miała ona być tymczasową, obowiązującą jedynie na rok 1932.

Przepisy wykonawcze i ogólne zarządzenia, dotyczące sporządzania preliminarzy budżetowych, podał Główny Urząd w piśmie z dnia 2. XII. 1931 r. (L. 13931/GUU), zatwierdzającem powyższą instrukcję i ustalającem:

w zakresie grup zarobkowych i stopy procentowej składek należy oprzeć się na stanie faktycznym, istniejącym na poszczególnych obszarach (w Kasach zlikwidowanych) Kasy zreorganizowanej. Co do świadczeń — należy stosować jednolity dla całego obszaru 39-tygodniowy okres;

preliminarze budżetowe wszystkich 61 Kas Chorych (a więc i tych 7 największych) badają komisje kolegjalne przy Okręgowych Związkach Kas Chorych, w skład których wchodzą: dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, Delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, przedstawiciele Okręgowego Związku Kas Chorych i przedstawiciele zainteresowanych Kas zreorganizowanych;

w razie niezatwierdzenia preliminarza budżetowego w terminie może Kasa Chorych dokonywać wydatków miesięcznych w wysokości jednej dwunastej części normalnego budżetu z roku ubiegłego — z wyłączeniem nowych inwestycyj.

Dalsze zmiany obejmuje sama instrukcja:

w miejsce dotychczasowych nazw poszczególnych rachunków wprowadzono działy, paragrafy, pozycje i litery. Działy i paragrafy są identyczne we wszystkich budżetach; numeracja pozycji i liter zależna jest od warunków i potrzeb poszczególnych Kas;

na każdy oddzielny Zakład (apteka, wytwórnia protez, szpital, sanatorjum, wszelkie inne zakłady lecznicze, kąpielowe, kolonje i półkolonje, tabory przewozowe i t. p.) należy podać wydatki osobno, według oddzielnej specyfikacji;

za podstawę orjentacyjną przewidywań należy przyjąć jedynie wyniki pierwszych trzech kwartałów roku bieżącego (bez roku poprzedniego),

inne dotyczące już nie zasad ogólnych, lecz sposobu preliminowania poszczególnych pozycyj dochodów lub wydatków (obliczanie preliminowanych składek przy pomocy współczynnika zmian, czynsze we własnych nieruchomościach w wysokości poniesionych kosztów administracji tych nieruchomości) oraz zmian niektórych postanowień co do zarachowywania pozycji na poszczególne rachunki (wyodrębnienie nowych rachunków, amortyzacja nieruchomości — na rachunek administracji własnych nieruchomości, amortyzcja ruchomości — na poszczególnych zakładach i t. p.).

Wobec mającej wkrótce wejść w życie ustawy scaleniowej, co pociągnie za sobą konieczność pewnych większych zmian w rachunkowości Kas Chorych, nie wprowadzono zapowiedzianej nowej instrukcji budżetowej na rok 1933, utrzymując ważność instrukcji z roku 1932, a to pismem Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 15. XI. 1932 r. (L. 1379/UF).

Przepisy wykonawcze z roku poprzedniego w zasadzie utrzymane uzupełniono instrukcją o trybie rozpatrywania preliminarzy budżetowych Kas Chorych na rok 1933, wydaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej dnia 15. XII. 1932 r. (L. 4055/UF). Instrukcja ta ustala skład Komisji budżetowej, oraz przepisy techniczne zatwierdzenia preliminarzy budżetowych.

Pozatem reskryptem z dn. 19. XII. 1932 r. (L. 4105/UF) nałożyło Ministerstwo Opieki Społecznej na Kasy Chorych, obowiązek zamknięcia preliminarza budżetowego na rok 1933 nadwyżką w wysokości co najmniej 10% preliminowanego przypisu. Przepis ten miał na celu przygotowanie Kas Chorych do pracowania przy obniżonej do 5% składce, co jest przewidziane ustawą scaleniową. Wykonanie przez Kasy Chorych budżetu z 10% nadwyżką — umożliwi im bardzo poważną spłatę zobowiązań, co po wprowadzeniu ustawy scaleniowej będzie trudniejszem do wykonania wobec szczupłości przewidzianych nią dochodów.

b) Plany finansowo-gospodarcze.

Jak już w części pierwszej niniejszego rozdziału wspomniano, budżet jest planem gospodarowania dochodami i wydatkami jedynie przypisanemi, nie uwzględnia jednak zupełnie czynnika finansowego, a więc wpływów i wypłat. Na przykładzie wyglądałoby to następująco: dochody—100 tysięcy zł., odpis na fundusz zapasowy — 10 tysięcy zł.; pozostałość 90 tysięcy zł. można preliminować na wydatki. Wykonanie powyższych kwot nie będzie przekroczeniem budżetu nawet w wypadku osiągnięcia przez Kasę Chorych z przypisanych 100 tysięcy dochodów tylko 85 tysięcy wpływów. Brak tych 15 tysięcy złotych — jakkolwiek nie spowoduje niedoboru budżetowego, będzie jednakże niedoborem kasowym i pociągnie za sobą przedewszystkiem pozostawienie całego odpisu na fundusz zapasowy nieupłynnionego, czyli na kontach pracodawców; co zaś do pozostałych 5 tysięcy zł., to o kwotę tę będzie Kasa musiała zmniejszyć swoje zasoby płynne, lub powiększyć swe zobowiązania.

Doświadczenie wykazało ponadto, że obecnie, w dobie ogólnego kryzysu gospodarczego, nawet najostrożniej i najrealniej układane budżety roczne, już po kilku miesiącach okazują się niewykonalne w dochodach, — a w ślad zatem i w wydatkach. W czasie obecnym okres roczny jest za długi dla układania planu gospodarczego.

Okazała się więc potrzeba sporządzania przez Kasy Chorych takich planów gospodarczych, które usunęłyby wyliczone braki. Zasadą takich planów miałyby być krótkie okresy (miesięczne) i wprowadzenie czynnika finansowego, należy przytem zaznaczyć, że rozporządzenie Prezydenta Rzeczyposp.

z dn. 29.XI.1930 r. nakłada na Kasy Chorych obowiązek sporządzania miesięcznych planów finansowych.

Przepis ten wymienionego rozporządzenia wprowadziło Ministerstwo Opieki Społecznej reskryptem z dnia 20.IV 1932 r. L. 712/UF., wydanym w formie okólnika do Kas Chorych. W reskrypcie tym ustalono terminy sporządzania i przedkładania miesięcznych planów finansowo-gospodarczych, rozdzielnik instytucji mających te plany otrzymywać (Ministerstwo Opieki Społecznej, Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń i Związki Kas Chorych), oraz zasady, jakiemi powinny Kasy Chorych kierować się przy układaniu tych planów. Należą do nich: zrównoważenie wydatków z przewidywanemi wpływami, a w Kasach posiadających zobowiązania — osiągnięcie nadwyżek wpływów, na pokrycie zobowiązań, zwiększenie ściągalności składek, przez zorganizowanie należytej kontroli płatników; oraz odpowiednia redukcja wydatków (administracyjnych i ogólnych) i wstrzymanie wszelkich inwestycji, które bez szkody dadzą się odłożyć.

Do powyższego okólnika dołączono instrukcję o sporządzaniu miesięcznych planów finansowo-gospodarczych, wraz z wzorem planu. Zgodnie z instrukcją plan finansowo-gospodarczy dzielił się na 6 działów:

dział I obejmował płynne zasoby finansowe, pozostałe z m-ca poprzedniego i mające być osiągnięte w m-cu, na który plan ułożony; zostały tu zaliczone wszelkie środki obiegowe (gotówka, weksle, czeki i t. p.), wpływające z wszelkich tytułów (za składki, za leczenie, zwroty, zaliczki oraz pożyczki);

dział II — przewidywane koszty działalności Kasy w ciągu danego m-ca, bez względu na to, czy w danym miesiącu będą pokryte czy nie. Dział ten odpowiada wydatkom w budżecie; porównanie sumy tego działu z przewidywanym przypisem składek na dany m-c (z odpowiednią poprawką na inne dochody) wskaże, czy Kasa jest samowystarczalną budżetowo, porównanie zaś z sumą wpływów — wskaże na samowystarczalność lub deficytowość finansową w danym miesiącu;

Dział III — przewidywane użycie zasobów finansowych zarówno na pokrycie wydatków bieżących, jak i spłatę zobowiązań z okresów poprzednich, wynikłych z tych tytułów (świadczeń, kosztów administr. i kosztów ogólnych). Kwoty działu II i III ułożone są równolegle, przez co otrzymuje się porównanie kosztu z pokryciem w poszczególnych wydatkach — przewidzianą spłatę lub wzrost zadłużenia. Przy końcu działu III podano spłatę tych zobowiązań, które nie mieszczą się w wydatkach normalnych, a więc wykup akceptów, spłata pożyczek, rezerwy na wykup protestowanych weksli klijentowskich i t. p.;

Dział IV podaje dla orjentacji — porównanie przypisu składek na m-c bieżący z przypisem budżetowym na ten m-c, oraz przypisem w tymże m-cu w roku poprzednim;

Dział V zawiera w kwotach globalnych wierzytelności i zobowiązania Kasy, oraz przewidziane w danym m-cu zmiany (spłatę—wzrost);

Dział VI — uwagi ogólne oraz zarządzenia poczynione, względnie zamierzone w zakresie gospodarki finansowej Kasy.

Plany finansowo-gospodarcze były rozpatrywane i kontrolowane równolegle we wszystkich instytucjach nadzoru i kontroli Kas Chorych. W wypadkach koniecznych odbywały się w Ministerstwie Opieki Społecznej konferencje w sprawie sanacji finansów poszczególnych Kas Chorych (Równe, Toruń i inne), przy udziale przedstawicieli odnośnego Okr. Urzędu Ubezp. i Związków Kas Chorych oraz zainteresowanych Kas Chorych.

Kilkumiesięczna praktyka wykazała konieczność poczynienia we wzorze planu finansowo-gospodarczego pewnych zasadniczych zmian. Braki pierwszego planu usunęło Ministerstwo Opieki Społecznej wydając okólnikiem z 30.VIII.1932 r. L. 2580/UF. nowy — opracowany wspólnie ze Związkiem Kas Chorych — wzór planu finansowo-gospodarczego, z odpowiednią instrukcją o sposobie sporządzania planów, oraz instrukcję o trybie rozpatrywania tych planów.

W planach finansowo-gospodarczych wprowadzono tą instrukcją następujące zmiany zasadnicze:

dawny dział IV rozszerzono o ilość ubezpieczonych, stopę procentową składki i inne, umieszczając go na wstępie planu jako dane orjentacyjne;

płynne zasoby finansowe podzielono na 5 grup: pozostałość z poprzedniego m-ca, przewidywane efektywne wpływy, wpłaty dłużników, wpływy na wypłaty zlecone i pożyczki;

do dawnego działu II i III dodano obecnie 3 nowe kolumny, a to: stosunku %-owego do przypisu składek, w zł. na jednego ubezpieczonego, oraz kolumnę kredytu. Wszystkie 5 kolumn tworzą obecnie dział II. W kolumnie „pokrycie" wykazuje się zużycie zasobów finansowych do wysokości „kwot preliminowanych". W wypadku, gdy Kasa zamierza w danym m-cu pokryć więcej, niż wyniesie koszt danego m-ca (prelim.) nadwyżkę tę wykazuje przy końcu tego działu — w spłacie zobowiązań. W wypadku odwrotnym, a więc pokrycia tylko części przewidywanego kosztu — różnicę wstawia się do kolumny „kredyt". Suma kolumn „Pokrycie" i „Kredyt" będzie się równała wobec tego sumie kolumny „kwoty preliminowane";

składkę inwestycyjną (w Kasach Chorych we Lwowie i w Krakowie) oraz czynione z niej inwestycje wyodrębniono jako dział III;

dawny dział V wyspecyfikowano zarówno w wierzytelnościach jak i w zobowiązaniach, dzieląc te konta na: wierzytelności, pracodawców, zobowiązania i akcepty;

plan finansowo-gospodarczy zamyka się uwagami ogólnemi, które poza szczegółami indywidualnemi, wynikającemi z podanych cyfr, obejmują pewne dane, podawane przez Kasy stale, jak — lokaty terminowe, wartość ruchomości i nieruchomości, odpisy na fundusze amortyzacyjny i zapasowy, wątpliwe należności od pracodawców i t. p.

Instrukcja o trybie rozpatrywania planów finansowych nakłada obowiązek równoległego rozpatrywania planów na Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń i Okręgowe Związki Kas Chorych, uzgodnienia wyników na wspólnych konferencjach i zreferowania ich na odbywających się w Ministerstwie Opieki Społecznej perjodycznych konferencjach, w których biorą udział przedstawiciele Związku Kas Chorych, oraz właściwych Okręg. Urzędów Ubezp. i Okr. Zw. Kas Chorych.

W planie powyższym i instrukcji dokonano w roku bieżącym (III — 1933) pewnych nieznacznych poprawek, jak np. odseparowanie pozostałych zasobów płynnych od wpływów, wykazywanie czerwonym atramentem w kolumnie „Kredyt" wartości zużywanych zapasów, skreślenie kolumny czwartej w dziale IV, a to stanu wierzytelności i zobowiązań na ostatni dzień m-ca, zaś do kolumny pierwszej wstawianie stanu na 1 dzień m-ca poprzedniego, wyprowadzanie sald zmian w tym dziale, skreślenie działu V i t. p.

Niektóre Kasy Chorych sporządzały wykonanie planów finansowych, obowiązku takiego jednak nie nałożono, gdyż wobec zbyt krótkiego terminu cyfry te musiałyby być prowizoryczne; wykonaniem planu finansowego jest pozatem miesięczny bilans surowy, zawierający już dane znacznie ściślejsze.

KRONIKA KRAJOWA

USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM.

Jak już podaliśmy w zeszycie 3 „Przeglądu Ubezpieczeń" z b. r. (str. 139), projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem został uchwalony przez Sejm w brzmieniu zaproponowanem przez Komisję Ochrony Pracy. Po przejściu do Senatu do projektu zostały wprowadzone bardzo liczne zmiany przez Komisję Gospodarstwa Społecznego i przez doradczą Komisję Techniki Legislatywnej, poczem plenum Senatu uchwaliło go wraz z zaproponowanemi zmianami. Poprawki wprowadzone przez Senat w większości wypadków dotyczyły zmian stylistycznych i redakcyjnych, jedynie parę poprawek Senatu zmieniło w sposób istotny treść projektu ustawy. Sejm rozpatrując ponownie projekt ustawy uchwalił większość poprawek Senatu i obecnie ustawa czeka na ogłoszenie w Dzienniku Ustaw R. P.

Niżej podajemy streszczenie ważniejszych przepisów ustawy, szczegółowo będzie ona omówiona i zanalizowana w szeregu artykułów, które publikować zaczniemy w najbliższych zeszytach „Przeglądu".

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem normuje następujące rodzaje ubezpieczeń: na wypadek choroby i macierzyństwa, na wypadek niezdolności do zarobkowania, starości lub śmierci osoby ubezpieczonej (ubezpieczenie emerytalne) i ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu lub choroby zawodowej; w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych ustawa normuje organizację instytucyj ubezpieczenie to wykonujących i uprawnienia władz nadzorczych. Całkowicie poza zakresem działania ustawy pozostaje zabezpieczenie robotników na wypadek bezrobocia oraz na Górnym Śląsku ubezpieczenie na wypadek choroby, ubezpieczenie emerytalne robotników i ubezpieczenie górników. Obowiązkowi ubezpieczenia przeciwko ryzykom, określonym wyżej, podlegają wszystkie osoby bez różnicy płci i wieku, pozostające w stosunku pracy, nie wyłączając uczniów, terminatorów, wolontarjuszy i praktykantów, krewnych i powinowatych (z wyjątkiem małżonka), zatrudnionych przez pracodawcę oraz chałupnicy i osoby z nimi pracujące.

Od tej ogólnej definicji obowiązku ubezpieczenia ustawa zawiera liczne wyjątki, dotyczące poszczególnych rodzajów ubezpieczenia, określonych grup pracowników oraz pewnych obszarów. W całości z pod działania ustawy wyłączeni są funkcjonarjusze państwowi, podlegający ustawie z dn. 11.XII 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem oraz pracownicy przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe", objęci rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 8.VII.32 r. o zaopatrzeniu emerytalnem pracowników przedsiębiorstwa P. K. P., funkcjonarjusze państwowi, mianowani do odwołania (prowizorycznie lub odbywający służbę przygotowawczą), jeśli są pracownikami umysłowymi, osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej, duchowni oraz członkowie zakonów, zgromadzeń i stowarzyszeń religijnych, wreszcie cudzoziemcy, zatrudnieni w przedstawicielstwach dyplomatycznych i konsularnych państwowych oraz w międzynarodowych komisjach.

Z uwzględnieniem pozostałych wyłączeń z pod obowiązku ubezpieczenia zakres osobowy i terytorjalny poszczególnych rodzajów ubezpieczeń przedstawia się w ogólnych zarysach następująco:

	Pracownicy umysłowi	Pracownicy umysłowi i robotnicy rolni	Pozostali robotnicy
Ubezpieczenie na wypadek choroby	cały obszar Rzplitej	—	cały obszar Rzplitej z wyjątkiem G. Śląska
Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci	[1]) —	woj. zachodnie (tylko robotnicy)	cały obszar Rzplitej z wyjątkiem G. Śląska
Ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych	[2]) cały obszar Rzplitej		

Powyższem zestawieniem nieobjęte są różne drobne grupy, co do których ustawa normuje obowiązek ubezpieczenia w sposób szczególny, jak np. terminatorzy — ubezpieczeni na wypadek choroby i od wypadków przy pracy, więźniowie — ubezpieczeni tylko od wypadków przy pracy, pracownicy nieetatowi P. K. P. — ubezpieczeni na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość oraz od wypadków przy pracy i t. d.

Rozciągnięcie obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby w stosunku do pracowników instytucyj i przedsiębiorstw, które udzielają zgodnie z przepisami prawnemi lub faktycznie pomocy leczniczej zamiast ubezpieczenia w kasach chorych odracza ustawa do czasu likwidacji odrębnej pomocy leczniczej w terminach wyznaczonych przez Radę Ministrów.

Poza ubezpieczeniem obowiązkowem ustawa przewiduje na warunkach określonych kontynuowanie ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia emerytalnego oraz dobrowolne ubezpieczenie osób, których dochód nie przekracza 10.000 zł. rocznie.

Wykonywanie ubezpieczeń unormowanych ustawą oraz rozp. Prez. Rzplitej o ubezp. prac. um. porucza ustawa 1) ubezpieczalniom społecznym, 2) Zakładowi Ubezpieczenia na wypadek choroby, 3) Zakładowi Ubezpieczenia od Wypadków, 4) Zakładowi Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, 5) Zakładowi Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych oraz 6) Izbie Ubezpieczeń Społecznych.

Do zakresu działania ubezpieczalni społecznych należy przyznawanie i udzielanie świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz wykonywanie jednorodnych czynności dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń, nie wyłączając ubezpieczenia pracowników umysłowych, jako to: ustalanie obowiązku ubezpieczenia w myśl ustawy prac. um., ustalanie uprawnień do kontynuowania ubezpieczeń, wymierzanie i pobieranie składek, przyjmowanie roszczeń o świadczenia oraz przeprowadzanie czynności przygotowawczych dla udzielania świadczeń, przyznawanych przez zakłady ubezpieczeń, udzielanie na zlecenie tych zakładów przyznanych świadczeń, ewidencja i kontrola osób pobierających świadczenia. Za wykonywanie powyższych czynności dla zakładów ubezpieczeń

[1]) Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych unormowane jest rozp. Prez. z dn. 24.XI.27 r. o ubezp. prac. um.
[2]) Ustawa odracza ubezpieczenie od wypadków w stosunku do robotników rolnych, zatrudnionych w gospodarstwach rolnych o obszarze ponad 30 ha na obszarze woj. centralnych, wschodnich i południowych.

otrzymymywać będą ubezpieczalnie od właściwych zakładów zwrot kosztów według norm ustalonych przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby kontynuuje, uzupełnia i usprawnia działalność ubezpieczalni społecznych w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby oraz prowadzi wspólną dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń działalność leczniczą i profilaktyczną. Nie posiada natomiast Zakład w zasadzie kompetencyj w zakresie czynności, wykonywanych przez ubezpieczalnie dla innych rodzajów ubezpieczeń.

Do zakresu działania pozostałych Zakładów Ubezpieczeń, każdego w dziedzinie rodzaju ubezpieczenia, uwidocznionego w nazwie, należy wykonywanie czynności nie należących do kompetencji Izby Ubezpieczeń Społecznych lub ubezpieczalni społecznych, w szczególności zaś przyznawanie i udzielanie świadczeń, administrowanie własnemi funduszami i zasobami i ich lokowanie, prowadzenie statystyki, współdziałanie w akcji, zmierzającej do przywrócenia zdolności do zarobkowania rencistów, udzielanie ubezpieczalniom społecznym z zastrzeżeniem kompetencji Izby Ubezpieczeń Społecznych instrukcyj co do sposobu przeprowadzania przez nie czynności przygotowawczych do przyznawania świadczeń, i co do sposobu kontroli osób, pobierających świadczenia.

Izba Ubezpieczeń Społecznych jest powołana do koordynowania w zakresie wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych działalności ubezpieczalni społecznych i zakładów ubezpieczeń społecznych oraz prowadzenia działalności, zmierzającej ku osiąganiu wspólnych celów tych instytucyj. Koordynowanie działalności ubezpieczalni społecznych ma polegać na opracowywaniu przez Izbę dla ubezpieczalni, po wysłuchaniu opinji poszczególnych zakładów, przepisów, ustalających sposób wykonywania przez ubezpieczalnie czynności dla zakładów ubezpieczeń, na przeprowadzaniu kontroli i lustracji wykonywania przez ubezpieczalnie tych czynności, oraz na badaniu i opinjowaniu budżetów ubezpieczalni społecznych ze szczególnem uwzględnieniem kosztów wykonywania poruczonych ubezpieczalniom czynności, przyczem Izba ustala zasady i sposoby pokrywania tych kosztów, wreszcie na rozstrzyganiu sporów między zakładami i ubezpieczalniami. Jako sankcja w stosunku do ubezpieczalni przysługuje Izbie prawo pociągania do odpowiedzialności dyscyplinarnej dyrektorów lub ich zastępców w razie naruszenia obowiązków służbowych w zakresie czynności poruczonych. Ponadto w zakresie działania Zakładów. Izba ma za zadanie prowadzenie ogólnej statystyki, wydawanie ogólnych sprawozdań, ustalania metod opracowywania bilansów ubezpieczeniowo - technicznych przez zakłady, usprawnianie biurowości i administracji, badanie i opinjowanie budżetów, przeprowadzanie lustracyj działalności, opinjowanie planów lokat funduszów i zasobów, ustalanie ramowych przepisów służbowych, roztrzyganie sporów, wreszcie wykonywanie wszelkich czynności w zakresie ubezpieczeń społecznych, które przekraczają kompetencje poszczególnych zakładów i ubezpieczalni, jak np. reprezentowanie instytucyj ubezpieczeń społecznych na fachowych zjazdach i konferencjach, prowadzenie akcji wydawniczej, popieranie i zakładanie instytucyj naukowych, urządzanie kursów i t. p.

Okręg obejmujący jeden lub kilka powiatów i siedzibę ubezpieczalni społecznych ustala Minister Opieki Społecznej w ten sposób, aby liczba obowiązkowo ubezpieczonych wynosiła w każdej ubezpieczalni conajmniej 10.000 lub 5.000 (woj. wileńskie, nowogródzkie, poleskie, wołyńskie, białostockie, stanisławowskie, tarnopolskie). Zakłady ubezpieczeń społecznych i Izba obejmują swem działaniem cały obszar Rzeczypospolitej.

Wymienione wyżej instytucje ubezpieczeń społecznych działają na podstawie ustawy oraz statutów nadanych przez Ministra O. S. przy założeniu danej instytucji, późniejsze zmiany statutów uchwalają właściwe rady, Minister S. O. może jednak zmieniać statuty w drodze rozporządzeń.

Organizacja władz instytucyj ubezpieczeń społecznych oparta jest na kolegjalnych organach, pochodzących z wyborów, częściowo z nominacji oraz na urzędniczych dyrekcjach. Organami pochodzącemi z wyborów są w ubezpieczalniach i zakładach: rady, komisje administracyjne, komisje rewizyjne, komisje rozjemcze (ubezpieczalnie) lub komisje rentowe (zakłady, z wyjątkiem zakładu ubezp. na wyp. choroby), w Izbie Ubezpieczeń: rada zarządzająca, prezydjum Izby, prezes, komisja rewizyjna.

Skład organów instytucyj ubezpieczeń przedstawia się następująco:

	Ubezpieczeni		Pracodawcy	Nominaci	Razem
	Prac. um.	robotnicy			
Ubezpieczalnie Społeczne					
Rada [1]) a)	1[2])	7	4	5	17
Rada [1]) b)	1	11	6	7	25
Komisja Administracyjna	1	3	2	1	7
Komisja Rewizyjna	1	1	3	—	5
Komisja Rozjemcza	1	2	3	1	7
Zakład Ubezp. na wypadek choroby i Zakład Ubezp. od wypadków					
Rada	3	9	6	7	25
Komisja Administracyjna	1	3	2	3	9
Komisja Rewizyjna	1	2	5	1	9
Komisje rentowe (zakład ubezp. od wyp.)	—	2	1	1	4
Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników					
Rada	—	12	6	7	25
Komisja Administracyjna	—	4	2	3	9
Komisja Rewizyjna	—	2	4	1	7
Komisje Rentowe	—	2	1	1	4
Zakład Ubezp. Prac. Umysłowych					
Rada	10	—	5	6	21
Komisja Administracyjna	4	—	2	3	9
Komisja Rewizyjna	2	—	4	1	7
Komisje Rentowe	2	—	1	1	4
Izba Ubezpieczeń Społecznych					
Rada Zarządzająca	4	9	7	8	28
Prezydjum	1	3	4	2	10
Komisja Rewizyjna	1	2	5	1	9

Członków rad ubezpieczalni społecznych, pochodzących z wyborów, wybierają ubezpieczeni i pracodawcy według przepisów, które wyda Minister O. S., członków zaś rad zakładów i rady izby wybierają właściwe zgromadzenia wyborcze, składające się z delegatów wybranych jednocześnie z wyborami do rad ubezpieczalni społecznych. Członków komisyj administra-

[1]) a — ubezpieczalnie liczące poniżej 75.000 obowiązkowo ubezpieczonych, b — powyżej.

[2]) Conajmniej 1 mandat.

cyjnych, rewizyjnych, rentowych, rozjemczych wybierają właściwe rady, z wyjątkiem członków komisji rewizyjnej Izby, wybieranych przez zgromadzenia wyborcze.

Okres urzędowania rad i komisyj rewizyjnych wszystkich instytucyj wynosi 5 lat, zaś komisyj świadczeniowych i rentowych — 1 rok.

Rady ubezpieczalni i zakładów są naczelnym organem uchwałodawczym i ustalającym ogólne zasady kierownictwa działalnością tych instytucyj. Do zakresu działania rad należy wybór członków komisyj, uchwalanie zmian statutu, preliminarzy budżetowych, sprawozdań rocznych, zamknięć rachunkowych, przyjmowanie sprawozdań komisyj i dyrekcyj.

Komisje administracyjne są z zastrzeżeniem uprawnień rad, organem uchwałodawczym, sprawują ogólne kierownictwo działalności instytucyj, wykonywując w tym celu nadzór nad czynnościami dyrekcji i udzielając jej dyrektyw; komisje powołują i zwalniają członków dyrekcji.

Komisje rewizyjne powołane są do kontrolowania czynności komisyj administracyjnych i dyrekcyj oraz do przeprowadzania rewizji ksiąg, dokumentów i zasobów kasowych.

Komisje rozjemcze w ubezpieczalniach społecznych rozstrzygają odwołania od orzeczeń dyrektora w sprawach świadczeń oraz kar, komisje rentowe zaś w zakładach ubezpieczeń wykonywują nadzór nad czynnościami dyrektora w zakresie przyznawania świadczeń oraz orzekają w sprawach świadczeń w niektórych wypadkach. Komisje rentowe działają w siedzibach oddziałów zakładów. W Izbie Ubezpieczeń Społecznych podział kompetencji między poszczególne organy przedstawia się nieco odmiennie. Rada Zarządzająca jest naczelnym i jedynym organem uchwałodawczym Izby oraz kieruje całokształtem działalności Izby i wykonywa za pośrednictwem prezydjum nadzór nad czynnościami dyrekcji. Do zakresu działania prezydjum należy rozpatrywanie spraw, które mają być przedmiotem obrad rady, załatwianie spraw przekazanych przez radę i bezpośrednio niektórych spraw wyszczególnionych wyraźnie w ustawie wreszcie wydawanie niezbędnych zarządzeń w nagłych wypadkach. Komisja rewizyjna Izby spełnia te same czynności, co komisje rewizyjne ubezpieczalni i zakładów.

Na czele rad stoją przewodniczący (w Izbie — prezes) i dwaj zastępcy, w ubezpieczalniach wybrani przez radę, w zakładach mianowani przez Ministra O. S. z pośród kandydatów wybranych przez rady, w Izbie — mianowany przez Prezydenta Rzplitej na wniosek Rady Ministrów. Komisjom administracyjnym przewodniczy przewodniczący rad, komisjom rewizyjnym — przewodniczący wybrani, komisjom rozjemczym i rentowym — przewodniczący, mianowani przez państwowy urząd ubezpieczeń (ubezpieczalnie) lub Ministra O. S. (zakłady).

Organami wykonawczemi w instytucjach ubezp. społ. są dyrekcje, składające się: w ubezpieczalni z dyrektora, lekarza naczelnego i jednego lub dwóch wicedyrektorów, w zakładzie ubezpieczenia na wypadek choroby — z dyrektora, wicedyrektora i lekarza naczelnego, w pozostałych zakładach — z dyrektora, wicedyrektora i matematyka zakładu, w izbie ubezpieczeń — z naczelnego dyrektora, lekarza naczelnego (jest nim naczelny lekarz zakładu ubezp. na wyp. chor.), 2 dyrektorów izby i naczelnego matematyka. Na czele dyrekcji stoją dyrektorzy, którzy są zwierzchnikami pracowników i załatwiają wszystkie sprawy bieżące niezastrzeżone dla innych organów oraz kierują pod względem organizacyjnym i administracyjnym całą działalnością danej instytucji. Powyższe funkcje w izbie ubezpieczeń wykonywa dyrekcja.

Poza wymienionemi organami w ubezpieczalniach społecznych, w Zakładzie Ubezp. na Wyp. Chor. istnieją jako ciała doradcze rady lekarskie, których skład i kompetencje określą statuty.

Dla osiągnięcia celów, związanych z przeznaczeniem funduszów specjalnych oraz dla zarządzania temi funduszami lub wspólnego zarządzania majątkiem lub wspólnemi lokatami instytucje ubezpieczeń społecznych mogą wyłaniać odrębne organy, działające w obrębie izby ubezpieczeń, zakładu lub poszczególnej ubezpieczalni na podstawie regulaminów zatwierdzonych przez właściwą władzę nadzorczą oraz tworzyć samodzielnie lub wspólnie odrębne instytucje społeczne, wyposażone w osobowość prawną.

Wykonywanie czynności ubezpieczalni społecznych, Zakładu Ubezp. Emer. Rob. i Zakładu Ubezp. od Wypadków w zastosowaniu do podlegających ubezpieczeniu pracowników Polskich Kolei Państwowych może Minister O. S. w porozumieniu z Ministrem Komunikacyj przekazać w drodze rozporządzenia specjalnym instytucjom ubezpieczenia kolejarzy.

W zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa ubezpieczeni mają prawo do następujących świadczeń:

a) pomocy leczniczej (opieka lekarska, leki, środki opatrunkowe i przeciw zniekształceniu) — w ciągu 26 tygodni;

b) zasiłku chorobowego z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby w wysokości 50% przeciętnego zarobku tygodniowego (z ostatnich 13 tygodni) — w ciągu 26 tygodni, poczynając od czwartego dnia niezdolności lub od pierwszego, jeśli niezdolność ta stwierdzoną zostanie później niż w 3 dniu choroby. Prawa do zasiłku chorobowego nie mają robotnicy w okresie czasu, w którym w myśl przepisów służbowych lub umowy zbiorowej otrzymują od pracodawcy całkowite wynagrodzenie, pracownicy zaś umysłowi w okresie czasu, w którym przysługuje im w myśl obowiązujących przepisów prawnych prawo do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy;

c) umieszczenia w razie potrzeby w szpitalu; wówczas w miejsce zasiłku chorobowego ubezpieczony, który ma na utrzymaniu jedną lub więcej osób, otrzymuje zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, dla pozostałych zaś ubezpieczonych zasiłek szpitalny wynosi ½ zasiłku chorobowego.

Świadczenia dla ubezpieczonych w razie połogu obejmują:

a) bezpłatną pomoc leczniczą i położniczą,

b) zasiłek połogowy, wynoszący tygodniowo 50% przeciętnego tygodniowego zarobku z ostatnich 13 tygodni, przez czas, gdy położnica wstrzymuje się od pracy, nie dłużej jednak niż w ciągu 8 tygodni, z których conajmniej 6 powinno przypadać po porodzie,

c) zasiłek dla karmiących matek w naturze w ilości litra mleka dziennie lub równowartość w gotówce przez czas karmienia od dnia ukończenia zasiłku połogowego, nie dłużej jednak niż 12 tygodni,

d) umieszczenie za zgodą położnicy w zakładzie dla położnic, wówczas zamiast zasiłku połogowego położnice otrzymują zasiłek domowy lub szpitalny,

e) pomoc i opiekę pielęgniarek za potrąceniem na ten cel najwyżej połowy zasiłku połogowego.

W razie śmierci ubezpieczonego ubezpieczalnia udziela jednorazowego zasiłku pogrzebowego równającego się 3-tygodniowemu zarobkowi ubezpieczonego.

Podstawę wymiaru zasiłków pieniężnych stanowią faktyczne zarobki ubezpieczonego, maksymum ich ustalają statuty ubezpieczalni w granicach 90—174 zł. tygodniowo.

Za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze ubezpieczeni wnosić będą opłaty według cennika ustalonego przez Ministra O. S. Od opłat zwolnione będą zabiegi chirurgiczne, rozpoznawcze i inne (choroby

ostre, zakaźne, gruźlica, nagłe wypadki i t. p.) ustalone w rozporządzeniach Ministra O. S.

Okres pobierania zasiłków chorobowych może być skrócony do 13 tygodni uchwałą organów ubezpieczalni lub rozporządzeniem Ministra O. S., jeśli wskutek masowych zwolnień z pracy, liczba osób otrzymujących zasiłki, przekracza przeciętną normalną liczbę tych osób w stopniu zagrażającym równowadze finansowej ubezpieczalni. Ograniczenie to może być stosowane jedynie w stosunku do osób, które utraciły pracę z innych powodów niż choroba.

Prawo do zasiłku chorobowego istnieje dopiero po 4 tygodniach podlegania obowiązkowi ubezpieczenia lub od dnia powstania obowiązku ubezpieczenia, jeśli ubezpieczony w ciągu ostatniego roku podlegał obowiązkowi ubezpieczenia w ciągu conajmniej 26 tygodni. Ograniczenie powyższe nie stosuje się do osób ubiegających się o zasiłek z powodu wypadku w zatrudnieniu lub zapadnięcia na ostrą chorobę zakaźną lub chorobę ostrą.

W razie, jeśli choroba jest chorobą zawodową, albo spowodowaną wypadkiem w zatrudnieniu, a jest połączona z niezdolnością do pracy i trwa dłużej niż 4 tygodnie, wówczas Zakład Ubezp. od Wypadków zwraca ubezpieczalni koszty wszystkich świadczeń udzielonych od pierwszego dnia zachorowania.

Członkowie rodziny ubezpieczonego mają prawo do następujących świadczeń:

a) pomocy leczniczej w ciągu 13 tygodni,

b) bezpłatnej pomocy położniczej,

c) zasiłku dla karmiących w wysokości takiego samego zasiłku jak dla ubezpieczonych,

d) zasiłku pieniężnego na koszty pogrzebu w wysokości połowy zasiłku pogrzebowego,

e) umieszczenia w szpitalu na okres nie dłuższy niż 13 tygodni.

Po upływie okresu świadczeń ubezpieczalnia udziela członkom rodziny pomocy leczniczej w wypadkach ustalonych chorób ostrych przez dalsze 13 tygodni.

Do grona członków rodziny ubezpieczonego, uprawnionych do świadczeń należy: żona lub niezdolny do zarobkowania mąż, dzieci ślubne, uprawnione, przysposobione, nieślubne, wnuki do 16 lat lub ponad 16 lat, jeśli są niezdolne do zarobkowania albo kształcą się, w tym ostatnim wypadku do 21 lat lub 24 lat, o ile kształcą się w wyższych zakładach naukowych. Warunkiem posiadania praw do świadczeń jest wspólne zamieszkiwanie z ubezpieczonym i pozostawanie na jego wyłącznem i całkowitem utrzymaniu. Poza wymienionemi członkami rodziny prawo do świadczeń mogą posiadać jeszcze dwie osoby wspólnie zamieszkujące z ubezpieczonym i przez niego utrzymywane, jeśli zostaną zarejestrowane w ubezpieczalni.

Za osoby umieszczone w szpitalach publicznych ubezpieczalnia wnosi opłaty w wysokości 85% opłaty na klasie najniższej.

Celem udzielania pomocy leczniczej ubezpieczalnia może urządzić dla celów własnych szpitale, przychodnie, apteki, sanatorja i t. p., przyczem przychodnie mogą być przeznaczone bądź dla ogółu ubezpieczonych, bądź dla pewnych ich kategoryj według zawodów, miejsc zamieszkania ubezpieczonych, zakładów pracy, wieku i t. p.

Spory między lekarzami i ubezpieczalniami społecznemi lub Zakładem Ubezp. na Wypadek Choroby roztrzygane są w drodze postępowania rozjemczego przed komisjami rozjemczemi dla spraw lekarskich.

W zakresie ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych udzielane są następujące świadczenia: renta wypadkowa, dodatki do renty, renta wdowy, renta sieroca, renta dalszej rodziny, zapomoga pośmiertna, lecznictwo i świadczenia w naturze.

Prawo do renty wypadkowej przysługuje ubezpieczonemu, który stał się całkowicie lub częściowo niezdolny do zarobkowania wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, o ile niezdolność trwa dłużej niż cztery tygodnie.

Ubezpieczony całkowicie niezdolny do zarobkowania otrzymuje rentę w wysokości 66⅔ przeciętnego miesięcznego zarobku w ciągu ostatnich 52 tygodni, o ile nie może obejść się bez stałej pomocy i opieki innych—otrzymuje dodatek do renty w wysokości 33⅓ zarobku przeciętnego. Ubezpieczony częściowo niezdolny do zarobkowania, nie mniej jednak niż 10%, otrzymuje odpowiednią procentową część renty bez dodatku.

Otrzymujący rentę wypadkową, jeśli utracił conajmniej 66⅔ zdolności do zarobkowania ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości $^1/_{10}$ części renty.

Prawo do renty wdowiej (sierocej) wypadkowej ma wdowa (sieroty), której mąż (ojciec, matka), zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu lub na chorobę zawodową. Wysokość renty wdowiej wynosi 30%, sieroty zupełnej — 25%, sieroty niezupełnej — 20%, przeciętnego zarobku.

Osobom dalszej rodziny należy się renta po osobie zmarłej wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, a to wstępnym jak długo żyją w niedostatku, a wnukom i rodzeństwu jeżeli utrzymywani byli wyłącznie lub przeważnie przez zmarłego w zasadzie do ukończenia 17 roku życia dla chłopców a do 18 roku dla dziewcząt. Wysokość tej renty wynosi ogółem 20% przeciętnego zarobku.

Najwyższa norma zarobku przyjęta dla ustalania podstawy wymiaru rent wypadkowych wynosi 174 zł. tygodniowo.

Niezależnie od rent rodzinie pozostałej po zmarłym należy się jednorazowa zapomoga pośmiertna w wysokości miesięcznego ostatniego zarobku ubezpieczonego, nie mniej jednak niż 75 zł.

W ubezpieczeniu emerytalnem robotników przewidziane są następujące świadczenia: renta inwalidzka, renta wdowia poinwalidzka, renta sieroca poinwalidzka, świadczenia lecznicze.

Prawo do renty inwalidzkiej przysługuje ubezpieczonemu, który jest inwalidą i przebył w ubezpieczeniu conajmniej 200 tygodni składkowych, przypadających na okres ostatnich dziesięciu lat przed powstaniem inwalidztwa, z czego przynajmniej 50 tyg. składkowych na okres ostatnich 3 lat przed powstaniem inwalidztwa lub też przebył w ubezpieczeniu 1000 tygodni składkowych, albo taką liczbę tygodni składkowych ponad 200, która stanowi ¾ liczby tygodni składkowych, jakie upłynęły między datą początku ubezpieczenia i dniem powstania inwalidztwa. Do okresu 10 lub 3-letniego nie wlicza się czasu bezrobocia, czasu pobierania renty wypadkowej oraz czasu obowiązkowej służby wojskowej.

Inwalidą jest ten ubezpieczony, który wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą ⅓ tego co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu.

W stosunku do ubezpieczonych zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie za inwalidę uważany będzie również ten, kto z przyczyn wyżej wymienionych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą ½ tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu, jeśli przebył w ubezpieczeniu 600 tygodni składkowych, z czego przynajmniej 50 tyg. w ciągu ostatnich 4 lat.

Za inwalidę uważany będzie również ubezpieczony, który ukończył 65 rok życia oraz o ile chodzi o ubezpieczonych, za-

trudnionych w górnictwie i hutnictwie, ubezpieczony, który ukończył 60 rok życia i przebył w ubezpieczeniu 750 tygodni składkowych.

We wszystkich wypadkach tygodniami składkowemi będą te tygodnie, za które składki zostały uiszczone oraz te, za które składki zostały wymierzone.

Renta inwalidzka składa się z kwoty zasadniczej i z kwoty indywidualnej. Wysokość kwoty zasadniczej ustala corocznie Rada Ministrów w granicach od 10% do 16% przeciętnego zarobku ubezpieczonych, którym w ubiegłym roku przyznano świadczenia rentowe, albo po których śmierci w roku ubiegłym przyznano renty wdowie albo sieroce.

Kwoty indywidualne wymierza się według wysokości przeciętnego zarobku z całego okresu ubezpieczenia, przyczem maksymalnie zaliczany jest do ubezpieczenia zarobek wynoszący 72 zł tygodniowo. Wysokość kwoty indywidualnej jest zmienna w zależności od długości okresu ubezpieczenia i wynosi

przy	416	tygodniach	składkowych	— 10%	przeciętnego miesięcznego zarobku
„	416— 832	„	„	— 10%—14%	„ „ „
„	832—1249	„	„	— 14%—22%	„ „ „
„	1249—1872	„	„	— 22%—40%	„ „ „

Otrzymujący rentę inwalidzką ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości $^1/_{10}$ kwoty zasadniczej oraz kwoty indywidualnej bez uwzględnienia jej wzrostu.

Prawo do renty wdowiej poinwalidzkiej ma wdowa, z chwilą ukończenia 60 roku życia lub wcześniej, jeżeli jest niezdolna do zarobkowania, której mąż w chwili śmierci pobierał rentę lub też miałby do niej prawo gdyby stał się inwalidą. Wdowy po zmarłych ubezpieczonych, zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie mają prawo do renty z chwilą ukończenia 50 roku życia, jeśli zmarły przebył w ubezpieczeniu 600 tygodni składkowych, z czego przynajmniej 50 tygodni w ciągu ostatnich 4 lat przed śmiercią. Renta wdowia wynosi połowę renty, którą otrzymywał zmarły lub do której miał prawo.

Renty sieroce poinwalidzkie otrzymują dzieci, pozostałe po zmarłym ubezpieczonym do chwili ukończenia 17 (chłopcy) lub 18 roku życia (dziewczęta), dzieci niezdolne zaś całkowicie do zarobkowania — przez cały czas trwania niezdolności. Renta sieroca wynosi dla każdej sieroty ⅓ renty, którą zmarły otrzymywał lub do której miał prawo; w razie śmierci obojga rodziców, albo gdy wdowa nie otrzymuje renty ogólna suma rent sierocych podwyższa się o 15% renty.

Osoby pobierające renty inwalidzkie, wdowie i sieroce poinwalidzkie otrzymują następujące roczne dopłaty do rent:

Przy zarobku tygodniowym, stanowiącym podstawę dla kwoty zmiennej	Dopłaty roczne wynoszą dla rent		
	inwalidz.	wdowich	sierocych
do 12 zł.	48 zł.	39 zł.	36 zł.
od 12 zł. do 17 zł.	36 zł.	30 zł.	24 zł.
od 17 zł. do 24 zł.	24 zł.	24 zł.	12 zł.
od 24 zł. do 36 zł.	12 zł.	12 zł.	9 zł.

Rodzinie, pozostałej po ubezpieczonym lub pobierającym rentę inwalidzką, należy się w razie jego śmierci jednorazowa zapomoga pośmiertna w wysokości ostatniego zarobku, nie mniej jednak jak 75 zł.

Osoby nie będące inwalidami, a co najmniej od dwóch lat nie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia mają prawo do otrzymywania zmniejszonej renty inwalidzkiej, jeśli przebyły w ubezpieczeniu 750 tygodni składkowych i ukończyły 62 lat, lub jeśli chodzi o górników i hutników — ukończyły 57 lat.

Świadczenia lecznicze ubezpieczenia od wypadków i ubezpieczenia emerytalnego polegają na tem, że ubezpieczony, który wyczerpał świadczenia lecznicze z ubezpieczenia na wypadek choroby i jest nadal chory na tę samą chorobę, ma prawo do pomocy leczniczej od Zakładu Ubezp. Emer. lub Zakładu Ubezp. od Wypadków, jeśli choroba powstała wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej. Ponadto oba wymienione wyżej Zakłady mogą stosować względem ubezpieczonych leczenie, mające na celu zapobieżenie powstaniu niezdolności do zarobkowania lub przywrócenie tej zdolności oraz mogą przejmować opiekę nad chorym od ubezpieczalni, jeżeli uznają, że leczenie stosowane przez nią jest niedostateczne dla zapobieżenia grożącej niezdolności do zarobkowania.

Jak już podano na wstępie niniejszej notatki, pracownicy rolni nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia emer. i na wypadek choroby, świadczenia tego ostatniego ubezpieczenia w stosunku do tej grupy pracowników mają zastępować świadczenia, udzielane bezpośrednio przez pracodawców rolnych na własny koszt na tych samych warunkach w ciągu tych samych okresów, jakie obowiązują ubezpieczalnie społeczne. Świadczenia te są następujące: opłacanie przez pracodawcę w całości kosztów leczenia szpitalnego i kosztów pomocy położniczej oraz 90% kosztów, związanych z pomocą lekarską, z wyłączeniem zabiegów leczniczo-dentystycznych, i 90% kosztów lekarstw i środków opatrunkowych, udzielanie zasiłków w wysokości pełnych naturalji, ustalonych jako wynagrodzenie w umowach indywidualnych lub zbiorowych, przyczem wysokość tego rodzaju zasiłków nie może być niższa niż 50% całego wynagrodzenia.

Wysokość składek w stosunku do zarobku ubezpieczonego na ubezpieczenia unormowane ustawą wynosi:

	Ubezp.	Pracodaw.	Razem
Ubezpieczenie na wypadek choroby			
pracownicy umysłowi	2,3%	2,3%	4,6%
pozostali ubezpieczeni	2,5%	2,5%	5%
Ubezpieczenie emerytalne robotników			
górnicy i hutnicy	3,6%	2,2%	5,8%
pozostali ubezpieczeni	3,3%	1,9%	5,2%
Ubezpieczenie od Wypadków			
gospodarstwa rolne i leśne . .	—	1,0%	1,0%
pozostałe przedsiębiorstwa . . .	—	1,4%	1,4%

Składki nieściągnięte na ubezpieczenie emerytalne robotników będą poczynając od czwartego roku działalności ubezpieczenia pobierane w ¾ w postaci dodatkowej opłaty obciążającej w połowie pracodawców, a w połowie ubezpieczonych, ¼ zaś zaległych składek przejmie Zakład Ubezp. Emer. na swój rachunek.

Część wydatków na renty, wypłacane przez Zakład Ubezp. Emer., ponosi Skarb Państwa wpłacając temu Zakładowi za każdą rentę inwalidzką i wdowią — 24 zł. rocznie, a za każdą rentę sierocą — 12 zł. Na pokrycie zobowiązań przejętych przez Zakład Ubezp. od Wypadków Skarb Państwa wpłacać będzie temu Zakładowi w ciągu 20 lat po 3 milj. zł. rocznie.

Zwierzchni nadzór nad ubezpieczalniami społecznemi

i bezpośredni nad zakładami ubezpieczeń społecznych i Izbą Ubezpieczeń Społecznych sprawuje Minister Opieki Społecznej, bezpośredni zaś nadzór nad ubezpieczalniami społecznemi wykonywują państwowe urzędy ubezpieczeń społecznych.

Uprawnienia władz nadzorczych polegają zarówno na legalności, jak i celowości działalności organów instytucyj ubezpieczeniowych. Środkami działania tych władz jest: zatwierdzanie ważniejszych uchwał, ich ewentualne unieważnienie, rozwiązywanie poszczególnych organów i mianowanie na ich miejsce komisarzy lub tymczasowych organów kolegjalnych, branie udziału w posiedzeniach organów instytucyj i t. p.

Spory między pracodawcami, ubezpieczonymi lub uprawnionymi do świadczeń a instytucjami ubezpieczeń społecznych rozstrzygają specjalne organy. Do czasu powołania tych organów spory rozstrzygane będą przez dotychczasowe organy, orzekające w tych sprawach, przyczem w sporach o świadczenia ubezpieczenia emerytalnego robotników na obszarach woj. centralnych, wschodnich i południowych rozstrzygać będą sądy rozjemcze, orzekające w sprawach ubezpieczenia od wypadków.

Uprawnienia osób obecnie ubezpieczonych od wypadków przy pracy oraz osób ubezpieczonych na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość, jak również osób otrzymujących świadczenia tych ubezpieczeń — określą rozporządzenia Rady Ministrów.

Osoby zamieszkałe na obszarze woj. centralnych, południowych i wschodnich, które w chwili wejścia w życie ustawy będą miały ukończony 65 rok życia, posiadają obywatelstwo polskie i pozostawały w ciągu ostatnich 14 lat przynajmniej przez 4 lata w zatrudnieniu, któreby uzasadniało obowiązek ubezpieczenia emerytalnego, nabędą prawo do zaopatrzenia inwalidzkiego, jeśli nie mają niezbędnych środków utrzymania. Wysokość tego zaopatrzenia określi Minister O. S. w granicach 15 — 20 zł. miesięcznie. Do powyższego zaopatrzenia mają również prawo pod pewnemi warunkami osoby, które nie nabyły prawa do renty inwalidzkiej z powodu nieosiągnięcia 200 tygodni składkowych. Członkowie rodzin osób wyżej wymienionych mają prawo do zmniejszonego zaopatrzenia.

Organizację ubezpieczeń w myśl przepisów ustawy przeprowadzi Minister O .S., który ustali sposób przejmowania przez nowe instytucje ubezpieczeń społecznych działalności poszczególnych instytucyj obecnie istniejących. Prawa i obowiązki instytucyj działających w chwili wejścia w życie ustawy przejmą następujące instytucje: ubezpieczalnie społeczne — prawa i obowiązki Kas Chorych, Zakład Ubezp. na Wypadek Choroby — prawa i obowiązki Związku Kas Chorych, Zakład Ubezp. Prac. Um.—prawa i obowiązki Zakładów Ubezp. Prac. Um. i ich Związku, Zakład Ubezp. od Wypadków—prawa i obowiązki Zakładu Ubezp. od Wypadków we Lwowie, Zakładu Ubezp. od Wypadków w Król. Hucie, Wydziału Ubezp. od Wypadków Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, Zakładu Ubezp. od Wypadków w Rolnictwie w Poznaniu, Zakład Ubezp. Emerytalnego Robotników — prawa i obowiązki Bractwa Górniczego w Krakowie oraz pozostałych Kas brackich w woj. południowych i Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu z wyłączeniem praw i obowiązków, wynikających z ubezpieczenia robotników rolnych. To ostatnie ubezpieczenie wykonywać będzie w dalszym ciągu na podstawie dotychczasowych przepisów Ubezpieczalnia Krajowa do czasu wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu emerytalnem robotników rolnych, którego projekt ma wnieść Minister O. S. do Sejmu do dn. 1. I. 1934 r.

Termin wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem na obszarach poszczególnych województw, a dla gospodarstw rolnych również według poszczególnych rodzajów ubezpieczeń, określą rozporządzenia Rady Ministrów.

POLSKI INSTYTUT BADANIA ZAGADNIEŃ LUDNOŚCIOWYCH.

Jeżeli się oderwać od tych spraw, które leżą na powierzchni i gnębią nas bezpośrednio — to sprawy ludnościowe coraz bardziej wysuwają się na czoło palących zagadnień chwili bieżącej. Groźba przeludnienia z jednej strony, widmo zanikającej siły rozrodczej z drugiej — przedewszystkiem przykuwają uwagę.

Te środki badania zagadnień ludnościowych, któremi rozporządzamy dzisiaj, które daje np. statystyka ogólna, są zgoła niewystarczające tam, gdzie chodzi o poznanie głębsze, przedewszystkiem o należyte zróżnicowanie zachodzących zjawisk, albo o wydobycie na jaw procesów dopiero rodzących się, ukrytych pod powierzchnią. Ten punkt widzenia wysunięto m. in. na międzynarodowym kongresie ludnościowym, odbytym w Genewie w r. 1927. Właściwe metody badania należy dopiero stworzyć, powinna powstać międzynarodowa organizacja naukowa, któraby postawiła sobie za zadanie ujęcie w ten sposób całości zagadnienia ludnościowego.

Zjazd genewski był zwołany z inicjatywy amerykańskich neomaltuzjanistów, m. in. znanej działaczki tego kierunku Margaret Sanger. „Unja Międzynarodowa Badań Naukowych nad Zagadnieniami Ludności", która w konsekwencji zjazdu genewskiego została założona w Paryżu w r. 1928, zastrzegła w statucie zupełny objektywizm naukowy, zaznaczając, że do jej zadań nie należy prowadzenie jakiejkolwiek polityki ludnościowej, czy to w sensie popierania rozwoju ilościowego ludności czy to ograniczania tego rozwoju.

Unja międzynarodowa była pomyślana jako zjednoczenie sekcyj, działających na terenie poszczególnych krajów. W krótkim czasie powstały sekcje we wszystkich ważniejszych państwach, sekcje, łączące najpoważniejsze siły naukowe, zorganizowane zresztą w sposób bardzo różny. W następstwie działalność Unji międzynarodowej osłabła, natomiast niektóre sekcje wykazały dużą żywotność.

Polski Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych, który po dłuższych przygotowaniach ukonstytuował się ostatecznie w końcu r. 1931, powstał w związku z poczynaniami Unji i zastrzegł w statucie możność przystąpienia do Unji, jednakże pomyślany był odrazu jako instytucja o własnych, samodzielnych zadaniach. Do Unji, wobec zmienionych warunków, dotychczas nie przystąpił, natomiast rozwinął dość żywą działalność na terenie polskim.

Polski Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych, wzorem Unji, zastrzegł w statucie, że do jego zadań nie należy prowadzenie jakiejkolwiek polityki ludnościowej. Jak większość podobnych organizacyj w poszczególnych krajach, za punkt centralny swych prac wziął zagadnienie rozrodczości, celowo ograniczając się narazie niemal wyłącznie do tej jednej kwestji.

Głównym środkiem badania jest zakrojona na szeroką skalę ankieta „w sprawie liczby dzieci w rodzinach". Ankieta jest prowadzona drogą wypełniania odpowiednich kwestjonarjuszy dla poszczególnych rodzin, kwestjonarjuszy, ułożonych w ten sposób, aby z jednej strony umożliwić zaklasyfikowanie rodziny do odpowiedniej grupy społecznej, z drugiej pozwolić na odtworzenie całej jej przeszłości w zakresie rozrodczości od chwili zawarcia małżeństwa; otrzymuje się także pewne informacje o rozrodczości w poprzedniem pokoleniu. Dzięki takiej konstrukcji ankiety można z jednej strony dowolnie rozczłonkować materjał według różnych cech, mogących wpływać na rozrodczość, z drugiej — odtworzyć przeszłość nawet dość odległą.

Do badania wybierane są grupy możliwie jednolite wewnętrznie, należące w miarę możności do wszystkich warstw

społecznych i wszystkich części Polski. Mimo bardzo ograniczonych środków (przez pierwszych kilkanaście miesięcy byt Instytutu opierał się wyłącznie na składkach członków) już obecnie objęto badaniem kilkadziesiąt punktów, dotyczących najróżnorodniejszych grup ludności i wszystkich niemal dzielnic kraju. Materjał napływa i napływać będzie jeszcze czas dłuższy; jednocześnie przystąpiono do opracowania niektórych grup. Pierwsze wyniki opracowań ukażą się w Kwartalniku Statystycznym Głównego Urzędu Statystycznego i w jednem z czasopism lekarskich. Mimo objęcia paru tylko nielicznych grup zarysowały się wyraźnie pewne wyniki, że mianowicie istnieją w Polsce grupy ludności o rozrodczości bardzo dużej i bodaj wcale dotychczas niezmniejszonej — i że z drugiej strony w innych grupach — urzędnicy, niektóre grupy robotników wykwalifikowanych — rozrodczość spadła bardzo znacznie, do poziomu, który i w porównaniu ze stosunkami zachodniemi musiałby uchodzić za bardzo niski.

Poza tą ankietą główną, Instytut w ostatnim czasie przeprowadził inną, w której zwrócił się do wszystkich lekarzy w Polsce, prosząc o zakomunikowanie spostrzeżeń nad rozrodczością w postaci opisowej. W szeregu pytań sformułowano pytania, na które Instytut pragnąłby otrzymać odpowiedź; źródłem informacyj miały być bezpośrednie obserwacje lekarza. Ilościowo odpowiedzi otrzymano niewiele; te które nadeszły, w znacznej części mają wielką wagę gatunkową, są często wyczerpujące i oparte na dokładnej znajomości zagadnienia i wczuciu się w istotę zjawiska. Ankieta nie jest jeszcze opracowana; pierwsze wrażenie jest jednak bardzo wyraźne. Z nielicznemi wyjątkami korespondenci — a rekrutują się oni ze wszystkich stron Polski — stwierdzają, że we wszystkich niemal warstwach ludności przejawia się niechęć do posiadania zbyt wielkiej liczby dzieci. Niechęć ta nie ogranicza się bynajmniej do inteligencji lub lepiej sytuowanych, wykwalifikowanych robotników — przeważnie ogarnia wszystkie sfery ludności, nie wyłączając ludności wiejskiej. Niechęć nie zawsze jeszcze przejawia się w czynach; często jednakże lekarze stwierdzają jako zjawisko masowe nie tyle stosowanie tych czy innych środków zapobiegania ciąży, ile raczej przerywanie jej sposobami najbardziej barbarzyńskiemi. Dwa ostatnie lata kryzysu znacznie spotęgowały tę tendencję. W ogólnych liczbach urodzeń, jak wiemy skądinąd, te tendencje mało jeszcze się uwidoczniają: wciąż jeszcze mamy stopę urodzeń bardzo wysoką. Wydaje się jednak, że pod względem demograficznym i Polska znajduje się na przełomie, który prędzej czy później pchnie ją w kierunku, w którym już dawno poszły państwa Zachodu.

Ani opracowanie tej ankiety, jak zaznaczono, nie jest zakończone, ani całe badanie Instytutu nie jest doprowadzone do kresu. Dotychczasowe spostrzeżenia ogólne wymagają sprecyzowania, zważenia, zróżnicowania społecznego i terytorjalnego. Rzecz jest zbyt wielkiej wagi, aby można było poprzestać na obserwacjach, nie udokumentowanych wszechstronnie.

W miarę rozporządzalnych środków Polski Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych zamierza się zająć innem, nie mniej ważnem zagadnieniem, którego również nie da się rozwiązać na podstawie danych statystyki ogólnej: umieralnością, rozpatrywaną w zależności od różnego rodzaju czynników natury społecznej, biologicznej i t. d.

Sądzimy, że wyniki badań Instytutu nie pozostaną jedynie zdobyczą teoretyczną nauki. Powinny mieć duże znaczenie praktyczne przy rozstrzyganiu zagadnień bieżących, nie tylko z zakresu polityki ludnościowej. Instytut jako taki polityką ludnościową nie zajmuje się, pragnąłby jednak dostarczyć rzetelnych podstaw do wszelkich poczynań w tym zakresie.

Sądzimy także, że prace Instytutu blisko łączą się z zadaniami ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenia te mają do czynienia z *człowiekiem*. Instytut w swych badaniach nie dostarczy bezpośrednio podstaw do obliczeń aktuarjalnych; nie jest to jego zadaniem. Natomiast, umożliwiając właściwą ocenę zachodzących w masach ludzkich zmian, i to zmian w zależności od takich czy innych czynników społecznych, badania te winny dać podstawę do należytej oceny również i obliczeń aktuarjalnych, do przewidywań, bez których nie jest możliwa racjonalna polityka ubezpieczeniowa.

Stefan Szulc.

LECZNICTWO KLIMATYCZNO-ZDROJOWE W KASACH CHORYCH.

Lecznictwo klimatyczno-zdrojowe stosowane przez Kasy Chorych nie było doniedawna oparte na ustalonym planie, powodując dużą rozbieżność w działalności poszczególnych Kas.

Konieczne stało się uporządkowanie całej dziedziny lecznictwa klimatyczno-zdrojowego, ustalenie grup chorobowych, które byłyby niem objęte i ustalenie miejscowości i zakładów leczniczych, w których leczenie to byłoby przeprowadzane.

W dążeniu do unormowania lecznictwa klimatyczno-zdrojowego racjonalizacja powinna być pierwszym tego krokiem. Lecznictwo klim.-zdroj. jest dalszym etapem leczenia podstawowego, bądź też niezbędnem leczeniem zakładowem i niejednokrotnie jest ono jedynym ratunkiem dla chorego, a prawie zawsze prowadzi najszybciej do przywrócenia ubezpieczonemu zdrowia i zdolności do pracy.

Dotychczasowy system wypłacania zapomóg na leczenie prywatne w miejscowościach klimatycznych i zdrojowych, t. zw. „dzikie lecznictwo", przeprowadzane bez kontroli i planu, nie było najlepszą drogą do osiągnięcia poprawy w stanie zdrowia ubezpieczonego. Przeprowadzenie kontroli zużytkowania wypłaconych zapomóg, napotykało na wielkie trudności, a jak praktyka wykazała, w wielu wypadkach kwoty przeznaczone na leczenie były używane na zupełnie inne cele.

Niektóre b. Okręgowe Związki Kas Chorych i Kasy Chorych, pragnąc zaspokoić potrzeby w dziedzinie lecznictwa klim.-zdroj. powołały do życia sanatorja, służące bądź wszystkim kasom, bądź przystosowane do własnych potrzeb. Szereg zakładów mniejszych i większych, które w ten sposób powstały, utrzymując się prawie wyłącznie z opłat, wnoszonych przez Kasy Chorych za leczonych członków, przeżywało ciężki kryzys w związku z ogólną sytuacją finansową Kas Chorych i gospodarczą w kraju wogóle. Dotyczy to przedewszystkiem zakładów mniejszych, nie posiadających dostatecznych podstaw finansowych.

Celem racjonalnego i planowego wykorzystania istniejących sanatorjów związkowych i kasowych oraz celem dostosowania wydatków kas na lecznictwo klim.-zdroj. do zmniejszonych wpływów i zniesienia t. zw. „dzikiego lecznictwa", Związek Kas Chorych postanowił opracować plan lecznictwa klimatyczno-zdrojowego z przewidywaniem obowiązkowego korzystania przez Kasy z sanatorjów objętych planem.

W związku z tem zgodnie z wynikami konferencji, odbytej przy udziale Kas Chorych i b. Okręgowych Związków w maju ubiegłego roku, Związek Kas Chorych ustalił na okres od 1.VI—31.XII.32 r. dwanaście zakładów leczniczych, w których Kasy powinny umieszczać swych chorych. Zostały ustalone normy obowiązujące b. Okr. Związki Kas i Kasy przy stosowaniu lecznictwa klim.-zdroj. w powyższym okresie, który to okres miał być okresem próby, a wyniki — wytycznemi przy ustalaniu planu lecznictwa klim.-zdroj. na rok 1933.

W związku z przeprowadzeniem tego planu powstała konieczność ustalenia pewnych grup chorobowych, które byłyby

objęte lecznictwem klim.-zdroj. Ze względu na stan finansowy Kas program lecznictwa objąłby narazie tylko te jednostki chorobowe, których leczenie klim.-zdroj. jest ze stanowiska społecznego i ubezpieczeniowego specjalnie ważne. Leczenie pewnych ściśle określonych grup chorobowych nie wykluczałoby odstąpienia od zasady ogólnej w pewnych wyjątkowych wypadkach.

Na ankietę przesłaną Kasom i b. Okręgowym Związkom w sprawie wypowiedzenia się co do najbardziej licznych przypadków chorób pewnej grupy, wymagających leczenia klim.-zdroj. — 95% Kas wypowiedziały się za leczeniem gruźlicy płuc w pierwszym rzędzie, 80% za leczeniem gośćca i chorób gośćcowych (reumatyzm, artretyzm, choroby przemiany materji), jako następnej grupy chorobowej, 35% za leczeniem również i innych jednostek chorobowych. Zagadnienie gruźlicy postępującej płuc okazało się najbardziej palącem i wymagającem natychmiastowego rozwiązania.

Wobec dobrych wyników okresu próbnego 1932 roku i powyższego oświadczenia się Kas, Związek Kas ustalił normy [1]) obowiązujące Kasy przy stosowaniu lecznictwa klim.-zdroj. na rok 1933. Według tych norm Kasy Chorych stosować mogą leczenie tylko w ustalonych miejscowościach i zakładach leczniczych, a mianowicie: w zakładach przeznaczonych do leczenia wysokogórskiego gruźliczych zmian dróg oddechowych—w Zakopanem, do leczenia podgórskiego i nizinnego — w Bystrej Śl., Worochcie, Jaworzu, Hołosku, Krakowie, Wygodzie, w Ludwikowie pod Poznaniem, Michalinie, Aninie, Świdrze, Otwocku, Helenowie, Miedzeszynie; w zakładach przeznaczonych do leczenia zdrojowego chorób gośćcowych, przemiany materji i narządu krążenia — w Iwoniczu, Busku, Inowrocławiu, Szkle.

Kontyngent chorych, obowiązujący Kasy, został dostosowany do budżetów poszczególnych Kas, a obniżenie taksy dziennej w Sanatorjach Związku, a mianowicie:

W „Domu Zdrowia" w Bystrej Śl. . . . . do zł. 8.—
„ Sanatorjum Staszicówka w Ludwikowie . „ „ 7.50
„ „Domu Zdrowia" w Michalinie . . . . . „ „ 8.25
„ Sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu (z kąpielami i zabiegami) . . . . . „ „ 10.—
„ Domu Zdrowia" w Busku (bez kąpieli) . „ „ 6.30

wpłynie bezwątpienia dodatnio na wykorzystanie sanatorjów, co ułatwi kontrolę wyników leczenia. Uporządkowanie dziedziny stosowania lecznictwa klimatyczno-zdrojowego przez Kasy Chorych, ujęcie go planowe w ramy organizacji już dało dodatnie wyniki tak pod względem rezultatów leczenia, jak i finansowym.

Eug. Gettel.

STAN FINANSOWY UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW W PRZEMYŚLE W WOJ. POZNAŃSKIEM I POMORSKIEM.

Dnia 28 marca b. r. uchwaliło Zgromadzenie Przedsiębiorców Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu repartycję składki za r. 1932 za ubezpieczenie od wypadków w przemyśle dla b. dzielnicy pruskiej (woj. poznańskie i pomorskie). Obowiązujący w tej dzielnicy system finansowy ubezpieczenia od wypadków w przemyśle wymaga corocznego rozłożenia kosztów ubezpieczenia według klucza, uwzględniającego wypłacone zarobki i stopy niebezpieczeństwa poszczególnych przedsiębiorstw oraz wydatki instytucyj, dokonane w roku poprzedzającym repartycję.

Za rok 1931 należało rozłożyć kwotę 4.583.868,42 zł; ponieważ sytuacja gospodarcza przemysłu nie zezwalała na tak wielkie jego obciążenie (wynosiłoby ono przeciętnie 2,6% wypłaconych zarobków), postanowiono pobrać tylko 75% tej kwoty, zbliżając się w ten sposób do kwoty, pobranej za rok 1930. Pozostała zatem do repartycji za 1932 r. zaległość 25% składki repartycyjnej za rok 1931, wynosząca 1.145.967,10 zł., wydatki dokonane w r. 1932 na renty i inne świadczenia (lecznictwo obowiązkowe i t. p.) 3.548.782,21 zł, wydatki na koszty administracyjne, koszty badań wypadkowych, sprzeciwów, odwołań, zapobiegania wypadkom i t. p. — w kwocie 660.948,90 zł, a nadto zaległe i nieściągalne składki w kwocie 1.140.716,73 zł, razem 6.496.414,94 zł, od czego odliczyć należy składki, które wpłynęły za repartycje z lat ubiegłych, odsetki, grzywny i t. p. w łącznej kwocie 645.754,99 zł, tak, że kwota, którąby należało obciążyć pracodawców wynosi 5.850.659,95 zł. Ponieważ położenie gospodarcze przemysłu nie poprawiło się, czego dowodzi dalsze obniżenie się wypłaconych zarobków z kwoty 175.989.956,57 zł w roku 1931, do kwoty 141.868.174,65 zł w roku 1932, co stanowi zmniejszenie się o 19,39%, należało znaleźć drogę wyjścia, by z jednej strony nie obarczyć przemysłu składką o wiele wyższą niż w r. 1932, a z drugiej umożliwić instytucji już nie płynność, ale gospodarkę przy zadłużeniu niezbyt wielkiem i dającem się osięgnąć. Zakład bowiem nie posiada żadnych rezerw (fundusz rezerwowy wynosi 93.971,91 zł), wydatki, pokrywane z dołu, opędza z pożyczek (zadłużenie wynosiło dnia 31 grudnia 1932 r. 1.611.135,43 zł) i z funduszu t. zw. administracyjnego, t. zn. pobieranego od przedsiębiorców w latach 1925, 1926 i 1927 wraz z repartycją, jako rodzaj stałej, bezzwrotnej i nierozliczalnej zaliczki, która figuruje w bilansach z kwotą 4.358.122,30 zł. Wzięto zatem pod uwagę, że w r.b. płatność składki w stosunku do przypisu wyniesie 70%, do czego upoważnia wzgląd, że w roku 1924 wpłynęło 87,53%, w r. 1925 — 91,69%, w r. 1926 — 81,79%, w r. 1927 — 88,07%, w r. 1928 — 89,25%, w r. 1929 — 86,82%, w r. 1930 — 84,17%, w r. 1931 — 75,25%, a w r. 1932 — 70,93%. W roku 1932 wpłynęła z tytułu składek kwota 2.953.252,99 zł; w r. b. postanowiono zatem pobrać oprócz 25% składki za rok 1931, t. j. kwoty 1.145.967,10 zł, tylko 50% kwoty, która winna być repartowaną za r. 1932, a więc kwotę 2.925.329,97 zł, czyli razem kwotę 4.071.297,07 zł; przyjmując zatem 70% płatności w stosunku do przypisu można się liczyć z rzeczywistym wpływem kwoty 2.849.907,94 zł, a więc mniejszej niż w r. 1932, nie uwzględniając oczywiście wpływu za składki za lata ubiegłe, którego wysokości przewidzieć nie można, tak, że zadłużenie wynosiłoby z końcem 1933 r. przeszło 2 miljony złotych. Tego rodzaju ustępstwa na rzecz przemysłu były możliwe tylko wobec prawdopodobieństwa wprowadzenia w życie ustawy scaleniowej, bo inaczej rok 1934, o ileby sytuacja gospodarcza nie doznała wydatnego polepszenia, powiększyłby zadłużenie Wydziału ubezpieczeń od wypadków Ubezpieczalni Krajowej poza normę dopuszczalną.

[1]) p. Okólnik Związku Kas Chorych Nr. 80/32 z dnia 23.XII.32 r. w sprawie lecznictwa klimatyczno-zdrojowego. — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr. 2 z b. r., str. 105.

KRONIKA ZAGRANICZNA

PRZED UCHWALENIEM MIĘDZYNARODOWEGO PRAWA EMERYTALNEGO.

Od dwóch blisko lat śledzimy krok za krokiem rozwój prac, zmierzający do unormowania międzynarodowego prawa emerytalnego [1]).

W chwili obecnej, w przededniu ostatecznego prawnomiędzynarodowego uregulowania tej gałęzi ubezpieczeń społecznych, którego dokona najbliższa sesja Międzynarodowej Konferencji Pracy (rozpoczynająca się w dniu 8 czerwca 1933 r.) zasługuje na szczególną uwagę przedostatni przed jej sfinalizowaniem etap tej sprawy, który stanowi wydany w ostatnich dniach Rapport II („définitif", zwany popularnie „Rapport bleu") w sprawie ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci (563 strony).

W myśl art. 6 p. 7 regulaminu Międzynarodowej Konferencji Pracy raport ten, opracowany na zasadzie odpowiedzi rządów na kwestjonarjusz, a zawierający ewent. wstępny projekt konwencji lub projekt zalecenia ma być przed sesją Konferencji przedkładany poszczególnym rządom przez Międzynarodowe Biuro Pracy.

Nie brak pewnych szczególnych okoliczności, które usprawiedliwiają wyjątkowe zainteresowanie Polski pracami nad międzynarodową reglamentacją trzech tych działów ubezpieczenia społecznego. Po dokonaniu ustawą, uchwaloną w dniu 28 marca 1933 r., reformy ubezpieczeń społecznych, która stwarza nowe podstawy prawne emerytalnych ubezpieczeń robotniczych, nie możemy przejść obojętnie do porządku dziennego nad konfrontacją polskiego ubezpieczenia przeciwko trzem powyższym ryzykom z analogicznem ubezpieczeniem zagranicznem. W chwili gdy zakończyła się u nas zasadnicza dyskusja nad ważnemi temi działami ubezpieczenia społecznego, musimy zwrócić szczególną uwagę na porównanie dokonanej ostatnio w Polsce ich realizacji z międzynarodowym wzorem ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci, jaki powstanie już w czasie najbliższym na terenie Międzynarodowej Organizacji Pracy.

To też nie jest rzeczą przypadku, że odpowiedź udzielona przez Rząd Polski na kwestjonarjusz Międzynarodowego Biura Pracy jest najobszerniejszą, że zajmuje poważne miejsce w dokonanej w „raporcie niebieskim" analizie punktów widzenia poszczególnych rządów na przyszłe międzynarodowe prawo emerytalne i że — jak się zdaje — wywarła ona pewien wpływ na ostateczną redakcję projektów Biura.

Rozpatrując stan obecny ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci, Międzynarodowe Biuro Pracy stwierdza w pierwszym rzędzie, że w przeciągu ostatnich 50 lat rozwinęło się ono w Europie — a również w części poza jej granicami — w sposób imponujący. W chwili obecnej istnieje, stwierdza „Rapport Bleu", nie mniej jak 50 ogólnych ustawodawstw ubezpieczenia przeciw ryzykom starości, niezdolności do pracy i śmierci, którym podlega około 100 miljonów pracowników najemnych obok całego szeregu specjalnych systemów ubezpieczenia zawodowego.

Nic więc dziwnego, że z pomiędzy 32 państw, które do chwili wydania „Rapport Bleu" udzieliły odpowiedzi na kwestjonarjusz M. B. P. (Austrja, Australja, Belgja, Bułgarja, Brazylja, Chili, Danja, Estonja, Finlandja, Francja, Kanada, Kolumbja, Kuba, Hiszpanja, Indje, Irlandja, Italja, Japonja, Jugosławja, Holandja, Niemcy, Norwegja, Nowa Zelandja, Persja, Polska, Portugalja, Rumunja, Szwecja, Szwajcarja, W. Brytanja, Związek Poł. Afrykański, Związek S. S. R.) ogromna większość wypowiedziała się pozytywnie za międzynarodową reglamentacją ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci.

Tylko Australja, Kanada, Indje, Irlandja, Japonja, Nowa Zelandja i Persja wstrzymały się od zajęcia merytorycznego stanowiska, ponieważ nie posiadają obowiązkowego ubezpieczenia przeciwko trzem powyższym ryzykom i w braku jakiejkolwiek praktyki w tej dziedzinie nie widzą możliwości udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania kwestjonarjusza.

Związek Poł. Afrykański uważa, że chwila nie jest odpowiednia dla przyjęcia konwencji, dotyczącej tej dziedziny. Rząd Fiński i Norweski wypowiadają się raczej za uchwaleniem zalecenia niż konwencji, wychodząc z założenia, że ubezpieczenie to nie jest dotąd dostatecznie rozpowszechnione, by mogło stanowić przedmiot międzynarodowego ustawodawstwa pracy. Rząd Szwajcarski zadaje pytanie, czy w obecnych warunkach ciężkiej depresji gospodarczej możliwe jest szczegółowe uregulowanie ubezpieczeń emerytalnych.

Wszystkie inne państwa zajmują natomiast w tej sprawie stanowisko zdecydowanie przychylne projektowanej przez Międzynarodowe Biuro Pracy reglamentacji.

Jedno z wstępnych zagadnień, których rozwiązanie stanęło przed Międzynarodowem Biurem Pracy i przed poszczególnemi rządami, wiąże się ściśle z alternatywą: 1) opracowania konwencyj, obejmujących swym zakresem wszystkie kategorje pracowników najemnych, czy też 2) oddzielnych konwencyj dla pracowników rolnych z jednej strony i dla wszystkich innych grup pracowników najemnych ze strony drugiej. Rząd Polski wypowiedział się stanowczo w swej odpowiedzi za konwencyjnem wyodrębnieniem ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci pracowników najemnych, zatrudnionych w rolnictwie. Należy powitać z zadowoleniem uwzględnienie tej inicjatywy przez Międzynarodowe Biuro Pracy, które obok wstępnego projektu konwencyj obejmujących swym zakresem pracowników najemnych przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, zawodów wolnych, chałupników i służby domowej opracowało wstępny projekt konwencyj, obejmujących pracowników najemnych przedsiębiorstw rolnych.

Drugie zagadnienie podobnej natury, które musiało być rozstrzygnięte przez Międzynarodowe Biuro Pracy, dotyczy: 1) objęcia przez poszczególne konwencje wszystkich trzech tych ryzyk czy też 2) poświęcenia każdemu z nich osobnych konwencyj. Decyzja w tej mierze nastręczyła Międzynarodowemu Biuru Pracy szczególne trudności. Międzynarodowe Biuro Pracy, zdając sobie zresztą sprawę z wątpliwości, które wywołać musi takie rozwiązanie zagadnienia, zdecydowało się ostatecznie na przygotowanie osobnych konwencyj dla ubezpieczenia przeciw każdemu z trzech tych ryzyk: starości, niezdolności do pracy i śmierci.

Międzynarodowe Biuro Pracy zastrzega się przytem, że nie zamierza w ten sposób wskazywać poszczególnym państwom, jakoby należało oddzielać od siebie ubezpieczenie przeciwko każdemu z tych trzech ryzyk, których scalenie z sobą w jedną całość przedstawia niewątpliwie, zdaniem Biura, duże korzyści techniczne i organizacyjne; decydujące dla Biura były jedynie względy oportunistyczne, oparte na tem założeniu, że w poszczególnych państwach brak niekiedy ubezpieczenia przeciwko jednemu z trzech tych ryzyk, że więc możliwości ratyfikacji przez te państwa konwencyj, obejmujących wszystkie trzy ryzyka, nasuwałoby bardzo poważne trudności.

[1]) Patrz artykuły ogłoszone w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" Nr. 5 z 1931 r., str. 142 i Nr. 5 z 1932 r., str. 135.

Uznając wszystkie te względy, można jednak powątpiewać co do tego, czy były one dostateczne dla rozbicia przygotowywanej reglamentacji na 6 konwencyj, które ma uzupełnić jeszcze ogólne zalecenie, poświęcone ogólnym zasadom ubezpieczenia na starość, na wypadek niezdolności do pracy i śmierci oraz zalecenie specjalne, dotyczące zasad przewodnich akcji zapobiegawczej i leczniczej ubezpieczenia przeciw trzem tym ryzykom; przytem w przyszłości dołączyłaby się tu jeszcze konwencja, dotycząca zachowania ubezpieczeniowych uprawnień emigrantów.

Wszystkie rządy są naogół jednomyślne co do oparcia ubezpieczenia na zasadach przymusu prawno-publicznego i co do objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób, wykonywujących zazwyczaj prace najemne. Pewną różnicę zdań nasunęła sprawa wyjęcia z obowiązku ubezpieczenia osób, których zarobek przekracza określoną granicę górną. Przeciw wyjątkowi temu wystąpiły rządy belgijski, bułgarski, włoski i polski; wobec przeciwnej opinji znacznej większości innych rządów Biuro uwzględnia jednak w projektach możliwość wyjątku tego rodzaju.

Dalsze wyjątki dotyczą pracowników czasowych, pracowników niestale zatrudnionych, pracowników poniżej określonego wieku minimalnego i powyżej wieku maksymalnego oraz członków rodziny pracodawcy.

Zgodnie z punktem widzenia wyrażonym przez Rząd Polski, Międzynarodowe Biuro Pracy nie uznało możliwości rozszerzenia w drodze konwencji obowiązku ubezpieczenia na pracowników samodzielnych.

Natomiast, idąc w tym punkcie po linji odpowiedzi Rządu Polskiego, Międzynarodowe Biuro Pracy wypowiedziało się za uwzględnieniem w projektach konwencyj zasady zachowania uprawnień osób dawniej ubezpieczonych, przewidując, że zasada ta winnaby być uwzględniona czy to w drodze dopuszczenia dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia, czy też opłaty uznaniówek, podtrzymujących nabytą ekspektatywę.

Ustalenie granicy wieku renty starczej nie wzbudziło większych wątpliwości.

Sama zasada ustalenia w konwencjach tej granicy nasunęła objekcje wyłącznie 5 rządom: Finlandji, Kuby, Norwegji, Szwajcarji oraz Związku Poł. Afrykańskiego.

O ile chodzi o ustalenie tej granicy, istnieje pomiędzy poszczególnemi rządami duża jednomyślność. Tylko Bułgarja i Francja wypowiadają się za 60 rokiem życia, a Szwecja za 70; wszystkie inne państwa za 65 rokiem życia. Granicę tę przyjmują projekty konwencyj Międzynarodowego Biura Pracy. Zgodnie z odpowiedzią Rządu Polskiego projektowana reglamentacja pomija ustalenie niższej granicy wieku dla kobiet. Wysunięta przez Rząd Polski i 6 innych rządów koncepcja obniżenia granicy wieku dla zawodów niezdrowych i trudnych (górnicy, hutnicy i t. p.) znajduje uwzględnienie w zaleceniu. M. B. P. rozważając granicę wieku słusznie zauważa nawiasowo, że ustala się ją według dwóch bardzo różnych koncepcyj: 1) przypuszczalnego wieku niezdolności do pracy lub 2) wieku, dającego prawo do spoczynku.

Projekty przewidują uzależnienie prawa do świadczeń od przebycia czasu wyczekiwania, którego w odpowiedziach swych domagają się wszystkie rządy. O ile chodzi zaś o długość okresu wyczekiwania, M. B. P. proponuje przyjęcie okresu 10-letniego (Rząd Polski proponował 5-letni).

Co się tyczy zagadnienia zaliczania na okres wyczekiwania okresów zastępczych, M. B. P. — wobec tego, że tylko połowa rządów oświadcza się pro, a połowa contra — proponuje uwzględnienie tylko w formie zalecenia postulatów zrównania w tej mierze z okresami składkowemi okresów niedobrowolnego bezrobocia i czasowej niezdolności do pracy. W sprawie zaliczania okresów służby wojskowej, M. B. P. w projekcie zalecenia stawia — idąc tu za przykładem ustawodawstwa czechosłowackiego — postulat opłacania przez państwo, jako poniekąd pracodawcę, składek ubezpieczeniowych za ubezpieczonych, pełniących służbę wojskową.

Duże trudności nasunąć musiała ze względu na różnorodność rozwiązań uwzględnianych w ustawodawstwach wewnętrznych, sprawa zachowania ważności składek w okresach przerwy w ubezpieczeniu. Projektowana konwencja wypowiada się za uznaniem zasady, że przerwy w opłacaniu składek nie powinny pociągać za sobą zanulowania opłaconych poprzednio składek; państwa zachowałyby tylko możność uznania przebytych poprzednio okresów ubezpieczeniowych za wygasłe po upływie okresu czasu, który musi wynosić conajmniej 12 miesięcy albo równać się ¼ okresów pomiędzy wstąpieniem do ubezpieczenia a zajściem zdarzenia losowego. Zalecenie idzie w tej mierze jeszcze dalej, wysuwając postulaty ściślejszego i bezwzględniejszego respektowania w tej sytuacji nabytych uprawnień ubezpieczeniowych.

Wobec odpowiedzi rządów, z których 10 zażądało wprowadzenia systemów świadczeń zmiennych w zależności od płacy i składki, a 8 (w tem Polska) zażądało pozostawienia w tej mierze pełnej swobody ustawodawstwom wewnętrznym, Międzynarodowe Biuro Pracy uznało za właściwe przewidzieć możliwość wyboru przez każde państwo czy to systemu rent stałych, czy też systemu rent zmiennych, przyczem w tym drugim wypadku ustawodawstwa, przewidujące czas wyczekiwania, byłyby zobowiązane do udzielania w rencie pewnej kwoty stałej i niezmiennej.

Usiłowania międzynarodowego ustalenia minimalnego poziomu renty starczej nie zostały w świetle odpowiedzi poszczególnych rządów uwieńczone powodzeniem, tak, że materję tę M. B. P. odsyła do zalecenia. Podobne są też losy zagadnienia dodatków rodzinnych, które znajdą się również wyłącznie w zaleceniu; ma ono przewidywać udzielanie dodatków: 1) na dzieci, które nie przekroczyły 17 roku życia, albo ze względu na kalectwo nie są w stanie zaspakajać pracą swych potrzeb, oraz 2) na żonę, która znajduje się w podeszłym wieku, albo też nie może zarabiać ze względu na kalectwo. Zalecenie ma wypowiedzieć się również za udzieleniem dodatków do rent dla starców, którzy wymagają stałej opieki ze strony osoby trzeciej.

Projekt, dotyczący ubezpieczenia inwalidzkiego odpowiada pod wieloma względami projektowi, dotyczącemu ubezpieczenia na starość.

Z innych zagadnień właściwych tylko tej gałęzi ubezpieczenia społecznego wypada wymienić przedewszystkiem kwestję definicji inwalidztwa. Możliwe są tu, zasadniczo rzecz biorąc, 3 koncepcje: inwalidztwa fizycznego, inwalidztwa zawodowego oraz ogólnej niezdolności zarobkowania.

Międzynarodowe Biuro Pracy przyjmuje trzecie pojęcie inwalidztwa, przewidując, że renta inwalidzka winna być udzielana, gdy zachodzi ogólna niezdolność zarobkowania, przyczem zalecenie wypowie się, że w szczególnych zawodowych systemach ubezpieczenia winno być brane pod uwagę zmniejszenie zdolności zarobkowania w zawodzie dotychczas wykonywanym lub w zawodzie podobnym. O ile chodzi o stopień utraty zdolności, dający prawo do renty inwalidzkiej, projektowana konwencja ma zadawalać się ogólnem sformułowaniem „incapacité générale de gain mettant l'assuré hors d'état de se procurer par son travail une rémunération appréciable" (zalecenie ustala zmniejszenie zdolności zarobkowania, uzasadniające przyznanie renty inwalidzkiej, na ⅔).

Czas wyczekiwania przewidziany w projektowanej konwencji inwalidzkiej ma wynosić — zgodnie z propozycją Rządu Polskiego — 5 lat.

Alternatywę systemu rent stałych lub zmiennych uwzględ-

nia M. B. P. również w zastosowaniu do rent inwalidzkich, przewidując jednak, celem zapewnienia świadczeń minimalnych osobom o krótkiej przynależności do ubezpieczenia, udzielanie kwoty zasadniczej w formie sumy stałej lub odpowiedniej części zarobku, niezależnej od długości okresu ubezpieczenia.

O ile chodzi o minimalną rentę inwalidzką, zalecenie wypowiada się za tem, by w systemach, uzależniających rentę od wysokości zarobku, minimum to wynosiło 40% ubezpieczonego zarobku.

Reglamentacja ubezpieczenia na wypadek śmierci, które według zamierzeń M. B. P. ma stanowić również przedmiot osobnej konwencji, wymaga w pierwszym rzędzie ustalenia zakresu osób, którym z tytułu śmierci ubezpieczonego byłyby przyznane świadczenia.

Wszystkie konsultowane rządy z wyjątkiem jednej jedynej Finlandji wypowiedziały się za przyznaniem renty wdowie; projektowana konwencja ma dopuszczać uzależnienie prawa tego, o ile chodzi o wdowę bezdzietną, od długości małżeństwa i zawarcia go przed osiągnięciem przez ubezpieczonego określonego wieku lub też przed utratą przez niego zdolności zarobkowania. Prawo do renty wdowiej konwencja przyznałaby wdowie niezdolnej do pracy, względnie wdowie, która przekroczyła określony wiek (reglamentacja pomijałaby przytem ustalenie granicy wieku renty wdowiej); zalecenie wypowiadałoby się za udzielaniem renty również wdowie, posiadającej na swem utrzymaniu conajmniej jedno dziecko. Udzielanie renty wdowcowi przewidywałoby tylko zalecenie, natomiast pomijałaby je konwencja. W sprawie wieku renty sierocej rząd bułgarski i szwajcarski zaproponował 18 rok życia, polski — 17, wszystkie inne rządy wiek niższy. Projektowana konwencja przewiduje udzielanie renty sierocej do 14 roku życia; zalecenie wypowiadałoby się jednak za udzielaniem tej renty conajmniej do 17 roku życia, celem umożliwienia sierotom pozostałym po ubezpieczonym odpowiedniego wyszkolenia zawodowego oraz za przedłużaniem wypłaty renty tej w stosunku do sierot, które kontynuują studja, albo które ze względu na swe kalectwo nie są w stanie pracować zarobkowo.

O ile chodzi o łączną wysokość świadczeń rentowych dla pozostałych członków rodziny, konwencja dozwalałaby wprowadzenie maksimum, odpowiadającego conajmniej wysokości renty inwalidzkiej względnie starczej ubezpieczonego, do której miał prawo lub do której mógłby sobie rościć pretensje.

Udzielanie niezależnie od świadczeń perjodycznych jednorazowego zasiłku pogrzebowego — o ile nie przewiduje go inny dział ubezpieczenia społecznego — ustala zalecenie, ponieważ tylko 7 rządów wypowiedziało się za przyznaniem temu świadczeniu charakteru obowiązkowego.

Bardzo poważne miejsce w odpowiedziach poszczególnych rządów zajmuje sprawa świadczeń rzeczowych. Tylko rządy belgijski, bułgarski, estoński, francuski, rumuński i brytyjski oświadczają się jednak za nadaniem im charakteru świadczeń obowiązkowych. Idąc po linji propozycji, wysuniętej wyłącznie przez Rząd Polski, M. B. P. przewiduje upoważnienie w konwencjach instytucyj ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci do rozwinięcia działalności, mającej na celu ochronę zdrowia ubezpieczonych, nie przyznając jednak tym świadczeniom charakteru obowiązkowego.

Świadczenia rzeczowe we formie świadczeń tak prewencyjnych, jak i restytutywnych, jak wreszcie w formie walki z chorobami społecznemi i działalności około rozwoju ogólnej aparatury sanitarnej mają być bliżej określone w formie specjalnego zalecenia, poświęconego tym zagadnieniom.

Natomiast w tekście konwencyj ustalone mają być ściśle okoliczności, uzasadniające wstrzymanie lub cofnięcie renty ubezpieczeniowej. Wśród okoliczności, powodujących cofnięcie renty, ma figurować spowodowanie w drodze przestępstwa zajścia zdarzenia losowego, uzasadniającego przyznanie renty, dokonanie oszustwa na niekorzyść instytucji ubezpieczeniowej; wypłata renty może być pozatem wstrzymana w razie niestosowania się do przepisów lekarskich i wyłamywanie się z pod kontroli instytucji, otrzymywania renty z innego tytułu lub wreszcie utrzymywania rencistów z funduszów publicznych. Szczególne zastrzeżenia musi wzbudzać niczem nieuzasadnione, a zamieszczone we wszystkich sześciu projektowanych konwencjach postanowienie, przewidujące, że nie stosuje się ona do wypłaty świadczeń zagranicę. Przeciwko obowiązkowej wypłacie rent zagranicę wypowiedziały się bowiem tylko rządy Kuby, Związku Południowo-Afrykańskiej i W. Brytanji. Odroczenie unormowania tego zagadnienia i połączenie go ze sprawą zachowania uprawnień ekspektatywowych osób, przechodzących z jednego państwa do państwa drugiego, które stanowi główny motyw powyższego posunięcia Międzynarodowego Biura Pracy, wydaje się pozbawione istotnej racji bytu.

Przechodząc do sprawy podstaw finansowych ubezpieczenia, należy stwierdzić, że projektowane konwencje mają przewidywać obowiązek składkowego udziału w pokryciu kosztów ubezpieczenia samych ubezpieczonych oraz pracodawców, przyczem składka pracodawców mogłaby być pominięta w systemach ubezpieczenia narodowego, przekraczającego swym zakresem warstwę pracowników najemnych. Udział finansowy czynników publicznych ma być obowiązkowo przewidziany w systemach obejmujących czy to ogół pracowników najemnych czy też robotników.

Poddawszy bliższemu rozpatrzeniu przez poszczególne rządy sprawę odchylenia od ogólnej zasady składki ubezpieczonego i pracodawcy w stosunku do pracowników otrzymujących wynagrodzenie w naturze, chałupników i uczniów, otrzymujących niski zarobek, M. B. P. doszło do wniosku, że możliwe jest w tej materji zamieszczenie wyłącznie w zaleceniu sformułowania, przewidującego, że całą składkę albo większą jej część winien ponosić za powyższych pracowników — pracodawca. O ile chodzi o wzajemny stosunek pomiędzy składką pracodawcy a składką ubezpieczonego, trzeba się będzie, zdaniem M. B. P., zadowolić zamieszczeniem w zaleceniu postulatu, zmierzającego do tego, by składka ubezpieczonego nie mogła być wyższą od składki pracodawcy.

O ile chodzi o organizację ubezpieczenia, wypada stwierdzić, że większość rządów oświadczyła się za powierzeniem jej instytucjom, stworzonym przez władze publiczne, lub też powołanym do życia przez zainteresowanych, a zatwierdzonym przez władze publiczne, co znalazło również wyraz w tekście wstępnych projektów konwencyj.

Sprawę samorządu ubezpieczeniowego regulują projektowane konwencje w ten sposób, że przewidują oddzielenie majątku instytucyj ubezpieczeniowych od majątku państwowego i przyznają ubezpieczonym prawo współudziału w instytucjach ubezpieczeniowych; ustawodawstwo ubezpieczeniowe będzie mogło przytem przewidzieć współudział w administracji ubezpieczenia przedstawicieli pracodawców i władzy publicznej. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że sformułowanie to odpowiada w zupełności punktowi widzenia Rządu Polskiego.

Natomiast w przeciwieństwie do opinji Rządu Polskiego, objęto reglamentacją międzynarodową sprawę orzecznictwa nietylko w sporach o świadczenia, lecz również w sporach co do obowiązku ubezpieczenia i wysokości składek; spory o świadczenia mają być powierzone osobnej jurysdykcji orzeczniczo-ubezpieczeniowej.

Ważne z punktu widzenia interesów emigracyjnych zagadnienie praw obywateli państw obcych załatwia Międzynarodowe Biuro Pracy w sposób następujący:

Obywatele obcy mają być zrównani z własnymi, w pierwszym rzędzie, o ile chodzi o obowiązek ubezpieczenia i opłacanie składek, przyczem przyjęta ma być międzynarodowo zasada, że miarodajne dla obowiązku ubezpieczenia jest miejsce zatrudnienia ubezpieczonego; od zasady tej mogą być w drodze porozumienia pomiędzy zainteresowanemi państwami poczynione odpowiednie wyjątki.

O ile chodzi o — niewątpliwie najważniejsze — zrównanie obywateli obcych z własnymi w prawach do świadczeń ubezpieczeniowych, projektowana reglamentacja przyjmuje ją bez zastrzeżeń w stosunku do świadczeń, wynikających ze składek, wniesionych na konto ubezpieczonych, a w stosunku do świadczeń udzielanych z funduszów publicznych — pod warunkiem, że chodzi o obywateli państw, które ratyfikowały daną konwencję. Nie może jednak ulegać wątpliwości, że pozornie ujęte w ten sposób szeroko i sprawiedliwie równouprawnienie obywateli obcych z własnymi traci w dużej mierze właściwe swe znaczenie wobec tego, że Międzynarodowe Biuro Pracy zamierza wyjąć z zakresu międzynarodowej reglamentacji w obecnem jej stadjum sprawę wypłaty świadczeń zagranicę; a przecież najczęściej ograniczenia praw obywateli obcych dotyczą właśnie sytuacji, gdy znajdują się oni poza granicami państwa, udzielającego świadczeń ubezpieczeniowych.

Podczas gdy sprawa zrównania obywateli obcych z własnymi we wszystkich wymienionych wyżej kierunkach spotkała się z nadspodziewanie powszechną, życzliwą oceną wszystkich właściwie bez wyjątku rządów, wypowiedziały się za równouprawnieniem obu powyższych kategoryj w prawach do współudziału w administracji ubezpieczeń emerytalnych wyłącznie rządy Belgji, Estonji, Holandji, Hiszpanji, Kuby, Polski, W. Brytanji i Rumunji; toteż M. B. P. proponuje pominięcie tego zagadnienia w projektowanych konwencjach.

Jeden z głównych — może najgłówniejszy — punkt sporny prac nad reglamentacją ubezpieczeń emerytalnych stanowiła, jak wiadomo, sprawa zachowania uprawnień ekspektatywowych osób przechodzących z jednego państwa do państwa drugiego. Toteż udzielone w tej sprawie przez poszczególne rządy odpowiedzi zasługują na specjalną uwagę. Za pozytywnem uregulowaniem tej materji oświadczyły się rządy 12 państw: Austrji, Belgji, Francji, Estonji, Hiszpanji, Włoch, Polski, Portugalji, Rumunji, Szwecji, Szwajcarji i Jugosławji. Przeciw — wypowiedziały się tylko rządy Kuby i Związku Południowo-Afrykańskiego. Odroczenie sprawy tej zaproponowały rządy Bułgarji, Finlandji, Holandji, Niemiec, Norwegji i W. Brytanji. W tych warunkach M. B. P. przyłączyło się do opinji ostatniej grupy rządów.

Stanowisko to, rzecz jasna, nie przesądza jeszcze tego, czy wbrew stanowisku M. B. P. sprawa zachowania uprawnień nie będzie unormowana już na najbliższej sesji Konferencji. Toteż należy stwierdzić, że, o ile chodzi o bliższe szczegóły reglamentacji tego zagadnienia, znaczna większość rządów wypowiedziała się za ograniczeniem systemu zachowania uprawnień do obywateli tych państw, które ratyfikowały odnośną konwencję, a wszystkie rządy, za wyborem — z pomiędzy trzech możliwych systemów — systemu zachowania uprawnień i podziału świadczeń między instytucje państw, w których zainteresowani podlegali kolejno ubezpieczeniom.

Zgodnie z opinją większości rządów, które uznały za właściwe rozszerzenie projektowanej reglamentacji na systemy ubezpieczenia bezskładkowego, M. B. P. przewidziało w projektowanych konwencjach, że zobowiązaniom ich czynią zadość państwa, które, nie posiadając ubezpieczenia w ściślejszem tego słowa znaczeniu, ustanowiły systemy „pensions non — contributives", pod warunkiem jednak, że systemy te dostosowane są naogół do warunków przewidzianych w ubezpieczeniach składkowych.

Zestawiając z sobą w świetle projektowanej reglamentacji międzynarodowej ubezpieczenia emerytalne polskie (ustawę o ubezpieczeniu społecznem, uchwaloną w dn. 28 marca 1933 r. i rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych) z ustawodawstwem ubezpieczeniowem zagranicznem, musimy dojść do wniosku, że naogół ubezpieczenie polskie nie pozostaje wtyle za ubezpieczeniem zagranicznem, a w wielu punktach przewyższa nawet znacznie jego poziom.

Dr. St. F.

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W CZECHOSŁOWACJI

Korzystając z informacji, podanych w czasopiśmie „Die Pensionsversicherung" (Nr. 1 z b. r.), organie Powszechnego Zakładu Pensyjnego i Związku Zakładów Pensyjnych w Czechosłowacji, podajemy szereg danych, ilustrujących działalność Powszechnego Zakładu Pensyjnego w Pradze w 1932 r.

Ogólna liczba osób ubezpieczonych w Powszechnym Zakładzie wynosiła w końcu 1932 r. — 330.109, w tem obowiązkowo ubezpieczonych 316.456 osób, dobrowolnie — 3.670, opłacających uznaniówki — 9.983. W porównaniu do stanu w końcu 1931 r. (334.382) liczba ubezpieczonych zmniejszyła się o 4.273 osób. Natomiast liczba pracodawców w ciągu 1932 r. nieznacznie się powiększyła; mianowicie z 68.368 na 68.839.

Stan rent wypłacanych przez Zakład przedstawiał się następująco:

	Koniec 1931 r.	Koniec 1932 r.	Przyrost w 1932 r.
Renty inwalidzkie . . .	11.568	14.118	2.550 — 22,0%
„ starcze	7.457	9.705	2.248 — 30,1%
Dodatki na wychowanie dzieci do rent inw. i st.	4.318	5.531	1.213 — 28,1%
Dodatki za bezradność .	369	395	26 — 7,0%
Renty wdowie	10.974	12.282	1.308 — 11,9%
„ sieroce	5.286	5.516	230 — 4,4%
„ rodziców	144	206	62 — 43,1%

Przeciętna wysokość miesięcznej renty, według stanu z grudnia 1932 r. wynosiła:

Renty inwalidzkiej	560 Kč [1])
„ starczej	650 Kč
Dodatku na wychowanie . . .	75 Kč
Dodatku za bezradność	269 Kč
Renty wdowiej	286 Kč
„ sierocej	157 Kč
„ rodziców	131 Kč

Poza rentami Zakład wypłacił w 1932 r. następujące jednorazowe świadczenia:

Kwot wyprawowych	4.105
Jednorazowych odpraw	192
Zasiłków pogrzebowych	3.881

[1]) 1 korona czechosłowacka = 0,265 zł.

Przeciętna wysokość tych kosztów wynosiła:

Kwoty wyprawowej	5.234 Kč
Jednorazowej odprawy . . .	6.076 Kč
Zasiłku pogrzebowego . . .	980 Kč

Ogółem na wszystkie wymienione wyżej rodzaje świadczeń wydał Powszechny Zakład w 1932 r. 314.790.137 Kč, w tem na renty ubezpieczonych — 222.780.104 Kč, renty dla pozostałych członków rodziny — 66.694.693 Kč, jednorazowe świadczenia — 25.315.340 Kč.

Stan lokat Zakładu w dn. 31.XII 1932 r. przedstawiał się następująco:

	Gotówka i wkłady gotówkowe:			
1)	Gotówka	2.915.326 Kč		
2)	Pocztowa Kasa Oszczędn.	21.575.616 Kč		
3)	Banki i Kasy Oszczędn.	207.578.950 Kč	232.069.892 Kč	6,4%
	Papiery wartościowe:			
1)	Państwowe	748.111.749 Kč		
2)	Inne	559.717.703 Kč	1.307.829.452 Kč	36,0%
	Pożyczki:			
1)	Zabezpieczone przez pap. wart.	2.878.773 Kč		
2)	Pożyczki hipoteczne	340.225.612 Kč		
3)	Poż. dla Gmin w/g ustawy budowlanej . .	71.708.263 Kč		
4)	Pożyczki hipoteczne w/g ustawy budowlanej	628.154.438 Kč		
5)	Pożyczki Państwu i Krajom	291.177.736 Kč		
6)	Pożyczki okręgom i gminom	682.980.930 Kč		
7)	Pożyczki melioracyjne	10.311.764 Kč	2.027.437.516 Kč	55,8%
	Nieruchomości:			
1)	Dla celów administracyjnych	22.340.854 Kč		
2)	Dla celów akcji leczniczej	7.378.887 Kč		
3)	Inne	34.041.768 Kč	63.761.509 Kč	1,8%
	Razem . . .		3.631.098.369 Kč	100,0%

Powszechny Zakład Pensyjny w Pradze wprowadził z dniem 1 stycznia b. r. w życie nowe zasady udzielania dobrowolnej pomocy leczniczej w zakresie ubezpieczenia pensyjnego.

Oficjalny Komunikat Zakładu omawia szerzej potrzebę nowego unormowania tej sprawy i niedomagania stanu obecnego, wykazujące bliską analogję z naszemi stosunkami. Oto najważniejsze z tych bolączek:

1) Niedostateczna wśród ubezpieczonych znajomość zasad działalności leczniczej zakładów ubezpieczenia pensyjnego powoduje zgłaszanie wniosków i próśb o leczenie w wypadkach, które nie mogą być uwzględnione, bądź ze względu na rodzaj choroby, nieleczonej w zasadzie przez zakład, bądź ze względu na niestosowany rodzaj leczenia jak np. prośby o kuracje zagraniczne, o zwrot kosztów przeprowadzonego na własną rękę leczenia i t. p., bądź wreszcie ze względu na to, że potrzebne leczenie danego wypadku chorobowego należy w całości do zakresu obowiązkowej pomocy leczniczej Kasy Chorych.

2) Do uzdrowisk i sanatorjów kierowane są częstokroć wypadki niewłaściwe, a to albo z powodu nieścisłego rozpoznania, albo z tego powodu, że wskazania lecznicze danej lecznicy nie odpowiadają charakterowi, postaci i przebiegowi choroby. Ten ostatni wypadek zachodzi najczęściej przy leczeniu gruźlicy. Niewłaściwe skierowanie przypisać należy przedewszystkiem niedostateczności dostarczanych przez Kasę Chorych materjałów, ich nieprzejrzystości i zbytniej szczupłości, niepozwalającym na dokładne zorjentowanie się. W szczególności dużo do życzenia pozostawiają świadectwa lekarskie. Formularze tych świadectw są różnorodne i nie odpowiadają naogół celowi, są albo zbyt szczupłe, niepozwalające na uzasadnienie ogólnych wniosków lekarza, lub też zbyt obszerne i szczegółowe, co znów zmusza lekarza do zbytecznej pisaniny.

3. Dotychczas przy kierowaniu wniosków o leczenie panowała pewna dowolność. Wnioski można było kierować bądź bezpośrednio do Zakładu bądź też za pośrednictwem właściwych Kas Chorych. Dowolność ta utrudniała postępowanie administracyjne, powodując zbyteczną korespondencję i nieraz podwójne badanie i załatwianie spraw.

Nowe zasady dotyczą wszystkich trzech grup zagadnień, t. j. zakresu lecznictwa zapobiegawczego, opracowania materjałów i procedury stawiania wniosków.

Przedstawiając w streszczeniu najważniejsze postanowienia nowych norm, wskazywać będziemy dla porównania na odpowiednie normy, obowiązujące w naszem ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zawarte w wydanych przez Związek ZUPU. instrukcjach (zasady udzielania pomocy leczn. z art. 61 z grudnia 1929 r., instrukcja Prezesa Związku ZUPU. o stosowaniu art. 61, umowa z Związkiem Kas Chorych w sprawie współdziałania Kas Chorych i Zakładów UPU. zawarta w końcu ub. r., coroczne plany działalności leczniczej i t. d.).

1. Zakres pomocy leczniczej. Pomoc lecznicza z ubezpieczenia pensyjnego ma na celu zapobieżenie grożącemu inwalidztwu lub jego usunięcie, jest udzielana tylko o tyle, o ile obowiązkowy zakres pomocy leczniczej Kasy Chorych (leczenie ambulatoryjne, szpitalne, fizykalne, operacyjne, farmaceu-

tyczne) jest niewystarczający i zachodzi konieczność leczenia w zakładzie specjalnym (sanatorjum) lub leczenia zdrojowiskowego.

Ze względu na ograniczone środki finansowe, jakiemi ubezpieczenie pensyjne na cele lecznicze rozporządza, konieczne jest ograniczenie pomocy leczniczej do pewnych tylko grup chorobowych, w szczególności grożących inwalidztwem w młodym wieku.

Zaznaczyć tu trzeba, że roczny wydatek Powsz. Zakładu Pens. na lecznictwo wynosi obecnie około 10 mil. K. c. [1]), czyli około 30 Kc. (ok. 8 zł.) na ubezpieczonego (ok. 330.000). W Polsce wydatki roczne Zakładów UPU na lecznictwo wynoszą ok. 1.600.000 zł., czyli około 6,6 zł. na ubezpieczonego.

Według nowych zasad pomoc lecznicza Zakładu obejmuje następujące grupy:

1) Gruźlica płuc, krtani, kości, gruczołów i skóry. Leczenie gruźlicy prowadzone jest w zakresie najszerszym, jednak nie będą leczone wypadki ciężkie, gdzie leczenie sanatoryjne uzasadnione byłoby tylko względami humanitarnemi i potrzebą izolacji, oraz wypadki gruźlicy nieczynnej i asthenji konstytucyjnej z ewentualną dziedziczną dyspozycją do gruźlicy. Przy leczeniu sanatoryjnem gruźlicy kładzie Zakład duży nacisk na dobry stan uzębienia, warunkujący pomyślny przebieg leczenia, i poleca uporządkowanie uzębienia przed wysłaniem do sanatorjum.

2) Neurastenja (psychonerwice) i nerwice funkcjonalne. Zakład nie udziela leczenia przy nerwicach o poważniejszem podłożu w zmianach anatomicznych, wykluczona jest również choroba Basedova.

3) Przewlekłe cierpienia stawów i chroniczne samoistne zapalenia nerwów. Leczone są cierpienia stawów chroniczne, zarówno zapalnego, jak i zwyrodniającego pochodzenia, wyłączone są wypadki o podłożu specjalnem (kiła, gonorrhoëa) oraz przy schorzeniach centralnego systemu nerwowego (tabes i t. p.). Czyste postacie gośćca mięśniowego nie są leczone.

Powyższe trzy grupy wyczerpują wskazania w zakresie chorób wewnętrznych. Pomoc lecznicza, udzielana przez polskie Zakłady UPU, obejmuje zakres znacznie szerszy, przedewszystkiem choroby przemiany materji, choroby układu krążenia, nietylko funkcjonalne ale i organiczne schorzenia, choroby płuc (poza gruźlicą). Niestosowane są również ograniczenia przy leczeniu gośćca i jego pokrewnych. Oczywiście i przy szerszem określeniu dopuszczalnych do leczenia grup chorobowych przestrzegane są zasadnicze założenia, a więc istnienie niebezpieczeństwa inwalidztwa i rokowanie na usunięcie tej groźby.

Leczenie przeprowadza Zakład Pensyjny wyłącznie w sanatorjach i uzdrowiskach i to wyłącznie w krajowych. Leczenie zagranicą może być udzielone, analogicznie jak u nas, tylko w razie stwierdzenia niemożności przeprowadzenia leczenia w kraju.

Poza leczeniem sanatoryjnem Zakład pokrywa koszty protez zębowych, o ile zachodzi brak conajmniej 11 zębów wzgl. koron, w wysokości 20 Kc. na 1 ząb, najwyżej jednak do wysokości połowy rachunku, oraz udziela zasiłków na protezy ortopedyczne i środki pomocnicze, o ile koszt aparatu przekracza 200 Kc.

Według obowiązujących u nas zasad koszty protez zębowych i innych są pokrywane tylko, o ile Kasa Chorych nie jest obowiązana do ich udzielenia i o ile zachodzą ogólne warunki dla udzielenia pomocy leczniczej.

II i III. Postępowanie i opracowanie materjałów. Czynni ubezpieczeni mogą składać wnioski o wdrożenie leczenia tylko za pośrednictwem Kas Chorych. Kierowanie wniosków bezpośrednio do Zakładu zostaje wykluczone. Badanie lekarskie przeprowadza Kasa Chorych i odstępuje następnie wniosek wraz z wszystkiemi materjałami Zakładowi. Wprowadzone zostały jednolite wzory dla orzeczeń lekarskich dwóch typów: a) dla gruźlicy płuc, krtani, skóry i gruczołów i b) dla gośćca, gruźlicy kości, nerwic i zapalenia nerwów. Kasa Chorych, przesyłając wniosek wraz z orzeczeniem lekarskiem, powinna ze swej strony wypowiedzieć się co do uczestniczenia w pokryciu kosztów leczenia, co do wysokości zasiłku kuracyjnego, co do czasu i miejsca leczenia.

Zakład Pensyjny oznacza wysokość udziału Kasy Chorych w pokrywaniu kosztów leczenia, dochodzącą do 50% tych kosztów. W myśl § 52 ustawy pens. z 1929 r. Kasy Chorych zobowiązane są do pokrywania części kosztów leczenia, wdrożonego przez Zakład Pensyjny do wysokości zaoszczędzonych wydatków na świadczenia pieniężne i rzeczowe.

Wnioski o leczenie restytucyjne osób, pobierających renty, a także osób, które wyczerpały prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, składane są bezpośrednio do Zakładu Pensyjnego.

Postępowanie przy udzielaniu pomocy leczniczej jest u nas nieco odmienne, przedewszystkiem ze względu na brak przepisów o łącznem pokrywaniu kosztów leczenia przez Zakłady i Kasy Chorych. Wnioski powinny być składane w zasadzie za pośrednictwem Kas Chorych, rola jednak Kasy ogranicza się do współdziałania administracyjnego, przeprowadzanie badań lekarskich należy bowiem nie do Kasy lecz w zasadzie do wyznaczonych przez Zakład okręgowych lekarzy zaufania. Formularze orzeczeń lekarskich są ustalone jednolicie, lecz według jednego tylko typu.

R. Garlicki.

ROZPORZĄDZENIE FRANCUSKIE O DODATKACH RODZINNYCH (ALLOCATIONS FAMILIALES).

W dn. 15 marca 1933 r. zostało wydane i ogłoszone w Nr. 63 „Journal officiel" rozporządzenie wykonawcze o stosowaniu do zakładów przemysłowych, handlowych i wolnych zawodów ustawy z dn. 11 marca 1932 r. o dodatkach rodzinnych.

Ustawa ta, która została włączona do tytułu III księgi I francuskiego „Code du travail" (Kodeksu pracy) jako nowy rozdział (V), zatytułowany „Des allocations familiales" (o dodatkach rodzinnych), zawiera w szeregu artykułów (74 a do 74 k) postanowienia o obowiązku wypłacania pracownikowi dodatków rodzinnych za każde dziecko lub potomka prawnego, uznanego lub adoptowanego lub za wychowanka, utrzymywanych przez robotnika lub pracownika umysłowego (employé), dopóki dzieci te są w wieku szkolnym, a w pewnych wypadkach — do 16 roku życia.

Każdy pracodawca, zatrudniający pracowników najemnych, ma obowiązek należenia do kasy kompensacyjnej lub jakiejś innej instytucji, uznanej przez ministra pracy, a utworzonej przez pracodawców w celu ponoszenia świadczeń na rzecz dodatków rodzinnych.

Minimalną stawkę dodatków rodzinnych ustala w drodze rozporządzeń minister pracy bądź dla wszystkich zawodów, bądź dla pewnych kategoryj zawodów.

Ustalenie trybu, w jakim mają być stosowane przepisy ustawy, pozostawia się rozporządzeniom wykonawczym.

Wyżej wymienione rozporządzenie wykonawcze z d. 15 marca r. b. składa się z 20 artykułów (w 8 rozdziałach), które ustalają ustrój organów administracyjnych kas kompensacyjnych oraz zakres ich właściwości.

[1]) 100 K. c. = 26.5 zł.

W rozdziale I zawarte są przepisy, dotyczące zatwierdzania przez ministra pracy kas kompensacyjnych, przyczem przewiduje się kasy ogólne oraz kasy specjalne do spraw dodatków rodzinnych.

Ażeby uzyskać zatwierdzenie kasa ogólna winna 1) posiadać osobowość prawną, 2) rządzić się własnym statutem i regulaminem wewnętrznym, 3) zrzeszać conajmniej 100 pracodawców, zatrudniających ogółem 40.000 robotników lub pracowników na terenie departamentu Sekwany, 20.000 w miastach ponad 100.000 mieszkańców lub 10.000 w pozostałych kasach; 4) posiadać fundusz rezerwowy lub obrotowy, którego wysokość ustala minister pracy.

Artykuł 3 normuje kwestję statutów i regulaminu wewnętrznego kas kompensacyjnych.

Zatwierdzanie kas specjalnych uzależnione jest od przepisów analogicznych.

Dalsze artykuły regulują sposób zgłaszania podań o zatwierdzenie kasy, warunki, które winni wypełniać pracodawcy, dokumenty, dowody i t. d., które powinny być składane przez instytucje ogólne i kasy specjalne, celem umożliwienia kontroli okoliczności, w jakich może być cofnięte zatwierdzenie ministra pracy.

Na specjalną uwagę zasługują postanowienia regulujące procedurę ustalania minimalnych stawek dodatków rodzinnych (rozdział VI, art. art. 14—16) oraz organizację i właściwości t. zw. komisyj lokalnych do spraw dodatków rodzinnych. Celem ustalenia stawki minimalnej dodatków dla poszczególnych zawodów lub kategoryj zawodów, prefekt departamentu zasięga opinji departamentalnej komisji lokalnej, która bierze pod uwagę stawki stosowane w d. 12 marca 1932 r. przez zatwierdzone kasy kompensacyjne. Ostateczną decyzję w tej sprawie ogłasza w drodze zarządzenia minister pracy na podstawie oświadczenia komisji wyższej dodatków rodzinnych. Zarządzenie to ustala wysokość dodatków za każdy dzień pracy i za miesiąc, przyczem 25 dni liczy się za miesiąc. Dodatki tak ustalone stosują się do wszystkich robotników i pracowników umysłowych, zatrudnionych nawet czasowo w zakresie zawodu i na obszarze, który obejmuje rozporządzenie.

Gdy w departamencie zachodzą jakiekolwiek zmiany dla pewnej kategorji zawodowej, co do wysokości dodatków rodzinnych ogólnie przyjętych, minister może z urzędu albo na żądanie instytucyj zatwierdzonych lub zainteresowanych organizacyj zawodowych zarządzić rewizję stawek poprzednio ustalonych.

Dodatki dzienne wypłacane być mają conajmniej co kwartał, w pierwszych dniach kwartału bieżącego za kwartał ubiegły.

Zakres terytorjalny działalności komisyj lokalnych, o których była mowa wyżej, rozciąga się na teren poszczególnych departamentów.

Komisje te powołane są do udzielania opinji w sprawach następujących:

1) podań o zatwierdzenie ogólnych lub specjalnych kas dodatków rodzinnych;

2) uchylenia udzielonych zatwierdzeń;

3) projektów rozporządzeń, na mocy których ustawa z d. 11.III.1932 r. o dodatkach rodzinnych ma być wprowadzana w życie w stosunku do poszczególnych zawodów lub kategoryj zawodowych na obszarze danego departamentu;

4) ustalania minimalnej wysokości dodatków,

5) wszelkich innych kwestyj, związanych z działalnością kas, o ile te kwestje zostaną im złożone do zaopinjowania przez ministra pracy.

Skład osobowy komisji ustala minister na wniosek prefekta, który jest przewodniczącym komisji. Członkami są przedstawiciele głównych kas ogólnych i specjalnych, działających na obszarze departamentu oraz ojcowie licznych rodzin, których wyznacza departamentalna komisja ludnościowa. Uczestniczy w niej również okręgowy inspektor pracy, właściwy dla danego departamentu lub wyznaczony przez niego inspektor departamentalny.

H. St.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W NIEMCZECH.

Poczynania rządu Hitler—Papen na odcinku polityki społecznej stają się z biegiem czasu coraz częstsze i bardziej wyraziste. Reorganizacja ubezpieczeń społecznych postępuje szybko naprzód. Poza podanemi w poprzednim numerze Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych (p. str. 225) dwoma rozporządzeniami Prezydenta Rzeszy, zaszedł w niemieckich ubezpieczeniach społecznych szereg charakterystycznych zmian, które poniżej podajemy.

Rozporządzenie o kontroli przedsiębiorstw gospodarczych publicznej ręki z dn. 30 marca 1933 r.

Na podstawie tego rozporządzenia poddane zostają kontroli specjalnych władz kontrolujących wszystkie przedsiębiorstwa, znajdujące się w całkowitem lub częściowem władaniu stowarzyszeń publicznych państwa, gmin oraz w szczególności instytucyj ubezpieczeń społecznych. Jeśli chodzi o przedsiębiorstwa i zakłady instytucyj ubezpieczeń społecznych, te z pośród nich będą podlegały obowiązkowi kontroli, które służą w głównej mierze gospodarczym celom i:

1) albo mają formę instytucji prawa prywatnego i własną osobowość prawną,

2) albo jeśli nie mają formy instytucji prawa prywatnego, to jednak stosunek ich do odbiorców ich świadczeń lub towarów oparty jest na zasadach prywatno-prawnych,

3) albo są zakładami pracy, utrzymywanemi przez instytucje ubezpieczeń społecznych, a w szczególności zakładami pracy, połączonemi administracyjnie z instytucjami ubezpieczeń społ. lub zakładami pracy, o charakterze instytucji prawa prywatnego, których conajmniej połowa kapitału pośrednio, czy też bezpośrednio znajduje się w posiadaniu instytucyj ubezpieczeniowych. Wyłączone są z pod obowiązku kontroli według niniejszego rozporządzenia te instytucje, które mają formę towarzystw akcyjnych. Wszystkie więc naogół przedsiębiorstwa względnie zakłady pracy o charakterze gospodarczym posiadane przez instytucje ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem towarzystw akcyjnych, podlegają kontroli.

Każdy zakład lub przedsiębiorstwo podlegające kontroli na podstawie rozporządzenia musi posiadać swoją własną odrębną księgowość. Kontrola polega na badaniu ksiąg buchalteryjnych i ustalaniu rachunku strat i zysku. Kontrolę książkową sprawują urzędowi buchalterzy-rewidenci.

Buchaltera-rewidenta, który ma przeprowadzić kontrolę rachunkowości danego przedsiębiorstwa instytucji ubezpieczeniowej, wyznacza władza nadzorcza instytucji, z pośród osób, które na podstawie ustawodawstwa krajowego przeprowadzają kontrolę rachunkowości (zaprzysiężeni buchalterzy - kontrolerzy).

I tak naprzykład Główny Związek Kas Chorych w Niemczech („Hauptverband") będzie na specjalne polecenie Ministra Rzeszy kontrolowany przez „Deutsche Rewisions- und Treuhandgesellschaft". Do obowiązków kontrolera, po przeprowadzeniu sprawdzenia zamknięcia rachunków będzie należało wydać swój ogólny pogląd na działalność danego zakładu i sprecyzować zarzuty i uwagi. Wyniki kontroli stanu rachunków przedstawiają buchalterzy - rewidenci najwyższej władzy nadzorczej nad instytucjami ubezpieczeniowemi lub innej, wyznaczonej w tym celu przez nią władzy.

Wynik kontroli danego zakładu instytucji ubezpieczenio-

wej ma być ogłaszany w organie urzędowym Ministerstwa Pracy Rzeszy. O ile ogłoszenie pewnych kwestji dotyczących działaniu poszczególnych zakładów instytucyj ubezpieczeniowych może być uznane za niezgodne z interesami ogółu, odpowiednie szczegóły mogą nie być drukowane.

Cel wydania tego rodzaju rozporządzenia jest zupełnie jasny. Przeciwko własnym zakładom przemysłowym instytucyj ubezpieczeniowych oddawna prowadzona była zaciekła walka przez obóz Hugenberga. Obecny rząd przystępuje do likwidacji tych przedsiębiorstw. Niniejsze rozporządzenie jest pierwszem uderzeniem w te przedsiębiorstwa instytucyj ubezpieczeń. Celem jego jest poddać jaknajwiększej krytyce działalność tych zakładów i przedsiębiorstw, a tem samem przyczynić się do ich zlikwidowania. Pozatem przez usamodzielnienie rachunkowości poszczególnych zakładów i przedsiębiorstw, które z natury rzeczy nie były tworzone jako jednostki rentowne i samowystarczalne, a głównie jako jednostki służące do zaspokojenia własnych potrzeb instytucyj ubezpieczeniowych, tem samem wprowadza się w pewnej mierze ich komercjalizację. Przy takiem skomercjalizowaniu zaś, przypuszczać należy, utrzymane będą tylko te przedsiębiorstwa, które się rentują w handlowem znaczeniu. Wszystkie inne ulegną likwidacji.

Bezpośrednią konsekwencją rozporządzenia Prez. Rzeszy z dn. 1.III.33 r. (p. Przegląd Nr. 4, str. 225), było wypowiedzenie przez czołowe organizacje lekarzy umowy zbiorowej z kasami chorych. Przyczyna wypowiedzenia była następująca: Wskutek obniżenia opłaty za kartę do lekarza z 50 fen do 25 fen przy równoczesnem rozszerzeniu zakresu osób całkowicie zwolnionych od opłacania należności za pomoc lekarską, powstało prawdopodobieństwo, że zwiększy się ze strony ubezpieczonych zapotrzebowanie kas chorych. Tymczasem lekarze mimo to, że zwiększyłaby się ilość wizyt i zabiegów lekarskich, nie otrzymaliby z tego tytułu żadnego ekwiwalentu w postaci podwyższenia honorarjów. Wynika to bowiem z tego, że na podstawie Notverordnung z dn. 8 grudnia 1931 r. lekarze wynagradzani są nie w stosunku do ilości dokonanych wizyt oraz zabiegów, ale jedynie w stosunku do liczby ubezpieczonych, mających prawo do pomocy lekarskiej. Obowiązujące dotychczas stawki wynagrodzenia lekarzy ustalone były z uwzględnieniem częstotliwości zachorowań, jaka istniała przy istnieniu 50 fenigowej opłaty za poradę lekarską. Obecnie po obniżeniu tej opłaty o połowę znacznie wzrosła by ilość wizyt i zabiegów lekarze zaś byliby wynagradzani nadal według dawnych stawek. Wypowiedzenie umowy uczynione zostało głównie w tym celu, aby osiągnąć podwyżkę wynagrodzenia lekarzy.

Podwyżka honorarjów lekarskich stanowiłaby bardzo poważną trudność dla kas chorych, które już obecnie znajdują się w bardzo ciężkiej sytuacji finansowej. Z drugiej zaś strony wybuch konfliktu między kasami i lekarzami byłby bardzo nie na rękę obecnemu Rządowi. Rząd znalazł jednak wyjście z sytuacji.

Bezpośrednio po wymówieniu umowy przez związki lekarzy pisma doniosły, że zarządy obu czołowych organizacyj lekarskich: Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmanbund) i Deutscher Aerztevereinsbund w Poczdamie dobrowolnie podporządkowały się wspólnemu komisarzowi, którym został Dr. Wagner, przewodniczący narodowo socjalistycznego związku lekarzy. Bezpośrednio po tem nastąpiły zmiany w zarządach obu związków lekarzy.

W związku z objęciem stanowiska Komisarza w związkach lekarzy, Dr. Wagner zwrócił się z następującem orędziem do lekarzy niemieckich:

„Lekarze niemieccy, Koledzy.

Dzięki porozumieniu zarządów niemieckiego Aertztevereinsbund oraz Hartmanbund ze względu na wymaganie chwili objąłem „auf gütlichem Wege" funkcje komisarza.

W obecnych gorących dniach nie może być ani mojem, ani kogokolwiek z was zadaniem, bezzwłocznie przystąpić do naglącо potrzebnego nowego uregulowania naszych zawodowych interesów. Przyjdzie na to czas, gdy ostatecznie ustali się nowy polityczny porządek w naszej ojczyźnie i rozpocznie się budowa nowego życia na wszystkich odcinkach. Podstawowym warunkiem dla nowego uregulowania sytuacji lekarzy jest uzgodnienie jego kierownictwa z duchem i wolą obudzonego narodu. Dlatego objąłem funkcję komisarza i proszę wszystkich lekarzy niemców o wierną współpracę dla dobra naszego narodu i naszej ojczyzny. Tworzeniu jakichkolwiek nowych organizacyj, które uznam za szkodliwe dla solidarności lekarzy niemieckich, będę się przeciwstawiał".

Powyższe orędzie nowego komisarza związków lekarzy niemieckich ma zupełnie wyraźny sens: żądania lekarzy, aby w chwili obecnej uzyskać podwyższenie honorarjów, są niemożliwe do przeprowadzenia.

W ten sposób rząd niemiecki przeciwstawił się interesom lekarzy.

Pewnego rodzaju ekwiwalentem dla lekarzy niemieckich za materjalne i moralne straty, jakie dla nich pociągnie nieuwzględnienie ich postulatów o podniesienie honorarjów, jest następujące zarządzenie nowych władz związków lekarzy: „W wykonaniu swej uchwały, aby formę związków lekarzy dostosować do nowego porządku politycznego, zarządy związków lekarzy proszą swe podrzędne organizacje, aby w imię postulatów lekarzy niemieckich bezzwłocznie postarały się o ustąpienie z zarządów i rad członków-żydów oraz o „zastąpienie" tych kolegów, którzy się nie mogą podporządkować nowemu porządkowi. Pozatem należy za pośrednictwem zarządów organizacyj lekarskich wywierać odpowiedni wpływ na kasy chorych i władze ubezpieczeniowe, aby usunąć ze stanowisk lekarzy zaufania lekarzy narodowości żydowskiej oraz socjalistycznego światopoglądu".

Analogicznie jak z lekarzami postąpił rząd niemiecki, a ściśle mówiąc miarodajne władze hitlerowskie, z aptekarzami.

Pod koniec ubiegłego roku związek aptekarzy wypowiedział na dzień 1 kwietnia 1933 r. umowę z kasami chorych z dn. 10 marca 1932r. Związek aptekarzy nie mógł się zgodzić na zawarte w tej umowie zasady wzajemnego stosunku między aptekami i kasami. Ponieważ porozumienie w chwili obecnej było trudne do osiągnięcia, jako wyjście z sytuacji uchwalił zarząd niemieckiego związku aptek *podporządkować dobrowolnie związek komisarzowi, którym został narodowy socjalista.*

W chwili obecnej istnieje zasadniczo stan bezumowny między aptekami i kasami, niemniej współpraca odbywa się naogół na tych samych podstawach, jak poprzednio.

Obejmujący władzę komisarz zwrócił się do swych członków z apelem bardzo zbliżonym zarówno co do treści jak i co do formy do apelu komisarza związków lekarzy.

W wykonaniu postanowień rozporządzenia z dn. 1 marca 1933 r. (p. Przegląd Nr. 4, str. 225), o ubezpieczeniu na wypadek choroby, rząd niemiecki przystąpił do reorganizacji władz instytucyj ubezpieczeń społecznych. Tymczasowo akcja reorganizacyjna polega na znoszeniu kolegjalnych zarządów autonomicznych poszczególnych kas chorych i wprowadzaniu komisarzy rządowych. Większość kas chorych, jak również i wszystkie związki kas chorych poddane zostały nadzorowi komisarzy rządowych.

Analogicznie jak w kasach chorych, znoszone są autonomiczne zarządy w instytucjach ubezpieczeń długoterminowych.

*

Na podstawie ustawy o radach zawodowych i gospodarczych stowarzyszeniach z 4 kwietnia 1933 r., zmieniono ustawę o ubezpieczeniu górniczem w ten sposób, że zniesione zostały przewidziane w tej ustawie organizacje robotników i pracowników, które proporcjonalnie do wyniku wyborów, mianowały swych delegatów do zarządu Reichsknappschaft. Tak samo zmieniono postanowienie ustawy o ubezpieczeniu górniczem, przewidujące, że organizacje robotnicze mogą delegować swych przedstawicieli do administracji ubezpieczenia górniczego.

Znosząc postanowienia o wpływie organizacyj robotniczych na zarząd Reichsknappschaft równocześnie rozporządzenie daje upoważnienie Ministrowi Pracy do mianowania komisarzy.

Według ostatnich wiadomości, autonomiczne zarządy zarówno Reichsknappschaft jak i bractw rejonowych zostały rozwiązane i w ich miejsce na naczeni zostali specjalni komisarze.

*

W „Reichsversicherung", półurzędowym organie Ministerstwa Pracy Rzeszy, Nr. 2/3 z r. b. przedstawione zostały opinje i zamierzenia nowych kierowników Ministerstwa Pracy Rzeszy co do przyszłej przebudowy ubezpieczeń społecznych w Niemczech. Minister Pracy Seldte dąży do zreformowania ubezpieczeń społecznych na wzór akcji pomocy wzajemnej członków Stahlhelmu, gdzie każdy członek posiada pełne prawo własności do wpłaconych przez niego do Kasy składek. W ten sposób wytwarza się poczucie własności, które Minister Seldte chce pogłębić wśród społeczeństwa niemieckiego, przeciwstawiając się w ten sposób proletaryzacji.

Podsekretarz Stanu dr. Johannes Krohn nie uważa za możliwe porzucić zupełnie pierwiastek ubezpieczeniowy, uważa jednak za wskazane połączyć ze sobą we wspólnej kombinacji momenty ubezpieczeniowe i przymusowej oszczędności. W tym celu nosi się z zamiarem opracowania reformy ubezpieczenia inwalidzkiego, któraby przewidywała w większym stopniu możność kapitalizacji rent, a to w celu umożliwienia ubezpieczonemu nabycia kawałka ziemi wraz z własnym domkiem. Pozatem w ubezpieczeniu pracowników umysłowych nosi się z zamiarem skombinowania ubezpieczenia na renty z ubezpieczeniem na kapitał. Krohn podkreślił, że jednem z najważniejszych i największych zadań niemieckiej polityki społecznej powinno być umożliwienie robotnikowi i pracownikowi niemieckiemu nabycia kawałka ziemi ojczystej.

Według wiadomości prasowych w chwili obecnej opracowywany jest w Ministerstwie Pracy Rzeszy projekt ustawy, reorganizujący na przedstawionych powyżej zasadach niemieckie ubezpieczenia społeczne.

R. S.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE". Dr. Ignacy Gliksman. Warszawa, 1933, str. 148.

Praca składa się z dziesięciu rozdziałów, poświęconych następującym kwestjom: istocie ubezpieczeń społecznych, roli polityki w tej dziedzinie, analizie czynników kształtujących ubezpieczenia społeczne, formom organizacyjnym, analizie kategoryj osób potrzebujących tych ubezpieczeń, zagadnieniu medycyny społecznej, patologji ubezpieczeń społecznych, roli gospodarczej i perspektywom rozwojowym. Jak wynika z wyliczenia rozdziałów, książka stanowi zarys teorji społeczno-gospodarczej ubezpieczeń społecznych, chociaż nazwy tej nie używa. W literaturze polskiej podobny charakter nosi tylko jedna praca, dziś zresztą całkowicie przestarzała, a przytem bardzo powierzchowna. Mam tu na myśli ogłoszoną w r. 1918 w „Ekonomiście" pracę Dymowskiego „Teorja ubezpieczeń społecznych". Dziś, gdy ubezpieczenia społeczne przeżywają obok powszechnego kryzysu gospodarczego jeszcze swój specjalny kryzys, praca omawiająca je z ogólniejszego punktu widzenia, nie ze stanowiska wyłącznie prawa pozytywnego, jest szczególnie na czasie, gdyż pozwala ustosunkować się do pewnych ich form i przejawów w sposób krytyczny i również w sposób krytyczny ocenić proponowane z wielu stron drogi wyjścia z kryzysu.

Ze względu na trudności znalezienia prostych, względnie ściśle oznaczonych co do treści, proximum genus i differentia specifica, autor nie definjuje pojęcia ubezpieczeń społecznych lecz podaje jedynie ich istotne cechy. Do cech tych autor zalicza przedewszystkiem charakter ustawowy ubezpieczeń społecznych i przymusowość. Dalej, autor stwierdza, że ubezpieczenia społeczne obejmują przeważnie klasę pracowników, historycznie zaś rozwinęły się one na gruncie związków, tworzonych przez sfery pracujące dla obrony własnych interesów. Autor w innem miejscu podnosi, że ubezpieczenie społeczne, obejmując pewną klasę społeczną, jest ubezpieczeniem klasowem. Uważamy ten ostatni pogląd za zupełnie racjonalny. Co więcej — sądzimy, że dążenia klasowe są punktem wyjścia ubezpieczeń społecznych, a wprowadzenie tych ostatnich przez państwo jest bądź wynikiem bezpośrednim walk klasowych, bądź też wynikiem pośrednim, jako przejaw polityki państwowej, zmierzającej do złagodzenia tych walk. Nie uważamy natomiast za istotną cechę ubezpieczeń społecznych przymusowości i ustawowego ich charakteru. W walce bowiem społecznej nie zawsze klasy pracujące osiągają ten rezultat, że państwo wprowadza ubezpieczenia przymusowe, przeciwnie — istnieją długie okresy historyczne, gdy państwo jedynie popiera już istniejące organizacje klasowe pomocy wzajemnej lub zachęca do ich powstawania. Bywa nawet i tak, że walcząca klasa społeczna, wytworzywszy takie organizacje pomocy wzajemnej, broni się przed interwencją państwa. Nie widzimy żadnych powodów do stawiania tych organizacyj poza ramami ubezpieczeń społecznych, skoro mają one charakter klasowy i służą rzeczowo tym samym celom, co ubezpieczenia społeczne, oparte na przymusie. Autor zupełnie słusznie twierdzi, że „inna jest postawa ideowa ubezpieczeń społecznych, a inna pozostałych ubezpieczeń". Nie znaczy to jednak, aby ubezpieczenia społeczne nie były ubezpieczeniami, jak to możnaby wnioskować z wywodów autora. Istota zarówno ubezpieczeń społecznych jak i tak zwanych prywatnych jest ta sama — rozłożenie ciężaru ryzyka na wiele jednostek w podobny sposób zagrożonych. Geneza i cel poszczególnych form ubezpieczeń w niczem tej istoty nie zmienia. Jeżeli idzie zresztą o rodowód historyczny, to ubezpieczenia społeczne wyrosły z tego samego pnia co prywatne ubezpieczenia wzajemne — ze związków pomocy. Gildy ogniowe i kasy czeladzi są sobie genetycznie bliższe niż gildy ogniowe i spekulacyjne przejmowanie ryzyka morskiego, choć z kas czeladzi wyrosły ubezpieczenia społeczne, a z gild ogniowych i operacyj, związanych z pokrywaniem ryzyka morskiego, — asekuracja prywatna.

Jakkolwiek ubezpieczenia społeczne mają w swej całości charakter klasowy, to jednak w zależności od struktury społecznej klasowość ta jest mniej lub więcej ograniczona. Zasady fi-

nansowe, zakres ubezpieczonych i świadczeń, formy organizacyjne instytucyj ubezpieczeniowych — wszystko to zależy od ogólnej polityki społecznej państwa, która zkolei uwzględnia interes różnych klas i w różnym stopniu. Autor rozpatruje zagadnienie dotyczące organizacji finansowej ubezpieczenia, zakresu ubezpieczonych i rozmiarów pomocy ubezpieczeniowej, zasięgu przymusu, wielkości instytucyj i budowy ich aparatu, wskazując jednocześnie jakie ukształtowanie tych zagadnień odpowiada najbardziej interesom pracowników w ramach istniejącego ustroju gospodarczego. Zwrócimy tu uwagę na niektóre tylko ważniejsze momenty. Autor słusznie uważa, że instytucje ubezpieczeniowe, o ile znajdą się w rękach klasy pracującej, wzmagają jej siły. Instytucje te bowiem „muszą wykonywać cały szereg czynności, które dają pole do ubocznego popierania klasy pracującej". Stąd dążenie do tworzenia zakładów silnych, a więc przedewszystkiem wielkich. Tą okolicznością usprawiedliwia się również dążenie klas pracujących do zapewnienia sobie przewagi we władzach zakładów ubezpieczeń społecznych. „ Wtedy klasa pracownicza staje się pracodawcą, uzyskuje przeto środki działania pracodawców, a zachowując pracowniczą ideologję, może środków tych używać dla własnych celów". Autor jest zwolennikiem formalnego nadzoru państwowego nad zakładami ubezpieczeń społecznych, t. zn. nadzoru, polegającego na kontrolowaniu legalności postępowania. Natomiast jest przeciwny wprowadzaniu nadzoru tak zwanego rzeczowego. Nadzór bowiem rzeczowy, polegający na badaniu celowości postępowania zakładu ubezpieczeń, zmienia się w istocie rzeczy w powtarzanie czynności dokonanych przez władze zakładu, jest przeszkodą i hamulcem w pracy. Jeżeli władze zakładu są kompetentne, nie należy ich na każdym kroku kontrolować, jeśli zaś kompetentne nie są, to należy je zmienić, powiada dr. Gliksman. W innym jednak razie nie jest usprawiedliwionem (właśnie ze stanowiska celowości) dublowanie tej samej pracy. Odmawianie państwu prawa nadzoru rzeczowego nie daje się uzasadnić jego zbędnością, jak to czyni autor. Ubezpieczenia społeczne, zwłaszcza w postaci ubezpieczeń przymusowych, prowadzonych przez zakłady publiczne, są pewną funkcją państwową, która przez państwo została przekazaną specjalnym ustrojom prawno-gospodarczym. Dlatego to państwo musi czuwać nad tem, czy funkcja przekazana jest wykonywaną dobrze, i stąd płynie badanie celowości postępowania organów instytucyj ubezpieczeniowych. Inaczej nieco przedstawia się to zagadnienie od strony interesu klasowego ubezpieczonych pracowników. Ze stanowiska pracowników zagadnienie nadzoru państwowego nie przedstawia się jednakowo zawsze i wszędzie. Inaczej przedstawia się ono wtedy, gdy polityka społeczna jest polityką prowadzoną w interesie mas pracujących, inaczej jeśli jest polityką „ponadklasową" (w praktyce — polityką kompromisów naogół na rzecz interesów pracodawców), jeszcze inaczej, jeśli jest polityką antypracowniczą. Z drugiej strony będzie przedstawiało się to zagadnienie w różnem świetle w zależności od stopnia uświadomienia pracowników; ich spoistości klasowej, a tem samem od tego, jaką rolę odgrywają oni de facto a nie de jure w zakładach ubezpieczeń. Natomiast trzeba bezwzględnie zgodzić się z dr. Gliksmanem, że nadzór państwa nie może być nadzorem zbyt drobiazgowym, bo istotnie działa nieekonomicznie, a pozbawia jednocześnie zakłady autonomji, tak ważnej z uwagi na interes zarówno całej klasy pracującej, jak i każdego z ubezpieczonych, jako bezpośrednio zainteresowanego. Autor jest przeciwnikiem wprowadzenia nominatów do organów zakładów. Uważa, że niema dostatecznych racyj przemawiających za udziałem nominatów. Udział nominatów jest wprowadzeniem czynnika politycznego do spraw ubezpieczeniowych i angażowaniem państwa w spory przedstawicieli różnych sfer społecznych. Sądzimy, że i ta sprawa ze stanowiska interesów pracowniczych przedstawia się analogicznie, jak sprawa nadzoru państwowego.

Badając czynniki kształtujące ubezpieczenia społeczne, autor rozróżnia: czynnik moralny, czynnik społeczny i czynnik gospodarczy. Czynnik moralny streszcza się w specjalnej moralności związkowej i w popieraniu grup słabszych bez względu na momenty utylitarne, czynnik społeczny — to właściwa metoda popierania grup słabszych z uwagi na interes społeczny, a więc ze względów utylitarnych, czynnik gospodarczy kształtuje ubezpieczenia społeczne za pomocą momentów ubezpieczeniowych i finansowych. Przeprowadzona przez dr. Gliksmana analiza czynnika społecznego i gospodarczego nie nasuwa żadnych poważniejszych wątpliwości. Omawiając czynnik społeczny, autor zastanawia się nad zagadnieniem popierania grup słabszych z uwagi na dobro i przyszłość społeczeństwa, uzasadnia przenoszenie ciężaru ubezpieczeń z grup bezpośrednio zainteresowanych na inne grupy społeczne bezpośrednio niezainteresowane, wreszcie wskazuje na względy, które decydują o wyborze różnych form świadczeń (in natura oraz świadczenia pieniężne). Omawiając momenty ubezpieczeniowo-finansowe, autor porusza między innemi sprawę udzielania świadczeń niezależnie od stanu majątkowego ubezpieczonych, sprawę karencji i sprawę ograniczania wysokości świadczeń — w postaci przerzucania części ryzyka na barki ubezpieczonego. Pewne zastrzeżenia budzi analiza czynnika moralnego. Dr. Gliksman uważa, że czynnik moralny przejawia się po pierwsze jako specjalna moralność, właściwa wszelkim związkom, powtóre jako popieranie grup słabszych. Autor sądzi, że obok względów „pożytku powszechnego" (względy higjeny, usuwanie konfliktów społecznych) istnieje w ubezpieczeniach społecznych również „bezinteresowna troska o żywioły słabsze". Co się tyczy specjalnej moralności właściwej wszelkim związkom, to wydaje nam się, że we współczesnych instytucjach ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza wielkich, nie istnieje ona wcale, albo prawie wcale. Naskutek szeregu przyczyn, których na tem miejscu przytaczać i omawiać niepodobna, instytucje (autor wspomina zresztą o tem na innem miejscu) stały się czemś oderwanem od ogółu ubezpieczonych. Stały się one tylko ubezpieczycielami, a poczucie śród ubezpieczonych korporacyjnego poniekąd charakteru zakładu ubezpieczeń społecznych nie rozwinęło się. Jeśli zaś idzie o „bezinteresowną troskę o żywioły słabe", toć przecież żywioły najsłabsze są zazwyczaj z ubezpieczeń społecznych wyłączane (np. chałupnicy, niestale zatrudnieni w państwach kapitalistycznych, t. zw. „liszeńcy" w Związku Sowieckim). Faktu tego ze stanowiska „moralności" wyjaśnić niepodobna, natomiast jest on zupełnie zrozumiałym ze stanowiska utylitarnej polityki grup społecznych i państwa o określonem obliczu klasowem. Polityka ta sensu largo tworzy nawet pewne normy etyczne, jednak czysto utylitarnego pochodzenia.

Rozpatrując organizację ubezpieczeń społecznych, dr. Gliksman omawia siły tworzące związki. Związki, jakiemi są zakłady ubezpieczeń społecznych, powstają naskutek działania sił zewnętrznych — przymusu. Siły te łączą wiele elementów w jedną całość, gdyż bez połączenia wielu elementów ubezpieczenie, jako takie powstać nie może. Im większą jednak jest ilość elementów, tembardziej jest skomplikowana organizacja. Skutkiem jej jest oderwanie od mas osób ubezpieczonych i biurokratyzm. Natomiast całości (a więc zakłady) większe są silniejsze i doskonalsze ze stanowiska techniki ubezpieczeniowej i finansowej. Dr. Gliksman wymienia cztery zasady organizacyjne zakładów ubezpieczeń: ubezpieczeniową, terytorjalną, zawodową i socjalną. Pierwsza i czwarta nazwa przez literaturę nie są wymieniane. I słusznie. Pierwsza bowiem polega, zdaniem dr. Gliksmana, na tem, że zakłady oparte na niej „przeznaczone są do prowadzenia poszczególnych gałęzi ubezpieczeń jednej lub paru".

Nie jest to więc zdaniem naszem, zasada lub podstawa organizacyjna, lecz cecha, właściwość każdej organizacji ubezpieczeniowej. Zasada socjalna ma na celu skupienie w jednym zakładzie ubezpieczeń ludzi, których łączy cała grupa cech natury moralnej, kulturalnej, psychicznej, ekonomicznej i t. p. Zasada ta ma zastosowanie w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Według naszego poglądu nie wypływa jej zastosowanie z potrzeb organizacyjnych lecz z pewnego oportunizmu polityki społecznej, który uprzywilejowuje określone grupy społeczne w zakresie świadczeń, i w związku z tem stwarza dla nich specjalne instytucje ubezpieczeniowe. Dlatego nie możemy uznać za słuszne nazywanie tej zasady zasadą organizacyjną. W rozdziale poświęconym organizacji dr. Gliksman szkicuje w dalszym ciągu zasady ustroju zakładów, zasady wymiaru sprawiedliwości i podstawy finansowe. Zupełnie słusznie wypowiada się autor za dopuszczeniem osób korzystających ze świadczeń do udziału w zarządzaniu sprawami instytucyj. Taksamo słusznie jest przeciwnikiem dodatkowych opłat za świadczenia lecznicze, które wydatnie obciążają osoby mniej zarabiające, pozbawiając je nawet w wielu wypadkach możności leczenia się. Dr. Gliksman, podobnie zresztą jak większość autorów, nazywa niesłusznie system finansowy pokrywania wydatków bieżących systemem repartycji. Systemowi repartycji bowiem można przeciwstawiać tylko system premjowy, który również może mieć na celu pokrywanie wydatków bieżących.

Ubezpieczenie społeczne winno być, zdaniem autora, rozciągane na te grupy ludności, które tego ubezpieczenia potrzebują. Zakres osobowy ubezpieczenia rozszerza się coraz bardziej. Analizując charakter poszczególnych grup ludności pracującej i poszczególne rodzaje ubezpieczeń, dr. Gliksman dochodzi do wniosku, że *naogół* potrzebują ubezpieczenia społecznego następujące grupy: z pośród pracowników umysłowych osoby zawodów wolnych i osoby zatrudnione u kogo innego bez różnicy, czy są to urzędnicy państwowi, samorządowi czy też urzędnicy prywatni, z pośród pracowników fizycznych (zatrudnionych stale czy niestale, do tych ostatnich zalicza się też pracujących sezonowo) — robotnicy rolni, właściciele gospodarstw karłowatych, robotnicy przemysłowi, służba domowa oraz pracownicy fizyczni samodzielni, których warsztat pracy jest bardzo mały i daje jedynie możność pracy. Momenty opieki społecznej powinny być stosowane do grup najsłabszych, względnie takich, których zarobek nie daje dostatecznej podstawy do obciążenia wystarczającemi składkami na pokrycie odpowiednich świadczeń (przykład — zarobek w naturze). Każda z tych grup powinna korzystać z takiego ubezpieczenia, jakie jest jej potrzebne. Stąd wymóg, aby każda z nich tworzyła odrębny związek ubezpieczeniowy, co bynajmniej nie znaczy według dr. Gliksmana, aby odrębność grup miała być zawsze przesłanką odrębności organizacyjnej. Nie musi być też każda z grup samowystarczalną. Grupy słabe finansowo muszą być niekiedy wspomagane. Ale pomoc ta, zdaniem autora, musi iść z zewnątrz, nie zaś odbywać się kosztem innej grupy, co byłoby „mąceniem" działalności ubezpieczeniowej „polityką". Natomiast przerzucanie ciężarów w obrębie tej samej grupy z jednych na drugich (np. ze starych na młodych, z obciążonych rodziną na samotnych) uważa dr. Gliskman za usprawiedliwione. Jeśli idzie o zakres osób, które powinny podlegać ubezpieczeniu społecznemu, to do wywodów dr. Gliksmana nie mamy nic do dodania. Sądzimy również, zgodnie z autorem, że nie należy tworzyć odrębnych organizacyj ubezpieczeniowych dla poszczególnych grupowych wspólnot ubezpieczeniowych tam, gdzie tego nie wymaga konieczność techniczno-ubezpieczeniowa czy socjalna. Odrębne organizacje tworzyć muszą wspólnoty ubezpieczeniowe dla wolnych zawodów lub rzemieślników, gdzie innym jest charakter ryzyka, niż ryzyko w ubezpieczeniu pracowników najemnych. Ale nietylko dlatego. Konieczność odrębności warunkuje odmienny charakter socjalny grupy wolnych zawodów, różny od charakteru socjalnego grupy najemnych pracowników umysłowych, podobnie jak charakter społeczny drobnych rzemieślników nakazywałby organizacyjnie oddzielić ich ubezpieczenia od ubezpieczenia robotników. Zgodnie z dr. Gliksmanem twierdzimy, że ubezpieczenie społeczne jest ubezpieczeniem klasowem i dlatego właśnie uważamy, że podstawa organizacyjna na klasowości winna się opierać. Stąd wniosek, że ubezpieczenie najmitów (czy to pracowników umysłowych czy fizycznych) może stanowić jedną całość organizacyjną, ubezpieczenie zaś innych grup społecznych musi znajdować się poza nią. Ze względu na solidarność socjalną całej grupy pracowników najemnych uważalibyśmy także za możliwe w obrębie całej tej grupy przerzucanie ciężarów z elementów słabszych na silniejsze. Nie obawiamy się, aby tego rodzaju „wyrównanie" mogło być zarzewiem konfliktów w obozie świata pracy. Jeśli konflikty te nawet będą, to tylko przejściowo, dopóki poszczególne składniki świata pracy nie zrozumieją, iż stanowią jedną całość. Kryzys obecny proces tego zrozumienia doskonale przyśpiesza.

Ubezpieczenia społeczne spełniają doniosłą rolę na polu zachowania zdrowia ludności pracującej. Rola ta wyraża się nietylko w pomocy leczniczej, ale — i coraz to bardziej, — w stosowaniu metod profilaktycznych. W tych warunkach wciąż donioślejszem staje się zadanie lekarza ubezpieczeniowego. Zamiast lekarza, który traktuje chorego jako jednostkę, wytwarza się typ lekarza socjalnego, który traktuje osoby powierzone jego opiece, jako członków pewnej klasy, a więc który musi znać środowisko swoich pacjentów, ich warunki bytu i w zależności od nich stosować właściwe metody postępowania. Autor nie sądzi jednak, aby stawianie lekarzom ubezpieczeniowym wymagań natury społecznej, przesądzało całkowicie negatywnie sprawę swobodnego wyboru lekarza. Po rozpatrzeniu niektórych, naogół znanych argumentów za i przeciw swobodnemu wyborowi, autor dochodzi do wniosku, że w ubezpieczeniu grup społecznych, gdzie swobodny wybór jest postulatem ubezpieczonych, bezwarunkowo należy go uwzględnić, ewentualnie częściowo tylko pokrywając koszty leczenia. Jesteśmy przeświadczeni, że system ten w ogólnej skali nie podniósłby poziomu lecznictwa. Przedewszystkiem zmniejszyłyby się możliwości stosowania szeregu urządzeń leczniczych, po które lecznictwo ubezpieczeń społecznych znalazłoby się poza sferą bezpośrednich wpływów instytucyj ubezpieczeniowych. Zwiększenie wpływów lekarzy w ramach tych instytucyj, w szczególności przekazanie orzecznictwa lekarskiego wyłącznie czynnikom lekarskim, jest oczywiście słuszne. Odpowiednia forma organizacyjna pomocy lekarskiej usunie również spaczenie lecznictwa, polegające na biurokratyzacji lekarzy, o czem wspomina dr. Gliksman w rozdziale poświęconym patologji ubezpieczeń.

Oprócz patologicznych objawów, obserwowanych w lecznictwie, dr. Gliksman omawia także patologiczny stosunek pracodawców do ubezpieczeń, patologiczny stosunek ubezpieczonych oraz patologję postępowania zakładów w stosunku do ubezpieczonych. Pracodawcy, opłaciwszy składkę, nie dbają o zmniejszenie ryzyka pracy w swoich przedsiębiorstwach, ubezpieczeni starają się możliwie wiele korzyści wyciągnąć z zakładu, nie dbając o interesy zbiorowości, zakłady stają się celem samym w sobie, machiną biurokratyczną, ustosunkowaną nieżyczliwie do ubezpieczonych.

Rozłożenie ciężaru kosztów ubezpieczeń społecznych na pracowników, pracodawców i skarb państwa regulują poszczególne ustawy. Jest to jednak rozłożenie formalne. Ciężar ten bowiem może być przerzucany, ustalenie więc kto go faktycznie ponosi nasuwa bardzo poważne trudności. Autor nie bada dalej tej sprawy i przechodzi do zagadnienia, czy wydatki na ubez-

pieczenie społeczne są produkcyjne. Odpowiadając na to pytanie całkowicie twierdząco, wskazuje dr. Gliksman między innemi na rolę świadczeń ubezpieczeniowych dla produkcji spożywczej nieluksusowej i dla produkcji środków leczniczych. Kapitały, przeznaczone przez ubezpieczenia społeczne, są lokowane, a więc wracają do życia gospodarczego, przy tem lokaty te mogą być bardziej planowe i celowe. Autor wyraźnie stwierdza, że czerpanie z funduszów ubezpieczeniowych środków na pokrycie deficytów państwa i samorządów czyni fundusze nieprodukcyjnemi i szkodliwemi, „gdyż dzięki nim odsuwa się konieczność właściwych reform w gospodarce publicznej". Za skuteczny środek zracjonalizowania polityki kredytowej zakładów ubezpieczeń społecznych w Polsce uważa autor stworzenie centralnego banku dla wszystkich tych zakładów.

Pomimo kryzysu, autor nie lęka się o przyszłość ubezpieczeń. Przeciwnie jest pewien, że „po złagodzeniu ostrości kryzysu i przywróceniu normalnych warunków życia gospodarczego" ubezpieczenia społeczne rozwiną się jeszcze. Tu autor szkicuje zasady dwu nowych gałęzi: ubezpieczenia mieszkaniowego i rodzicielskiego, znanych — pierwsze z prac Schmittmanna, drugie z prac Zahna i Fustera. Zwłaszcza, mówiąc o ubezpieczeniu rodzicielskiem, podkreśla dr. Gliksman jego wagę w dążeniu do zapobieżenia rozkładowi rodziny. Sądzimy, że z ubezpieczeniem rodzicielskiem wiązane są nieco przesadne nadzieje. Uważamy też za społecznie niewłaściwe rozciąganie tego ubezpieczenia w pierwszym rzędzie na pracowników umysłowych, jak to proponuje autor ze względu na szczególnie zmniejszoną rozrodczość tej warstwy. Taka metoda wprowadzania ubezpieczeń rodzicielskich musiałaby wywołać bardzo ostry sprzeciw mas pracujących fizycznie, czego przecież dr. Gliksman bynajmniej sobie nie życzy.

Książka napisana jest zajmująco i jasno. Autor uwzględnia bardzo obfitą literaturę i to nie tylko ubezpieczeniową, ale również socjologiczną i ekonomiczną.

J. Ł.

ZBIÓR ORZECZEŃ SĄDOWYCH W ZAKRESIE USTAWY O OBOWIĄZKOWEM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY — zebrał i opracował Tadeusz Lawendel, Radca Ministerjalny w Min. Op. Sp.

Nakładem Związku Kas Chorych ukazał się zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego, Najwyższego Trybunału Administracyjnego oraz Trybunału Kompentencyjnego, obejmujący orzeczenia, z okresu od chwili wydania ustawy do 1 czerwca 1932 r., dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby na zasadzie ustawy z dnia 19 maja 1920 r.

Zbiór składa się z dwóch części. Część pierwsza obejmuje tezy z orzeczeń sądowych, zgrupowane według artykułów ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Część druga zawiera uzasadnienie tez, zamieszczonych w części pierwszej. Szczegółowe skorowidze: numerowy, chronologiczny i rzeczowy umożliwiają szybkie i łatwe odnalezienie interesującego orzeczenia sądowego.

Autor zbioru nie ograniczył się do zestawienia jedynie wyroków publikowanych w oficjalnych zbiorach orzeczeń oraz w perjodycznych wydawnictwach urzędowych i prywatnych, lecz z nadzwyczajną sumiennością zebrał całokształt orzecznictwa, które w ciągu lat 12 kształtowało się na tle ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Wydana praca daje nam przeto dokładny obraz miarodajnego stanowiska judykatury w zagadnieniach, powstających na tle ustawy z dn. 19 maja 1920 r. zarówno w kwestjach, należących do administracyjnego toku instancyj, jak i podległych rozpatrywaniu sądownictwa cywilnego i karnego.

Poza „Zbiorem" pozostały jedynie orzeczenia Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach, jako najwyższego organu orzekającego w sporach, wynikłych na tle księgi II ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy, normującej ubezpieczenie na wypadek choroby na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego. Dla uzyskania całokształtu obrazu ubezpieczenia chorobowego w Polsce w świetle judykatury, pożądanem by było, aby autor uwzględnił również orzeczenia wydane na tle przepisów prawnych, obowiązujących na G. Śląsku.

Praca p. radcy Lawendla dzięki swemu jasnemu układowi oraz umieszczeniu zarówno tez jak i uzasadnień orzeczeń sądowych może oddać nieocenione usługi każdemu, mającemu do czynienia z ustawą z dnia 19 maja 1920 r.

e. s.

L'ASSURANCE INVALIDITÉ = VIEILLESSE = DÉCÈS. (Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci). Bureau International du Travail. Genève. 1933.

Wydawnictwo zawiera pełny tekst odpowiedzi rządów poszczególnych państw na kwestjonarjusz Międzynarodowego Biura Pracy w sprawie projektu konwencji o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci, analizę i omówienie tych odpowiedzi oraz projekty konwencyj i zaleceń.

Treść wydawnictwa omówiona jest w kronice zagranicznej niniejszego zeszytu Przeglądu.

LES RELATIONS INDUSTRIELLES EN GRANDE-BRETAGNE. (Stosunki w przemyśle Wielkiej Brytanji). — Prof. J. H. Richardson. Bureau International du Travail. Genève. 1933.

Praca podaje opis i analizę stosunków w przemyśle Wielkiej Brytanji w następujących rozdziałach: 1) środowisko ekonomiczne i społeczne, 2) rozwój związków zawodowych, 3) organizacje pracodawców, 4) metody układów między związkami zawodowemi i organizacjami pracodawców, 5) rady w przedsiębiorstwach, 6) urządzenia społeczne w przemyśle, 7) administracja i personel, 8) współpraca w łonie narodowych rad ekonomicznych, 9) konkluzje.

POLSKA GOSPODARCZA. Tygodnik. Zeszyt 15. z dn. 15 kwietnia b. r.

W sprawie rozwoju kapitalizacji wewnętrznej. — N. A. Autor omawia znaczenie kapitalizacji dla Polski, braki w tej dziedzinie istniejące i wskazuje środki naprawy. W rozważaniach swoich autor pomija zupełnie rolę ubezpieczeń społecznych, które są jednym z najpoważniejszych czynników kapitalizacji wewnętrznej.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Dwutygodnik. Zeszyt 8 z dn. 15 kwietnia b. r.

Reforma ubezpieczeń społecznych. — M. Jastrzębowski. Ustawa o ubezpieczeniu społecznem jest najważniejszą częścią całego kompleksu reform, przeprowadzonych ostatnio w dziedzinie ustawodawstwa społecznego. Reformy te, powiększające obowiązki i ciężary, zdaniem autora, stoją w pewnej sprzeczności do polityki gospodarczej rządu, której wyrazem jest dążność do obniżania wszelkich cen, opłat, ciężarów, długów, procentów i t. d.

Podając zmiany, jakie władze ustawodawcze wprowadziły do rządowego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem w zakresie organizacji ubezpieczeń, autor wypowiada pogląd, że zmiany te udoskonaliły pierwotny projekt i wpłyną dodatnio na funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeniowych. Udoskonaliły również przedłożenie zmiany, rozszerzające obowiązek ubezpie-

czenia na pracowników samorządów oraz pracowników przedsiębiorstw państwowych i samorządowych, gdyż w jednakowych warunkach postawiły wszelkie przedsiębiorstwa, użytkujące pracę najemną, niezależnie od tego, kto jest ich właścicielem.

Podnosi natomiast autor niepożądane następstwa wprowadzenia na przeważającym obszarze Państwa nowego ubezpieczenia inwalidztwa, starości i śmierci robotników, gdyż dzięki temu zostanie znakomicie rozszerzony stopień obciążenia gospodarczego, tembardziej, że Sejm i Senat szeroko zakreśliły granice świadczeń. Świadczy o tem ostatniem porównanie, przeprowadzone przez p. Ministra Opieki Społecznej w przemówieniu na posiedzeniu Senatu, które wykazuje, iż nadal wysiłek gospodarczy Polski w zakresie ubezpieczeń społecznych będzie większy niż innych państw europejskich, i to nawet w ubezpieczeniu na wypadek choroby, w którem przeprowadzona reforma, polegająca na ograniczeniu i ściślejszem określeniu zakresu świadczeń, umożliwiła obniżenie składek.

Szeroko pomyślany zakres świadczeń, utrzymujący się powyżej poziomu państw zamożniejszych, gospodarczo silniejszych i o starszej tradycji ubezpieczeniowej, musi powodować równolegle odpowiednie obciążenie gospodarcze, przyczem władze ustawodawcze rozszerzając i uzupełniając zakres świadczeń ubezpieczeniowych, zwiększyły również i ciężary, podnosząc przewidziane w pierwotnym projekcie składki. Podniesienie wysokości składek nastąpiło nie tylko w sposób bezpośredni, ale i pośredni przez wprowadzenie repartycji składek nieściągalnych. Podwyżkę wysokości składek z tego tytułu szacuje autor na minimum 10%, podkreśla przytem, opierając się na analizie podziału zaległości składkowych między różne grupy gospodarcze, że repartycja zaległości składkowych może doprowadzić do wzrostu obciążenia wytwórczości prywatnej kosztami ubezpieczeń pracowników instytucyj etatystycznych i drobnego handlu.

Jako dowód wzrostu obciążenia, spowodowanego ostatnio przeprowadzonemi zmianami w ustawodawstwie społecznem (ustawa o ubezpieczeniu społecznem, nowelizacja ubezpieczenia pracowników umysłowych, ustawa o Funduszu Pracy) autor podaje następujące zestawienia.

Ogółem opłaty (ubezpieczenia społeczne[1]), Fundusz Bezrobocia, Fundusz Pracy) za robotników przemysłu przetwórczego wynoszą:

	Dotychczas w %	Po reformie zarobków	Różnica
Woj. centr., wschodnie i południ.	10,7	16,10	+5,40
z tego pracodawca	7,2	8,55	+1,35
„ robotnik	3,7	7,55	+3,85
Woj. zachodnie (bez G. Śląska)	15,1	16,10	+1,00
z tego pracodawca	9,8	8,55	—1,25
„ robotnik	5,3	7,55	+2,25
Ogółem opłaty w rolnictwie:			
Woj. centralne i wschodnie	0,8	1,0	+0,2
z tego pracodawca	0,8	1,0	+0,2
„ robotnik	—	—	—
Woj. południowe	8,3	1,0	—7,3
z tego pracodawca	5,3	1,0	—4,3
„ robotnik	3,0	—	—3,0
Woj. zachodnie	12,5	4,6	—7,9
z tego pracodawca	7,7	2,8	—4,9
„ robotnik	4,8	1,8	—3,0

[1]) Przy obliczaniu wysokości składki na ubezp. emerytalne autor doliczył obciążenie z tytułu repartycji zaległych składek w wysokości 0,5% zarobków.

Opłaty za pracowników umysłowych, zatrudnionych w przemyśle i handlu.

	Dotychczas w %	Po reformie zarobków	Różnica
Ogółem na całym obszarze Rzplitej	18,7	18,0	—0,7
z tego pracodawca	10,7	9,7	—1,0
„ pracownik	8,0	8,3	+0,3.

Wyniki uchwalonych reform w zakresie ustawodawstwa społecznego w liczbach bezwzględnych oraz ewolucje, jaką przeszły przedłożenia rządowe, szacuje autor w sposób następujący:

Koszt w miljonach złotych (cała Rzeczpospolita).

Według stanu z 1931 r.	455,5 — 100
po reformie w 1932 r. Funduszu Bezrobocia	459,9 — 100
według projektu rządowego	433,4 — 98
po reformie ubezp. prac. um.	437,1 — 98
według poprawek Sejmu i Senatu	465,2 — 103
łącznie z Funduszem Pracy	535,4 — 118.

Jak wynika z powyższego zestawienia przeprowadzana reforma zwiększa obciążenie dochodu społecznego, którego nie rekompensują ustawy o czasie pracy i urlopach w sposób pierwotnie zamierzony.

W zakończeniu artykułu autor konkluduje, że przeprowadzana reforma według wszelkiego prawdopodobieństwa usunie wadliwości konstruktywne ubezpieczeń społecznych, jednak nie usunie pozostałych przyczyn, które tę reformę wywołały, t. j. przerostu zobowiązań nad możliwością wywiązania się z nich, ale nawet przyczyny te w poważny sposób spotęguje. Z tego powodu zrozumiałem jest, iż sfery dla których względy rozwoju gospodarczego nie są obojętne, nadal muszą domagać się wprowadzenia ciągle nieistniejącej równowagi w omawianej dziedzinie.

LEKARZ POLSKI. Miesięcznik. Nr. 4. Warszawa. 1933.

W redakcyjnym artykule (bez tytułu) wyrażony jest pogląd, iż „świat lekarski nie negując zupełnie potrzeby ustawy scaleniowej dla ubezpieczeń społecznych, stoi na stanowisku, że nie może ona uderzać w podstawowe świadczenia dla ubezpieczonych i pomniejszać wartość autonomicznego czynnika lekarskiego na terenie ubezpieczeń".

Społeczno-lecznicza działalność Kas Chorych w Polsce — Dr. Henryk Niedzielski.

Na podstawie „Roczników Ubezpieczeń Społecznych", „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" i innych publikacyj autor przedstawia szczegółowo i analizuje działalność Kas Chorych w ciągu ostatnich lat, uwzględniając przedewszystkiem działalność leczniczą Kas.

O oddzielenie lecznictwa od administracji w instytucjach ubezpieczeń społecznych. — Dr. Jan Hozer.

Krytycznie przedstawiając obecny stan organizacji administracji w Kasach Chorych i podkreślając wysokie jej koszty, autor wypowiada pogląd, że w Kasach stosowane jest ukrywanie osobowych wydatków administracyjnych na pozycjach budżetowych i buchalteryjnych lecznictwa, w szczególności na pozycji zatytułowanej „płace personelu leczniczego". Na tę pozycję administracja kasowa przerzuca wielką ilość urzędników administracyjnych, zatrudnionych w przychodniach, w biurach lekarzy naczelnych, obwodowych i t. p. Ten stan rzeczy wywołuje wrażenie, że budżety kas zbytnio są obciążone wydatkami na płace lekarzy.

Ujemna strona organizacji Kas Chorych przejawia się również w zbyt wielkiej przewadze czynników administracyjnych nad lekarskiemi.

W interesie idei ubezpieczeń społecznych i powagi stanu lekarskiego świat lekarski powinien rozpocząć walkę „o odgraniczenie lecznictwa od administracji w ten sposób, by przy zachowaniu koniecznej dla należytego funkcjonowania ubezpieczalni społecznych (kas chorych) korrelacji czynnika lekarskiego z administracyjnym, doprowadzić do wykrystalizowania funduszów i agend leczniczych z dotychczasowego chaosu finansowego i kompetencyjnego".

Powyższe cele mogą być osiągnięte, jeśli zrealizowane będą następujące postulaty:

1) wyodrębnienie budżetowe i buchalteryjne płac lekarzy, wydatków na lecznictwo sensu stricto i wydatków administracyjnych z zakazem przerzucania na pozycje lecznictwa wydatków nienajściślej leczniczych,

2) rozgraniczenie kompetencji czynnika administracyjnego (w szczególności dyrekcji kasy) i lekarskiego,

3) rozgraniczenie pojęć „pracownik" Kasy a „lekarz" Kasy,

4) zawarcie z lekarzami umowy ramowej i na jej tle umów zbiorowych regjonalnych, uwzględniających potrzeby lokalne i charakter ubezpieczalni, z sankcjami gwarantującemi dotrzymywanie zawartych umów, zwłaszcza ze strony Kas.

Oczywiście w przedstawieniu sprawy przez autora jest wiele przesady. Administracja kasowa spełnia szereg zadań, wychodzących daleko poza ramy lecznictwa, a ustawa funduszu pracy i ustawa scaleniowa zakres prac znacznie rozszerzają jeszcze. Notujemy głos lekarski nastrojów panujących wśród ogółu lekarskiego. —

Państwowa pomoc lekarska dla funkcjonarjuszów państwowych. — Dr. Fr. Jarniński. Nacz. Wydz. w Min. O. S.

Autor podaje główne zasady postanowień nowego rozp. Rady Ministrów z dn. 22.III.32 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, sędziów i prokuratorów, członków ich rodzin oraz emerytów (Dz. U. R. P. Nr. 27). W artykule podane jest również sprawozdanie z działalności państwowej pomocy w roku budżetowym 1931/32. Jak wynika z zamieszczonej tablicy (zestawionej województwami) w okresie wyżej podanym było leczonych ogółem w całem Państwie 500.200 osób, którym udzielono 1.050.641 porad. W szpitalach leczono chorych w ciągu 318.654 dni. Koszty państwowej pomocy wynosiły:

Koszty	porad	2.156.812 zł.
„	leczenia szpitalnego . .	1.954.706 „
„	lekarstw	1.165.198 „
„	porodów	355.910 „
„	Roentgena i kwarcówek	93.185 „
„	przewozu chorych . .	26.094 „
„	leczenia sanatoryjnego .	2.574.635 „
	Razem . .	8.326.540 „

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE. Dwutygodnik. Nr. 5. Warszawa, 1933 r.

Jakkowiek zmieniony projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem („ustawa scaleniowa") przeszedł już wszystkie instancje prawodawcze i prawdopodobnie już w najbliższym czasie zostanie ogłoszony, nie od rzeczy będzie zapoznać czytelnika z zastrzeżeniami, które Związek Lekarzy P. P. przeciw niemu wysunął i ujął w formę poprawek do projektu ustawy, skierowanych dn. 1.III b. r. przez Władze Związkowe do P. Marszałka Senatu, do Klubów Senatu, do P. Prezesa Rady Ministrów i do P. Ministra Opieki Społecznej. Podane będą tylko poprawki, dotyczące stanowiska czynnika lekarskiego w kierownictwie instytucjami ubezpieczeń społecznych, a mianowicie: dyrekcji i lekarza naczelnego, które proponują następującą organizację tych organów.

„Organem wykonawczym ubezpieczeń społecznych jest dyrekcja, w skład której wchodzą: *dyrektor*, zasadniczo lekarz, który posiada — 1) *pomocnika* w zakresie spraw administracyjno-finansowych i 2) *pomocnika* do spraw leczniczych z tytułem naczelnego lekarza. W kasach mniejszych (poniżej 20.000 ubezpieczonych) dyrektor-lekarz jest jednocześnie lekarzem naczelnym. Na czele dyrekcji stoi dyrektor Ubezpieczalni.

Naczelny Lekarz wykonuje ogólne kierownictwo nad działalnością ubezpieczalni w dziale lecznictwa. Jest on odpowiedzialny za właściwy dobór personelu lekarskiego i pracowników zatrudnionych w lecznictwie pod względem jego kwalifikacyj fachowych, jakoteż za należyte wykonywanie ich obowiązków.

Do zadań naczelnego lekarza należy między innemi:

1) Układanie preliminarza budżetowego i miesięcznych planów finansowych w dziale lecznictwa.

2) Wykonywanie budżetu lecznictwa Ubezpieczalni.

3) Zgłaszanie na posiedzeniach rady zarządzającej i wyłonionych przez nią komisyj wniosków w sprawach lecznictwa i profilaktyki, które mogą być uchwalone jedynie po wysłuchaniu opinji Naczelnego Lekarza.

4) Zgłaszanie wniosków w sprawie zawierania umów, przyjmowania, zwalniania i stabilizacji personelu lekarskiego i pracowników, zatrudnionych w lecznictwie, wprowadzanie nowoprzyjętych lekarzy w ich czynności.

5) Zgłaszanie wniosków w sprawie przyjmowania, zwalniania i stabilizacji urzędników i służby biurowej, z zastrzeżeniem kompetencji dyrektora.

6) Nadzór nad inwentarzem sprzętów i narzędzi lekarskich, nad recepturą i kontrolą chorych, zasiłkami, statystyką, regulowanie ruchu chorych.

7) Sprawy personalne lekarzy i pracowników, zatrudnionych w lecznictwie, ich urlopy i zastępstwa w czasie urlopów i choroby.

8) Wydawanie wzgl. zarządzenie wydawania orzeczeń o stanie zdrowia i zdolności do pracy kandydatów, ubiegających się o posady w ubezpieczalni, jakoteż osób, zgłaszających się na dobrowolnych członków Kasy.

9) Przyznawanie świadczeń ubezpieczonym z uwzględnieniem miesięcznych planów finansowych.

10) Rozstrzyganie między chorym a lekarzem ubezpieczalni spornych spraw na tle świadczeń.

11) Ustalenie współpracy z innemi instytucjami w zakresie profilaktyki i walki z chorobami społecznemi i zawodowemi.

12) Przygotowywanie sprawozdań miesięcznych i rocznych z działalności leczniczej i profilaktycznej U. S. do ogólnego sprawozdania.

Cz.

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE. Dwutygodnik. Nr. 6. Warszawa, 1933 r.

Oszczędności w szpitalach. — Dr. Abramowicz.

W artykule powyższym autor omawia te nowe zagadnienia, jakie się wyłoniły przed światem lekarskim w związku z zastąpieniem lekarzy naczelnych w szpitalach *dyrektorami*. Chwila obecna, okres ciężkiego ogólnokrajowego kryzysu gospodarczego i kryzysu samorządowego, wymaga od dyrektorów szpitali zastosowania w gospodarce szpitalnej daleko idących oszczędności. Z drugiej jednak strony, przeprowadzanie oszczędności w tak czułej na wszelkie zmiany i wstrząsy organizacyjne instytucji, jaką jest szpital, przedstawia szczególne niebezpieczeństwo. Szpital musi mieć zabezpieczone minimum „luksu-

su" w swoiście lekarskiem tego słowa znaczeniu, gdyż tego wymaga nietylko dobro chorego, ale także szerzej ujęta kalkulacja handlowa. Autor przytacza przykłady, jak brak dostatecznej opieki pielęgniarskiej (podobnie jak braki w instrumentarjum i t. p.) wielokrotnie przedłużył czas leczenia chorego w szpitalu ze wszelkiemi tegoż przykremi następstwami i dla chorego, i dla instytucji, na której koszt chory się leczył, i w pewnych przypadkach nawet dla samego szpitala. I dlatego nie wolno jest traktować szpitala narówni z innemi przedsiębiorstwami samorządowemi, czy też ubezpieczeniowemi, ponieważ nie pozwala na to ich delikatna i swoista struktura organizacyjna.

Są tu jednak dwie dziedziny, które powinny pójść na pierwszy ogień, jeśli chodzi o operacje oszczędnościowe: 1) leczenie „chroników" w szpitalach i 2) przetrzymywanie w szpitalach chorych (z różnych względów osobistych, społecznych i ubezpieczeniowych), którzy mogliby być leczeni ambulatoryjnie. „Chronicy" ciągle jeszcze stanowią bolączkę naszych szpitali, i konieczność umieszczania ich i grupowania, w specjalnie do tego dostosowanych oddziałach (taniej się kalkulujących) coraz wyraźniej narzuca się świadomości ogółu lekarzy.

Reasumując wyżej powiedziane, należy podkreślić, że do poprawy w budżecie szpitala należy dążyć nie przez drobiazgowe i czysto mechaniczne oszczędności, a drogą szerszego ujęcia sprawy, opartego na danych naukowych.

Cz.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE. Nr. 10. Warszawa, 1933 r.

Z labiryntu etyki lekarskiej. — Dr. Leon Zamenhof.

Artykuł zawiera uwagi, niezmiernie trafne naogół i... smutne, na temat konkurencji zawodowej i stosunków lekarzy między sobą, lekarzy wolnopraktykujących do kasowych i stosunków ogółu lekarzy do instytucji Kas Chorych.

Zawodowa etyka lekarska jest pojęciem tak słabo określonem i tak mało uchwytnem, że większość lekarzy zupełnie się w tej dziedzinie nie orjentuje; tem trudniejszą jest walka z wykroczeniami przeciwko tej etyce ze strony lekarzy, przejawiających złą wolę w tym kierunku i nie liczących się z jej nakazami moralnemi, jeśli chodzi o zdobycie pacjenta i pogrążenie kolegi konkurenta. Nie pomogą tu żadne rozprawy, ani uchwały na temat etyki wogóle, a etyki lekarskiej w szczególności, żadne mniej lub więcej jałowe dyskusje teoretyczne, gdyż winni są tu nietyle pojedyńczy lekarze, ile warunki, w jakich odbywa się praktyka lekarska. „Stwórzmy inne warunki praktyki lekarskiej, a godność lekarza podniesie się sama, bez sztucznych paragrafów deontologicznych".

Ów prąd destrukcyjny, nurtujący dotychczas tylko praktykę prywatną, przedostaje się obecnie i do Kas Chorych, godząc poważnie w sam byt tych instytucyj. Jednym z jego przejawów jest akcja w obronie tak zwanego wolnego wyboru lekarza, akcja — pozornie słuszna i prowadzona pozornie w interesie chorych. Akcja ta w dużym stopniu podcięła zaufanie społeczeństwa do Kas Chorych, nadając jej piętno instytucji „urzędowej", co jest o tyle niesłuszne, że lekarze kasowi nie ustępują w niczem lekarzom prywatnym, a cała sprawa polega w dużej mierze tylko na uprzedzeniu do lekarzy kasowych. Autor ma pełną świadomość tego, że Kasy Chorych w obecnej swej formie są dalekie od ideału, ale nawet gdyby było inaczej, to stosunek społeczeństwa do Kas nie uległby zasadniczej zmianie, gdyż stosunek ten kształtuje się pod wpływem naganki na Kasy między innemi i ze strony lekarzy, którzy widzą w nich źródło swej klęski materjalnej. Naganka ta ma charakter aspołeczny i godzący w byt samej instytucji ubezpieczeń społecznych i jako taka tolerowana być nie może. Jeśli samo społeczeństwo, bałamucone różnemi hasłami i nie orjentujące się w sytuacji, nie wystąpi wreszcie w obronie instytucji Kas Chorych, stworzonej dla jego dobra, to walkę tę podjąć będą musieli lekarze kasowi — „w imię nietyle interesów materjalnych, ile w obronie godności osobistej".

Cz.

AMTLICHE NACHRICHTEN FÜR REICHSVERSICHERUNG. Heft 3. Berlin. 1933.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im Geschäftsjahr 1932. (Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy w roku obrachunkowym 1932) — Von Präsident A. Griessmeyer.

DIE REICHSVERSICHERUNG. Heft 2/3. 1933.

Entwicklung und Stand der deutschen Sozialversicherung. (Rozwój i stan niemieckich ubezpieczeń społecznych)—Dr. Dobbernack, Sauerborn.

Die Wirtschaftlichkeit von Eigenbetrieben der Sozialversicherungsträger. (Gospodarczość własnych przedsiębiorstw instytucyj ubezp. społ.) — Heinze.

Regelbetrag und unwirtschaftliche Verordnungsweise in der Kassenpraxis. (Normalny koszt i nieekonomiczne zapisywanie leków w praktyce kasowej) — Dr. med. K. Finkenrath.

Drei Grundforderungen für den Neuaufbau der Invalidenversicherung. (Trzy zasadnicze żądania w sprawie nowej odbudowy ubezpieczenia inwalidzkiego). — Heintze.

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FUR SOZIALVERSICHERUNG. Heft 2. Prag. Februar 1933.

Zur Haftung der Krankenkassen für Verschulden der Arzte und Einrichtung der Krankenpflege (Ambulatorien, Heilanstalten u dgl.) nach österreichischem Rechte. (Odpowiedzialność Kas Chorych za przewinienia lekarzy i urządzenia lecznicze (ambulatorja, zakłady lecznicze i t. p.) według austrjackiego prawa). — Dr. A. Rudolph.

ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMTE VERSICHERUNGS-WISSENSCHAFT. 2 Heft. Berlin. April. 1933.

Der Versicherungsmathematiker im In- und Ausland. (Matematycy ubezpieczeniowi w kraju i zagranicą). Dr. phil. W. Schweer.

Die Veränderungen des Krankheitsrisikos in der Sozialversicherung. (Zmiany ryzyka chorobowego w ubezpieczeniach społecznych). — Dr. rer. pol. C. Henriques.

MONATSCHRIFT FUR ARBEITER- UND ANGESTELLTEN-VERSICHERUNG. Heft 3. März. 1933.

Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung im Jahre 1932. (Rozwój niemieckich ubezpieczeń społecznych w 1932 r.) — Dr. H. Jaeger.

REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Nr. 3. Mars 1933. Genève.

Les progrés techniques et le chômage. (Postęp techniczny i bezrobocie). — Mentor Bouniatian.

Une enquête sur la situation des chômeurs en Pologne. (Ankieta o sytuacji bezrobotnych w Polsce). — J. Rosner.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 22. III do 22. IV 1933 r.

1) *Ustawa* z dn. 15 lutego 1933 r. *o dostawach i robotach na rzecz* Skarbu Państwa, samorządu oraz *instytucyj prawa publicznego.* (Dz. U. R. P. Nr. 19 poz. 127).

Rada Ministrów ustala w drodze rozporządzeń sposoby i warunki udzielania zamówień na dostawy i roboty oraz przyjmowania dokonanych dostaw i robót dla Skarbu Państwa, samorządu terytorjalnego, instytucyj prawa publicznego, zakładów i przedsiębiorstw państwowych. W granicach upoważnień, ustalonych rozporządzeniami Rady Ministrów, poszczególni ministrowie w porozumieniu z Ministrami Przemysłu i Handlu oraz Skarbu będą mogli wydawać szczegółowe przepisy o dostawach i robotach dla podległych im działów administracji państwowej oraz instytucyj będących pod ich nadzorem.

Dostawy i roboty powinny być z reguły wykonywane przez przedsiębiorstwa krajowe oraz przy użyciu sił krajowych, surowców i wszelkich wyrobów pochodzenia krajowego.

Jak wynika z wyżej streszczonych przepisów, ustawa dotyczy między innemi również instytucyj ubezpieczeń społecznych.

2) *Ustawa* z dn. 14 marca 1933 *o likwidacji mienia* byłych rosyjskich *kas emerytalnych i przezorności.* (Dz. U. R. P. Nr. 21 poz. 146).

Znajdujące się na obszarze Rzplitej mienie kas emerytalnych, przezorności, zapomogowo-oszczędnościowych i innych kas pracowników byłych rosyjskich instytucyj rządowych podlega likwidacji, którą przeprowadzi Komisja w składzie ustalonym przez ustawę.

Sumy uzyskane z realizacji aktywów poszczególnej kasy, po pokryciu z nich kosztów likwidacji tejże kasy, zostaną użyte na zaspokojenie roszczeń uczestników danej kasy w stosunku zgłoszonego przez każdego uczestnika i przyjętego przez Komisję roszczenia do ogólnej sumy, podlegającej podziałowi z tytułu tego samego rodzaju roszczeń.

3) *Ustawa* z dnia 16 marca 1933 r. *o Funduszu Pracy.* (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 163). Fundusz Pracy ma na celu dostarczanie pracy lub środków utrzymania osobom, pozbawionym pracy, a nie posiadającym innych środków do życia, przedewszystkiem drogą uruchamiania gospodarczo uzasadnionych robót publicznych lub robót o znaczeniu publicznem, a następnie drogą prowadzenia w miarę koniecznej potrzeby bezpośrednio lub za pośrednictwem organizacyj społecznych pomocy doraźnej dla osób wyżej wymienionych, a nie objętych inną akcją pomocy.

Fundusz jest osobą prawną, zarządzaną przez następujące organy: prezes, komitet naczelny, dyrekcja, komitety lokalne.

Środki finansowe Funduszu Pracy czerpie: z opłat, z wpływów z zaległości podatkowych, uiszczanych w naturze, z wpłat związków komunalnych, dotacyj skarbu Państwa, z darów, zapisów i ofiar. Opłaty na Fundusz Pracy przewidziane są następujące: 1) opłaty od biletów wstępu, sprzedawanych na wszelkiego rodzaju publiczne zabawy, rozrywki, widowiska i zawody sportowe, 2) opłaty od stawek we wzajemnych zakładach, urządzanych przez towarzystwa wyścigów konnych, 3) opłaty od cukru, 4) opłaty od piwa, 5) opłaty od żarówek elektrycznych nowych i regenerowanych, 6) opłaty od spożycia gazu do użytku domowego, 7) opłaty za przebywanie w zakładach gastronomicznych i w salach bilardowych między godz. 24 i 6, 8) opłaty od czynszu dzierżawnego, osiągniętego z najmu mieszkań lub budynków wreszcie 9) opłaty od dochodu z uposażeń służbowych (wynagrodzeń za pracę najemną), emerytur, zaopatrzeń, rent, djet sejmowych i senackich, dochodu z pracy zawodowej, dochodu w postaci tantjem. Opłaty wymienione wyżej w p. 9 wynoszą 1% osiągniętego odpowiedniego dochodu, jedynie od dochodów w postaci tantjem pobierana będzie opłata w wysokości 2%, uzyskanego wynagrodzenia. Jeśli chodzi o opłaty od uposażeń służbowych lub wynagrodzeń za pracę najemną to 1% opłatę ponosi zarówno pracownik jak i jego pracodawca, z wyjątkiem jednak Skarbu Państwa i związków komunalnych, oraz instytucyj opieki społecznej, prowadzących akcję pomocy bezrobotnym; zupełnie zwolnione są od opłat na rzecz Funduszu Pracy osoby, pobierające zaopatrzenie inwalidzkie, robotnicy zatrudnieni w gospodarstwach rolnych i ich pracodawcy oraz osoby, zatrudnione w przedsiębiorstwach rzemieślniczych. Również wolne są od opłat na rzecz Funduszu Pracy emerytury, renty, zaopatrzenia, wypłacane przez instytucje ubezpieczeń społecznych, gdyż ustawa mówi, że opłaty ponoszą „osoby pobierające emerytury, renty lub zaopatrzenia ze Skarbu Państwa, z przedsiębiorstw lub Monopoli Państwowych, bądź też ze związków komunalnych lub instytucyj prywatnych, jeśli emerytura, renta bądź zaopatrzenie wynosi więcej niż 59 zł. miesięcznie". Instytucje ubezpieczeń społecznych, będące osobami prawa publicznego, nie mogą być zaliczone do żadnej z wymienionych wyżej kategoryj.

Ustawa weszła w życie dn. 1. IV b. r.

4) *Rozporządzenie* Prezesa Rady Ministrów z dn. 31 marca 1933 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych, Skarbu, Przemysłu i Handlu, Komunikacji, Opieki Społecznej oraz Rolnictwa i Reform Rolnych *o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy.* (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 176).

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy o Funduszu Pracy normuje między innemi, że kwoty potrącone na rzecz Funduszu przez pracodawców, przedsiębiorstwa i monopole państwowe, związki komunalne i instytucje prywatne oraz opłaty od pracodawców mają być wpłacane do Kas Chorych; za zgodą i na warunkach określonych przez Ministra O. S. mogą jednak kwoty i opłaty wyżej wymienione być uiszczane bezpośrednio na rachunek czekowy Funduszu Pracy w P. K. O. Za czynności, związane z wymiarem, poborem i kontrolą opłat Kasy Chorych mają prawo do odszkodowania w wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, które jednak nie mogą przekraczać 3% od wpływów z opłat i z kar za zwłokę. Przy przymusowem ściąganiu opłat na rzecz Funduszu Pracy, które dokonywane będzie zgodnie z przepisami, dotyczącemi postępowania egzekucyjnego władz skarbowych, właściwe Kasy Chorych zastępują Fundusz Pracy jako wierzyciela, z tem, że koszty, jakie w postępowaniu egzekucyjnem ponosi wierzyciel, obciążają Fundusz Pracy.

Nadzór nad czynnościami Kas Chorych w zakresie pobierania opłat na Fundusz Pracy sprawuje Fundusz Bezrobocia.

Rozporządzenie weszło w życie dn. 1.IV b. r.

5) *Statut Funduszu Pracy.* (Monitor Polski Nr. 75 z 1933 r.).

6) *Ustawa* z dn. 17 marca 1933 r. o zmianie ustawy z dn. 2 czerwca 1902 r. *o służbie marynarza.* (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 164).

7) *Ustawa* z dn. 24 marca 1933 r. w sprawie zmiany i uzupełnień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 15 lipca 1927 r. *o izbach przemysłowo-handlowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 25 poz. 210).

Ustawa zawiera między innemi następujące postanowienia, dotyczące statutów emerytalnych pracowników izb przemysłowo- handlowych. Statut emerytalny nie może odbiegać od obowiązujących przepisów o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonar-

juszów państwowych co do zasad, dotyczących długości okresu wyczekiwania, wysokości wymiaru zasadniczego zaopatrzenia emerytalnego, norm jego wzrostu, pełnego wymiaru, sposobu zaliczania państwowej służby cywilnej i wojskowej i czasu studjów wyższych.

Do wysługi emerytalnej ma być zaliczany czas faktycznej służby w izbach oraz okresy zatrudnienia, za które zostały przekazane składki ubezpieczeniowe w myśl art. 120 rozp. Prez. o ubezp. prac. um. Obecne statuty emerytalne pracowników izb powinny być dostosowane do zmienionych przepisów, przyczem nowe przepisy statutów o okresie wyczekiwania oraz zaliczaniu lat do wysługi emerytalnej będą się również stosować do dotychczasowych stałych pracowników izb przemysłowo-handlowych.

Zaopatrzenie emerytalne, przyznane byłym pracownikom izb na podstawie dotychczasowych przepisów, obniżone będzie według skali podanej w ustawie.

8) *Ustawa* z dn. 29 marca 1933 r. *o ulgach w zakresie oprocentowania i terminów spłaty wierzytelności.*

Postanowienia powyższej ustawy nie dotyczą wierzytelności hipotecznych, posiadanych przez zakłady ubezpieczeń społecznych.

9) *Rozporządzenie* Ministra Opieki Społecznej z dn. 9 stycznia 1933 r. w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu *w sprawie uprawnień robotników, zatrudnionych zagranicą, do zasiłków na wypadek bezrobocia.* (Dz. U. R. P. Nr. 26 poz. 215).

Ustawa z dn. 18. VII 1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia upoważniła Ministra O. S. do określenia warunków zaliczania czasu pozostawania w stosunku najmu pracy w przedsiębiorstwach i zakładach pracy położonych zagranicą do czasokresu podlegania obowiązkowi zabezpieczenia, uprawniającego do korzystania z zasiłków z powodu braku pracy.

Rozporządzenie wyżej podane normuje to zagadnienie w ten sposób, że czas trwania stosunku najmu w przedsiębiorstwach (analogicznych do tych, w których praca uzasadnia obowiązek ubezpieczenia w myśl ustawy o zabezpieczeniu), położonych na obszarze państw: Francji, Belgji, Rzeszy Niemieckiej, Holandji, Luksemburga, Czechosłowacji, Austrji, Rumunji oraz na obszarze W. M. Gdańska zalicza się bezrobotnym zamieszkałym na obszarze Rzplitej, którzy zatrudnieni byli w wymienionych przedsiębiorstwach, bądź to zamieszkując zagranicą, bądź to zamieszkując na obszarze Rzplitej. Czas pracy w innych państwach zalicza się wtedy, jeśli bezrobotny po rozwiązaniu stosunku najmu pracy zagranicą zatrudniony był na obszarze Państwa Polskiego co najmniej 13 tygodni.

Podstawą wymiaru zasiłku dla bezrobotnych, którzy ostatnio przed zgłoszeniem swych roszczeń byli zatrudnieni co najmniej przez 13 tygodni [1]) na obszarach państw wyżej wymienionych, stanowi zarobek tygodniowy jednej z ośmiu klas, na które rozporządzenie dzieli pracowników, zatrudnionych zagranicą w zależności od wysokości otrzymywanego tam zarobku. W razie, o ile robotnik był w ciągu ostatnich 13 tygodni zatrudniony kolejno w kraju i zagranicą, wówczas dla obliczenia podstawy wymiaru zasiłku następuje zsumowanie zarobku krajowego i zagranicznego, przyczem jeśli wyprowadzony zarobek przeciętny wyniesie więcej aniżeli 6 zł., to zasiłek oblicza się od 6 zł. Robotnikom, którzy po pracy zagranicą podlegali co najmniej w ciągu 13 tygodni obowiązkowi zabezpieczenia w zakładach pracy, położonych na obszarze Rzplitej, podstawę wymiaru zasiłku oblicza się w myśl przepisów ogólnych.

Poza wyżej streszczonemi przepisami rozporządzenie normuje jeszcze tryb i sposób zgłaszania roszczeń o zasiłki oraz wylicza rozporządzenia, które straciły moc obowiązującą.

Rozporządzenie weszło w życie z dniem ogłoszenia (13. IV. 33 r.).

10) *Ustawa* z dn. 22 marca 1933 r. *w sprawie zmiany* rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. *o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.*

Postanowienia ustawy podane były w „Przeglądzie Ubezpieczeń" Nr. 4 z b. r. str. 217.

11) *Zmiany statutu Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Król. Hucie.* (Monitor Polski Nr. 77 z dn. 3 kwietnia 1933 r.).

Zmiany dotyczą prawa podpisywania dokumentów i innych pism, formalności przy zgłaszaniu pracowników do ubezpieczenia (nowe formularze) oraz wypłaty świadczeń dla bezrobotnych.

DZIAŁ URZĘDOWY

ZARZĄDZENIA ZWIĄZKU KAS CHORYCH od 22 marca — 12 kwietnia 1933 r.

OKÓLNIKI DO KAS CHORYCH

Subwencje na kolonje letnie.

Okólnik Nr. 43/33 z dnia 22 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych zapytuje Kasy, jakim instytucjom zamierzają udzielić subwencji w r. 1933 na organizację kolonji letnich, i jaką liczbę dzieci wyślą do każdej subwencjonowanej kolonji.

Wykaz zbędnych przyrządów w Kasach Chorych.

Okólnik Nr. 44/33 z dnia 25 marca 1933 r.

Okólnik przedstawia nadesłany przez Kasy wykaz zbędnych przyrządów lekarskich, które zamierzają Kasy odsprzedać (lampy kwarcowe, aparaty roentgenowskie, fotel dentystyczny i inne).

[1]) Podstawą wymiaru zasiłku jest przeciętny zarobek z ostatnich 13 tygodni przed utratą pracy.

Przedłużenie umowy w sprawie leczenia członków Zw. Stow. Ociemniałych Żołnierzy.

Okólnik Nr. 45/33 z dnia 25 marca 1933 r.

Związek zwraca się do Kas o wyrażenie zgody na przedłużenie umowy w sprawie leczenia w Kasach Chorych członków Związku Stow. Ociemniałych Żołnierzy. Przedłużenie ma obowiązywać do ostatniego dnia tego miesiąca, w którym zacznie obowiązywać rozporządzenie wykonawcze do ustawy z dnia 17 marca 1933 r. o zaopatrzeniu inwalidzkiem, najdalej jednak do 31 grudnia 1933 r.

Nowe druki dla Kas Chorych

Okólnik Nr. 46/33 z dnia 28 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych wydał nowe druki:

1) wzór Nr. 40/z—asygnata na zasiłek połogowy;
2) wzór Nr. 164/z — kwitarjusz dla inkasentów;
3) wzór Nr. 165/z — kwitarjusz ogólny (dowód wpłaty).

Druki powyższe są do nabycia w Oddziale Związku Kas Chorych w Krakowie, ul. Batorego 5.

Stosowanie wina owocowego zamiast gronowego.

Okólnik Nr. 47/33 z dnia 29 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych komunikuje, że Ministerstwo Opieki Społecznej reskryptem z dnia 4 marca 1933 r. Nr. Z. F. 33/72/1 skierowanym do Związku uznało za możliwe zezwolić aż do odwołania na sporządzenie Sirupus auranti corticis na winie owocowem, odpowiadającem wymaganiom farmakopealnym, stawianym winom gronowym z uwzględnieniem różnicy składników chemicznych.

Ponieważ stosowanie wina owocowego zamiast gronowego jest ze względów gospodarczych Państwa, jak również i Kas Chorych bardzo wskazane, przeto Związek zaleca Kasom, aby zaniechały stosowania wina gronowego do przyrządzania ulepku pomarańczowego.

W sprawie wykazów młodocianych ubezpieczonych w Kasach Chorych.

Okólnik Nr. 48/33 z dnia 29 marca 1933 r.

Do wszystkich Kas Chorych.

„Związek Kas Chorych okólnikiem Nr. 7/33 z dn. 17 stycznia — znak 11.46.2, zarządził przeprowadzenie badań młodocianych we wszystkich Kasach Chorych.

Ze względu na zapobiegawczą wartość tych badań Kasy Chorych winny być w ścisłym kontakcie z inspektorami pracy, którzyby w ten sposób mieli możność kierowania większej liczby młodocianych do badań lekarskich.

Ponieważ drobne zakłady rzemieślnicze i przemysłowe nie są włączone do rejestrów inspekcji pracy, przeto młodociani, pracujący dość licznie w tych zakładach, mogliby uniknąć tych badań, co byłoby sprzecznem z dążeniami zapobiegawczemi.

By uniknąć nierównomiernego traktowania młodocianych wielkich i małych zakładów przemysłowych i rzemieślniczych, Związek Kas Chorych w myśl pisma Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 8 marca 1933 r. Nr. 969/P. In. zarządza:

1) Kasy Chorych po otrzymaniu niniejszego okólnika w przeciągu 10 dni złożą właściwemu inspektorowi pracy wykaz ubezpieczonych młocianych od lat 15 (ukończonych) do lat 18.
2) Kasy Chorych sporządzać będą co miesiąc wykazy wszystkich zgłoszonych do ubezpieczenia pracowników od 15 — 18 lat. Wykazy mogą mieć formę, jak wykazy w myśl zarządzenia Związku z dnia 28.XI.1931 r. L. 1190/Og/31 w sprawie dzieci nieletnich.
3) Ponieważ nie wszystkie Kasy Chorych przesyłają inspekcji pracy wykazy dzieci nieletnich, Związek poleca przestrzeganie okólnika, wymienionego w p. 2.
4) We wszystkich wykazach winna być podawana data urodzenia, a nie wiek młodocianego pracownika, gdyż, jeżeli Kasa Chorych podaje tylko wiek (np. lat 15 albo lat 18), inspektor pracy musi niejednokrotnie dopiero w zakładzie pracy stwierdzać, czy młodociany ukończył już lat 15 względnie lat 18.
5) W okólniku Nr. 7/33 Związek wyznaczył tylko 17 Kas Chorych, które mają obowiązek przeprowadzać badania wg norm ustalonych w r. 1930 i 1931 r. O ile inne Kasy Chorych ze względu na stosunki miejscowe i większą liczbę młodocianych chcą przeprowadzać badania młodocianych również w/g ustalonych norm dla 17 Kas Chorych, wymienionych w okólniku Nr. 7/33, Kasy Chorych zechcą się zwrócić z odpowiednim wnioskiem do Związku Kas Chorych.

Związek poleca ścisłe przestrzeganie zarządzeń, zawartych w niniejszym okólniku".

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz (—) Doc. Dr. Czarnocki
Lekarz Naczelny:
(—) Dr. H. Wilczyński

Wyjaśnienia dla księgowości.

Okólnik Nr. 49/33 z dnia 30 marca 1933 r.

Okólnik podaje szereg wyjaśnień dla księgowości, dotyczących układania planów finansowo-gospodarczych i zamknięć rachunkowych.

Uruchomienie ośrodka skórnych chorób zawodowych.

Okólnik Nr. 50/33 z dnia 30 marca 1933 r.

Do wszystkich Kas Chorych.

„Związek Kas Chorych zawiadamia, że przy współudziale Kasy Chorych w Warszawie uruchomił dnia 6.III.1933 r. pierwszy ośrodek skórnych chorób zawodowych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Ordynatorem ośrodka jest Dr. Bernhard, a asystentem — Dr. Sinko. Ośrodek składa się z przychodni i oddziału szpitalnego dla mężczyzn i kobiet. Wszystkie Kasy Chorych, a zwłaszcza kierujące ubezpieczonych do leczenia specjalistycznego do Kasy Chorych w Warszawie, mogą również korzystać z tego ośrodka skórnych chorób zawodowych. W tym celu Kasy Chorych kierować mogą ubezpieczonych do infirmerji Kasy przy ul. Sewerynów Nr. 5, gdzie otrzymaja oni przekaz do ośrodka skórnych chorób zawodowych. Do powyższego ośrodka należy kierować tylko takich chorych, u których:

1) choroba skórna trwa dłużej, niż 6 tygodni,
2) istnieją nawroty tej samej skórnej choroby,
3) występuje z tego powodu niezdolność do pracy zawodowej,
4) istnieje podejrzenie o symulację

Chorych ze skórnemi chorobami pochodzenia zakaźnego nie należy kierować do ośrodka skórnych chorób zawodowych".

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz (—) Doc. Dr. Czarnocki
Lekarz Naczelny:
(—) Dr. H. Wilczyński

Inwentarze do bilansu zamknięcia.

Okólnik Nr. 51/33 z dnia 31 marca 1933 r.

Związek Kas Chorych wyjaśnia, do jakich pozycyj bilansu zamknięcia należy dołączać szczegółowe inwentarze.

Uzupełnienie mianownictwa chorób.

Okólnik Nr. 52/33 z dnia 7 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zarządza, by przy mianownictwie chorób i przyczyn zgonów do liczb 14/35 oraz 23/88 w celu dokładniejszego sprecyzowania oznaczonych przez te liczby zachorzeń dodać:

do pierwszej: a. rzężączka b. inne choroby weneryczne

zaś do drugiej: a. jaglica b. inne choroby oczu.

Normalizacja druków w zakresie lecznictwa sanatoryjnego

Okólnik Nr. 53/33 z dnia 10 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia o wydaniu formularzy druków, potrzebnych dla użytku Kas Chorych, oraz Sanatorjów Związku Kas Chorych i Kas Chorych w zakresie lecznictwa sanatoryjnego.

FABRYKA
WYROBÓW DRZEWNYCH
WYKONUJE
ROBOTY STOLARSKIE, SKRZYNIE
I OPAKOWANIA DRZEWNE
S. RADZANOWICZ
WARSZAWA, TEL. 723-07.

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

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

Dla pracowników instytucyj ubezpiecz. społ. i urzędników państwowych cena w prenumeracie zł. 2 mies.

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. 23-429

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.

BIBLJOTECZKA „WIADOMOŚCI KAS CHORYCH"

wydała następujące tomiki:

Nr. 1. Społeczne problemy w nauce lekarskiej — Dr. **Henryk Kłuszyński** (wyczerpany) . . Zł. —.—
Nr. 2. Społeczne Sanatorja Przeciwgruźlicze w Polsce. — Spis, opracowany przez Zrzeszenie Dyrektorów Sanatorjów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym . . „ —.50
Nr. 3. Uwagi o przepisach Ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby — **Karol Weyman** (wyczerpany , ... „ —.—
Nr. 4. Kryzys gospodarczy a Kasy Chorych—**A. U.** „ —.50
Nr. 5. Stan ubezpieczenia na wypadek choroby w roku 1930 — Na podstawie sprawozdania p. **Georges Petit'a**, Prezesa Międzyn. Organizacji Kas Chorych, wygłoszonego na jej IV Kongresie w Dreznie—opracował **J. K.** „ —.50
Nr. 6. Normalizacja kosztów świadczeń w Kasach Chorych — Dr. **A. Zarewicz,** Inspektor lekarski Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie . . „ —.50
Nr. 7. Ilość ubezpieczonych i przypis składek w Kasach Chorych w latach 1929/30 . . „ —.50
Nr. 8. O instrukcji w sprawie administracji w Kasach Chorych w Austrji . . . . . „ —.50
Nr. 9. Stanowisko prawne pracowników Kas Chorych w ramach przepisów rozporządzenia Prezyd. Rzeczypospolitej z 29.XI.1930 r. — o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj Ubezpieczeń Społecznych — **Wacław Tarski** „ —.50
Nr. 10. Badania młodocianych w Kasach Chorych w roku 1930 — Sprawozdanie Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce „ —.50
Nr. 11. Podstawy opieki nad dzieckiem w pierwszych 2-ch latach życia i opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu — Dr. **Henryk Kłuszyński** . . . . . „ —.50
Nr. 12. Międzynarodowe umowy ubezpieczeniowe: Umowa pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a Rzeszą Niemiecką o ubezpieczeniu społecznem — **J. K.**
Ubezpieczenie na wypadek choroby w polsko-niemieckiej umowie o ubezpieczeniu społecznem — **St.**
Umowa o ubezpieczeniu społecznem pomiędzy Czechosłowacją a Niemcami — **J. K.** „ —.50
Nr. 13. Sprawozdanie Kasy Chorych m. Poznania za 1930 r. — Dr. **Cz. Jakubowski** . . . „ —.50
Nr. 14. Kasy Chorych w latach 1925—1930 w świetle bilansów — **A. U.** . . . . . „ 1.—
Nr. 15. Międzynarodowe i międzydzielnicowe zagadnienia ubezpieczenia na wypadek choroby — Dr. **St. F.** . . . . . „ —.50
Nr. 16. Ubezpieczenia społeczne we Francji — **J. K.** „ —.50
Nr. 17. Działalność międzynarodowej centrali i sytuacja ubezpieczenia na wypadek choroby w poszczególnych krajach w roku 1931 . „ —.50
Nr. 18. Organizacja i technika pracy w Okręgowych Kasach Chorych — Dr. **A. Zarewicz** . . „ —.50
Nr. 19. Normy organizacyjne Kas Chorych . . „ —.50
Nr. 20. Stosunki służbowe pracowników w Kasach Chorych , ... „ —.50
Nr. 21. Instytucje Samorządu Terytorjalnego i Kasy Chorych na tle wzajemnych pretensyj z tytułu postanowień Ustawy z dnia 19.V 1920 r. — **A. U** . . . . . „ —.50
Nr. 22. Lek jako wartość — **Henryk Kłuszyński** (wyczerpany) . . . . . „ —.—
Nr. 23. Ubezpieczenie na wypadek choroby a leczenie zdrojowe . . . . . „ —.50
Nr. 24. Majątek Kas Chorych a fundusz zapasowy — **S. D.** . . . . . „ —.50
Nr. 25. Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego (Praca zbiorowa) . . . . . „ —.50
Nr. 26. Nadzór państwowy nad instytucjami ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby— **Wacław Tarski** . . . . . „ —.50
Nr. 27. Ubezpieczenie na wypadek choroby pracowników umysłowych . . . . . Zł. —.50
Nr. 28. Koszty administracji w Kasach Chorych — **A. U.** . . . . . „ —.50
Nr. 29. Gospodarka finansowa Kas Chorych w 1930 roku — **A. U.** . . . . . „ —.50
Nr. 30. Ubezpieczenia społeczne we Włoszech—**J. K.** „ —.50
Nr. 31. Gromadzenie rzeczywistych rezerw oraz rola jaką miałyby one do spełnienia w całokształcie życia finansowego Kas Chorych— **S. D.** . . . . . „ —.50
Nr. 32. Statut Stowarzyszenia „Centrala Zakupów dla Kas Chorych" (Wyd. I—wyczerpane) „ —.—
Nr. 33. Zarys księgowości aptecznej w Kasach Chorych — **Jan Kocur** . . . . . „ —.50
Nr. 34. Kolonje i Półkolonje letnie dla dzieci w roku 1931:
Udział Kas Chorych w akcji Kolonij letnich w roku 1931 (sprawozdanie ogólne i poszczególnych Okręgowych Związków Kas Chorych);
Zestawienie miejscowości Kolonij letnich w 1931 r., urządzonych przez Kasy Chorych lub przy ich współpracy (podług okręgów;
Działalność Kolonij letnich na terenie Państwa Polskiego w roku 1931 (sprawozdanie ogólne) . . . . . „ 1.—
Nr. 35. Zagadnienie gruźlicy w Kasach Chorych w świetle liczb — **Dr. M. Grodecki** i **Dr. St. Sielicki** . . . . . „ —.50
Nr. 36. Gospodarka finansowa Kas Chorych w 1931 roku — **A. U.** . . . . . „ 1.—
Nr. 37. Zagadnienie ekonomicznego lecznictwa w Kasach Chorych — **Dr. H. Kłuszyński** (Wydanie I — wyczerpane) . . . . . „ —.—
Nr. 38. Spis adresów Kas Chorych . . . . . „ 1.—
Nr. 39. Pracownicy młodociani w świetle badań Kas Chorych — **Prof. L. Waściszakowski** . . „ 1.—
Nr. 40. Statut stowarzyszenia „Centrala Zakupów dla Kas Chorych" (Wydanie II) . . . „ —.50
Nr. 41. Zagadnienie ekonomicznego lecznictwa w Kasach Chorych — **Dr. Henryk Kłuszyński** (Wydanie II uzupełnione) . . . . . „ 1.—

Poszczególne tomiki „Bibljoteczki" oraz innych wydawnictw

„WIADOMOŚCI KAS CHORYCH"

są do nabycia w Administracji: Warszawa, Nowy Świat 23/25.

Wyciąć i przesłać w kopercie jako druk:

ZAMÓWIENIE.

Niniejszem zamawiam ..... tomiki Bibljoteczki „Wiadomości Kas Chorych" Nr. Nr. .....

..... po ..... egzemplarzy

dla .....

Adres: .....

Należność za powyższe zamówienie, w kwocie

..... zł. ..... gr., została wysłana w dniu .....

na konto P. K. O. Nr. 23429.

Powyższe zamówienie wysłać za zamówieniem.

(Niepotrzebne skreślić).

Data ..... Pieczęć i podpis

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie Rachunek Działalności za 1931 rok

WYDATKI		zł.	gr.	zł.	gr.
I	**Koszta administracyjne** w/g wyj. Nr. 1				
	a) wydatki osobowe	310.533	60		
	b) wydatki rzeczowe	59.240	74	369.774	34
II	**Koszta ogólne** w/g wyj. Nr. 2			79.579	93
III	**Wydział lekarski i retaksacyjny** w/g wyj. Nr. 3			162.034	87
IV	**Agendy i imprezy** w/g wyj. Nr. 4				
	1. Porady u lekarzy specj. w W-wie	13.018	—		
	2. Lecznice obce, analizy i kontr. lek.	87.183	20		
	3. Wydawnictwa (koszt własny sprzed. wyd.)	4.973	35		
	4. Eksploatacja lasu w Gostyninie	4.998	11		
	5. Koszta likwidacji Zakł. Rentgen. w Lublinie	2.960	—		
	6. Infirmerja w Wilnie	85.222	43		
	7. Uzdrowisko w Busku	113.621	17		
	8. Zakład Rentg. w Białymstoku	86.474	17		
	9. Apteka w Wilnie	567.588	60		
	10. Kolonja Lecznicza w Ciechocinku.	45.476	97	1.011.516	—
V	**Odpisy:**				
	10% składki normalnej od sumy zł. 1.247.986.68 na fundusz zapasowy.			124.798	67
	Nadwyżka			970.356	07
				2.718.059	93

WPŁYWY		zł.	gr.
I	**Wpływy ze składek.**	1.247.986	68
II	„ „ **sprzedaży wydawnictw**	6.541	80
III	„ „ **tyt. zwrotów za porady i leczenie**	100.271	20
IV	„ „ **eksploatacji lasu w Gostyninie.**	15.744	31
V	„ „ **infirmerji w Wilnie**	77.048	77
VI	„ „ **Uzdrowiska w Busku**	122.987	37
VII	„ „ **Zakł. Rentg. w Białymstoku**	45.399	33
VIII	„ „ **apteki w Wilnie**	604.173	87
IX	„ **z retaksacji recept**	204.555	32
X	„ **za odsetki**	395.420	63
XI	„ **różne**	22.692	05
XII	„ **z zakł. rentg. w Lublinie** (w likwid.)	1.727	10
XIII	„ „ **Kolonji Leczniczej w Ciechocinku**	42.611	50
XIV	„ „ **podnajmu lokalów własnych**	15.000	00
		2.718.059	93

Warszawa, dnia 29 lutego 1932 r.

Buchalter	Dyrektor	Komisarz Zarządzający	Naczelny Lekarz
(—) **W. Gilewski**	(—) **B. Dratwa**	(—) **M. Downarowicz**	(—) **Dr. M. Stawiński**

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie Bilans netto za 1931 rok

AKTYWA

		zł.	gr.	zł.	gr.	zł.	gr.
I	**Gotówka**						
	w Kasie Centrali			15.353	41		
	„ „ podręcznej w Centrali			200	—		
	„ P. K. O. Nr. konta 51.146			49.427	75		
	„ „ „ „ 80.852			523	05		
	„ Banku Gosp. Kraj. w W-wie Nr. konta 1351			10.832	85		
	„ kasie w Gostyninie			239	64		
	„ „ infirmerji w Wilnie			200	—		
	„ „ Zakł. Rentg. w Białymstoku			2.556	30		
	„ „ apteki w Wilnie			200	—		
	„ „ Ekspozytury w Wilnie			15.330	79	94.863	79
II	**Weksle, zaliczenia, papiery wartościowe** w/g wyjaśn. Nr. 1						
	Weksle w portfelu			55.271	12		
	„ na inkasie w P. K. O.			54.106	59		
	Zaliczenia pocztowe			4.450	39		
	Papiery wartościowe			500	—		
	Weksle w Ekspozyturze w Wilnie			8.190	—		
	Weksle protestowane			622	74		
	Niezrealizowane kupony Obl. Poż. Bud.			15	—	123.155	84
III	**Dłużnicy** w/g wyjaś. Nr. 2						
	Kasy Związkowe w/g zał.						
	a) za składki	1,912.726	52				
	b) za leczenie i inne należności	2,668.624	74	4,581.351	26		
	Obce Kasy Chorych w/g zał.			209.921	—		
	Pracownicy Związku			13.116	29		
	Instytucje w/g zał.			40.687	98		
	Firmy i osoby prywatne w/g zał.			1.663	63	4,846.740	16
IV	**Sumy przechodnie** w/g wyj. Nr. 3					17.269	—
V	**Lasy w Gostyninie**					365.105	87
VI	**Nieruchomości**			250.170	47		
	w Białymstoku						
	w Gostyninie						
	a) grunt	45.600	—				
	b) budynek	33.817	74	79.417	74	329.588	21
VII	**Ruchomości**						
	w Białymstoku			132.518	13		
	w Busku			24.630	37		
	Kolonji letniej			20.532	70		
	w Centrali			56.168	28		
	Apteki w Wilnie			37.089	66		
	Biura Ekspozytury w Wilnie			26.468	08		
	Infirmerji w Wilnie			10.983	33		
	w Gostyninie			318	60	308.709	15
VIII	**Zapasy i magazyny** w/g wyjaśn. Nr. 4					130.740	93
						6,216.172	95

PASSYWA

		zł.	gr.	zł.	gr.	zł.	gr.
I	**Wierzyciele** w/g wyjś. Nr. 5						
	Kasy Związkowe			1.108	12		
	Obce Kasy Chorych			2.200	13		
	Instytucje			615.028	81		
	Firmy i osoby prywatne			57.092	85	675.429	91
II	**Sumy przechodnie** w/g wyjś. Nr. 6					18.301	24
III	**Fundusze**						
	a) na bud. sanatorjum i uzdrowisk			795.456	05		
	b) zapasowy						
	z lat ubiegłych	1,883.945	64				
	za rok sprawozdawczy	124.798	67	2,008.744	31		
	c) amortyzacyjny						
	z lat ubiegłych	131.351	22				
	za rok sprawozdawczy	35.479	66	166.830	88	2,971.031	24
IV	**Nadwyżka**						
	a) z lat ubiegłych			1,581.054	49		
	b) za rok sprawozdawczy			970.356	07	2,551.410	56
						6,216.172	95

Dnia 29 lutego 1932 r.

Buchalter
(—) **W. Gilewski**

Dyrektor
(—) **B. Dratwa**

Komisarz Zarządzający
(—) **M. Downarowicz**

Naczelny Lekarz
(—) **Dr. M. Stawiński**

Zakład Ubezp. Pracown. Umysł. we Lwowie ogłasza

KONKURS

na stanowisko **Lekarza-Dyrektora** dla Zakładu Leczniczego „Lwigród" w Krynicy mieszczącego 220 łóżek

Wymagane warunki:

1) Obywatelstwo polskie, dyplom lekarski, uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej.

2) Conajmniej 3-letnia praktyka lekarska odbyta w szpitalu lub w klinice w zakresie interny, ginekologji i chirurgji.

3) Gruntowna znajomość praktyczna administracji i gospodarki w zakładach leczniczych.

4) Teoretyczna i praktyczna znajomość zasad i metod leczniczych balneologicznych oraz terapji fizykalnej.

5) Wymogi wyliczone w powyższych punktach od 1 — 4 winne być poparte dokumentami ponadto do podania ma być dołączone świadectwo zdrowia i szczegółowy życiorys.

6) Podania w opieczętowanych kopertach wraz ze wszystkimi dokumentami można wnosić najpóźniej do dnia 15 maja 1933 r. na ręce Dyrektora Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie ul. Piekarska L. 1 A.

7) Posada jest do objęcia od 1 czerwca 1933. Wynagrodzenie zależne od umowy.

Lwów, dnia 26 kwietnia 1933 r.

Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie.

Komisarz Zakładu: Dr. Wł. Stesłowicz.

Dyrektor Zakładu: St. Bieniewski.

KONKURS

na stanowisko **lekarza naczelnego** Kasy Chorych w **Brześciu n/B.**, która działalnością swą obejmuje powiaty administracyjne: Brzeski, Kobryński, Prużański, i Kosowski.

Kandydaci na to stanowisko winni wykazać, że posiadają:

1) obywatelstwo polskie;

2) dyplom ukończenia Wydziału lekarskiego uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem;

3) przynajmniej trzechletnią praktykę w Zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu);

4) przynajmniej pięć lat pracy na stanowisku administracyjno-lekarskiem, a w tem przynajmniej rok w Kasie Chorych.

Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska ani pełnić płatnych funkcyj poza Kasą Chorych bez osobnego zezwolenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Do stanowiska lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości do zł. 950, dziewięćset pięćdziesięciu, zależnie od kwalifikacji.

Nadanie stanowiska lekarza naczelnego nastąpi prowizorycznie na warunkach rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych, z tem, że w razie zadawalającej pracy w przeciągu jednego roku, nastąpi zawarcie dalszej umowy stosownie do przepisów służbowych.

Podanie udokumentowane uwierzytelnionymi odpisami i z dołączeniem dokładnego opisu życia, należy składać w Kasie Chorych w Brześciu n. B. w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza naczelnego" do godziny 12-ej dnia 10-go maja 1933 r.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi, należy uważać za nieuwzględnione.

Brześć n. B dnia 26.4 1933 r.

Komisarz Zarządzający Kasy Chorych
Wacław Junosza Piotrowski.