PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ROK VIII
WARSZAWA
CZERWIEC 1933 R.
ZESZYT 6
MIESIĘCZNIK

DR. LUIGI CLERICI
Zastępca Naczelnego Dyrektora
Narodowej Kasy Ubezpieczeń Społecznych
Naczelny redaktor czasopisma
„Le Assicurazioni Sociali"

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ITALJI

Podobnie jak w większości innych państw europejskich, tak i we Włoszech ubezpieczenia społeczne rozwinęły się w okresie powojennym bardzo znacznie; prądy obyczajowe i umysłowe wytworzone przez faszyzm zapewniły włoskim ubezpieczeniom społecznym szczególnie daleko idące możliwości rozwojowe. Z biegiem czasu wprowadzono w życie ochronę pracy w szerokim zakresie, a w dalszym ciągu zostanie ona zastosowana w sposób jeszcze bardziej pełny i dokładny, ponieważ stanowi jedną z głównych wytycznych programu państwa korporacyjnego.

Duce oświadczył, że opieka społeczna musi być wyrazem zasady współpracy klas społecznych, stanowiącej podstawę włoskiego państwa korporacyjnego, i w „Karcie Pracy" („Carta del Lavoro") określił w sposób zgodny z zasadą powyższą główne linje programu rządowego w dziedzinie opieki społecznej. Programowe oświadczenia Karty Pracy, która, jak wiadomo, pochodzi z roku 1927, dotyczą następujących celów: poprawienie ubezpieczenia od wypadków; rozszerzenie i podwyższenie ochrony macierzyństwa; wprowadzenie ubezpieczenia przeciw chorobom zawodowym i przeciw gruźlicy, przyczem wymieniony ostatnio dział ubezpieczeń społecznych miał utorować drogę do wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia obowiązkowego na wypadek choroby; rozwój ubezpieczenia na wypadek bezrobocia; powołanie do życia wszędzie tam, gdzie to jest technicznie możliwe, opartych na wzajemności kas chorych.

Zagadnienie reformy ubezpieczenia od wypadków poddane zostało gruntownemu rozpatrzeniu przez specjalną komisję techniczną. Obowiązkowe ubezpieczenie przeciwgruźlicze jest już od roku 1928 faktem dokonanym. Umożliwiło ono stworzenie jednolitego i skutecznego frontu w walce przeciw gruźlicy, którą to walkę prowadziły dotąd rozliczne instytucje opieki publicznej środkami zupełnie niedostatecznemi, bez jakiejkolwiek jednolitej organizacji.

Ochronę przed chorobami zawodowemi wprowadza ustawa z maja 1929 r. do której przepisy wykonawcze nie zostały jeszcze wydane, ponieważ wiążą się one jaknajściślej z reformą ubezpieczenia od wypadków. Włoska lista chorób zawodowych, które ma objąć ubezpieczenie, przekracza odpowiednie propozycje konferencji genewskiej z r. 1925; również i w zakresie ochrony macierzyństwa faszyzm poszedł dalej niż to przewidują uchwały konferencji waszyngtońskiej z r. 1919, rozszerzając zakres tej ochrony z robotnic również i na pracownice umysłowe, zatrudnione w przemyśle, podobnie jak i na pracownice i robotnice przedsiębiorstw handlowych.

Na szczególną uwagę zasługuje rozwój prac w zakresie zdrowotności publicznej, podjętych około zapobiegania i zmniejszania inwalidztwa. Ubezpieczenie przeciwgruźlicze połączono z ubezpieczeniem inwalidzkiem i starczem. Ubezpieczenie na wypadek choroby rozwinęło się z biegiem czasu coraz bardziej w formie dobrowolnie powołanych do życia kas wzajemnych, tworzonych bądź w poszczególnych przedsiębiorstwach, bądź też w poszczególnych syndykatach.

Po przedstawieniu w ten sposób w ogólnych zarysach zainteresowania, jakie okazano w ostatnich latach we Włoszech ubezpieczeniu społecznemu, przechodzimy skolei do omówienia poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych. Wydaje się tylko jeszcze konieczną jedna wstępna uwaga co do instytucyj ubezpieczeniowych. Podczas gdy obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków prowadzone było dotąd konkurencyjnie przez różne instytucje ubezpieczeniowe, powierzono wykonywanie obowiązkowego ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego, podobnie jak i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i ubezpieczenia przeciwgruźliczego jednej instytucji, opartej na zasadzie powszechności, a mianowicie „Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali", która według postano-

wień wydanego ostatnio dekretu ma otrzymać nazwę „Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale".

Obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków było pierwszem ubezpieczeniem wprowadzonem we Włoszech, zaczątki jego łączą się z ustawą z roku 1898, która ograniczała się do wypadków w przemyśle. Ustawa z r. 1917 rozszerzyła ubezpieczenie od wypadków również i na robotników rolnych, których ubezpieczeniu poświęcono jednak pewne specjalne i odrębne od ogólnych przepisy.

Ubezpieczenie od wypadków opiera się we Włoszech, jak zresztą prawie wszędzie, na niemieckiem pojęciu ryzyka zawodowego, którego ciężary ubezpieczeniowe nałożono wyłącznie na pracodawców.

Początkowo i to do stosunkowo niedawnego okresu czasu (1926 r.) ubezpieczenie od wypadków w przemyśle prowadzone było jako zwykłe przedsiębiorstwo konkurencyjne, przyczem do wykonywania tego działu ubezpieczeń społecznych uprawnione były również prywatne towarzystwa asekuracyjne i prywatne kasy, uruchomione przy poszczególnych przedsiębiorstwach. Obecnie element konkurencyjny ograniczony został w sposób bardzo wyraźny. Instytucjami ubezpieczeniowemi są Narodowa Kasa Wypadkowa (Cassa Nazionale Infortuni) i połączone z sobą w osobne konsorcja syndykaty wzajemnego ubezpieczenia, t. j. związki różnych przedsiębiorstw, syndykaty ubezpieczenia marynarzy i sycylijski syndykat dla robotników kopalni siarki.

Ustawa wymienia imiennie przedsiębiorstwa przemysłowe podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, przyczem dzieli je na dwie klasy stosownie do każdorazowego stopnia niebezpieczeństwa. Podczas gdy dla przedsiębiorstw z większem niebezpieczeństwem obowiązek ubezpieczenia istnieje niezależnie od liczby zatrudnionych w nich robotników, to natomiast w stosunku do przedsiębiorstw innych obowiązek ubezpieczenia stosuje się tylko pod warunkiem, że zatrudniają one więcej, niż pięciu robotników.

Instytucja ubezpieczeniowa ustala premję ubezpieczeniową w zależności od stopnia niebezpieczeństwa poszczególnego działu przemysłu. Czasowa zupełna niezdolność do pracy daje prawo do zasiłku dziennego w wysokości połowy płacy, którą robotnik otrzymywał w czasie zajścia wypadku i to na cały okres niezdolności do pracy przyczem nie wymaga się od ubezpieczonego przebycia jakiegokolwiek czasu wyczekiwania. Udzielenie odszkodowania uzasadnia wypadek, który powoduje trwałą niezdolność do pracy w wysokości conajmniej 5% normalnej siły roboczej.

Odszkodowanie za wypadek przy pracy wypłaca się w formie jednorazowej wypłaty kapitałowej. Trwała i zupełna niezdolność do pracy daje prawo do odszkodowania do maksymalnej kwoty 36.000 lir [1]); odszkodowanie to wynosi mianowicie 6-ciokrotną kwotę rocznej płacy, przy obliczeniu której nie można przyjąć mniej niż 1.000 lir, a więcej niż 6.000 lir. W razie śmierci odszkodowanie wynosi 5-ciokrotną kwotę rocznej płacy, a więc waha się pomiędzy minimalną sumą 5.000 lir, a maksymalną 30.000 lir.

[1]) 100 lirów = 45,74 zł.

System stosowany do ubezpieczenia od wypadków robotników rolnych zawiera, jak już wspomnieliśmy, daleko idące odstępstwa od systemu ogólnego. W całości i bez jakichkolwiek ograniczeń ubezpieczeni są wszyscy robotnicy rolni w wieku, w którym zdolni są do pracy (pomiędzy 12 a 65 rokiem życia) wraz z właścicielami, półdzierżawcami, dzierżawcami i wraz z członkami ich rodziny. Czasowa niezdolność do pracy, powodująca dłuższą niż 10-ciodniową przerwę w pracy, uzasadnia udzielenie od 11-go dnia na cały czas trwania niezdolności do pracy zasiłku w wysokości połowy zarobku dziennego. Trwała zupełna niezdolność do pracy daje prawo do odszkodowania, które dla mężczyzn waha się pomiędzy minimalną kwotą 5.400 lir, a maksymalną kwotą 9.750 (przyczem bierze się pod uwagę wiek ofiary wypadku jako okoliczność wskazującą na jej siłę produkcyjną, tak że największe odszkodowanie nie przysługuje ofierze w najwyższym wieku), a dla kobiet ofiar wypadków, również w zależności od ich wieku, waha się pomiędzy 3.000 a 6.000 lir.

W przeciwieństwie do minimalnej granicy obowiązku odszkodowania, przewidzianej dla wypadków w przemyśle (zmniejszenie zdolności pracy o conajmniej 5%), dają wypadki w rolnictwie prawo do odszkodowania tylko w tym przypadku, gdy pociągają one za sobą zmniejszenie normalnej siły do pracy o conajmniej 15%.

Wysokość odszkodowania z tytułu śmiertelnego wypadku przy pracy uzależniona jest również od wieku ofiary wypadku. Wymiar odszkodowania może być podwyższany — podobnie jak i w wypadkach trwałej niezdolności do pracy — o $^1/_{10}$ na żonę i na każde dziecko poniżej 15 roku życia do łącznej wysokości 50%-go dodatku do odszkodowania.

Stosownie do specjalnych postanowień ubezpieczenia od wypadków w rolnictwie składki pobierane są w postaci dodatków do podatku gruntowego. Instytucjami, którym powierzono prowadzenie tej gałęzi ubezpieczeń społecznych, są kasy wzajemne przedsiębiorstw rolnych i leśnych, których jest 25, po jednej w każdym ustalonym przez ustawę okręgu ubezpieczeniowym. Na uwagę zasługują również dalsze różnice pomiędzy ubezpieczeniem przemysłowem i rolnem, dotyczące postępowania w spornych sprawach ubezpieczeniowych.

Z wielu stron dyskutuje się dziś nad tem, czy nie byłoby wskazane zastąpienie istniejącego obecnie systemu wypłaty kapitałowej systemem wypłaty rent. Rozważa się również niekiedy zniesienie niskich odszkodowań, które powodują wydatek roczny w łącznej sumie ok. 100.000.000 lirów, które w istocie rzeczy nie stanowią właściwego odszkodowania rzeczywistej straty siły roboczej i zarobku.

Poza tem rozważa się czy nie należałoby w ubezpieczeniu od wypadków w przemyśle ustalać powstanie ubezpieczenia w sposób automatyczny, przewidziany już obecnie w rolnictwie; ubezpieczenie to rozpoczynałoby się więc w całej rozciągłości bez zawierania jakichkolwiek umów ubezpieczeniowych (sporządzanie polisy). Miarodajne czynniki zastanawiają się dalej nad tem, czy nie byłoby korzystniejsze zastąpienie istniejącej obecnie większej ilości instytucyj ubezpieczeniowych jedną instytucją ubezpieczeniową. Faszystowskie syndykaty rolne (pracowników) żąda-

ją wreszcie zrównania wysokości odszkodowania za wypadki w rolnictwie z odszkodowaniem za wypadki w przemyśle.

Po wyczerpującej i ożywionej wymianie zdań w tych sprawach ujawniła się zgoda wszystkich czynników zainteresowanych co do całego szeregu punktów. W szczególności uzgodniono opinję co do rozszerzenia obowiązku ubezpieczenia, co do podwyższenia odszkodowań dla ciężej uszkodzonych inwalidów pracy i co do wzmożenia akcji przeszkolenia zawodowego ofiar wypadków. Mimo wszystko trudno w chwili obecnej przewidzieć ostateczne linje wytyczne reformy, która dokonana będzie w przyszłości w tej dziedzinie.

Pierwsze zarządzenie wydane dekretem, o którym wspomnieliśmy wyżej, mówiąc o Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, przewiduje reformę instytucyj ubezpieczeniowych.

Z dniem 1 lipca 1933 r. stanie się Cassa Nazionale Infortuni (która otrzyma nazwę „Istituto Nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro") jedyną instytucją ubezpieczeniową we Włoszech dla ubezpieczenia od wypadków w przemyśle, poza nią działać będą tylko oparte na wzajemności instytucje dla wypadków osób, zatrudnionych w żegludze i rybołóstwie. Ubezpieczenie w rolnictwie powierzone będzie wyłącznie kasom wzajemnym dla wypadków robotników rolnych.

*

Jak już wspomnieliśmy, administracja głównych działów obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego, ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i ubezpieczenia przeciwgruźliczego) spoczywa w całych Włoszech w rękach jednej instytucji o charakterze półpaństwowym, a mianowicie „Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali".

Obowiązkowe ubezpieczenie inwalidzkie i starcze wprowadził dekret z kwietnia 1919 r., który wszedł w życie z dniem 1 lipca 1920 r. Do tej chwili istniał system dobrowolnej i subwencjonowanej przez państwo opieki, która opierała się na ustawie z roku 1898. W październiku 1919 r. wprowadzono również obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, które po przejściowem objęciu jego administracji przez władze państwowe („Ufficio Nazionale per il Collocamento e la Disoccupazione"), przekazane zostało w grudniu 1923 r. Kasie Narodowej dla Ubezpieczenia Społecznego. Kasie tej dekret z 27 października 1927 roku powierzył również administrację obowiązkowego ubezpieczenia przeciwgruźliczego, które wraz z obowiązkowem ubezpieczeniem przeciw chorobom zawodowym, wprowadzonem ustawą z maja 1929 r., stanowi, jak już stwierdziliśmy, pierwszy krok na drodze do wprowadzenia ogólnego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Ubezpieczenie przeciwgruźlicze połączone jest ściśle z ubezpieczeniem inwalidzkiem i starczem. Obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość podlegają podobnie jak i obowiązkowi ubezpieczenia przeciwgruźliczego wszystkie osoby w wieku od 15 do 60 roku życia, które pracują w stosunku zależnym od osób innych, z pominięciem urzędników państwowych, prowincjonalnych i gminnych, jak również i tych grup pracowników, które korzystają ze specjalnych stworzonych dla nich urządzeń opiekuńczych, wreszcie z wyjątkiem funcjonarjuszów prywatnych, posiadających dochód w wysokości conajmniej 800 lir miesięcznie.

Biorąc pod uwagę zakres ubezpieczenia, należałoby przyjąć, że ubezpieczenie przymusowe powinno by objąć swym zakresem około 8 i pół miljona ludzi (3.210.000 osób zatrudnionych w przemyśle, 4.676.000 w rolnictwie, 232.000 w handlu i 400.000 służby domowej); w rzeczywistości jednak liczba ubezpieczonych wynosi około 6 miljonów. Ostatnio zawarto porozumienie pomiędzy instytucjami ubezpieczeniowemi i narodowemi organizacjami tak właścicieli ziemskich oraz rządców dóbr jak i organizacjami robotników rolnych, na podstawie których zmieniono system indywidualnych kart, na których nalepiane są znaczki, w ten sposób, że składkę ubezpieczeniową ustalono w formie ryczałtu, obliczonego na podstawie ilości dni pracy, potrzebnych dla uprawy określonej powierzchni roli w zależności od rodzaju produkcji rolnej.

*

W porównaniu z dwoma inemi działami ubezpieczenia, ubezpieczenie na wypadek bezrobocia posiada stosunkowo węższy zakres osobowy. Nie podlegają mu bowiem robotnicy rolni, chałupnicy, funcjonarjusze prywatni, służba domowa i inne, mniej ważne już grupy pracowników.

Jeżeli abstrahujemy od różnic tych, związanych z odmiennem ustaleniem kręgu osób, podlegających ubezpieczeniu, to musimy stwierdzić, że daleko idąca zgodność, jaka zachodzi pomiędzy innemi postanowieniami ustaw ubezpieczeniowych (granica wieku od 15 do 65 roku życia, stosunek pracy najemnej, jako podstawa stosunku ubezpieczeniowego, podział składki ubezpieczeniowej po połowie na pracodawcę i na pracownika) umożliwia jednolite wykonywanie całego ustawodawstwa ubezpieczeniowego, a pozatem pobór składki za pośrednictwem jednej marki zbiorowej.

Rzecz oczywista, że wymiar składki przedstawia się w poszczególnych gałęziach ubezpieczenia społecznego różnorodnie; wszędzie jednak ustala się ją w stosunku do wysokości płacy. W ubezpieczeniu inwalidzkiem i starczem ustanowiono 6 klas płacy, z których pierwsza obejmuje zarobki dzienne do 2 lir, a szósta (przy odstępach wzrastających jednolicie o 2 liry) — zarobki dzienne powyżej 10 lir. Na zasadzie 6 tych klas zarobkowych istnieje 6 grup składek, przyczem składka minimalna wynosi 0,50 lir, a składka maksymalna 3 liry tygodniowo.

W ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia przewidziane są 3 klasy zarobkowe, obejmujące do 4 lir, od 4 lir do 8 lir i powyżej 8 lir; odpowiadają temu 3 grupy składek ze składką tygodniwą 0,35 liry, 0,70 liry i 1,05 liry.

Ubezpieczenie przeciwgruźlicze posiada tylko dwie klasy zarobkowe, pierwszą dla zarobków dziennych do 8 lir, a drugą dla zarobków dziennych powyżej 8 lir; w klasach tych obowiązuje składka tygodniowa w wysokości 0,50 lub 1 lira.

Niewypełnienie obowiązku ubezpieczenia uwa-

ża się za przekroczenie ustawy, które karane jest surowo. Właściwemi w tej mierze są sądy powszechne.

O ile chodzi natomiast o rozstrzyganie sporów, wynikających ze stosowania ustawy czy to do pracodawców, czy też do robotników, powierzono orzecznictwo — podobnie jak w sprawach spornych w zakresie ubezpieczenia od wypadków robotników rolnych — osobnemu sądownictwu, a mianowicie komisjom rozjemczym pierwszej instancji, których terytorjalny zakres działania odpowiada okręgom działalności poszczególnych filij prowincjonalnych Kasy Narodowej i centralnej komisji rozjemczej, sprawującej funkcje instancji kasacyjnej.

Jako finansowo-techniczną podstawę obowiązkowego ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego przyjęto system częściowego pokrycia kapitałowego, nazywanego również systemem składki przeciętnej. Ten system umożliwia szczególne traktowanie osób przystępujących do ubezpieczenia w podeszłym wieku w drodze wyższego obciążenia ubezpieczonych w wieku młodszym i przyszłych generacyj, przyczem zwalnia państwo z obowiązku pokrycia deficytu, istniejącego początkowo po wprowadzeniu tej gałęzi ubezpieczeń społecznych.

Właściwe cechy charakterystyczne dwóch innych działów ubezpieczenia społecznego (bezrobocie i gruźlica) powodują konieczność zastosowania w nich systemu repartycji. Niemniej wymiar składki ubezpieczeniowej nie uległ dotąd w tym zakresie żadnym zmianom.

Na zakończenie należy podkreślić, na czem polega korporacyjna budowa organów zarządzających Kasy Narodowej. W radzie administracyjnej Kasy zasiadają przedstawiciele organizacyj pracodawców i pracowników przemysłu, rolnictwa, handlu, bankowości, żeglugi śródlądowej i komunikacji lądowej; nadzór nad Kasą sprawuje ponadto państwo za pośrednictwem 4 przedstawicieli, po jednym z Ministerstw Korporacyj, Skarbu, Komunikacji i Rolnictwa. Wewnątrz Rady Administracyjnej funkcjonuje komisja zarządzająca. Poza tem utworzone są specjalne komisje dla administracji poszczególnych, samodzielnych, powierzonych Kasie Narodowej działów ubezpieczenia, a mianowicie komisja dla ubezpieczenia przeciwgruźliczego, dla ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, dla kasy inwalidzkiej marynarki handlowej, dla kasy ubezpieczenia na wypadek macierzyństwa, dla osobnego funduszu opiekuńczego personelu prywatnych przedsiębiorstw komunikacji publicznej.

Zakrojona na tak szeroką skalę i tak różnorodną działalność Kasy Narodowej wykonywana jest za pośrednictwem jej organów filjalnych, które znajdują się w stolicy każdej prowincji.

Nowy dekret stanowi, że komisje specjalne otrzymują atrybucje naogół doradczej natury; natomiast komisja zarządzająca ma otrzymać wszelkie uprawnienia, potrzebne dla administrowania i zużytkowywania funduszów ubezpieczeniowych.

•

Po krótkim tym rzucie oka na budowę administracji Kasy Narodowej i składki ubezpieczeniowej chcielibyśmy teraz poddać choćby pobieżnemu rozpatrzeniu dobrodziejstwa, jakie stanowią dla ubezpieczonych udzielane im świadczenia.

Rentę starczą udziela się zazwyczaj z chwilą zakończenia 65 roku życia pod warunkiem, że ubezpieczony może wykazać się uiszczeniem 480 składek tygodniowych. Pod warunkiem wypełnienia okresu wyczekiwania ubezpieczony może otrzymać już z ukończeniem 60 roku życia odpowiednio zredukowaną część renty, do której miałby prawo z chwilą ukończenia 65 roku życia. Przy udzielaniu rent inwalidzkich (w razie zmniejszenia normalnej siły roboczej do mniej jak $^1/_3$) nie bierze się pod uwagę wieku ubezpieczonego; ubezpieczony musi jednak wykazać, że uiścił conajmniej 240 składek tygodniowych.

Korzystne doświadczenia pierwszych 8-miu lat stosowania ustawy umożliwiły rewizję wytycznych, przestrzeganych dotąd przy wymiarze rent i udzielanie dodatków do rent, ustalonych na podstawie ustawy z roku 1919. Podwyżki te ustaliła ustawa z 13 grudnia 1928 r. Mogły być mianowicie zużytkowane w tym celu nadwyżki, wynikające z korzystnych rezultatów gospodarki ubezpieczeniowej w porównaniu z przewidywaniami technicznemi. Na wzmiankę zasługują tu oszczędności w zakresie kosztów administracyjnych, które nie przekroczyły 5% pobranych składek, podczas gdy przewidywania techniczne przeznaczały na te koszty 13%; zasługuje pozatem na podkreślenie różnica pomiędzy przeciętną stopą procentową w wysokości 6%, którą uzyskano w lokatach kapitału a 4% stopą przyjętą w obliczeniach finansowo-technicznych — dla ostrożności tak nisko — przy wprowadzeniu ubezpieczenia w roku 1919.

Wymiar renty zależy według obowiązujących obecnie postanowień ustawowych od 3 czynników: długości ubezpieczenia, ogółu składek wpłaconych w czasie trwania ubezpieczenia i ilości uprawnionych do zaopatrzenia dzieci w wieku poniżej 18 roku życia.

W szczególności składa się renta:

1) z kwoty zasadniczej, wynoszącej 5-cio krotną przeciętną kwotę roczną składek, wpłaconych w czasie całego trwania ubezpieczenia,

2) z kwoty dodatkowej równej $^3/_{10}$ ogólnej kwoty składek, wpłaconych w przeciągu całego trwania ubezpieczenia,

3) z dodatku, równego $^1/_{10}$ pełnej renty, obliczonej w sposób powyższy, za każde dziecko poniżej 18 roku życia (bez jakiegokolwiek ograniczenia, związanego z ilością dzieci), pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego,

4) z dodatku państwowego do każdej renty w stałej wysokości 100 lir rocznie.

Charakterystyczną cechę włoskiego ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego stanowi przyznanie 1) obowiązkowo ubezpieczonym możliwości dobrowolnego podwyższenia składek, mające na celu uzupełnienie składek przymusowych (przyczem składki te nie mogą przekroczyć składki należnej w najwyższej klasie zarobkowej), a poza tem 2) osobom dawniej ubezpieczonym możliwości dobrowolnego kontynuowania, opłacania składek do obowiązkowego ubezpieczenia wtedy, gdy nie zachodzą już warunki, uzasadniające ubezpieczenie przymusowe.

•

Obowiązkowe ubezpieczenie przeciwgruźlicze wprowadzono w życie, jak już wspomniano powyżej, w dniu 1 lipca 1928 r., przyczem, o ile chodzi o pobór składki, przyłączono je w całości do obowiązkowego ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego. Udzielanie świadczeń rozpoczęło się z dniem 1 stycznia 1929 r., t. j. po upływie minimalnego okresu ubezpieczenia, którego wymaga ustawa. Prawo do świadczeń uzależniono mianowicie od warunku, że ubezpieczony musi wykazać conajmniej 24 tygodnie składkowe w przeciągu 2 lat, poprzedzających zgłoszenie roszczenia.

Pokryte ubezpieczeniem ryzyko ogranicza się do wypadków, w których, według przyjętych ogólnie zasad leczenia klinicznego, uważane jest za konieczne pomieszczenie chorego w sanatorjum lub w domu zdrowia. Już choćby z punktu widzenia techniki ubezpieczeniowej byłoby bowiem niemożliwe rozszerzenie ubezpieczenia na wszystkie działy zapobiegania gruźlicy i jej zwalczania, które to działy walki z gruźlicą należa zreszta do innych organów opieki publicznej, a mianowicie prowincjonalnych konsorcjów dla walki z gruźlicą.

Przyjęcie do domu zdrowia stanowi podstawowe świadczenie ubezpieczenia przeciwgruźliczego; przysługuje ono również członkom rodziny ubezpieczonych. W ten sposób ubezpieczenie otrzymuje charakter urządzenia, zmierzającego do ochrony rodziny, którą to ochronę faszyzm uważa za jedno z naczelnych zadań swej polityki społecznej.

W chwili obecnej, którą należy uważać jeszcze ciągle za stadjum początkowe funkcjonowania ubezpieczenia przeciwgruźliczego, i tak długo, jak długo Kasa Narodowa nie zakończy w całości prowadzonej z jaknajwiększą energją akcji w kierunku budowy sanatorjów, można zastąpić umieszczenie chorego w domu zdrowia kuracją domową. Ubezpieczenie przeciwgruźlicze, prowadzone przez Kasę Narodową, rozporządza już około 5.000 łóżek — w gotowych już lub mających być w najbliższym czasie gotowemi — budynkach sanatoryjnych. Cały szereg innych sanatorjów i domów zdrowia buduje się w chwili obecnej. W połowie 1935 r. Kasa Narodowa będzie mogła zaspakajać potrzeby ubezpieczenia przy pomocy 20.000 łóżek, któremi będzie w tym czasie rozporządzała.

W przeciągu siedmiu lat wypełniony będzie program, dla którego realizacji sprawozdanie Ministerjalne uważało za konieczny okres 10-cioletni; koszty realizacji programu wyniosą około 500 miljonów lir.

Dalsze świadczenia ubezpieczenia przeciwgruźliczego polegają na wypłacaniu zasiłków członkom rodziny ubezpieczonych w czasie umieszczenia ubezpieczonych w domu zdrowia lub w sanatorjum, lub w odbywania przez nich kuracji domowej. Pomoc na rzecz członków rodziny sprowadza się do udzielania im w tych warunkach zapomogi dziennej w wysokości 4 albo 6 lir w zależności od tego, czy ubezpieczony należał do pierwszej lub drugiej grupy zarobkowej, czy składkowej.

*

O ile chodzi o bezrobocie, stała polityka rządu faszystowskiego zmierza do tego, aby utrzymać zapomogi zasiłkowe w skromnych granicach, nieprzekraczających koniecznego minimum, by natomiast rozszerzyć przez jaknajdalej idące poparcie robót publicznych produktywną pomoc dla bezrobotnych.

Czas udzielania zasiłków ograniczono więc do 90 albo najdłużej 120 dni w przeciągu roku w zależności od tego, czy w przeciągu 2-ch lat poprzedzających początek bezrobocia wpłacono za danego bezrobotnego conajmniej 48, czy też conajmniej 72 składki tygodniowe.

Odpowiednio do niskich składek ubezpieczeniowych również i świadczenia ubezpieczeniowe nie są zbyt wysokie; składają się na nie zasiłki w wysokości 1,25 albo 2,50 albo też 3,75 lir dziennie, w zależności od przynależności do pierwszej, drugiej lub trzeciej klasy zarobkowej względnie składkowej, przyczem jednak do klasy ostatniej należy około 80% ubezpieczonych.

Wydaje się rzeczą słuszną, że zasiłki ograniczono do tak niskich stawek, ponieważ zapobieżono w ten sposób wyzyskiwaniu ubezpieczenia dla celów spekulacyjnych i utworzeniu się osobnego zawodu bezrobotnego, korzystającego z zasiłku, co niestety ma miejsce w innych krajach.

Dalszą cechą charakterystyczną włoskiego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia jest to, że obejmuje ono tylko niedobrowolne bezrobocie, uzasadnione ogólnym brakiem pracy. Natomiast z żadnej pomocy ze strony ubezpieczenia nie korzysta bezrobocie sezonowe i bezrobocie związane ściśle z warunkami danego zawodu. Wyłączenie obu tych form bezrobocia uzasadnia się tem, że tak bezrobocie sezonowe jak i związane z warunkami danego zawodu nie jest niczem innem, jak tylko pewną formą bezrobocia, powtarzającego się corocznie w określonych odstępach czasu (czy to w zależności od pory roku, czy też od szczególnych cech technicznych charakterystycznych dla poszczególnych przedsiębiorstw), wobec czego pozbawione są one charakteru przypadkowości i niepewności, właściwego każdemu ryzyku, nadającemu się do objęcia go ubezpieczeniem.

Bezrobocie, wynikające z kolejnego albo dokonywanego w drodze zmiany poszczególnych załóg zwalniania robotników z pracy uprawnia do zasiłków tylko w tych wypadkach, gdy wynika ono z przyczyn technicznych, związanych z rodzajem przemysłu, albo z pracą zawodową ubezpieczonych. W tych wypadkach wypłaca się zasiłki za wszystkie dni rzeczywistego bezrobocia pod warunkiem przebycia 10-dniowego okresu wyczekiwania za każdy miesiąc. Osobne dekrety ministerjalne ustalają przemysły, dotknięte jedną z czterech wymienionych powyżej poszczególnych form bezrobocia.

Włoska ordynacja ubezpieczeniowa, którą przedstawiliśmy w ten sposób w głównych jej cechach charakterystycznych, dała korzystne i przekraczające wszelkie oczekiwania rezultaty, co zasługuje tembardziej na podkreślenie, że obecny kryzys, który również i we Włoszech ma przebieg bardzo poważny — jakkolwiek nie pociągnął za sobą bezrobocia w tak alarmujących rozmiarach, jakie spotykamy zagranicą—musiał spotkać się z kontrakcją ze strony wszystkich urządzeń ubezpieczeniowych, prowadzoną z ich własnych funduszów, bez jakiejkolwiek pomocy ze strony skarbu państwa i bez jakiejkolwiek podwyżki składek. Wręcz odwrotnie, ubezpieczenie na wypadek bezrobocia wykazuje dziś jeszcze, pomimo zaostrzo-

nego w ostatnich latach kryzysu, fundusz rezerwowy w wysokości przeszło 800 miljonów lir, z którego zaczyna się obecnie pokrywać częściowo potrzeby, niezaspokojone wpływami ze składek rocznych.

Korzystna ta sytuacja finansowa, na której powstanie wpłynęło niewątpliwie w dużej mierze potanienie administracji, wskutek połączenia ubezpieczenia na wypadek bezrobocia z innemi działami ubezpieczeń społecznych, jest jednak w pierwszym rzędzie rezultatem przezornych i rozważnych zarządzeń, zapobiegających bezrobociu w drodze uruchomienia wielkich robót publicznych. Ubezpieczenie bierze również udział w akcji tej, mającej na celu zapobieganie bezrobociu, przeznaczając na nią poważne kredyty. Nietylko odrębne ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, lecz również całe ubezpieczenie społeczne, a w pierwszej linji obowiązkowe ubezpieczenie inwalidzkie i starcze, które, jak stwierdziliśmy już, opiera się na systemie częściowego pokrycia kapitałowego, umożliwia znaczną akumulację kapitałów i długoterminową ich lokatę.

Również i urzędy pracy, utworzone na mocy ustawy z marca 1928 r. przy syndykatach robotniczych rozwijają zakrojoną na szeroką skalę działalność opieki nad bezrobotnymi. Koszty, potrzebne na pokrycie akcji, prowadzonej przez urzędy pracy, zapewnia osobny fundusz w wysokości 20 miljonów lir rocznie. Pomiędzy dalszemi środkami, mającemi na celu zwalczanie bezrobocia, zasługuje na wzmiankę dekret z marca 1926 r., ustanawiający stały komitet dla migracji wewnętrznej, którego zadaniem jest popieranie trwałego lub czasowego przenoszenia się sił roboczych z gęsto zaludnionych prowincyj do prowincyj o słabszem zaludnieniu.

*

Ubezpieczenie na wypadek choroby nie przybrało jeszcze we Włoszech, jak to już stwierdziliśmy, charakteru powszechnego ubezpieczenia przymusowego, który posiadają od dłuższego czasu inne gałęzie ubezpieczeń społecznych. Jest ono obowiązkowe dla wszystkich grup zawodowych (z wyjątkiem robotników rolnych) w prowincjach Venezia Giulia i Venezia Tridentina, gdzie utrzymano dawne austrjackie ubezpieczenie obowiązkowe. W innych prowincjach ubezpieczenie na wypadek choroby ma charakter obowiązkowy dla pracowników handlowych i dla pracowników żeglugi morskiej i powietrznej; oparte na podstawach fakultatywnych, stało się jednak już w dużej mierze powszechnem w drodze tworzenia opartych na wzajemności Kas Chorych przedsiębiorstw i syndykatów — zgodnie z zaleceniami, zawartemi w Carta del Lavoro, która ustala zasadnicze podstawy prawne stosunków pomiędzy pracodawcą a pracownikiem w korporacyjnym ustroju państwowym. Carta del Lavoro z 21 kwietnia 1927 roku przewiduje w oświadczeniu XXVII wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia przeciw chorobom zawodowym i przeciw gruźlicy — jako krok wstępny na drodze do wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia chorobowego; oświadczenie XXVIII stwierdza pozatem, że „w zbiorowych umowach pracy winno być nakazane wszędzie, gdzie to jest tylko technicznie możliwe, tworzenie opartych na wzajemności Kas Chorych, funkcjonujących na podstawie składki pracodawcy i pracownika, a administrowanych przez przedstawicieli dwóch stron pod nadzorem organów korporacyjnych". Tak więc o ile chodzi o ubezpieczenie na wypadek choroby można powiedzieć, że wprowadzenie obowiązującego powszechnie ubezpieczenia stanowi cel ostateczny, że natomiast chwilowe zadanie polega na rozwinięciu w jaknajszerszym zakresie ubezpieczenia dobrowolnego. Można też niewątpliwie zauważyć we Włoszech ciągły i nieprzerwany postęp w zakresie rozwoju opartych na wzajemności urządzeń pomocy chorobowej i to tak w przemyśle jak i w rolnictwie.

Dla robotników rolnych utworzono cały szereg najróżnorodniejszych kas wzajemnych o ograniczonym do poszczególnych prowincyj zakresie działania; dalsze kasy tworzone są w chwili obecnej; dekret królewski w październiku 1930 r. zatwierdził Narodową Federację Kas Chorych robotników rolnych, której siedziba znajduje się w Narodowej Konfederacji faszystowskich syndykatów rolnych (robotników rolnych).

Kasy wzajemne robotników rolnych przewidują świadczenia różnego rodzaju; pomoc lekarską, zaopatrzenie w lekarstwa, pomoc akuszeryjną, umieszczanie chorych w szpitalach, klinikach i sanatorjach.

Liczba opartych na wzajemności kas chorych robotników przemysłowych wynosiła w dniu 31 grudnia 1931 r. — 990, posiadających razem 745.000 członków na około 1.670.000 robotników, zapisanych do faszystowskich syndykatów przemysłowych (robotniczych).

Działalność opartych na wzajemności kas reguluje jednolity statut. Przystąpienie do kasy chorych jest obowiązkowe dla tych wszystkich robotników obojga płci, którzy objęci są umową zbiorową dla określonego działu produkcji przemysłowej. Składkę ponoszą popołowie pracodawcy i pracownicy.

Prawo do świadczeń zależy od uiszczenia conajmniej 18 składek tygodniowych do kasy. Statuty ustalają świadczenia: zasiłek dzienny, bezpłatna pomoc lekarską i chirurgiczną, lekarstwa, dopłaty do kosztów leczenia szpitalnego i sanatoryjnego i zasiłek pogrzebowy.

Podobnie jak i do przemysłu i rolnictwa, tak też i do innych gałęzi zawodowych ubezpieczenie na wypadek choroby znalazło dostęp za pośrednictwem opartych na wzajemności urządzeń organizacyj syndykalistycznych; dla przykładu przytaczamy instytucje opiekuńcze dziennikarzy, pracowników transportu i żeglugi śródlądowej, personelu teatralnego oraz personelu władz półpaństwowych.

O ile chodzi o obowiązkowe ubezpieczenie pracowników handlowych, należałoby wspomnieć, że zostało ono wprowadzone w roku 1929 w drodze prawnego uznania „Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al Commercio", przyczem przyjęto statut, nakładający na Kasę obowiązek udzielania pracownikom, zatrudnionym w handlu tych wszystkich świadczeń, które w braku ubezpieczenia musiałyby być udzielane im w razie choroby przez pracodawców na podstawie prywatnych umów o pracę pracowników umysłowych oraz zbiorowych umów pracy.

Zasiłek udzielany przez Kasę Chorych ograniczony jest maksymalnie do 180 dni w roku. W razie cho-

roby, która trwa krócej niż 3 dni, nie udziela się wogóle zasiłku.

Pozatem Kasa pokrywa od pierwszego dnia choroby część kosztów pomocy lekarskiej i lekarstw, zazwyczaj w formie zasiłku pieniężnego, nie dłużej jednak niż w przeciągu 180 dni (jak przy zasiłku chorobowym), przyczem maksymalna wysokość świadczeń tego rodzaju nie może przekraczać 25% zasiłku chorobowego. Zazwyczaj udziela się również zasiłków pieniężnych połogowych oraz na pokrycie kosztów pomocy akuszeryjnej.

Składkę do Kasy Chorych ponosi w części pracodawca, a w części pracownik; za pracowników umysłowych pracodawca opłaca 2% uposażenia a pracownik 1%, za robotników zaś pracodawca 1,50% płacy, a robotnik 1,50%.

Ubezpieczenie chorobowe pracowników żeglugi morskiej i lotniczej, wprowadzone przez ustawę ze stycznia 1929 r., administrowane jest obecnie bezpośrednio przez syndykalistyczne organizacje tych grup zawodowych. Ustawa zapewnia pracownikom żeglugi morskiej i lotniczej przedewszystkiem specjalne świadczenia, przewidziane przez kodeks handlowy w razie choroby (pełna płaca przez cały czas choroby do upływu 4 miesięcy od dnia wylądowania) i zapewnia im pozatem pomoc leczniczą i chirurgiczną oraz dostarczanie lekarstw w wypadku każdej choroby (bez względu na to, czy pozostaje ona w związku z ich pracą) od pierwszego dnia choroby do maksymalnie 6 miesięcy; dzienny zasiłek chorobowy w wysokości 60% płacy za pierwsze 4 miesiące i w wysokości obniżonej za następne miesiące, łącznie do upływu jednego roku; pomoc akuszeryjną i zasiłek macierzyński w wysokości zasiłku chorobowego ubezpieczonym pracownicom za cały czas wstrzymania się od pracy w przeciągu 6 tygodni przed połogiem i 6 tygodni po połogu; w razie śmierci ubezpieczonego — pogrzebowe wypłacane pozostałym członkom rodziny. Pozatem udziela się zazwyczaj bezpłatnej pomocy lekarskiej i akuszeryjnej — żyjącym wraz z ubezpieczonymi i utrzymywanym przez nich — członkom rodziny.

Środki potrzebne w tym celu zapewniają składki, które, o ile chodzi o wypełnienie obowiązków, wynikających z przepisów kodeksu handlowego, pokrywa w całości pracodawca; o ile chodzi natomiast o inne świadczenia opiekuńcze, pokrywa je w równej części pracodawca i pracownik.

*

Wydaje nam się, że omówiliśmy w najogólniejszych zarysach najważniejsze urządzenia opiekuńcze, wprowadzone w życie we Włoszech. Chcąc dać obecnie obraz rozwoju opieki społecznej we Włoszech, z uwzględnieniem dobroczynnych jej skutków nietylko dla ubezpieczonych, ale również pod kątem widzenia hygjenicznym, gospodarczym, moralnym i społecznym dla ogółu społeczeństwa włoskiego, pragnęlibyśmy przytoczyć najbardziej charakterystyczne liczby, ilustrujące działalność Narodowej Kasy Ubezpieczeń Społecznych, przyszłego „Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale".

Od r. 1920 do r. 1923 włącznie Kasa Narodowa pobrała łącznie tytułem składek ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego około 4 miljardów 291 miljonów lir, a tytułem składek ubezpieczenia na wypadek bezrobocia około 1 miljarda 456 miljonów. Dochody ze składek ubezpieczenia przeciwgruźliczego wyniosły za czas od 1 lipca 1928 r. do końca 1932 r. 594 miljony lir.

W r. 1932 Kasa Narodowa przyznała w zakresie poruczonej jej administracji różnych działów ubezpieczeń społecznych 56.000 nowych rent w łącznej wysokości rocznej 45 miljonów lir. Liczba rent bieżących wypłacanych z końcem r. 1932 wynosiła 300.000, które w sumie dochodzą do wysokości rocznej 250 miljonów lir; na pokrycie tych ciężarów posiada Kasa Narodowa rezerwy w wysokości 1 miljarda 800 miljonów lir.

Od r. 1921 do r. 1932 włącznie wypłacono tytułem zasiłków ubezpieczenia na wypadek bezrobocia sumę 900 miljonów lir.

Na Kasę ubezpieczenia macierzyńskiego robotnic Kasa Narodowa przeznacza corocznie na podstawie ustawy z maja 1929 r. około 6 miljonów lir, wypłacanych na zasiłki połogowe (zasiłki podwyższono ze 100 lir do 150 lir za każdy połóg); pozatem Kasa przeznacza 4 miljony na zasiłki dla bezrobotnych położnic a mianowicie za 1 miesiąc przymusowej przerwy w pracy przed połogiem i 1 miesiąc po połogu, a więc razem za 2 miesiące.

Ogólny majątek Kasy Narodowej wzrósł z 1 miljarda 629 miljonów z końcem roku 1922 do 8 miljardów 350 miljonów z końcem roku 1932; z tego 6 miljardów 900 miljonów przypada na majątek ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego, 807 milj. — ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, 230 milj. — ubezpieczenia przeciwgruźliczego, 385 milj. — kasy inwalidzkiej marynarki handlowej i 28 milj. — kasy ubezpieczenia na wypadek macierzyństwa.

Większa część tego majątku — 5 miljardów 398 milj. — w latach 1922 do 1932 przeznaczona została na sfinansowanie robót publicznych takich jak meljoracje rolne, budowa kolei, akcja mieszkaniowa, urządzenia elektryfikacyjne, budowa dróg i szkół, a więc na prace o celach użyteczności publicznej, których wykonanie wymagało zatrudnienia znacznej ilości pracowników.

Pozatem Kasa Narodowa wybudowała 5 wielkich domów wypoczynkowych, 22 poradnie dla macierzyństwa i opieki nad niemowlętami, 52 ambulatorja przeciwgruźlicze i cały szereg wielkich leczniczych zakładów kąpielowych. Nakoniec Kasa Narodowa w okresie czasu od stycznia 1929 do końca 1932 udzieliła pomocy około 140 tysiącom ubezpieczonych chorych na gruźlicę i członków ich rodzin, co pociągnięło za sobą wydatek około 400 milj. lir. Tak szerokie możliwości skutecznej walki z gruźlicą należy w dużej mierze przypisać ubezpieczeniowej organizacji tej akcji, którą nadał jej faszyzm, oddzielając ten dział ubezpieczenia od ogólnego ubezpieczenia na wypadek choroby. Okoliczność ta pozwala przypuszczać, że również i w razie wprowadzenia w życie ogólnego obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, za którem wypowiada się Carta del Lavoro, ubezpieczenie przeciwgruźlicze zachowa odrębność administracyjną, jako najskuteczniejszy środek walki z najgroźniejszą znaną nam chorobą społeczną.

Z podanych powyżej liczb i z przedstawionych powyżej rozważań zdaje się wynikać niewątpliwie, że ubezpieczenia społeczne odpowiadają we Włoszech

celom, które mają spełnić, że w szczególności każda ich gałąź wypełnia należycie zadania, dla których spełnienia powołana została do życia. Niemniej przed ubezpieczeniami temi otwierają się z natury rzeczy jeszcze dalsze widoki rozwoju.

W każdym razie już w chwili obecnej ustalone są w sposób jasny i wyraźny linje wytyczne dalszego rozwoju włoskich ubezpieczeń społecznych. Wiodą one mianowicie do coraz to dalszej rozbudowy ochrony nie tyle poszczególnych jednostek ile rodzin, do coraz dalej idącego współudziału ubezpieczenia społecznego w akcji zmierzającej do zapobiegania zajściu zdarzeń losowych, tak, by w miarę możności jak najdłużej zachować zdolność do pracy ubezpieczonych i w miarę możności jak najszybciej przywrócić im zdolność do pracy w razie, gdyby utracili ją mimo wszelkich przedsięwziętych zgóry zarządzeń zapobiegawczych. Już w chwili obecnej daje się pozatem zauważyć we wszystkich instytucjach ubezpieczeniowych dążność do scalenia ubezpieczeń, co pozwoli na uzyskanie oszczędności tak w zakresie kosztów administracyjnych, jak i świadczeń.

Dr. med. ANTONI FIDLER

UWAGI W SPRAWIE LECZNICTWA ZAPOBIEGAWCZEGO, STOSOWANEGO PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Lecznictwo zapobiegawcze, przewidziane w art. 61 rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 24.XI 1927 r., o ubezp. prac. um., ma na celu zapobieganie niezdolności do wykonywania zawodu, a więc zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego przez usunięcie względnie odsunięcie domniemanych przyczyn wczesnego inwalidztwa i zgonu. Lecznictwo zapobiegawcze musi zatem spełnić dwa zadania:

1) objąć jaknajwiększą liczbę ubezpieczonych oraz
2) zwrócić szczególną uwagę na te choroby, które są najczęstszemi przyczynami świadczeń emerytalnych.

Rozwiązanie powyższego zagadnienia może nastąpić w dwuch płaszczyznach, a mianowicie: płaszczyźnie ogólno-społecznej, przez podniesienie dobrobytu wśród sfer pracowniczych, oraz w płaszczyźnie lekarskiej, przez należytą opiekę lekarską. Pierwsze rozwiązanie nie jest celem niniejszych uwag, natomiast drugie chciałbym omówić nieco szerzej.

Dotychczas stosowane przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych leczenie zapobiegawcze nie jest właściwie lecznictwem zapobiegawczem, co stwierdzają odpowiednie statystyki. [1]) I tak w Zakładzie warszawskim tylko gruźlica płuc jest przyczyną inwalidztwa i lecznictwa w jednakowym stosunku procentowym, natomiast niewspółmiernie przedstawiają się liczby dotyczące innych chorób. Np. choroby serca powodują niezdolność do wykonywania zawodu 20% ogółu inwalidów, wśród leczonych zaś stanowią 4%; przewlekłe choroby stawów dają 2,9% ogółu inwalidów, w lecznictwie zapobiegawczem zaś — 31,5% ogółu leczonych; psychonerwice dają 1,8% ogółu inwalidów, odpowiednia zaś liczba w lecznictwie zapobiegawczem waha się około 19%. Z zestawień tych widać wyraźnie pewną bezplanowość w postępowaniu Zakładów, która tłumaczy się brakiem jakichkolwiek naukowo opracowanych obcych, a zwłaszcza rodzimych materjałów, dotyczących tego zagadnienia.

W dostępnej mi literaturze zagranicznej nie znalazłem statystyki przyczyn inwalidztwa pracowników umysłowych, natomiast statystyki niemieckie, dotyczące lecznictwa zapobiegawczego w ubezpieczeniu pracowników umysłowych w okresie 1924—28 r., potwierdzają słuszność wymienionego wyżej poglądu na nasze lecznictwo zapobiegawcze, jak z nich wynika, ubezpieczeni leczeni na przewlekłe choroby stawowe stanowią 4,69% ogółu leczonych, leczeni zaś na gruźlicę — 37,33% (Mitteilungen d. Reichsversicherungsanstalt Nr. 9/30 r.). Statystyki czechosłowackiego ubezpieczenia pracowników umysłowych wykazują, że np. w roku 1931 leczeni na gruźlicę płuc stanowią — 22%, na nerwicę 12%, na zapalenie stawów 12% ogółu leczonych (Stritensky „Pensionsversicherung" Nr. 2, rok 1932, Praga). Nie posiadając porównawczych danych statystycznych przyczyn inwalidztwa, trudno orzec o słuszności takiego postępowania niemieckiego i czechosłowackiego zakładu ubezp. prac. um., przytaczając jednak te dane, chcę wskazać na zbyt wysoki procent leczenia nerwic i zapaleń stawów w naszych Zakładach U. P. U.

Jak różne mogą być przyczyny inwalidztwa w zależności od obszaru, na którym działa ubezpieczenie, świadczy statystyka przyczyn inwalidztwa Zakładu Królewskiej Huty za okres 1923 — 1930 r., z której wynika, że choroby układu krążenia dają łącznie 37% inwalidów, choroby dróg oddechowych z wyłączeniem gruźlicy — 13%, zapalenia stawów — 10%, gruźlica płuc tylko — 9% (!), choroby nerwowe organiczne — 5%, choroby oczu — 3%, porażenia połowiczne — 2%, nerwice — 2%, choroby umysłowe — 1%, zapalenia nerek — 0,4%, inne — 22% inwalidów (dane, oparte na 1097 przypadkach). W statystyce tej uderza zatem wysoki procent inwalidztwa z powodu chorób układu krążenia i niski stosunkowo procent wskutek gruźlicy płuc. Wynika z niej jeszcze jedno, a mianowicie, że liczba inwalidów wskutek nerwic i zapaleń stawów nie jest

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych". Zeszyt 4, R. 1933, str. 210

współmierna z liczbą leczonych na te choroby, która leży znacznie wyżej. Danych innych Zakładów nie przytaczam, ze względu na brak właściwego materjału.

Jeżeli przejdziemy teraz do poszczególnych pozycyj, to w świetle bezstronnej analizy należy stwierdzić, że nawet w stosunku do gruźlicy płuc, która daje jednaki procent wśród inwalidów i leczonych, zgodność ta jest przypadkowa. Twierdzenie to opieram na materjałach Z. U. P. U. warszawskiego, oraz sprawozdaniach lecznic, a zwłaszcza lecznicy w Jaremczu, z których jasno wynika, że conajmniej 40% osób z tak zwaną początkową gruźlicą płuc nie wymaga leczenia sanatoryjnego, które mogłoby być zastąpione zupełnie dobrze przez odpoczynek w odpowiednich warunkach klimatycznych i odżywiania. Jeżeli chodzi o choroby serca, to nie można leczenia sanatoryjnego, trwającego zwykle krótko, uważać za panaceum na te dolegliwości, gdyż cierpienia powyższe wymagają stałej i troskliwej opieki lekarskiej, przyczem leczenie sanatoryjne jest konieczne tylko w nielicznych przypadkach, niema zatem potrzeby forsownego podwyższania liczby leczonych w sanatorjach na te choroby. Leczenie chorób serca obejmuje unormowanie trybu życia, odpowiednie przepisy djetetyczne, celowe zarządzenia farmakologiczne oraz stałą co pewien czas kontrolę lekarską. Często się zdarza, że lepiej dać choremu wypoczynek dwa, trzy razy do roku na przeciąg 10—15 dni w zwykłych warunkach domowych lub też na wsi, aniżeli stosować leczenie kąpielowe. Uwzględnienie warunków życia i odżywienia oraz dostosowanie do nich leczenia jest ważniejszem, aniżeli pobyt w zdrojowisku.

Jest rzeczą ciekawą, że w grupie „psychonerwic i spraw gośćcowych" t. zn. tych właśnie chorób, w których, w okresach początkowych, lekarz ma najmniej danych objektywnych dla ustalenia należytego rozpoznania i wskazań leczniczych, stwierdzamy największą dysproporcję pomiędzy procentem leczonych i inwalidów.

I tak przewlekłe choroby stawów są przyczyną leczenia 31,5% ogółu leczonych, wśród inwalidów natomiast nie przekraczają 3%. W dziedzinie tej pole do nadużyć ze strony ubezpieczonych jest duże, gdyż w początkowych okresach cierpienia, przedmiotowe objawy chorobowe są nikłe lub ich niema wcale. W świadectwach lekarskich, dotyczących lecznictwa zapobiegawczego w okresie 1930—32 r., spotyka się najczęściej rozpoznanie, oparte na skargach podmiotowych bez zmian przedmiotowych, lub też jako objaw objektywny występuje „trzeszczenie w stawach". Już sam stosunek liczby inwalidów do liczby leczonych w tej grupie dowodzi, że lecznictwo zapobiegawcze w tych rozmiarach, w jakich jest obecnie stosowane, chybia swego celu. Nie można za błąd poczytywać lekarzowi zaufania, który bada jednorazowo ubezpieczonego i nie zna przebiegu choroby, wniosku o zastosowanie leczenia, gdyż ścisła ocena tych zjawisk chorobowych jest tylko możliwa po dłuższej obserwacji, leczenie zaś uzdrowiskowo-kąpielowe może być tylko wówczas uzasadnione, gdy uprzednio stosowane leczenie djetetyczno-farmakologiczne względnie fizykalne nie dało odpowiedniego wyniku. Znaczna przewaga kobiet nad mężczyznami oraz wysoki procent leczonych w wieku od lat 41 — 60 mogą uzasadnić przypuszczenia, że t. zw. gośćcowe lub też dnawe bóle w stawach mają za tło zaburzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania w związku z okresem przekwitania, że zatem zjawisko to jest przejściowe, dla lecznictwa zapobiegawczego nieistotne. Należyte rozpoznanie zmian stawowych oraz umotywowane wnioski o leczenie zapobiegawczo-kąpielowe mogą być ustalone tylko po dłuższej obserwacji chorego oraz po zastosowaniu wszystkich tych metod, które pozwolą na objektywną ocenę podanych skarg. Stały wzrost ze strony ubezpieczonych zapotrzebowania na miejsca w kąpieliskach, nie może być bynajmniej dowodem konieczności leczenia zapobiegawczego tym właśnie sposobem, gdyż, jak powiedziałem, lekarz zaufania jest zbyt mało uzbrojony w istotne kryterja, by przy jednorazowem badaniu ocenić, z czem ma do czynienia, i jakie winno być postępowanie lecznicze. Nietylko statystyka Z. U. P. U., ale doświadczenia lekarskie oraz dane zakładów leczniczych (patrz praca dr. A. Likiera, Polsk. Arch. Med. Wewn. T. X. 2. 3. 1932) pouczają, że gościec stawowy szerzy się głównie wśród pracowników fizycznych, narażonych na zmienne wpływy atmosferyczne, że oszczędza natomiast pracowników umysłowych, pracujących zwykle w lepszych warunkach.

Jeżeli chodzi o psychonerwice, to chorzy na te cierpienia lubią się leczyć, ale tylko nikły procent z tej grupy dochodzi do inwalidztwa, gdyż zmiany czynnościowe nie upośledzają na tyle sprawności ustroju, by nie mógł on podołać swoim obowiązkom. W tej dysproporcji właśnie pomiędzy wrażeniami subjektywnemi, a zmianami przedmiotowemi szukać należy przyczyny rozbieżności między procentem leczonych zapobiegawczo (19%) i procenten inwalidów (2%).

Z powodu chorób przemiany materji w lecznictwie zapobiegawczem leczonych było 5% ogółu leczonych. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że leczenie zdrojowe niepoprzedzone i niekontynuowane przez należyte leczenie stałe chybia swego celu. Dalej należy nadmienić, że wiele umiejętnie prowadzonych przypadków nie wymaga leczenia zdrojowego i że o tem wiedzieć może tylko ten lekarz, który chorego stale obserwuje, a nie ten, który stawia wniosek o leczenie zapobiegawcze. Wprowadzone dwa lata temu przez Zakład warszawski świadectwa lekarskie dla lekarzy stale leczących danego chorego, nie rozwiązują tego zagadnienia, gdyż lekarz leczący patrzy na pacjenta z punktu widzenia jego zdrowia, a nie z punktu widzenia ogólno-społecznego, które musi mieć na względzie ubezpieczeczenie. Dlatego też zwykle w tych świadectwach lekarskich wyjazd do zdrojowiska jest określony jako konieczny lub conajmniej bardzo wskazany i stanowi zatem jedną z cegiełek, przyczyniających się do powziętej decyzji wysłania ubezpieczonego do odpowiedniej leczniczy. Jakże często słyszy się od ubezpieczonego względnie osób zainteresowanych: „lekarz leczący zalecił zdrojowisko, a Zakład mnie nie chce wysłać pomimo tego, że lekarz zaufania Zakładu badał mnie tylko raz, a mój lekarz ma mnie stale w opiece" — i rozumowaniu tego chorego czło-

wieka nie można odmówić słuszności i nie można mu wytłumaczyć, że są inni, którzy bardziej cierpią lub więcej potrzebują leczenia. Nie trafi do niego również argument o społecznem nastawieniu instytucji, gdyż on jest zdaniem swojem pokrzywdzony, utożsamia się z ogółem ubezpieczonych twierdząc, iż instytucja postępuje źle lub kieruje się protekcją, której on właśnie nie posiada. A przecież rozwiązanie tego zagadnienia nie jest trudne ku zadowoleniu zarówno ubezpieczonego, jak i Zakładów.

Dodatnie skutki lecznictwa zapobiegawczego mogą się ujawnić dopiero za lat kilka, nie można zatem uważać obecnego stosunku pomiędzy poszczególnemi przyczynami inwalidztwa za wynik tego właśnie leczenia. Nie sądzę również, aby ze zmianą odpraw na renty miała się jednocześnie wielce zmienić przyczynowość inwalidztwa, gdyż czynniki, jakie się składają na chorobę, t. zn. właściwości osobnicze i bodźce zewnętrzne, nie są zależne od praw do takich czy innych świadczeń.

Stały wzrost miejsc w lecznicach, użytkowanych na cele lecznictwa zapobiegawczego, oraz wyczerpywanie ustalonego kontygentu przez Zakłady U. P. U. nie dowodzi także celowości obecnie stosowanego lecznictwa zapobiegawczego, a wprost odwrotnie przemawia przeciwko jego dotychczasowej postaci, gdyż Zakłady stojąc przed zagadnieniem płacenia za miejsca niewykorzystane (z. zw. próżnostanie), wolą je zapełniać jakimkolwiek materjałem, który mają do dyspozycji, przyczem przypadki tej kategorji nawet w myśl wniosków lekarzy zaufania nie wymagają najczęściej leczenia sanatoryjno-zdrojowego.

Jest rzeczą oczywistą, że z punktu widzenia gospodarczego, kontyngent miejsc obniża jednostkowy koszt leczenia i że z tego właśnie względu jest on uzasadniony. Nie o zasadę samą chodzi mi zatem, a o sposób w jaki ona powstała i w jaki się ją stosuje. Pierwszy plan leczniczy w roku 1930 był oparty na niekompletnych i starych statystykach oraz nieokreślonych opinjach wzgl. na danych ubezpieczeń obcych. Żądania poszczególnych Zakładów na lata następne, dotyczące kontyngentu miejsc, były, poza innemi względami, głównie oparte na ilości zgłaszanych przez ubezpieczonych wniosków, a nie na ich jakości, gdyż z jednej strony brak odpowiednich statystyk, z drugiej zaś — dotychczasowy system kwalifikacji lekarskiej, nie pozwalają na ocenę konieczności leczenia, z przyczyn, o których mówić będę w końcu niniejszych uwag. Zasada kontyngentu jest zatem słuszna, jeśli postępowanie dla jego ustalenia będzie odwrotne, t. zn. jeśli na podstawie doświadczenia określi się dokładnie, ile osób i na jakie choroby wymaga istotnie leczenia sanatoryjno-zdrojowego.

Że tak jest istotnie, że dużo leczy się osób, które leczenia sanatoryjnego nie potrzebują, że winę omawianego zjawiska przypisać właśnie należy wadliwej organizacji lekarskiej, tego dowodzą jasno doświadczenia ubezpieczenia pracowników umysłowych w Czechosłowacji, których wynikiem są wskazania na rok 1933. Ze wskazań tych przytaczam tutaj kilka punktów w brzmieniu dosłownem (Druk. Allgemeine Pensionanstalt in Prag 5. XII. 1932 r.).

„Z najczęstszych braków dotychczasowej organizacji lecznictwa zapobiegawczego trzeba podnieść następujące:

I. 1) Nierzadko zdarza się, że są zgłaszane podania o leczenie w zdrojowiskach, nieobjętych planem działalności Zakładu,

2) ubezpieczeni często żądają leczenia, które winno być przeprowadzone przez Kasę Chorych,

3) nierzadko spotyka się w sanatorjach i kąpieliskach przypadki, skierowane z wadliwem rozpoznaniem, względnie z niedostatecznemi wskazaniami. Tyczy to się zwłaszcza gruźlicy płuc,

4) przedkładane zwykle przez Kasy Chorych zaświadczenia są zredagowane w ten sposób, że trudno jest się zorjentować w charakterze i rozmiarach choroby, jak również trudno jest orzec o celowości żądanego leczenia.

II. 1) Celem lecznictwa zapobiegawczego jest zmniejszyć inwalidztwo. Warunkiem zastosowania lecznictwa zapobiegawczego jest wskazanie lekarskie, które winno według stanu obecnej wiedzy lekarskiej orzec o celowości tego leczenia. Zakład Ubezpieczeń nie może zatem stosować lecznictwa zapobiegawczego w tych przypadkach, w których jest nadzieja poprawienia stanu zdrowia, niema jej natomiast w stosunku do przywrócenia zdolności zawodowych. Zakład Ubezpieczeń tylko wówczas bierze udział w lecznictwie, o ile zostały wyczerpane wszystkie możliwości lecznicze Kasy Chorych, niewystarczające jednak dla przywrócenia wzgl. zapobieżenia utracie zdolności zawodowych, i o ile są specjalne wskazania dla przeprowadzenia leczenia w sanatorjach lub zdrojowiskach.

2) Ze względu na ograniczone środki finansowe lecznictwo może być stosowane w niektórych tylko chorobach, zwłaszcza w tych, w których leczenie specjalnie obciąża finansowo Kasy Chorych.

Lecznictwo zapobiegawcze Zakładu obejmuje następujące postacie chorobowe: a) gruźlica płuc, krtani, kości, gruczołów i skóry. Wyłączone są ciężkie postacie chorobowe, jak również lekkie, w których nie stwierdza się czynnej gruźlicy. Zakład Ubezpieczeń nie będzie leczył nieczynnej gruźlicy względnie konstytucjonalnej astenji, gdyż te postacie nie wymagają leczenia sanatoryjnego, a wystarczą dla nich w zupełności domy wypoczynkowe.

b) Neurastenja i nerwice czynnościowe. Zakład Ubezpieczeń leczy tylko nerwice czynnościowe bez tła organicznego. Co się tyczy choroby Basedowa, to leczenie tej jednostki chorobowej może być zarządzone tylko na zasadzie orzeczenia kliniki lub też specjalnego oddziału szpitalnego, wydanego po dłuższej obserwacji chorego. Zakład Ubezpieczeń nie będzie leczył lekkich form nerwic czynnościowych, gdyż nie wymagają one leczenia sanatoryjnego, a dla usunięcia wymienionych zaburzeń wystarcza pobyt w domu wypoczynkowym.

c) Przewlekłe choroby stawów oraz przewlekłe pierwotne zapalenia nerwów.

Zakład Ubezpieczeń leczy tylko te postacie cierpień stawowych i nerwów obwodowych, które nie mają tła specyficznego, jak również źródłem których są zmiany w układzie nerwowym centralnym. Przy tej sposobności Zakład zwraca uwagę na waż-

ność w powstawaniu tych jednostek chorobowych zakażenia ogniskowego (zęby, migdałki i t. d.).

III. 3) Zakład Ubezpieczeń może zastosować lecznictwo zapobiegawcze tylko pod warunkiem stwierdzenia przez Kasę Chorych następujących punktów:

a) współudziału Kasy Chorych w lecznictwie zapobiegawczem,

b) wysokości częściowego pokrycia przez nią kosztów utrzymania,

c) czasu trwania leczenia,

d) wskazania miejsca leczenia".

Jeżeli się zatem oprzemy na własnem i cudzem doświadczeniu, to okaże się, że większość pieniędzy, wydawanych obecnie na lecznictwo zapobiegawcze, jest stracona z punktu widzenia celowości tego leczenia w stosunku do zapobiegania przyczynom inwalidztwa. Stąd wypływa oczywisty wniosek, że lecznictwo zapobiegawcze winno pójść po innych torach, odmiennych od poprzednich, a obejmujących znacznie szerzej całe zagadnienie. Na jakich więc przesłankach winno się ono opierać? I tu sięgnąć należy do statystyk ubezpieczeniowych. Jeżeli więc wśród przyczyn inwalidztwa największy procent wykazują: gruźlica płuc, choroby układu krążenia, choroby zakaźne, zapalenia płuc, nerek oraz nowotwory, zwłaszcza przewodu pokarmowego, to stąd wynika prosty wniosek, że lecznictwo zapobiegawcze winno objąć przedewszystkiem te właśnie cierpienia. Ponieważ odpowiednie leczenie może być tylko wówczas celowe, jeżeli w pierwszych okresach choroby jest postawione odpowiednie rozpoznanie, zatem powinno się dążyć przedewszystkiem do udoskonalenia pomocy lekarskiej dla ubezpieczonych pracowników umysłowych, gdyż tylko wcześnie, subtelnemi metodami i należytem przygotowaniem lekarza postawione rozpoznanie: gruźlicy płuc, początkowych zmian w układzie krążenia, nowotworów i t. d., daje istotnie należyte podstawy do mniemania, że leczenie zastosowane w tym właśnie okresie będzie celowe, t. zn., że odsunie ono niebezpieczeństwo wczesnego wypłacenia świadczeń emerytalnych. Leczenie to nie musi być sanatoryjne, a często bywa ono właśnie djetetyczno-farmakologiczne, operacyjne, względnie polega na odpowiednim unormowaniu trybu życia. Konsekwencją tego stanowiska musi być powiązanie pomocy lekarskiej Zakładów U. P. U. z pomocą lekarską Kas Chorych, a więc wyodrębnienie w Kasach Chorych pracowników umysłowych, ubezpieczonych w Zakładach, oraz stworzenie jednego dla tego celu funduszu leczniczego. Oparciem dla tego rodzaju koncepcji mogą być doświadczenia niemieckich instytucyj ubezpieczeń społecznych, które dawno już przeszły tę chorobę odrębności, która nas obecnie trawi. Niemcy znają złe strony lecznictwa oddzielnego, jak również przelewania z Kas Chorych do ubezpieczeń długoterminowych sum za leczenie, podjęte przez te ostatnie, i porzuciły wymienione formy pracy na korzyść wspólnej organizacji Kas Chorych, oraz ubezpieczeń długoterminowych, której celami są: 1) lecznictwo zapobiegawcze, 2) restytucyjne, 3) organizacja szpitali i klinik oraz 4) organizacja pomocy lekarskiej (Les prestations de l'assurance maladie allemande. Genève 1928). W Czechosłowacji lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne należy do wspólnego zakresu działania Kas Chorych i ubezpieczeń długoterminowych, przyczem Kasa Chorych prowadzi je poprzez odpowiednio zorganizowaną pomoc lekarską (lekarze domowi, szpitale, domy wypoczynkowe, sanatorja i t. d.) (Dr. Bresky. Les Assurances sociales en Tschecoslovaquie. Prague 1931). Przez Zakł. Ub. stosowane ono jest wówczas, gdy ubezpieczony wyczerpał możliwości lecznicze w Kasie Chorych. Nasza ustawa scaleniowa przekazuje lecznictwo zapobiegawcze działalności Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby (art. 56), nie rozwiązuje jednak tego zagadnienia w zupełności, gdyż nie wyodrębnia odpowiednich grup osób, ubezpieczonych w Zakładach długoterminowych.

Z dotychczasowych rozważań jasno wynika, że lecznictwo sanatoryjno-zdrojowe powinno być dodatkiem do lecznictwa zapobiegawczego jaknajszerzej pojętego, że powinno ono być środkiem, prowadzącym do celu, jakim jest uchylenie niezdolności do wykonywania zawodu, a nie celem samym w sobie, jak tego chcą ubezpieczeni i do czego prowadzi obecna praktyka Zakładów. Lecznictwo sanatoryjno-zdrojowe nie powinno być stosowane na wniosek ubezpieczonego, a na wniosek lekarza leczącego, zdającego sobie dokładnie sprawę czem jest lecznictwo zapobiegawcze dla Zakładów U. P. U. i samego ubezpieczonego. W konsekwencji tego stanowiska lekarz właśnie po wyczerpaniu wszelkich możliwych środków, mających na celu utrzymanie zdolności zawodowych, powinien radzić ubezpieczonemu, by starał się o świadczenia lecznicze lub emerytalne, mając na uwadze społeczne znaczenie instytucji ubezpieczenia długoterminowego. Jego właśnie świadectwo lekarskie, poparte wieloletnią obserwacją danego osobnika, znajomością ustroju i wpływem dotychczasowego leczenia winno być zasadniczą przesłanką dla decyzji władz Zakładu.

Konsekwencją tego stanowiska jest wyodrębnienie w Kasach Chorych ubezpieczonych pracowników umysłowych, co prowadzi za sobą konieczność stworzenia dla nich odpowiednio przygotowanego personelu lekarskiego z punktu widzenia wiedzy fachowej oraz wiedzy ubezpieczeniowej w najszerszym znaczeniu tego słowa. Lekarze dokładnie obeznani z najnowszemi zdobyczami nauki lekarskiej, powinni znać należycie te przepisy ustaw ubezpieczeniowych, które dla powzięcia decyzji przez władze Zakładów wymagają dobrze uzasadnionego świadectwa lekarskiego. Ubezpieczony, mając prawo wolnego wyboru lekarza, powinien być pod stałą jego opieką. Lekarz czuwa nad jego zdrowiem przez: 1) odpowiednie zlecenia lekarskie, 2) prawo zwalniania ubezpieczonego od pracy na krótszy lub dłuższy okres czasu, 3) stawianie wniosków na leczenie sanatoryjne lub pobyt w miejscowościach odpoczynkowych względnie tylko poza obrębem miejsca zamieszkania. Inaczej przedstawiać się będzie wówczas lecznictwo zapobiegawcze, gdyż inną będzie ocena lekarska. Potrzebę wyodrębnienia pracowników umysłowych z Kas Chorych odczuwa się nietylko u nas, ale np. w Czechosłowacji odzywają się głosy, że istotne lecznictwo zapobiegawcze rozpocznie się dopiero wówczas, gdy będzie wprowadzone osobne ubezpieczenie chorobowe pracowników umy-

słowych (Dr. Hotowitz. Die Entwicklung der Allg. Pensionsanstalt, in Prag, v. J. 1929—1930).

Warunkiem przyznania przez Z. U. P. U. leczenia zapobiegawczego jest obecnie świadectwo lekarskie, wystawione przez lekarza zaufania, który widzi chorego raz jeden, nie zna przebiegu choroby, wyników leczenia, nie może wczuć się w istotę choroby, a co najważniejsze nie może wejść w bezpośredni kontakt ufności z pacjentem, traktującym lekarza zaufania jako mniej lub więcej niesprawiedliwego sędziego, w kontakt, który jest konieczny dla należytej oceny tych wielkich przemian biologicznych, które się toczą w ustroju. Wystarczy tu wskazać na wywiady chorego, grające tak doniosłą rolę w rozpoznawaniu niektórych spraw chorobowych. Jeśli są one podane fałszywie, mogą wprowadzić w błąd najbardziej doświadczonego lekarza. Obecna opinja zatem lekarza zaufania jest zawsze mniej lub więcej przypadkową, zwłaszcza, że niskie uposażenia lekarskie oraz konieczność twardej walki o byt nie sprzyjają uzupełnianiu i pogłębianiu jego wiedzy. Stworzenie zatem lekarzowi możliwości stałego, przyjaznego kontaktu z ubezpieczonym oraz możliwości uzupełniania wiedzy fachowej, przyczyni się bezwątpienia do usprawnienia i udoskonalenia orzeczeń lekarskich, a co zatem idzie, do oszczędzenia ubezpieczeniu niepotrzebnych i niecelowych wydatków.

R. SZYMANKO

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W SOWIETACH

(c. d.)

Świadczenia rzeczowe.

Obok świadczeń pieniężnych skierowały ubezpieczenia sowieckie baczną uwagę na świadczenia rzeczowe, zwłaszcza o charakterze profilaktycznym. Tendencja do rozszerzania zakresu świadczeń rzeczowych zarysowuje się wyraźnie od 1930 r., do tego czasu akcja ubezpieczeń sowieckich polegała głównie na udzielaniu świadczeń pieniężnych, w dużej mierze świadczeń na wypadek bezrobocia. Z chwilą zlikwidowania w 1930 r., wówczas już niepotrzebnego, ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, polityka ubezpieczeń poszła w kierunku wzmożenia działalności profilaktycznej i kulturalnej na rzecz ubezpieczonych, na co budżet ubezpieczeń przeznacza bardzo poważne sumy, dochodzące ostatnio do 2/3 wszystkich wydatków.

W okresie od 1930 r. Sowiety rozwinęły na olbrzymią skalę akcję uprzemysłowienia państwa. Realizacja planu pięcioletniego zmobilizowała olbrzymią armję robotników dla celów industrjalizacji. Na pustkowiach wznoszone są potężne fabryki. Nic też dziwnego, że warunki pracy robotników były bardzo trudne. Brak mieszkań, urządzeń sanitarnych, luki w aprowizacji robotników, zwłaszcza jeśli chodzi o nowopowstające centra przemysłowe, które znajdują się zdala od kolei i miast — stwarzały niejednokrotnie nadzwyczaj uciążliwe warunki egzystencji. Te przyczyny wywołały klęskę płynności siły roboczej, dezercji robotników z zakładów pracy, która trapi przemysł sowiecki; te przyczyny powodują wielką liczbę zachorowań, opuszczeń dni roboczych, co obniża znacznie wydajność pracy, podstawowego kapitalnego zagadnienia, rozwijającego się życia gospodarczego Sowietów. Dla podniesienia więc wydajności pracy koniecznem się stało zapewnienie masie robotniczej lepszych warunków egzystencji, i ubezpieczenia sowieckie otrzymały polecenie rozwinięcia szerszej akcji w tym kierunku. Wespół z państwowemi organizacjami służby zdrowia przystąpiły ubezpieczenia sowieckie do akcji profilaktycznej. Działalność pod tym względem dotyczyła przedewszystkiem budowy nowych mieszkań, sanatorjów, żłobków, kuchen. Studjując odpowiednie dane statystyczne[1]) trzeba niewątpliwie stwierdzić duże rozmiary działalności zdrowotno-profilaktycznej.

Z wydatków ubezpieczeń społecznych które wynosiły

w r. 1928/29	1.263 milj. rubli
1929/30	1.667 „ „
1931	2.614 „ „
1932	3.534[2]) „ „
1933	4.464[2]) „ „

Wydatkowano na świadczenia rzeczowe

1928/29	36.1%
1929/30	42.8%
1931	54.6%
1932	64.6%
1933	67% według preliminarza

Na świadczenia pieniężne wydatkowano zaś w tym czasie:

w r. 1928/29	—	61,1%	ogółu wydatków
1929/30	—	54,5%	„ „
1931	—	42,8%	„ „
1932	—	33,0%	„ „

Liczby powyższe charakteryzują nadwyraz jasno ewolucję ubezpieczeń sowieckich, które w chwili obecnej stały się przedewszystkiem czynnikiem akcji zdrowotno - kulturalnej, oddającym pierwszorzędne usługi całemu życiu gospodarczemu. Tendencja sharmonizowania działalności ubezpieczeń z interesami sowieckiego życia gospodarczego, służenia rozwojowi przemysłu i rolnictwa sowieckiego, przeniknęła do wszystkich komórek ubezpieczeń społecznych, spo-

[1]) Dane według „Socjalnoje strachowanje" Z. S. S. R. Lata 1928—1932 W. A. Kotow.

[2]) Dane z budżetów.

wodowała głębokie zmiany organizacyjne („punkty wypłaty" kas ubezpieczeniowych przy fabrykach) oraz zmianę charakteru całej polityki świadczeń.

Hasło „licom k' proiswodstwu" — twarzą do wytwórczości, rzucone przez Stalina, charakteryzuje najlepiej istotę, cele i treść sowieckich ubezpieczeń społecznych w chwili obecnej.

Przy takiem nastawieniu na społeczną rolę ubezpieczeń zrozumiałą się staje kampanja prowadzona przeciwko teorji, jakoby głównym celem działalności ubezpieczeń społecznych powinna być akcja „odszkodowania", akcja udzielania pomocy ubezpieczonemu przy zdarzeniu się wypadku losowego.

W broszurze wydanej przez bolszewika A. Libstera p. t. „Socstrach i proiswoditielnost truda" pisze autor co następuje:

„Dają się zauważyć tendencje oportunistyczne u niektórych „robotników ubezpieczeniowych", aby pomoc ubezpieczeniową traktować jako funkcję ochronną bez związku z postulatami wytwórczości. Taki punkt widzenia jest w rzeczywistości kontynuowaniem błędu z czasu, gdy instytucje ubezpieczeń społecznych trwoniły dziesiątki miljonów rubli na rzecz pseudo-bezrobotnych przy braku bezrobocia, co zupełnie słusznie zakwalifikowane zostało przez Centralny Komitet naszej partji jako „ukłon w prawo".

Z pośród kwot wydanych na świadczenia rzeczowe przypada na pomoc leczniczą:

1928/29	— 255,6 miljonów rubli,	t. j. 20,3%	ogólnych wydatków
1929/30	— 336,3 „ „	19,6%	„ „
1931	— 479,2 „ „	18,5%	„ „
1932	— 701,5 „ „	ca 20%	(według budżetu)

Pomoc lecznicza udzielana jest bezpłatnie i przez nieograniczony okres czasu, aż do wyzdrowienia. Z pomocy lekarskiej korzystać mogą zarówno ubezpieczeni, jak i członkowie ich rodzin. Akcję zdrowotno-leczniczą prowadzą odrębne od ubezpieczeń społecznych instytucje zdrowia publicznego, t. j. agendy Komisarjatu Zdrowia. W rękach Komisarjatu Zdrowia skoncentrowana jest akcja pomocy leczniczej nie tylko dla ubezpieczonych, lecz również dla całej ludności. Ubezpieczeni jednak — jako klasa robotnicza — mają pierwszeństwo pod każdym względem do pomocy leczniczej.

Wzamian za pomoc leczniczą dla ubezpieczonych, ubezpieczenia społeczne wypłacają organizacjom zdrowia pewne kwoty, których wysokość ustalana jest w zależności od uzgodnionej między ubezpieczeniami a instytucjami stawki na głowę ubezpieczonego. Oczywiście, sumy te stanowią jedynie część budżetu Komisarjatu Zdrowia, który otrzymuje pozatem znaczne sumy na lecznictwo z ogólnego budżetu państwowego. Aż do 1930 r. lecznictwo ubezpieczonych powstawało całkowicie poza sferą wpływów instytucyj ubezpieczeniowych. Ponieważ jednak takie całkowite odseparowanie działalności leczniczej od działalności ubezpieczeń nie zapewniało dobrych rezultatów, od 1931 r. zmieniono ten stan rzeczy w ten sposób, że ubezpieczeniom zapewniony został o wiele większy wpływ na akcję pomocy leczniczej. W myśl zasad reformy z 1931 r. (rozporządzenie z dn. 8 lipca 1931 r.), każda terytorjalna czy też zawodowa kasa ubezpieczeniowa względnie punkt wypłaty zawierają specjalne lokalne umowy z urzędami zdrowia, w których ustalone są warunki i sposób udzielania pomocy leczniczej. Za niedotrzymanie przez instytucję zdrowia warunków umowy, kasa ubezpieczeniowa wstrzymuje wypłatę należności za leczenie i t. p. Takie uregulowanie wzajemnych stosunków między ubezpieczeniami a agendami Komisarjatu Zdrowia polega na typowej dla stosunków sowieckich „kontroli zapomocą rubla".

Najnowszą tendencją w organizacji pomocy leczniczej dla ubezpieczonych jest zakładanie punktów zdrowia przy poszczególnych fabrykach, zwłaszcza przy większych. Lekarze ordynujący w tych fabrycznych punktach zdrowia mają powierzone sobie nietylko leczenie ubezpieczonych, ale również troskę o stan zdrowotny i warunki hygieny pracy w danej fabryce. Pod tym względem posiadają oni szereg uprawnień w stosunku do administracji fabrycznej. Lekarz fabrycznego punktu zdrowia staje się przedewszystkiem lekarzem-hygienistą, który wraz z miejscową kasą ubezpieczeń lub punktem wypłaty, oraz radą załogową (Fabryczny Komitet Zawodowy) działa nad stworzeniem możliwie najhygieniczniejszych warunków pracy i egzystencji robotniczej. Taka organizacja pomocy leczniczej stwarza możliwości prowadzenia na szerszą skalę akcji profilaktycznej, na którą ubezpieczenia sowieckie kładą największy nacisk, gdyż podwyższa ona wydajność pracy.

Ścisłe powiązanie organów pomocy leczniczej z ubezpieczeniami oraz zakładami pracy stanowi wielką wygodę dla administracji fabrycznej, a przedewszystkiem dla ubezpieczonych. Na podstawie bowiem orzeczeń lekarza fabrycznego udzielane są zazwyczaj zasiłki pieniężne przez kasy ubezpieczeniowe wzgl. punkty wypłaty. Taki stan rzeczy zachodzi jednak głównie w zakresie ubezpieczenia na wypadek krótkoterminowej niezdolności do pracy. W ubezpieczeniu na wypadek długoterminowej niezdolności do pracy, do ustalania inwalidztwa powołane są już obok lekarza fabrycznego specjalne komisje ekspertyzy lekarskiej, działające zazwyczaj przy większych kasach ubezpieczeniowych.

Robotnikom, zatrudnionym w mniejszych fabrykach lub instytucjach, przy których zazwyczaj nie tworzy się specjalnych punktów zdrowia, pomoc lecznicza udzielana jest w ambulatorjach, szpitalach i t. d., zakładanych przez państwowe organy zdrowia w każdem z większych miast oraz centrów przemysłowych. Z tych samych urządzeń — oczywiście — korzystają również i robotnicy większych przedsiębiorstw, przy których utworzone są nawet punkty zdrowia, o ile stan zdrowia takiego ubezpieczonego wymaga bardziej wyspecjalizowanego leczenia: fabryczne punkty zdrowia zasadniczo bowiem ograniczają się do udzielania pierwszej pomocy. Zakres pomocy leczniczej dla ubezpieczonych analogicznie, jak przy udzielaniu innych świadczeń, zróżniczkowany

został według charakteru pracy. Ponieważ Sowietom przedewszystkiem zależy na pomocy dla robotników podstawowych przemysłów jak górnictwo, transport i t. d. (dla których zostały utworzone specjalne zawodowe kasy), dlatego też przewidziane zostały dla ubezpieczonych w tych kasach również wyższe i dalej idące świadczenia lecznicze, co szczególnie wyraźnie uwidocznia się w preliminowanych sumach wydatków na głowę ubezpieczonego w kasach zawodowych i ogólnych. W 1932 r. n. p. przeznaczono na ubezpieczonego w kasie zawodowej (przeciętnie dla wszystkich kas zawodowych) 43,90 rub. na pomoc leczniczą, a w kasach terytorjalnych tylko 24,28 rub.

Sieć punktów zdrowia została w ostatnich latach znacznie rozszerzona. Ponieważ z urządzeń zdrowotnych korzysta narówni z ubezpieczonymi pozostała ludność, przeto przedstawię dane statystyczne (w/g Statisticzeskij Sprawocznik 1932), dotyczące sieci wszystkich punktów zdrowia, bez względu na ich charakter, na obszarze Związku Sowieckiego.

	okręgów zdrowia	szpitali	łóżek	ambulatorjów	lekarzy
w r. 1924 było:	5.691	4.714	179.193	6.223	25.396 [1]
1927 „	7.473	5.650	236.956	8.900	42.890
1930 „	10.127	6.583	255.594	12.453	67.903

Obok pomocy leczniczej jedną z najpoważniejszych pozycyj w wydatkach na świadczenia rzeczowe stanowią wydatki na budowę domów mieszkalnych dla ubezpieczonych.

Na ten cel wydano:

w r. 1928/29 — 123,3 miljonów rubli, t. j. 9,8% ogółu wydatków
1929/30 — 159,7 „ „ „ 10,6% „ „
1931 — 351,6 „ „ „ 13,7% „ „
1932 — 750,0 „ „ ok. 23 % „ „

Dla zilustrowania faktycznej wartości wydatkowanych na budowę sum przytaczam za autorem broszury „Socstrach i proiswoditielnost truda", że za wydatkowane w 1931 r. 351,6 miljonów rubli wybudowano mieszkania dla 420.000 pracowników, przewidując na jednego człowieka około 8 m² powierzchni mieszkalnej. W konsekwencji budowa nowych mieszkań nie jest obliczona na zysk i dochody z komornego przeznaczone są na pokrycie jedynie bieżących wydatków, związanych z utrzymaniem domów.

Ubezpieczenia sowieckie nie budują domów dla celów lokaty kapitału, a jedynie dla wygody ubezpieczonych. Polityka wynajmu mieszkań polega na tem, że przedewszystkiem mają prawo do mieszkania w nowowzniesionych domach robotnicy wydajnie pracujący, zatrudnieni w podstawowych gałęziach gospodarki narodowej, następnie pracownicy mieszkający w specjalnie trudnych warunkach i t. d. Przydziałem mieszkań zajmują się głównie instytucje ubezpieczeniowe nawet wtedy, gdy dany dom mieszkalny wzniesiony jest z innych funduszów, nie ubezpieczeniowych; niezależnie bowiem od ubezpieczeń społ. na cele budownictwa dają fundusze także i inne działy gospodarki narodowej: państwo, przedsiębiorstwa, gminy i t. d. Czynsze wymierzane są w zależności od zarobku robotnika oraz od wielkości mieszkania.

Na inne rodzaje świadczeń rzeczowych wydano: na akcję profilaktyczną (utrzymanie sanatorjów, odżywianie djetetyczne i t. d.):

w r. 1928/29 — 39,1 milj. rubli
1929/30 — 51,9 „ „
1931 — 123,6 „ „
1932 — 174,0 „ „

na utrzymanie żłobków:

w r. 1928/29 — 2,8 milj. rubli
1929/30 — 3,0 „ „
1931 — 45,5 „ „
1932 — 136,5 „ „

na przygotowanie nowych sił roboczych i adaptację inwalidów:

w r. 1928/29 — 18,8 milj. rubli
1929/30 — 54,1 „ „
1931 — 179,4 „ „
1932 — 133,5 „ „

Porównanie świadczeń.

Porównując ubezpieczenia społeczne państw kapitalistycznych z sowieckiem ubezpieczeniem społecznem w zakresie świadczeń, wysnuć można następujące wnioski:

1) W ubezpieczeniach sowieckich, podstawę wymiaru świadczeń bez względu na ich rodzaj stanowi *ostatni zarobek.* O ile w stosunku do świadczeń ubezpieczenia krótkoterminowego oraz ubezpieczenia od wypadków taka podstawa wymiaru jest powszechnie niemal stosowana, o tyle w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci, stanowi ona pewne novum w porównaniu do ubezpieczeń społecznych państw kapitalistycznych, w których naogół podstawą wymiaru rent jest przeciętny zarobek (wpłacone składki), albo też wysokość renty jest jednolita dla wszystkich ubezpieczonych.

2) W żadnem z ustawodawstw ubezpieczeniowych państw kapitalistycznych system świadczeń nie został zbudowany w tak zróżniczkowany sposób jak w Sowietach. Będąc, jak już zaznaczyłem na wstępie, wyłącznie instrumentem ogólnej polityki społeczno-gospodarczej całego gospodarstwa narodowego, ubez-

[1] Jest to okres szczególnie silnego braku lekarzy.

pieczenie sowieckie występuje w roli specjalnego dodatkowego funduszu, premjującego te grupy pracownicze, których praca jest najbardziej potrzebna dla rozwoju gospodarki sowieckiej i które są jaknajbliżej związane z całą ideologją socjalistyczną. Ta ich rola stanie się tem bardziej zrozumiałą, gdy uzmysłowimy sobie, że finanse ubezpieczeń sowieckich nie oparte są wcale na składkach pracowników, a źródło swe mają jedynie i wyłącznie w składkach, opłacanych przez pracodawcę. W tych warunkach renta, czy też zasiłek ubezpieczeniowy, traci zupełnie charakter indywidualnej oszczędności robotnika, do której ma on bezwzględne prawo (zasada taka stanowi kamień węgielny ubezpieczeń społecznych w państwach kapitalistycznych), a uważana jest głównie jako dodatkowe świadczenie państwa, udzielane robotnikowi, czy też pracownikowi umysłowemu w zależności od wartości usług, jakie dany robotnik czy też pracownik oddał swą pracą społeczeństwu; przyczem usługi bardziej wartościowe są wyżej wynagradzane, usługi zaś mniej wartościowe niżej wynagradzane. Jeśli podkreślam tę cechę sowieckiego ubezpieczenia społecznego, nie mogę jednak nie zauważyć, że naogół sytuacja tych najgorzej traktowanych—pomijając oczywiście ludzi całkowicie pozbawionych praw do świadczeń—nie przedstawia się naogół źle pod względem świadczeń w porównaniu z ubezpieczeniami państw kapitalistycznych. Najjaśniej uwidoczni się sytuacja tych gorzej traktowanych ubezpieczonych, gdy weźmiemy pod uwagę najniższe stawki świadczeń ubezpieczeniowych oraz warunki ich uzyskania, przewidziane przez ubezpieczenie sowieckie. W ubezpieczeniu krótkoterminowem najniższy zasiłek, przysługujący najmniej mile przez państwo widzianym grupom robotniczym, t. j. robotnikom zatrudnionym w prywatnych przedsiębiorstwach i gospodarstwach i nie będących przytem członkami związków zawodowych, wynosi 50% ostatniego zarobku, przyczem zasiłek ten udzielany jest (z pewnemi wyjątkami: sezonowi robotnicy i t. d.) przez cały czas trwania niezdolności do pracy. Dla porównania zaznaczę, że w olbrzymiej większości państw kapitalistycznych zasiłek przeciętny w ubezpieczeniu chorobowem waha się naogół od 50% do 66⅔% zarobku, przyczem zawsze niemal jest ograniczony do pewnego okresu czasu, nie przekraczającego w żadnym wypadku 1-ego roku, i oscylującego naogół około 26 tygodni.

W dziedzinie ubezpieczenia długoterminowego, w którym zróżniczkowanie co do warunków uzyskania świadczeń, jak również i co do ich wysokości jest najbardziej daleko posunięte najniższe renty dla najmniej uprzywilejowanych grup również są względnie wysokie w porównaniu z odpowiedniemi świadczeniami ubezpieczeń społecznych państw kapitalistycznych, a w każdym bądź razie nie znajdują się poniżej ich skali.

Przystępując do przeprowadzenia porównania wysokości świadczeń ubezpieczenia sowieckiego i ubezpieczeń państw kapitalistycznych, należy postępować z całą ostrożnością i z całą świadomością względności tych porównań. Za podstawę też do porównań nie biorę wartości realnej, dającej się przedstawić w towarach, jaką posiadają świadczenia ubezpieczeniowe w Sowietach i poza Sowietami, a jedynie stosunek świadczeń ubezpieczeniowych do zarobku, jaki pobierał robotnik przed utratą zdolności do pracy.

Porównywanie stopy życiowej rencisty w Sowietach oraz w państwach kapitalistycznych nie wchodzi w zakres niniejszego artykułu. W poniższem zestawieniu wezmę, ze względu na brak miejsca, pod uwagę rentę inwalidzką — udzielaną z tytułu zawodowej i ogólnej niezdolności do pracy (renty inwalidzkiej dla bezradnych nie będę uwzględniał, ponieważ udzielana jest ona bardzo rzadko). Przy porównaniu będę uwzględniał świadczenia ubezpieczeń społ. państw, mających najbardziej rozbudowane ubezpieczenia społ. *(Niemcy, Francję, Anglję, Czechosłowację oraz Polskę)* z tytułu ogólnej niezdolności do pracy.

A. Renta inwalidzka (prócz renty wypadkowej):

Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na to, że w Niemczech, Francji, Czechosłowacji oraz Polsce, warunki uzyskania renty inwalidzkiej — jeśli chodzi o samo kryterjum inwalidztwa — są nieco łatwiejsze i w wielu wypadkach niewspółmierne z warunkami uzyskania renty inwalidzkiej w Sowietach. W powyższych państwach renta, udzielana jest w razie niezdolności do pracy zarobkowej, wynoszącej conajmniej 66⅔%, podczas gdy w Sowietach renta inwalidzka (II kategorja inwalidów), przyznawana jest przy całkowitej niezdolności do pracy. Pod tym względem istnieje jedynie pełna analogja między angielskiem i sowieckiem ubezpieczeniem: ubezpieczenie angielskie przewiduje bowiem przyznanie renty inwalidzkiej przy całkowitej niezdolności do pracy. Ponieważ jednak renta inwalidzka udzielana przy 66⅔%-towej niezdolności jest najbardziej zbliżoną, co do charakteru, do renty sowieckiej inwalidzkiej II kategorji inwalidów porównam z wszystkiemi oczywiście zastrzeżeniami, tego rodzaju renty z rentą inwalidzką sowiecką dla II-ej kategorji inwalidów.

Obliczając w stosunku do podstawowego zarobku renty inwalidzkie w Niemczech, Francji Czechosłowacji, Anglji i Polsce — w żadnem bowiem z tych państw renta nie jest ustalona w procentach od ostatniego zarobku — otrzymamy następujące dane.

W Niemczech: (za podstawę bierzemy 5 klasę zarobków, t. j. zarobek tygodn. od 24 do 30 mar., jako najbardziej typową — największa bowiem ilość opłaconych składek, przypada na tę kategorję):

renta po 5 latach wynosi:	
kwota zasadnicza	84 mk.
kwota wzrostu	60 „
dodatek państwowy	72 „
	216 mk. (rocznie) t. j.

przy rocznym zarobku w tej klasie (27 mk. średnio tygodniowo × 52). 1 404 mk.

renta wynosi około 16%

renta po 25 latach ubezpieczenia obliczona w tenże sposób wynosi „ 33%

We Francji:

renta po 5 latach 40%
(średniego zarobku lub mniej, o ile ubezpieczony wstąpił po 30-tym roku życia do ubezpieczenia).
po 25 latach renta wynosi również 40%

W Czechosłowacji:

(za podstawę bierzemy 4-tą klasę ze średnim zarobkiem rocznym 7.650 Kc.[1])
renta po 5 latach wynosi około 18%
renta po 25 latach „ „ 37%

W Anglji, renta inwalidzka udzielana jest w stałej wysokości 19 £ 10 sh. na rok, co stanowi przy przeciętnym zarobku ok. 150 £ rocznie około 13%

W Polsce (ustawa scaleniowa):

renta po 5 latach wynosi:
kwota stała (10—16%) około 13%
„ zmienna „ 10%
razem około 23%
renta po 25 latach „ 36½%

Należy podkreślić, że w Niemczech, Polsce, Czechosłowacji przedstawiony powyżej stosunek renty do zarobku zachodzi w jednej z wyższych klas zarobkowych, którą wzięliśmy pod uwagę, ze względu na to, że policzalny zarobek najczęściej oscyluje koło tej klasy zarobkowej. Gdybyśmy wzięli pod uwagę niższą klasę zarobkową okazałoby się, że stosunek renty do zarobku jest o wiele wyższy. Jest to wynikiem udzielania przez ubezpieczenia inwalidzkie tych państw wysokich kwot stałych. Ponieważ jednak w niższych klasach zarobkowych znajduje się b. mała liczba ubezpieczonych, dlatego nie wzięliśmy tego za podstawę do porównania.

W Sowietach:

renta po 5 latach wynosi (w zależności od grupy robotniczej)

1 grupa	49%
2 „	48%
3 „	47%
4 „	47%

renta inwalidzka po 25 latach (o ile zachodzą wszystkie inne warunki wymagane do uzyskania specjalnych dodatków: nieprzerwana praca w danem przedsiębiorstwie przez 2 lata) wynosi:
1 grupa (pod ziemią i przy szkodliwych robotach) 80%
2 „ 75%
3 „ 54%
4 „ 50½%

[1]) Dr. Eugenjusz Stern. Str. 111, „Les assurances sociales en Tchécoslovaquie. Prague, 1931 r.

B. Renta inwalidzka z tytułu zawodowej niezdolności do pracy.

Z powyższych 5 państw, których ubezpieczenie porównujemy z ubezpieczeniem sowieckiem, ubezpieczenie inwalidzkie na wypadek zawodowej niezdolności do pracy istnieje tylko w Niemczech, Czechosłowacji i Polsce: rozciąga się ono na górników i pracowników umysłowych. W niniejszem zestawieniu ograniczymy się więc jedynie do powyższych 3 państw.

W Niemczech:

górnicy

renta inwalidzka po 5 latach — wynosi (za podstawę bierzemy 5-tą klasę zarobkową (150 do 175 mk. miesięcznie) około 7%
renta inwalidzka po 20 latach „ 36%

pracownicy umysłowi

renta inwalidzka po 5 latach (za podstawę bierzemy grupę zarobkową D. (200 do 300 mk. miesięcznie) wynosi około 17%
po 35 latach „ 38%

W Czechosłowacji:

pracownicy umysłowi

renta po 5 latach (za podstawę bierzemy środkową w 5 kl. zarobków (12 000 do 15 000 kor. rocznego zarobku) wynosi około 43%
renta po 35 latach wynosi „ 90%

W Polsce:

górnicy

Spółka Bracka w Tarnowskich Górach.

renta inwalidzka po 5 latach (bierzemy za podstawę 5 kl. zarobkową przeciętnie 200 zł. miesięcznie) wynosi około 11%
renta po 20 latach „ 34%

pracownicy umysłowi

renta po 5 latach 40%
renta po 35 latach 90%

W Sowietach:

górnicy

renta linwalidzka po 5 latach wynosi

dla 1 grupy (pod ziemią) robotników 35%
„ 2 „ (nad ziemią) 34%

(górnicy zaliczeni są do dwóch pierwszych grup robotniczych).

renta inwalidzka *po 20 latach*

dla 1 grupy (pod ziemią) 57%
„ 2 „ (nad ziemią) 46%

pracownicy umysłowi (biuraliści—niezdolni jedynie do wykonywania swego zawodu)

renta inwalidzka wynosi po 5 latach pracy 33%
" " " " 35 " " 41%

Z powyższego zestawienia wynika zupełnie jasny wniosek. W stosunku do pracowników fizycznych, zarówno jeżeli chodzi o ubezpieczenie na wypadek zawodowego, jak i ogólnego inwalidztwa, sowieckie ubezpieczenie w porównaniu z ubezpieczeniami państw kapitalistycznych udziela o wiele wyższych świadczeń w stosunku do zarobków. Uwidocznia się to zwłaszcza wtedy, gdy za podstawę do porównań bierzemy wyższe klasy zarobkowe, przewidziane w ubezpieczeniach Niemiec, Polski, Czechosłowacji, w porównaniu z niższemi klasami zarobkowemi ubezpieczeń powyższych 3-ch państw dysproporcja ta jest o wiele mniejsza ponieważ względnie wysokie stałe kwoty zasadnicze znacznie podwyższają w tych klasach stosunek rent do podstawowych zarobków.

Inaczej przedstawia się sytuacja pracowników umysłowych. O ile w porównaniu z ubezpieczeniem niemieckiem stwierdzić należy mniej więcej równy poziom świadczeń, a nawet wyższą stosunkową wartość świadczeń ubezpieczenia sowieckiego od niemieckiego, o tyle w porównaniu z ubezpieczeniem pracowników umysłowych w Polsce oraz Czechosłowacji występuje olbrzymia dysproporcja: renty sowieckiego ubezpieczenia dla pracowników umysłowych (biuralistów) przedstawiają o wiele mniejszą wartość stosunkową, niż renty ubezpieczeniowe w Polsce oraz Czechosłowacji. Przyczyną takiego traktowania pracowników umysłowych przez ubezpieczenie sowieckie jest tendencja do wyrównania efektywnego poziomu rent pracowników umysłowych i robotników. Zarobki bowiem pracowników umysłowych w Sowietach są wyższe od zarobków robotniczych. Dlatego też, dążąc do wyrównania poziomu rent, ubezpieczenie sowieckie przyznaje pracownikom umysłowym o wiele niższy procent od zarobku, niż robotnikom.

3) Wysoce charakterystyczną cechą ubezpieczenia sowieckiego jest udzielanie świadczeń wskutek wypadków ubezpieczeniowych, zaszłych nietylko podczas pracy względnie w pewien czas po wystąpieniu z pracy, ale również podczas wykonywania innych czynności, niejednokrotnie nie mających nic wspólnego lub będących w b. luźnym związku ze stosunkiem pracy najemnej wobec danego przedsiębiorstwa, w którem zatrudniony jest pracownik, o ile jednak te czynności uznane zostały za pożyteczne dla dobra całego ustroju bolszewickiego. W ten sposób ubezpieczenie sowieckie rozszerzyło w pewnej mierze zakres swej odpowiedzialności, wychodząc poza ramy stosunku najemnego, wynikającego z pracy pracownika w danem przedsiębiorstwie czy instytucji, do czego głównie i jedynie ogranicza się odpowiedzialność ubezp. sp. w państwach kapitalistycznych.

4) Nigdzie nie spotykanem, poza Sowietami, jest również połączenie w jednym systemie ubezpieczenia na wypadek ogólnej i zawodowej niezdolności do pracy.

Takie uregulowanie tej sprawy stało się możliwe dzięki temu, że ubezpieczenie sowieckie objęło swym zakresem ubezpieczenie pracowników zarówno na wypadek zawodowej jak i ogólnej całkowitej niezdolności do pracy. Pewnego rodzaju analogji dopatrzeć się można pod tym względem w sytuacji górników w ubezpieczeniach w Niemczech oraz w Polsce — na Górnym Śląsku. Górnicy są tu podwójnie ubezpieczeni — na wypadek zawodowej niezdolności do pracy w ubezpieczeniu brackiem, pozatem zaś w ogólnem ubezpieczeniu robotniczem — na wypadek ogólnej niezdolności do pracy. Niemniej jednak oba te działy ubezpieczeń są w stosunku do siebie zasadniczo całkowicie niezależnie i stanowią dwa zupełnie odrębne organizmy.

Wskutek wprowadzenia w Sowietach równolegle ubezpieczenia na wypadek zawodowej i ogólnej niezdolności do pracy powstają duże korzyści dla ubezpieczonych. O ile dany ubezpieczony utraci zdolność do wykonywania swej pracy zawodowej, otrzymuje rentę. Ponieważ jednak niezdolność do pracy zawodowej nie wyłącza jeszcze możności zatrudnienia danego pracownika przy innych pracach, dlatego też zatrudnia się w szerokim zakresie rencistów. Liczba zatrudnionych rencistów przedstawia się następująco:

Według stanu z września 1931 r. zatrudnionych było z pośród inwalidów:

III kategorji (niezdolni do pracy zawodowej 38,3%
II grupy (całkowicie niezdolni do pracy) 18,9%.

Wskutek podjęcia pracy rencista nabywa nowe prawa ubezpieczeniowe i renta jest mu co pewien czas podwyższana. Ma to zwłaszcza duże znaczenie — zarówno pod względem osobistym dla ubezpieczonego, jak i pod względem społecznym i gospodarczym, gdyż wpływa zachęcająco na robotników, częściowo niezdolnych do pracy, do dalszego jej kontynuowania W ten sposób życie gospodarcze zatrzymuje nadal w pracy robotników. Powyższa polityka ubezpieczeń sowieckich, starająca się zatrzymać w pracy inwalidów, którzy zazwyczaj przepracowali już pewien okres czasu i przedstawiają większe wartości fachowe, niż gdyby na ich miejsce postawieni zostali nowi niewyszkoleni robotnicy, tłumaczy się brakiem fachowo przygotowanych do pracy robotników.

(c. d. n.).

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 29 listopada 1932 r. L. Rej. 1182/32, 1183/32, 1184/32.

Urzędy Ubezpieczeń nie są uprawnione do unieważniania orzeczeń Komisji Rozjemczych ani na zasadzie art. 100 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. poz. 272) i art. 67 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych (Dz. U. poz. 635), ani na zasadzie rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem (Dz. U. poz. 341).

Powody:

„Orzeczeniem z 1 sierpnia 1931 r. odmówiła Pow Kasa Chorych w Bielsku prośbie ubezpieczonych w tejże Kasie członków zarządu Śląskiego Banku Gospodarczego w Bielsku, F. V., J. T., i J. S. o przyznanie członkom ich rodzin świadczeń, wyszczególnionych w art. 33 ustawy z 19 maja 1920 roku Dz. U. p. 272, a to z powodu, że posiadają oni postronne źródła dochodu (emerytury) i nie utrzymują swych rodzin wyłącznie z zarobku, stanowiącego podstawę ubezpieczenia w Kasie Chorych.

Od tego orzeczenia odwołali się wymienieni do Tymczasowej Komisji Rozjemczej Pow. Kasy Chorych w Bielsku, która uchwaliła, powziętą na posiedzeniu w dn. 16 września 1931 r. decyzję Kasy Chorych uchylić i przyznała odwołującym się prawo do świadczeń dla członków ich rodzin.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie orzeczeniem z 5 października 1931 r. L. 12690 unieważnił powyższą uchwałę Tymczasowej Komisji Rozjemczej na podstawie art. 100 ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 i art. 67 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 29 listopada 1930 r. Dz. U. p. 635.

W uzasadnieniu podniesiono, że powyższa uchwała naruszyła postanowienie art. 33 cyt. ustawy, oraz wyjaśnienie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dn. 21 października 1924 r. Nr. 4906/VII, gdyż przyznano wymienionym prawo do pomocy dla rodzin, mimo, iż każdy z nich posiada stały wpływ, bez wątpliwości bardzo poważnie wpływający na sytuację materjalną.

Od tego orzeczenia wnieśli V., T. i S. odwołania do Głównego Urzędu Ubezpieczeń, który decyzją z dn. 30 listopada 1931 r. L. 13198/V/GUU odwołań tych nie uwzględnił i zatwierdził orzeczenie Urzędu Ubezpieczeń jako uzasadnione z powodów w niem podanych, wobec postanowienia art. 101 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem z dn. 22 marca 1928 r. Dz. U. p. 341, na podstawie którego w razie, gdy uchwała Komisji Rozjemczej sprzeciwia się postanowieniom ustawowym, stronie zainteresowanej przysługuje prawo zwrócenia się z przedstawieniem do władzy nadzorczej Kasy Chorych, uprawnionej z tytułu nadzoru do uchylenia niezgodnej z ustawą uchwały.

Na orzeczenie Głównego Urzędu Ubezpieczeń wnieśli F. V., J. T i J. S. trzy równobrzmiące skargi do N. T. A.

N. T. A. rozważył co następuje:

Skarżący podnoszą przedewszystkiem zarzut, że pozwana władza i Okręgowy Urząd Ubezpieczeń jako władze nadzorcze nad Kasą Chorych nie były uprawnione do unieważnienia orzeczenia Komisji Rozjemczej, ani na zasadzie art. 100 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 i art. 67 roz. Prez. Rzplitej z dn. 29 listopada 1930 r. Dz. U. p. 635, ani na zasadzie art. 101 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem z 22 marca 1928 r. Dz. U. p. 341, wobec czego zaskarżone orzeczenie obraża te przepisy prawne.

N. T. A. uznał zarzut ten za uzasadniony. Według art. 83 ustawy z dn. 19 maja 1920 r., Komisja Rozjemcza rozstrzyga spory w sprawie świadczeń pomiędzy członkami a Zarządem Kasy i nie przewiduje ustawa żadnych środków prawnych od orzeczeń tej Komisji. Również i rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z 29 listopada 1930 r. Dz. U. p. 635 o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych postanawia w art. 30, że orzeczenia Komisji Rozjemczej Kasy Chorych są ostateczne.

Uprawnienia władzy nadzorczej nad działalnością Komisyj Rozjemczych jako organów Kas Chorych normują postanowienia art. 100 ustawy z 19 maja 1920 r. i art. 64 i 67 rozporządzenia z 29 listopada 1930 r. Dz. U. p. 635 w sposób wyczerpujący.

Według art. 64 rozporządzenia z 29 listopada 1930 r. Minister Pracy i Opieki Społecznej sprawuje zwierzchni nadzór, a okręgowe urzędy ubezpieczeń bezpośredni nadzór nad kasami chorych w granicach ustawy z 19 maja 1920 r. i niniejszego rozporządzenia. Otóż według art. 100 ustawy z 19 maja 1920 r. Urząd Ubezpieczeń czuwa nad przestrzeganiem przez Kasy Chorych ustawy i statutów i może w tym celu przedsiębrać środki w tym artykule taksatywnie wyszczególnione m. in. w razie stwierdzenia nadużyć lub przestępstw, popełnionych przez władze Kasy, zawieszać je w czynnościach. Uprawnienia Urzędu Ubezpieczeń do unieważnienia niezgodnych z ustawą orzeczeń komisyj rozjemczych artykuł ten nie przewiduje. Takiego uprawnienia nie przewiduje również art. 67 rozporządzenia z 29 listopada 1930 r., który wylicza wyczerpująco uprawnienia władzy nadzorczej i daje jej m. in. prawo rozwiązywania organów kolegjalnych instytucyj (Kas Chorych) w razie stwierdzonego, a mającego istotne znaczenie naruszenia przez dany organ przepisów prawnych statutów lub regulaminów.

Błędnie wywodzi wreszcie pozwana władza uprawnienie władzy nadzorczej Kasy Chorych do unieważnienia niezgodnych z ustawą uchwał Komisji Rozjemczej z art. 101 rozp. Prez. Rzplitej z 22 marca 1928 r. Dz. U. p. 341 o postępowaniu administracyjnem, a to już z tego powodu, że uchwały te nie są decyzjami władz i urzędów administracji państwowej i samorządu terytorjalnego w rozumieniu art. 1 i 116 tegoż rozporządzenia, przepis art. 101 niema zatem do nich zastosowania.

Kierując się temi rozważaniami należało zaskar-

żone orzeczenie uchylić, jako prawnie nieuzasadnione, nie wdając się w rozpatrywanie dalszych zarzutów skarg, dotyczących meritum sprawy, jako w tym stanie rzeczy bezprzedmiotowych".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 29 września 1932 r. Nr. I. C. 2659/31.

„Zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia, przewidziane w art. 4 ust. I ustawy z d. 19 maja 1920 r., uzależnione jest od charakteru służbowego pracownika i wysokości pobieranego przezeń uposażenia, co ściśle wiąże się ze stosunkiem umownym łączącym pracownika z pracodawcą; z chwilą, gdy stosunek ten z jakiegokolwiek powodu wygasa, wygasa również i uzyskane zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia.

O ile pracownik taki zawrze nowy stosunek służbowy, odpowiadający wymaganiom przytoczonego art. 4, i pragnie skorzystać z przyznanego mu w tym artykule prawa zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia, winien zgłosić w tej mierze żądanie do zarządu Kasy Chorych".

Z uzasadnienia:

Po wysłuchaniu sprawozdania Sędziego-referenta oraz wniosków prokuratora,

zważywszy:

że firma „Dr. R. M., Chemiczna Fabryka Tow. Akc." wystąpiła przeciwko Pow. Kasie Chorych w W. o unieważnienie orzeczenia tejże Kasy, pociągającego powódkę do uiszczenia składek ubezpieczeniowych za pracowników S. H. i M. B. i o uznanie, że pracownicy ci nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby; w skardze powodowej pozywająca firma wyjaśniła, że B., jako kierownik i prezes zarządu, i H., jako dyrektor techniczny przedsiębiorstwa „S. K. Sp. Akc.", wobec pobierania uposażeń przekraczających zł. 7 500 rocznie, zostali w roku 1925 zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby;

że jak widać z dalszych wyjaśnień pozywającej firmy, Sp. Akc. „S. K." połączyła się w r. 1925 ze Spółką Akcyjną „Dr. R. M., Chemiczna Fabryka w Poznaniu", przyczem w akcie fuzji zastrzeżono, że Spółka „S. K." nie będzie zlikwidowana; w połączonych Spółkach tak B., jak i H., nadal pełnią te same funkcje co i poprzednio, i wynagrodzenie ich roczne przekracza 7 500 zł., wobec czego nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia;

że Sąd Okręgowy w W. powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny, do którego pozwana firma wniosła skargę apelacyjną, wyrok pierwszej instancji zatwierdził, wychodząc z założenia, że wobec przejęcia Spółki „S. K." przez pozywającą Spółkę, B. i H., chcąc zwolnić się od obowiązku ubezpieczenia, winni byli zgłosić w tej materji swe żądanie do Zarządu Kasy Chorych, czego nie uczynili;

że w skardze kasacyjnej pozywająca firma żąda uchylenia zaskarżonego wyroku, zarzucając Sądowi, że: 1) podzielił en bloc motywy, przytoczone przez pierwszą instancję, nie rozpoznawszy argumentów skargi apelacyjnej i pominąwszy milczeniem zasadniczy argument, że obowiązek ubezpieczenia jest obowiązkiem osobistym, a zwolnienie od tego obowiązku jest prawem osobistem, przywiązanem do osoby, a nie do firmy, wobec czego ważność zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia nie jest zależna od zmiany firmy; 2) oparł się na błędnej przesłance, że firma „S. K. Sp. Akc." przestała istnieć, pomijając tę okoliczność, że przy fuzji każde z łączących się przedsiębiorstw istnieje nadal;

że pierwszy zarzut skargi kasacyjnej nie jest słuszny, Sąd Apelacyjny bowiem rozważył zarzuty, zgłoszone przez pozwaną firmę w skardze apelacyjnej, przyszedł jednak do wniosku, że wspomniana skarga nie zawiera nic nowego, i odpowiedź na podniesione w niej zarzuty daje wyrok pierwszej instancji, którego motywy całkowicie podzielił Sąd Apelacyjny;

że niesłuszny jest również zarzut, jakoby Sąd pominął osobisty charakter ubezpieczenia pracowników w Kasie Chorych, jak również zwolnienia ich od obowiązku ubezpieczenia i wypływające z tego konsekwencje; kwestji powyższej Sąd Okręgowy, którego uzasadnienie podzielił Sąd Apelacyjny, nie pominął, ustaliwszy, wbrew twierdzeniu skarżącej, że jakkolwiek zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby było przyznane B. i H. osobiście, to jednak prawo to było związane z charakterem stosunku służbowego, wiążącego ich z firmą „S. K. Sp. Akc." i wygasło z chwilą, gdy firma powyższa wskutek fuzji przestała istnieć;

że powyższy pogląd jest słuszny i nie pozostaje w zarzucanej mu sprzeczności z art. 4 ustawy z d. 19. V. 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, z którego wynika, że zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia uzależnione jest od charakteru służbowego pracownika i wysokości pobieranego przezeń uposażenia, co ściśle wiąże się z łączącym pracownika stosunkiem umownym z pracodawcą; z chwilą gdy stosunek ten z jakiegokolwiek powodu wygasa, wygasa również i uzyskane zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia;

że o ile pracownik taki zawrze nowy stosunek służbowy, odpowiadający wymogom art. 4 wspomnianej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu, może ponownie uzyskać zwolnienie, o ile zgłosi w tej mierze żądanie do zarządu Kasy Chorych.

że niesłuszny jest również i ostatni zarzut skargi kasacyjnej, w sprawie pozostaje poza sporem, że przy dokonywaniu fuzji Spółka Skc. „S. K." została przejęta przez pozywającą Spółkę, wobec czego, w myśl obowiązujących przepisów o fuzji spółek akcyjnych i spółek z ogr. odp. (art. 3 i 4 rozporządzenia Prez. Rzplitej z d. 10. XII. 1924 r., Dz. U. Nr. 107, p. 968), Sp. Akcyjna „S. K." przestała istnieć jako osoba prawna;

z tych zasad Sąd Najwyższy skargę kasacyjną oddala.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 23 czerwca 1932 r. Nr. I. C. 486/32.

Właściciel parku, w którym gra zaangażowana orkiestra, nie jest w rozumieniu art. 15 ustawy z d. 19 maja 1920 r. pracodawcą członków tej orkiestry, gdy zawarł umowę nie z nimi, lecz ze związkiem zawodowym muzyków, który występował w roli przedsiębiorcy i z którym wiąże pomienionych członków orkiestry stosunek służbowy, wyrażający się w tem, że związek zawodowy, a nie właściciel parku, dysponuje ich pracą, wynagradza tę pracę i zwalnia z pracy według swego uznania.

(Uzasadnienie pominięto — Red.).

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 13 stycznia 1933 r. L. Rej. 800/31.

Jeżeli członek Kasy Chorych, który bez pośrednictwa organów Kasy w nagłej potrzebie bądź sam udaje się na leczenie do zakładu leczniczego, bądź umieszcza tam uprawnionego członka swej rodziny, zamierza zwrócić się do Kasy o zwrot kosztów leczenia, powinien przy przyjęciu do leczenia zawiadomić zarząd zakładu leczniczego o swem członkostwie w Kasie Chorych.

Nieuskutecznienie powyższego zgłoszenia nie nakłada na Kasę obowiązku poniesienia wyższych kosztów, aniżeli te, które byłaby musiała pokryć, korzystając z postanowień art. 43 ust. II lub III.

S. W. przedstawił Pow. Kasie Chorych w Dębicy wykaz kosztów, poniesionych wskutek oddania syna swego na klinikę Chirurgiczną w Krakowie, gdzie dokonano operacji; koszta te podał petent na kwotę 516 zł. 40 gr.

Pow. Kasa Chorych w Dębicy zawiadomiła S. W., że zarządzeniem Komisarza Rządowego przyznano mu zwrot kosztów leczenia i operacji syna jego w kwocie 316 zł. 40 gr.

Odwołań S. W. nie uwzględnił zarówno Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie, jak i Główny Urząd Ubezpieczeń, wobec czego S. W. wniósł skargę do N. T. A.

„N. T. A. rozpatrując sprawę, rozważył co następuje:

Art. 42 ustawy z 19 maja 1920 r. (Dz. U. poz. 272) głosi w ustępie III, że w wypadkach, gdy do udzielenia pomocy członek Kasy Chorych wezwał lekarza pozakasowego, Zarząd Kasy obowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków tylko w takim razie, jeżeli stało się to za zezwoleniem Zarządu Kasy lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem.

Dalej postanawia art. 43 wymienionej ustawy w ustępie II, że Zarząd Kasy jest upoważniony, w celu zapewnienia Kasie korzystniejszych warunków, do zawierania umów ze szpitalami, lecznicami prywatnemi i gminnemi, właścicielami aptek i t. p. Stosownie zaś do przepisu ustępu III tegoż artykułu szpitale publiczne i t. d. obowiązane są przyjmować chorych członków Kas Chorych po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego.

Jak zatem z tych postanowień wynika, ustawa przewiduje za utrzymanie i leczenie członków Kas Chorych, względnie ich rodzin (art. 33 cyt. ustawy) niższe koszty, które ponosić winna Kasa Chorych. W niniejszej sprawie Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie w piśmie do Pow. Kasy Chorych w Dębicy stwierdza wyraźnie, że gdyby chory skierowany był na klinikę Chirurgiczną przez Związek, koszta leczenia klinicznego byłyby mniejsze o 200 zł. od kosztów, podanych przez S. W. W tych warunkach nabiera istotnego znaczenia posiadanie przez daną lecznicę wiadomości o tem, że chory jest uprawniony do korzystania ze świadczeń Kasy Chorych, bądź jako członek Kasy, bądź jako należący do jego rodziny. Gdy zatem w niniejszym przypadku zaszła potrzeba bezzwłocznego oddania chorego do Kliniki Chirurgicznej nie za pośrednictwem organów Kasy Chorych, a więc potrzeba leczenia pozakasowego, było obowiązkiem skarżącego, który — jak z akt widoczne — odwiózł chorego syna do Kliniki, zawiadomić o swem członkostwie Zarząd Kliniki przy przyjęciu syna pod opiekę tego Zarządu. Przez niewyjawienie swej przynależności członkowskiej do Kasy Chorych skarżący spowodował zwiększone koszta leczenia, wychodzące poza normy, zobowiązujące Kasę Chorych do ich pokrycia, a wskutek tego skarżący ponieść musi konsekwencje tego zaniedbania, bez względu na treść powołanej w skardze rozmowy telefonicznej skarżącego z jednym z funkcjonarjuszów Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

W tym stanie rzeczy N. T. A. nie dopatrzył się nielegalności zaskarżonego orzeczenia w uznaniu obowiązku Kasy Chorych do zwrotu tylko tych kosztów za operację chorego, jakie Kasa Chorych byłaby poniosła w razie zgłoszenia chorego na Klinikę Chirurgiczną jako uprawnionego do korzystania ze świadczeń Kasy Chorych.

Skargę należało wobec tego oddalić jako nieuzasadnioną".

Z wyroku Sądu Okręgowego w Gnieźnie z dnia 4/11 lutego 1933 r. L. cz. I. 4. S. 210/31.

Na obszarze województw zachodnich (b. dzielnicy pruskiej) związkami komunalnemi w rozumieniu art. 43 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. są powiatowe związki komunalne.

Poszczególne komuny, jako gminy jednostkowe, nie są związkami komunalnemi.

Z uzasadnienia:

„Przepis art. 43 ustęp III 2 ustawy z dnia 19. V. 20 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44 poz. 272), na którym powódka skargę opiera, postanawia, że Kasa Chorych, której działalność nie obejmuje okręgu Związku Komunalnego, w którego szpitalu chory się leczy, obowiązana jest za swych członków zwrócić szpitalowi (wzgl. Komunie) koszty leczenia, wedle najniższej taksy szpitalnej, ma jednak prawo żądać zwrotu powstałej stąd różnicy od Związku Komunalnego, na którego Okręg rozciąga się jej działalność. Powódka twierdzi, że tym Związkiem Komunalnym jest pozwana gmina. W tym względzie zważył Sąd odwoławczy co następuje:

Na obszarze Województw Zachodnich (b. dzielnicy pruskiej) istnieją dwa rodzaje Związków Komunalnych: powiatowe i wojewódzkie. Pierwsze z nich stanowią związek gmin znajdujących się na obszarze danego powiatu (z wyjątkiem miast wydzielonych), drugie zaś stanowią związek powiatów na obszarze województwa. Poszczególne komuny (gminy wiejskie i miejskie oraz obszary dworskie) jako gminy jednostkowe nie są związkami komunalnemi. Dlatego też związkami komunalnemi w rozumieniu art. 43 powołanej ustawy mogą być tylko powiatowe związki komunalne, jako te związki, na których okręg rozciąga się działalność poszczególnych Kas Chorych, nie zaś poszczególne gminy. Dlatego też żądanie skargi, skierowane przeciw pozwanej gminie, nie znajduje uzasadnienia w ustawie".

Z uchwały Wyższego Urzędu Ubezpieczeń w Toruniu z dnia 27 kwietnia 1933 r. L. dz. 31/33 K. Chor.

Po reorganizacji Kas Chorych w myśl rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 29. XI. 1930 r. (Dz. U. Nr. 81/635) instytucjami właściwemi do rozstrzygania sporów w zakresie art. 76 ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o ubezpieczeniu na wypadek choroby są na obszarze Województwa Pomorskiego te Urzędy Ubezpieczeń, w których obrębie działania Kasa Chorych, jako osoba prawna, ma swą prawną siedzibę.

Uzasadnienie.

„Urząd Ubezpieczeń w Wąbrzeźnie przy piśmie z dnia 8-go marca 1933 r. Nr. P. 25-55 przekazał Urzędowi Ubezpieczeń miasta Torunia sprawę sporną Kasy Chorych w Toruniu przeciw L. A. rolnikowi z Wielkich Radowisk, uważając, że w myśl §§ 1783 i 528 ordynacji ubezpieczeniowej jest ten Urząd właściwym do rozstrzygnięcia sporu tego.

Urząd Ubezpieczeń miasta Torunia natomiast uznał się również za niewłaściwy, i przedłożył sprawę przy piśmie z dnia 22 kwietnia 1933 r. Nr. VIII. C. 5540/33 B. 60/33 Wyższemu Urzędowi Ubezpieczeń po myśli §§ 1786 i 1640 ordynacji ubezpieczeniowej, celem ustalenia właściwości jednego z tych Urzędów.

Stwierdza się przedewszystkiem, że spór przeciw pracodawcy L. A. z Wielkich Radowisk powstał z dniem 30 czerwca 1931 r., w którym to dniu zgłosiła się A. W. w Powiatowej Kasie Chorych w Wąbrzeźnie i zeznała do protokółu, że jest zatrudniona u wyżej wymienionego pracodawcy od 1 czerwca 1929 r. w charakterze sługi i robotnicy najemnej. Dochodzenia wstępne prowadziła nazwana Kasa Chorych w Wąbrzeźnie, jak również wydała ta Kasa Chorych formalne orzeczenie z dnia 10 września 1931 r., które podpisał Zarząd tej a nie innej Powiatowej Kasy Chorych w Wąbrzeźnie w osobach A. Z. jako Komisarza zarządzającego oraz M. — Dyrektora tejże Kasy. Orzeczenie doręczono pozwanemu dnia 12 września 1931 r., co dowodzi w sposób niewątpliwy, że całkowite postępowanie sporne w myśl art. 76 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby przeprowadziła Powiatowa Kasa Chorych w Wąbrzeźnie jako samoistna wówczas jeszcze osoba prawna. Likwidacja tej Kasy i przejęcie agend przez Kasę Chorych w Toruniu nastąpiło bowiem definitywnie z dniem 1 stycznia 1932 r., a to w myśl § 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94 poz. 724) oraz § 83 Statutu Kasy Chorych w Toruniu.

Skoro więc w sprawie przeciw L. A. z Wielkich Radowisk formalne orzeczenie w myśl art. 76 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby wydał Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Wąbrzeźnie, nie ulega żadnej wątpliwości, iż właściwą instancją apelacyjną w rozumieniu art. 85 i 106 wymienionej ustawy jest w myśl §§ 528 i 1783 ordynacji ubezpieczeniowej Urząd Ubezpieczeń w Wąbrzeźnie.

Niesłuszne jest atoli zdanie Urzędu Ubezpieczeń miasta Torunia, jakoby Urząd Ubezpieczeń w Wąbrzeźnie był nadal właściwym w sprawach, które zawisną po reorganizacji Kas Chorych.

W myśl wyraźnego postanowienia §§ 1783 i 528 ordynacji ubezpieczeniowej terytorjalnie właściwym jako pierwsza instancja odwoławcza w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby jest ten Urząd Ubezpieczeń, w którego obrębie działania odnośna Kasa Chorych ma swoją siedzibę. (Komentarz J. Hahn str. 811). Te przepisy mają dotychczas pełne zastosowanie, bowiem ustawa z dnia 19. V. 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby mocą art. 85 i 106 przekazuje orzecznictwo Urzędom Ubezpieczeń bez osobnego regulowania toku postępowania.

Jakkolwiek więc przed 1 stycznia 1932 r. istniały Powiatowe i Miejskie Kasy Chorych i siedziby ich odpowiadały obwo-

dom działania poszczególnych Urzędów Ubezpieczeń, to jednak stan ten uległ gruntownej zmianie od 1 stycznia 1932 r. Od tego dnia zaczęły bowiem działać Kasy Chorych o ustroju, przewidzianym rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. i rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r. o reorganizacji Kas Chorych.

W myśl postanowienia § 1 cyt. rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Kasy Chorych, wymienione w załączniku Nr. I zostają zreorganizowane zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29. XI. 1930 r. i rozciągają swą działalność na terytorjum, określone w tym załączniku. Stwierdzić należy, że w wspomnianym załączniku wyszczególniono Kasy Chorych podlegające likwidacji, zasięg terytorjalny zreorganizowanych Kas Chorych, ich nazwę oraz siedzibę. Na Województwo Pomorskie ustanowiono w ten sposób tylko sześć Kas Chorych z wyraźnem wyznaczeniem siedziby, a z pośród tych Kasę Chorych w Toruniu *z siedzibą w Toruniu*. Są wypadki czasowego odchylenia od tego rozporządzenia, mianowicie dwie Kasy Chorych mają tymczasową siedzibę w innej miejscowości aniżeli w rozporządzeniu przewidziano, lecz jest to stan przejściowy i zgoła bez znaczenia w odniesieniu do faktu, że istnieje na Pomorzu tylko sześć Kas Chorych jako istotnych jednostek prawnych. Jeśli Statuty Kas Chorych, zatwierdzone przez Ministerstwo Opieki Społecznej zezwalają na tworzenie jednostek administracyjnych i leczniczych w obrębie działalności danej Kasy Chorych, to nie oznacza to żadną miarą, iżby jednostki te były samodzielnemi osobami prawnemi. Są to raczej jednostki pomocnicze dla sprawniejszego wykonania zadania Kasy Chorych w zakresie lecznictwa i równocześnie pośredniego załatwiania spraw, związanych z zgłaszaniem członków i płaceniem składek. Żadna z tych jednostek pomocniczych jednak nie może być uprawniona do wydawania orzeczeń w myśl art. 76 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, bowiem prawo orzekania w tych sprawach zastrzeżone jest kategorycznie tylko Dyrekcji danej Kasy Chorych mocą art. 22 pkt. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29. XI. 1930 r. oraz § 46 Statutu. Dyrekcja natomiast jest tylko jedna w każdej Kasie Chorych wedle załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r.

W konkluzji stwierdza się, że na obszarze Województwa Pomorskiego istnieje od 1 stycznia 1932 r. ogółem sześć Kas Chorych jako oddzielne osoby prawne, sześć przeto Urzędów Ubezpieczeń może być tylko terytorjalnie właściwych do rozstrzygania sporów w zakresie art. 76 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. Właściwemi są Urzędy Ubezpieczeń, w którego obrębie działania Kasa Chorych jako taka ma istotnie swoją siedzibę, czyli, że Urząd Ubezpieczeń miasta Torunia jest wyłącznie właściwym we wszystkich sprawach spornych, w których Kasa Chorych w Toruniu wydała formalne orzeczenia po dniu 1 stycznia 1932 r., gdy dalsze Urzędy Ubezpieczeń w obrębie zasięgu działania tej Kasy Chorych nie posiadają tej właściwości. Odsyła się zresztą do Wiadomości Samorządowych Nr. 19/20 z 1 i 15 października 1932 r. str. 241, gdzie omówiono i wyjaśniono tę kwestję w odniesieniu do Urzędów Ubezpieczeń miasta Poznania.

Urzędowi Ubezpieczeń w Wąbrzeźnie ku uwadze, że odwołanie pozwanego A. jest spóźnione, nie podlega więc merytorycznemu rozpatrzeniu.

Orzeczenie niniejsze jest ostateczne po myśli §§ 1786 i 1640 ordynacji ubezpieczeniowej".

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

Z wyroku N. T. A. z dnia 26 kwietnia 1933 r. L. Rej. 9721/31.

Pracownikiem umysłowym w myśl art. 158 ust. ost. rozp. Prez. Rzeplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. Nr. 106, poz. 911), jest tylko ten ekspedjent, któremu uprawnienia pracowników umysłowych służą z mocy samego prawa, ze względu na rodzaj jego zatrudnienia, a więc niezależnie od tego, jakie postanowienia co do tych uprawnień zawarte są w umowie o pracę. Wobec tego ekspedjent sklepowy, któremu uprawnienia powyższe nie służyły na zasadzie obowiązujących przepisów prawnych z mocy prawa samego, a który korzysta z tychże uprawnień jedynie z mocy umowy o pracę, nie podpada pod pojęcie pracownika umysłowego na zasadzie postanowień art. 158 ust. ost. przytoczonego rozporządzenia.

N. T. A. rozważył co następuje:

Jak okazuje się z zaskarżonego orzeczenia, Ministerstwo stoi na stanowisku, że B. ani na zasadzie art. 3 p. 9, ani na zasadzie art. 158 (ustęp ostatni) rozporządzenia z 24 listopada 1927 r. nie może być uważany za pracownika umysłowego, ponieważ nie ma żadnego wykształcenia ani ogólnego ani zawodowego, pełnione zaś przez niego czynności — mianowicie rozpakowywanie i pakowanie towarów, roznoszenie ich do klijentów oraz pomaganie szefowi firmy przy sprzedaży odręcznej — nie uzasadniają stosowania do niego ani rozporządzenia Prez. Rzplitej z dn. 16 marca 1928 r. (p. 323 Dz. Ust.) o umowie o pracę pracowników umysłowych, ani ustawy z dn. 16 maja 1922 r. (p. 334 Dz. Ust.) o urlopach dla pracowników, zatrudnionych w przemyśle i handlu.

Skarżący Zakład wywodzi, że B. winien być uznany za pracownika umysłowego na zasadzie art. 158 (ustęp ostatni) rozporządzenia z dn. 24 listopada 1927 r., ponieważ jest zatrudniony w charakterze ekspedjenta sklepowego i korzysta z uprawnień, które na zasadzie rozporządzenia z dn. 16 marca 1928 r. i ustawy z dn. 16 maja 1922 służą pracownikom umysłowym, a w szczególności korzysta od szeregu lat z czterotygodniowego urlopu wypoczynkowego, a pracodawca jego stoi na stanowisku, że w razie postanowienia rozwiązania stosunku służbowego winien mu wypowiedzieć pracę na trzy miesiące naprzód.

Wywody te nie są trafne. Według bowiem postanowień zawartych w ostatnim ustępie art. 158 rozporządzenia z dn. 24 listopada 1927 r. dla kwestji, czy ekspedjent sklepowy winien być na zasadzie tych postanowień uważany za pracownika umysłowego, istotną jest okoliczność, czy korzysta on z uprawnień pracowników umysłowych na mocy obowiązujących przepisów prawnych. Pracownikiem umysłowym w myśl tego przepisu jest zatem tylko ten ekspedjent sklepowy, któremu uprawnienia pracowników umysłowych służą z mocy samego prawa ze względu na rodzaj zatrudnienia, a więc niezależnie od tego, jakie postanowienia co do tych uprawnień zawarte są w umowie o pracę. Wobec tego ekspedjent sklepowy, któremu uprawnienia powyższe nie służyły na zasadzie obowiązujących przepisów prawnych z mocy prawa samego, a który korzysta z tychże uprawnień jedynie z mocy umowy o pracę, nie podpada pod pojęcie pracownika umysłowego na zasadzie przepisu, o którym mowa. W następstwie tego, okoliczności, że B. korzysta corocznie z czterotygodniowego urlopu wypoczynkowego i rozwiązanie jego stosunku pracy uzależnionem jest od trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia mogłoby mieć znaczenie istotne dla kwestji zaliczenia B. do pracowników umysłowych tylko w tym razie, gdyby odnośne upoważnienia służyły mu już z mocy samego prawa jako pracownikowi umysłowemu. Za dostateczną podstawę dla powyższych uprawnień B. nie mogą być jednak uznane postanowienia ani rozporządzenia z dn. 16 marca 1928 r., ani ustawy z dn. 16 maja 1922 r. Rozporządzenie z dn. 16 marca 1928 r. dotyczy bowiem umowy o pracę pracowników umysłowych, za pracowników zaś tej kategorji uznano w art. 2 p. 9 tegoż rozporządzenia nie wogóle ekspedjentów sklepowych, a tylko tych z pośród nich, którzy odpowiadają wymogom wykształcenia, określonym w tym przepisie, względnie w przewidzianem w nim rozporządzeniu ministerjalnem (patrz p. 588 Dz. Ust. z r. 1930). Wymogi te są pod względem istotnym zgodne z wymogami, określonemi w art. 3 p. 9 i w art. 158 (ustęp drugi) rozporządzenia z dn. 24 listopada 1927 r., względnie w rozporządzeniu ministerjalnem z dn. 1 kwietnia 1931 r. (p. 414 Dz. Ust.). O ile zaś chodzi o ustawę z dn. 16 maja 1922 r., to w § 15 wydanego do niej rozporządzenia wykonawczego z dn. 11 czerwca 1923 r. (p. 464 Dz. U.), uzależnione uznanie sprzedawców sklepowych za pracowników umysłowych m. in. od ukończenia przez daną osobę szkoły zawodowej lub średniej. Powyższe postanowienie rozporządzenia z dn. 11 czerwca 1923 r. zostało zmienione rozporządzeniem ministerjalnem z dn. 26 lipca 1929 r. (p. 467 Dz. Ust.).

W tem ostatniem rozporządzeniu — jak to wynika z jego § 1 p. 9 — zaliczono sprzedawców i ekspedjentów sklepowych do pracowników umysłowych o tyle, o ile objęci są rozporządzeniem z dn. 16 marca 1928 r., a zatem o ile odpowiadają warunkom określonym w art. 2 tegoż rozporządzenia. Gdy zaś skarżący Zakład nie odmawia zgodności z rzeczywistością twierdzeniu, zawartemu w zaskarżonem orzeczeniu, że B. nie posiada żadnego wykształcenia ani ogólnego ani zawodowego — należało oddalić skargę jako nieuzasadnioną".

*

Wyrok powyższy jest pierwszem wyjaśnieniem przez NTA artykułu 158 ust. końcowy dekretu o ubezp. prac. umysł., dotyczącego dawniejszych z przed dekretu ekspedjentów sklepowych bez przepisanego wykształcenia. Niewiadomo, czy przyjęta w nim wykładnia utrzyma się w dalszem orzecznictwie NTA, a w każdym razie pożądane jest bliższe rozważenie nastręczających się w związku z wyrokiem tym wątpliwości.

1. Art. 158 ust. końcowy mówi o ekspedjentach sklepowych „którzy *korzystali* z uprawnień pracowników umysłowych *na mocy obowiązujących przepisów prawnych*". Wątpliwości dotyczą znaczenia wyrażeń ustawowych, zaznaczonych powyżej kursywą. W przytoczonym wyroku przyjęty został pogląd prawny, że chodzi tu o ekspedjentów, którym na zasadzie dawniejszych przepisów lub nawet rozp. Prez. z 16.III o umowie o pracę pracowników umysłowych „uprawnienia pracowników umysłowych służą *z mocy danego prawa*", *niezależnie od warunków ich umowy o pracę.*

Gdyby pogląd ten odpowiadał myśli ustawodawcy, nietrafnie byłoby użyte w dekrecie z 1927 r. wyrażenie *„korzystali* z uprawnień pracowników umysłowych", rozpoznające pewien stan *faktyczny*, a nie stan *prawny*. Dla wyodrębnienia tych tylko pracowników, którzy przez prawo dawniej obowiązujące lub też przez inne przepisy z 1928 r., uznani zostali za pracowników umysłowych ze względu na swe zatrudnienie, i z samego prawa korzystali z odpowiednich uprawnień, należałoby powiedzieć w omawianym tekście prawa „którym *przysługiwały* uprawnienia pracowników umysłowych", „którzy *uznani* byli za pracowników umysłowych" i t. p. Słowo „korzystali" wskazuje na to, że chodziło tu o wszelkie osoby, które *de facto traktowane były, jako pracownicy umysłowi* i *którym ustawodawca nie chciał odejmować tego ich charakteru także w nowem ustawodawstwie*, stwarzającem nowe uprawnienia, ale wymagającem od tej grupy pracowników znacznie surowszej kwalifikacji dla uznania za pracownika umysłowego.

2. O tem, że wyrażenie *„korzystali* z uprawnień" nie jest tu przypadkowo użyte, lecz że zawiera ono pewną określoną tendencję ustawodawczą, świadczy art. 2 ust. końcowy późniejszego o kilka miesięcy rozp. Prez. z 16.III 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych, zachowujący również charakter pracowników umysłowych typu ekspedjentów sklepowych, który niezależnie od tych kwalifikacyj *„korzystali* ze świadczeń i uprawnień, przysługujących... pracownikom umysłowym".

3. Omawiany wyrok, podobnie jak i decyzje Min. Opieki Społecznej, kładzie główny nacisk na zawarte w tekście prawa słowa końcowe „na mocy obowiązujących przepisów prawnych". Pozostaje jednak kwestja, do czego słowa te odnoszą się... Z samego tekstu prawa wynika raczej, że odnoszą się one do „uprawnień pracowników umysłowych", jako do wyrażenia bezpośrednio poprzedzającego, a nie do „korzystania". Chodzi o to, aby uprawnienia, które mają uzasadniać zachowanie charakteru pracowników umysłowych przez dawniejszych ekspedjentów, były ustanowione przez obowiązujące przepisy *jako przywileje pracowników umysłowych.* O tem zaś, na jakiej zasadzie korzystać mieli z tych uprawnień ekspedjenci sklepowi, o których chodzi w poszczególnym wypadku, prawo nie mówi. Z tego zdaje się wynikać, że rozróżnienie wprowadzone w omawianym wyroku pomiędzy korzystaniem *z mocy samego prawa* z pewnych uprawnień i korzystaniem z nich *z mocy umowy* nie znajduje oparcia w tekście prawa, a zatem nie powinno być stosowane. Każdy, kto z uprawnień pracownika umysłowego korzystał przed 1928 r. ewentualnie także do dn. 23 maja 1931 r., jako do daty wejścia w życie rozporządzenia ministerjalnego z dn. 1.IV 1931 r., Dz. Ust. Nr. 49, poz. 414, o ulgowem zaliczeniu do ekspedjentów sklepowych, bez względu na to, w jaki sposób udało mu się stan rzeczy osiągnąć, odpowiada wymaganiom art. 158 ust. końcowy i charakter pracownika umysłowego zachowuje.

4. Gdyby pogląd prawny powyższego wyroku NTA był trafny, to okazałoby się, że przynajmniej w b. dzielnicy rosyjskiej dla art. 158 ust. końcowy wogóle nie ma praktycznego zastosowania. Skoro bowiem przepisy wykonawcze do ustawy o urlopach z dn. 16.V.1922 r. istotnie uznawały za pracowników umysłowych tylko ekspedjentów z pewnem wykształceniem, a podobne stanowisko przyjmuje także art. 2 rozp. Prez. o umowie o pracę pracowników umysłowych poza jego ustępem końcowym, to brakłoby wogóle osób, do których możnaby zastosować art. 158 ust. końcowy w jego rozumieniu, przyjętem w omawianym wyroku. Wzgląd ten bardzo poważnie zasługuje na uwagę, gdyż niepodobna przyjmować, że ustawodawca regulował stany rzeczy nieistniejące. Przy braku zatem innych przepisów prawnych, z których dawniejsi ekspedjenci sklepowi mogliby zaczerpnąć uprawnienia pracowników umysłowych, stanowi to samo przez się dostateczną przeszkodę do przyjęcia tego ścieśniającego rozumienie prawa, które znalazło swój wyraz w wyroku NTA.

Adw. B. Baumgart.

Dyrektywa Związku Zakładów U. P. U. w sprawie stosowania art. 2 p. 1 i art. 7 ust. 1 rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uchwalona na posiedzeniu Rady Zarządzającej Związku w dn. 28. IV. 33 r.

XXIX. W wypadkach, gdy faktyczne wykonywanie czynności służbowych przez pracownika ogranicza się do kilku dni w tygodniu, obowiązek ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, od którego począwszy pracownik obowiązany jest wykonywać przyjęte przez niego obowiązki, a stosunek wynikający z umowy lub nominacji trwał przynajmniej 14 dni w ciągu tego miesiąca (art. 7 ust. 1).

II. W wypadkach, gdy czas trwania stosunku wynikającego z umowy lub nominacji nie przekracza dni 14 w żadnym miesiącu kalendarzowym, nie wytwarzając ciągłości zatrudnienia, obowiązek ubezpieczenia wogóle nie powstaje.

Uzasadnienie.

I. W wypadkach, gdy wykonywanie czynności służbowych ogranicza się do kilku dni w tygodniu, powstać mogą dwa zasadnicze zagadnienia:

1) zagadnienie istnienia zatrudnienia u innych osób fizycznych lub prawnych (art. 2 p. 1);
2) ustalenie terminu, od którego rozpoczyna się obowiązek ubezpieczenia (art. 7 ust. 1).

Ad 1) Liczba dni pracy w tygodniu względnie liczba godzin pracy w poszczególnych dniach tygodnia nie wywiera zasadniczego wpływu na istnienie stosunku zatrudnienia w tem znaczeniu, że należy odrzucić istnienie stosunku zatrudnienia z tego jedynie względu, że pracownik nie poświęca całego swego czasu pracy dla jednego pracodawcy względnie wykonywa pracę

jednocześnie na rzecz różnych pracodawców. Istotę zatrudnienia stanowi bowiem nie ilość pracy wykonywana na rzecz innej osoby, lecz stosunek zależności i podporządkowania, łączący osobę wykonywującą lub do wykonywania pracy zobowiązaną z osobą na rzecz której praca jest wykonywana. Wyżej zajęte stanowisko znajduje potwierdzenie w art. 12 ust. ost., przewidującym posiadanie kilku zajęć, z których każde uzasadnia obowiązek ubezpieczenia, jak również w postanowieniach art. 7 ust. ost. na zasadzie którego to postanowienia nie jest koniecznym warunkiem istnienia obowiązku ubezpieczenia faktyczne wykonywanie czynności służbowych.

Ad 2) Z zajęcia stanowiska, że ani samo faktyczne wykonywanie czynności służbowych, ani też czas poświęcony faktycznemu wykonywaniu czynnosci służbowych nie charakteryzuje stosunku zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, wynika, iż dla ustalenia terminu, od którego rozpoczyna się obowiązek ubezpieczenia, również nie może mieć decydującego znaczenia okoliczność czasu, poświęcanego faktycznemu wykonywaniu czynności służbowych, lecz jedynie termin powstania stosunku zatrudnienia. Decydować więc będzie moment, od którego pracownik powinien był przystąpić do wykonywania obowiązków na zasadzie umowy lub nominacji, wytwarzającej węzeł zależności i podporządkowania pracownika względem pracodawcy.

W wypadkach, w których data zawarcia umowy jest również datą ustaloną przez strony jako termin rozpoczęcia wykonywania umowy, obowiązek ubezpieczenia rozpocznie się od dnia zawarcia umowy, w innych wypadkach — od daty ustalonej przez strony w umowie jako termin rozpoczęcia jej wykonania.

II. W wypadkach, gdy nietylko faktyczne wykonywanie czynności, ale również czas trwania odpowiedniego stosunku, wynikającego z umowy lub nominacji nie przekracza dni 14 w żadnym miesiącu, a więc w razie zawierania krótkotrwałych odrębnych umów na czas określony, nie następujących kolejno po sobie i niestwarzających ciągłości zatrudnienia, obowiązek ubezpieczenia wogóle nie powstaje.

UCHWAŁA MIĘDZYDEPARTAMENTALNEJ KOMISJI INTERPRETACYJNEJ PRZY MIN. OPIEKI SPOŁ. W SPRAWIE CHARAKTERU PRACY INKASENTÓW.

Zatwierdzona decyzją Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1933 r. Nr. Rad. 9-5-33.

TEZA.

Za pracowników umysłowych w rozumieniu p. 6-go art. 2 Dekretu o umowie pracy pracowników umysłowych z dn. 16 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 35, poz. 232) oraz w myśl p. 6 art. 3 Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dn. 24 listopada 1927 r. (Dz. U. Nr. 106, poz. 911), należy uważać tych inkasentów:

a) którzy obliczają należności, wystawiają rachunki, inkasują należności, wystawiają pokwitowania oraz sporządzają wykazy dzielnicowe lub okresowe zainkasowanych należności, lub

b) którzy chociaż otrzymują gotowe rachunki i kwity, jednakże upoważnieni są przez pracodawców do modyfikowania tych rachunków i kwitów, do rozkładania należności na raty oraz wogóle do układania się z dłużnikami co do spłaty należności.

Uzasadnienie.

Szczegółowe badanie charakteru czynności wykonywanych przez inkasentów, doprowadza do wniosku, że zaliczanie wszystkich tych pracowników do kategorji, czy to pracowników umysłowych, czy to fizycznych, jest niemożliwe. Niektórzy bowiem z pośród inkasentów wykonywują pracę niewymagającą żadnego wysiłku umysłowego, jak np. pobierają należności wpłacane przez odnośne osoby, wydają tymże gotowe kwity i doręczają otrzymane pieniądze osobie uprawnionej. Natomiast inni, poza zwykłemi czynnościami, o charakterze inkasa, wykonywują czynności rachunkowe, polegające na samodzielnem obliczaniu należności, czynności biurowe, polegające na wpisywaniu pokwitowania, na sporządzaniu wykazów dzielnicowych zainkasowanych pieniędzy, względnie czynności kalkulacyjne, gdy upoważnieni są przez swych pracodawców do modyfikowania należności od wierzycieli i warunków spłaty, do rozkładania tych należności oraz wogóle do układania się z dłużnikami co do spłat.

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 oczeczenia Sądu Najwyższego Izby Trzeciej Cywilnej z dn. 26 stycznia 1933 r. Nr. III/Rw. 2487/32.

Osoba, nie będąca przedsiębiorcą, która spowodowała nieszczęśliwy wypadek przy pracy, odpowiedzialna jest wobec ubezpieczonego za szkodę, wynikłą skutkiem wypadku, niezależnie od tego, czy wypadek spowodowała rozmyślnie czy też jedynie przez niedbalstwo.

W magazynie firmy „W. i S-ka" obsunęła się na skarżącego robotnika W. M. sterta worków, które go ciężko poraniły. Zakład Ubezpieczenia od Wypadków wypłaca powodowi rentę wypadkową w wysokości 66% renty pełnej. Powód żąda przysądzenia sobie od S. L. i S. S., magazynierów firmy, różnicy między wypłacaną mu rentą wypadkową a jego zarobkiem rzeczywistym, twierdząc, że pozwani spowodowali powyższy wypadek swojem rażącem niedbalstwem. Sąd Okręgowy i Sąd Najwyższy Apelacyjny powództwo oddaliły.

Sąd Najwyższy, jako Sąd rewizyjny, postanowił uwzględnić rewizję, znieść zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego i zatwierdzony nim wyrok Sądu I instancji i zwrócić sprawę temu Sądowi do ponownej rozprawy.

Z uzasadnienia.

„Mylny jest pogląd Sądu I instancji, jakoby osoby trzecie, różne od przedsiębiorcy, odpowiadały w myśl § 47 ustawy o ubezpieczeniu robotników od wypadków, za szkodę, zrządzoną wypadkiem, tylko wtedy, jeżeli wypadek *rozmyślnie* spowodowały. Takie ograniczenie odpowiedzialności za szkodę, wynikłą z wypadków odnosi się tylko do przedsiębiorcy (§ 46 pow. ustawy) [1]) — natomiast wszystkie inne osoby nie będące przedsiębiorcą, odpowiadają za wypadki przez siebie spowodowane, według postanowień rozdziału 30 drugiej części Kodeksu cywilnego bez ograniczenia, a zatem także za działania lub zaniedbania, będące tylko wynikiem niedbalstwa, albowiem wyraz „Verchulden" użyty w § 47 ust. o ubezpieczeniu od wypadków obejmuje według terminologji § 1294 ust. cyw. także winę z niedbalstwa, braku należytej uwagi lub pilności.

Wyszedłszy z mylnego stanowiska nie rozpatrzyły sądy niższych instancyj wcale zasady faktycznej skargi, a w szczególności nie zbadały, czy istotnie pozwani przez swe niedbalstwo spowodowali wypadek, jakiemu uległ powód, ani też nie rozpatrzyły roszczeń odszkodowawczych powoda, dochodzonych skargą. Stanowi to wadliwość postępowania, z powodu której Sąd Najwyższy, przychylając się do rewizji, zniósł w myśl § 510 proc. cyw. wyroki obu niższych instancyj i zwraca sprawę sądowi procesowemu do ponownego rozstrzygnięcia".

[1]) patrz orzeczenie Sądu Najwyższego z 16.III 1932 r., opublikowane w Nr. 1 Przeglądu z roku bież.

ZAGADNIENIA ORGANIZACYJNE

DR. NIEDZIELSKI HENRYK

W SPRAWIE LEKARZY DOMOWYCH

(Odpowiedź p. Dr. H. Kłuszyńskiemu)

Pan Dr. Henryk Kłuszyński w artykule p. t. „Zagadnienie lekarzy domowych w Kasach Chorych", umieszczonym w Nr. 4 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" (r. 1933) podjął się oceny pracy mojej na temat „lekarzy domowych" [1]). Po dłuższych wywodach autor streszcza swe uwagi w trzech punktach, twierdząc, że:

1) Kasa Chorych w Warszawie nie stworzyła organizacji z typem lekarza domowego;

2) Kasa Chorych nie osiągnęła takich rezultatów finansowych, jakich się spodziewała;

3) Kasa Chorych stworzyła małe przychodnie dla chorych wewnętrznych, dziecięcych i małej chirurgji.

Pozwolę sobie z kolei odpowiedzieć na powyższe wywody p. Dra Kłuszyńskiego.

Przedewszystkiem, sądząc z treści artykułu, przychodzę do wniosku, że p. Dr. Kłuszyński nie zna zasad organizacji t. zw. „lekarzy domowych", jak ona się w istocie przedstawia w życiu, w terenie, i wysnuł sobie pojęcie o niej jedynie z mojej pracy. W krótkiej swej broszurze mogłem przedstawić tylko zgruba szkic podstawy i założenia, na których opieraliśmy fundamenty nowej organizacji. Wystarczyłaby jedna wizyta autora na obszar Pragi, aby się przekonać u źródła, że jest całkiem inaczej, niż autor sobie przedstawia. Życie jest silniejsze od wszelkich naszych rozumowań i samo niezależnie od nas tworzy nowe formy, przystosowując je do potrzeb życia codziennego. Spór o to, jakim powinien być typ lekarza domowego i jak go nazwać „domowym", „rejonowym", czy jak to czynią anglicy „rodzinnym" — jest sporem jałowym. Nie o nazwę idzie, lecz o treść, o organizację. A doświadczenie trzechletnie udowodniło, że forma organizacji, stworzona przez obwód Praga, dała wyniki pomyślne. Idąc po linji rozumowań p. Dr. Kłuszyńskiego — należałoby stanowiska lekarzy domowych obsadzić nie przez internistów i pedjatrów, a przez lekarzy „z duchowym obliczem lekarzy czasów greckich", przez „lekarzy uniwersalnie wykształconych", „lekarzy specjalistów z praktycznem wyszkoleniem z ogólnej medycyny", „przygotowanych do wykonywania zadań ogólnego (domowego) lekarza". Co do tego nie wiele się różnimy, tylko, że rozumowania nasze szły po linji nie teoretycznych rozważań, a po drodze praktycznego rozwiązania tego zagadnienia. O typie lekarza ogólnego, omnibusa, nie może dzisiaj być mowy w takiem środowisku, jak Warszawa. Sam autor dobrze to rozumie, pisząc, że „nie powrócimy i powrócić nie możemy do typu lekarza czasów Hipokratesa". I słusznie. Gdy życie wartkim potokiem prze szybko naprzód i toruje sobie nowe drogi i szlaki — nie może być mowy o cofaniu się wstecz, o powrocie do form i wzorów przestarzałych. Musimy przystosowywać się do nowych warunków bytowania, tworząc nowy typ lekarza. Bo kto nie idzie naprzód, ten się cofa.

W życiu społecznem i w medycynie zarysowały się w ostatnich dziesiątkach lat nowe kierunki i nowe prądy. Od leczenia indywidualnego przeszliśmy dziś do leczenia zbiorowego, do zapobiegania szerzeniu się chorób. W okresie przedwojennym lekarz leczył tylko chorych, nie troszcząc się o zdrowych, o pozostałą ludność, warunki jej bytu i otoczenia. Zapobieganie szerzeniu się chorób i walki z niemi są to dominujące dziedziny pracy dopiero lekarza współczesnego. Drogą samego tylko leczenia chorych nie jesteśmy w stanie wpłynąć na zmniejszenie się chorobowości wśród ludzi, jak i na zmniejszenie się procentu umieralności. Uczynić to może dopiero medycyna zapobiegawcza, której szlaki obecnie się wyznacza. Nie znaczy to, że lekarz leczący ma zginąć. Nie. Będzie on dotąd, dopóki będzie istnieć człowiek chory. Lecz pierwsze miejsce w przyszłości zajmie bezwzględnie medycyna zapobiegawcza przed kliniczną. Obserwacja życia codziennego wykazuje, że nie sztuce leczenia,jako takiej, zawdzięcza ludzkość te postępy w dziedzinie zdrowia i przedłużenia życia, jakie już zdobyła. Uczyniły to higjena i medycyna zapobiegawcza. Z tego wynika, że tylko metody profilaktyczne i stosowanie zasad higjeny — jedynie skutecznie wpływają na zmniejszenie się chorobowości i śmiertelności u ludzi. Nowy ten kierunek lecznictwa społeczno-zapobiegawczego, lecznictwa zbiorowego — prze jak lawina, łamiąc dotychczasowe poglądy i nastawienia świata lekarskiego. Nic mu się nie oprze, żadne moce go nie powstrzymają. Lecznictwo współczesne zmienia swój charakter i z okresu indywidualistycznego przechodzi stopniowo w społeczny. Jednym z tych etapów lecznictwa są Kasy Chorych. Dlatego też i reorganizację lecznictwa musieliśmy oprzeć na nowych zasadach. O lekarzu z wyszkoleniem uniwersalnem nie mogło być mowy. Najpierw, że tego typu lekarzy brak — a nawet gdyby się i wyszukało grupę takich lekarzy z pośród dawniejszych lekarzy, t. zw. „ziemskich", to ci nie cieszyliby się wziętością u chorych. Chorzy dzisiejsi nazbyt dobrze orjentują się w specjalnościach, żeby mieć zaufanie do lekarza ogólnego. Nawet z pośród internistów wyróżniają już lekarzy o specjalnościach ściślejszych. W każdym wypadku chorzy sami, bez lekarzy, decydują o wyborze tego, czy innego specjalisty. Potwierdza to zresztą i życie. Nawet dawni lekarze ziemscy, pracujący w Kasach Chorych w Warszawie, jakkolwiek uniwersalni, nie poprzestają na leczeniu wszystkich chorób, lecz określają się przeważnie jako interniści, bo chorzy w wypadkach specjalnych świadomie ich unikają, zwracając się o pomoc do lekarzy specjalistów. Żeby ten stan zmienić — należałoby zmienić nastawienie chorych, a to się nie da odrazu przeprowadzić.

Może to wyjaśni p. Dr. Kłuszyńskiemu, dlaczego przy wyborze kandydatów na lekarzy, t. zw. „domowych" przedewszystkiem braliśmy pod uwagę lekarzy internistów i pedjatrów.

Internistów dlatego, że największą ilość wszelkich zachorowań stanowią choroby wewnętrzne. Zresztą zgodzimy się co do faktu, że dla lekarza o typie uniwersalnym, jak i wogóle dla każdego sumiennego specjalisty — interna jest podstawą, osnową, bez której nie wyobrażamy sobie dobrego lekarza.

Co do pedjatrów, to chodziło nam przedewszystkiem o udostępnienie lecznictwa dzieciom na miejscu, bez konieczności noszenia ich przez matki do odległych ambulatorjów. Powtóre, idąc z prądem czasu, w myśl wyszczególnionych powyżej założeń, chodziło nam o skierowanie lecznic-

[1]) Dr. H. Niedzielski. **Lekarze Domowi.** Warszawa, 1932 r.

twa na tory profilaktyki, o wychowanie zdrowego przyszłego pokolenia, a któż to może lepiej uczynić, niż pedjatra. Obserwując dziecko od dzieciństwa i pouczając matkę o sposobach karmienia, wychowania i zapobiegania chorobom, lekarz staje się niejako opiekunem powierzonych jego pieczy dzieci. Przez ciągły kontakt z rodziną lekarz wdraża ją w umiejętne i celowe korzystanie z pomocy lekarskiej, w podstawowe zasady higjeny. To samo czynią lekarze interniści ze starszem pokoleniem. Nawiązuje się miły kontakt pomiędzy lekarzem i rodziną, zachowuje się ciągłość leczenia i, co najważniejsze, ułatwia możność poznawania warunków bytu i otoczenia. W ten sposób lekarz z czasem będzie miał coraz mniej do czynienia z lecznictwem, a stanie się lekarzem higjenistą, udzielającym porad higjeniczno-zapobiegawczych, a w wypadkach, wymagających specjalistycznej pomocy, — będzie kierował chorych do właściwego specjalisty. Organizacja, jaką stworzyliśmy na Pradze, to nie jest „pogrzeb lekarza domowego", jak chce p. Dr. Kłuszyński. Przeciwnie, ja twierdzę, że są to narodziny. Jest to pierwszy krzyk urodzonego dziecka. I dlatego, jak przy narodzinach, zbiera się zwykle bliższa i dalsza rodzina, komentuje i różnie się wypowiada, co z tego maleństwa wyrośnie — tak i ten noworodek, jako coś nowego, wywołuje tyle zainteresowania. My, jako jego opiekunowie, rozumiemy, że wychowanie i pokierowanie jego losem zależne jest od nas. Wyrośnie on na takiego obywatela, jakim go zechcemy widzieć. I jak do dziecka podchodzimy z wielką ostrożnością, tak i do tego tworu odnosimy się z całym spokojem i cierpliwością. To wyjaśnia fakt, dlaczegośmy dotąd nawet go nie ochrzcili, nie dali nawet imienia „domowy". Prawda, że lekarze nie byli naogół przygotowani i nastawieni do nowej roli, jaką im powierzono. Jednak życie powoli samo nagina ich do nowych potrzeb i stopniowo taki typ lekarza wytwarza się. W przyszłości, gdy nastąpi reforma studjów, pomocą będą tu Uniwersytety. Narazie przeszkolenie odbywa się drogą kursów uzupełniających i odpowiedniego instruowania lekarzy. Dla uzupełnienia zaznaczę, że system lekarzy omnibusów — jako lekarzy domowych, wprowadzony w Łódzkiej Kasie Chorych — zbankrutował na całej linji.

Co do drugiego zarzutu, że Kasa Chorych nie osiągnęła takich rezultatów finansowych, jakich się spodziewała, — odpowiedzią p. Dr. Kłuszyńskiemu niech służą przytoczone przezemnie na str. 38 i 39 mej pracy wyniki finansowe i ścisłe wyliczenia podane przez organa warszawskiej Kasy Chorych, a więc źródło najbardziej miarodajne i autorytatywne. O nich przemilcza p. Dr. Kłuszyński, bo są to liczby, podważające całkowicie całą jego argumentację. Przypomnę je dla ścisłości.

„I. **Koszt jednej porady lekarskiej** wraz z kosztami administracyjnemi (patrz tabl. Nr. 6), wyniósł na Pradze zł. 3.31. Przeciętny koszt ogólny jednej porady w całej Warszawskiej Kasie Chorych wyniósł zł. 3.69 — czyli, że **porada lekarska na Pradze jest tańsza od przeciętnej o zł. 0,38, a wogóle najtańsza w porównaniu z innemi dzielnicami.**

II. **Koszt jednej kuracji przeciętny** ogólny dla całej Kasy Chorych m. Warszawy wyniósł zł. 10,24. Tenże koszt na Pradze wyniósł zł. 9,48, czyli i **kuracja na Pradze okazała się tańsza od przeciętnej o zł. 0,76, a naogół w porównaniu z innemi dzielnicami — najtańsza.**

III. **Koszt administracyjny** jednej porady przeciętny, ogólny dla całej Kasy Chorych m. Warszawy wyniósł zł. 0,18; na Pradze — zł. 0,16, czyli **okazał się również mniejszym od przeciętnego o zł. 0,02".**

Że system ten jest dogodniejszy i tańszy, dowodzą tego dalsze posunięcia Zarządu Kasy Chorych w Warszawie, który wprowadza go już na inne dzielnice (obw. Mławski, obw. Solec). Zresztą przy reorganizacji lecznictwa nie kierowaliśmy się myślą „potanienia kosztów pomocy lekarskiej i kosztów administracyjnych". Przeciwnie, liczyliśmy się z tem, że nowy system może się okazać nawet droższym, jeżeli ma być lepszy, dobrze zorganizowany. Wyniki jednak prześcignęły nasze przewidywania.

Wreszcie, co do trzeciego wniosku autora, że „Kasa Chorych stworzyła małe przychodnie dla chorób wewnętrznych, dziecięcych i małej chirurgji" — podałem wyjaśnienie już wyżej. Kierowaliśmy się w danym wypadku dobrem i wygodą ubezpieczonych. Zresztą sam autor godzi się z tą zasadą, gdyż pisze: „Sama zasada tworzenia małych przychodni jest słuszna i celowa, gdyż uprzystępniają one ubezpieczonym pomoc lekarską. O ile z tego punktu widzenia rozpatrywać będziemy problem reorganizacyjny, to Kasa Chorych postąpiła dobrze".

Na inne poszczególne zarzuty autora nie zamierzam odpowiadać, gdyż uważam całą jego ocenę, jako jego pogląd osobisty, odosobniony. Ogół lekarzy przyjął wiadomość o reorganizacji lecznictwa bardziej przychylnie i ustosunkował się do nowego systemu z całą lojalnością. Dowodem tego są dotychczasowe głosy prasy.

Nieprzychylne stanowisko p. Dr. Kłuszyńskiego w tej sprawie, które się pojawiło na łamach prasy po raz pierwszy w ciągu trzech lat istnienia tego systemu, dowodzi, że jest ono odosobnionem i, jako takie, nie może być wyrazem opinji świata lekarskiego.

Muszę zaznaczyć w końcu, że noworodek, którego chciał uśmiercić p. Dr. Kłuszyński, żyje nadal, cieszy się dobrem zdrowiem i rozwija się pomyślnie ku ogólnemu zadowoleniu wszystkich zainteresowanych czynników, a więc Władz Kasy, lekarzy i ubezpieczonych.

MATERJAŁY

DR. HENRYK KŁUSZYŃSKI

ZARYS SPOŁECZNEJ MEDYCYNY

(Grundriss der sozialen Medizin. Franz Ickert und Johannes Weiksel. Verlag J. A. Barth. Leipzig, 1932).

Od wielu lat stała się palącą kwestja, by w ramach uniwersyteckich studjów społeczna medycyna była obowiązkowym przedmiotem wykładów dla słuchaczy medycyny. Jeszcze w roku 1908, a więc przed 25 laty w Rzymie na międzynarodowym kongresie dla ubezpieczenia społecznego wygłoszono obszerny referat o społecznej medycynie, jako przedmiocie nauki lekarskiej.

Podkomisja medycyny społecznej składająca się z rzeczoznawców lekarskich organizacyj higjeny społecznej, wyznaczonych przez Lekarskiego Dyrektora Komitetu Higjeny przy

Lidze Narodów w Genewie, oraz rzeczoznawców lekarskich instytucyj ubezpieczeń na wypadek choroby, wyznaczonych przez Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy — do której miałem zaszczyt należeć, powołany przez to Biuro — zebrana w Sekretarjacie Ligi Narodów w Genewie dnia 17, 18 i 19 grudnia 1928, między innemi uchwaliła następującą rezolucję w sprawie społeczno-medycznego wykształcenia lekarzy:

1. Medycyna społeczna wymaga specjalnego teoretycznego i praktycznego wykształcenia, którego się żądać powinno od wszystkich lekarzy, znajdujących się w służbie publicznej i prywatnej opieki nad zdrowiem, jakoteż w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

2. Medycyna społeczna powinna być na wszystkich wydziałach lekarskich obowiązkowym przedmiotem wykładów i obowiązkowego egzaminu. Należy dążyć, by nauka lekarska była społecznie nastawiona.

3. Kursy dokształcające w zakresie medycyny społecznej powinny być prowadzone dla wszystkich lekarzy praktykujących łącznie ze społecznemi instytucjami w tem zainteresowanemi.

4. Podkomisja dla medycyny społecznej uprasza komisje dla nauki higjeny o opracowanie programu nauki medycyny społecznej na wydziałach lekarskich i w szkołach lekarskich.

Każdy lekarz, który nabył wiadomości z dziedziny społecznej medycyny, czy to na studjach zagranicznych, czy drogą samokształcenia i obserwacji lub pracy dłuższej w ubezpieczeniach społecznych, przekonywa się prawie codziennie, ile istnieje luk w wiedzy lekarzy z powodu braku na klinikach nauki o społecznej medycynie.

Rozwój nowoczesnego lecznictwa stawia nowe i wielkie wymagania. Kliniczna medycyna stała się dziś prawie wiedzą przyrodniczą i nauka lekarska jest do niej dostosowana. Tymczasem współczesne poglądy i wielkie dzieło ubezpieczeń społecznych wniosły do lecznictwa nowe wartości i poglądy. Między temi dwoma kierunkami istnieje jeszcze przepaść. Obydwa odłamy lekarzy nie znajdują często wspólnego języka. Lekarze powinni jednak wyjść nieco poza orjentację wyłącznie kliniczną i zrozumieć, że lekarska działalność uwarunkowana jest niejednokrotnie warunkami życia gospodarczego i społecznego. Dzisiejsze porady lekarskie grzeszą częstokroć krótkowzrocznym szablonem, widzą tylko małą rzecz a nie dostrzegają całości i tego, co jest istotne. W sądach i orzeczeniach lekarskich brak świadomości o dalekich nieraz ich skutkach. Niejednokrotnie można się spotkać z niedostatecznem, albo nawet lekkomyślnem orzeczeniem, które może rozstrzygać o losie człowieka. Spostrzegamy również, jak jednostronne i błędne jest jeszcze nastawienie bardzo wielu lekarzy do ubezpieczeń społecznych, które bądź co bądź odgrywają kolosalną rolę w zakresie zdrowotności wielkich mas ludności.

Z tych powodów staje się koniecznością, by nauka o społecznej medycynie stała się obowiązkowym przedmiotem wykładowym i obowiązkowym przedmiotem egzaminu.

Z działu medycyny społecznej powinny być przedmiotem wykładów, co najmniej następujące tematy: 1. Zadania społecznej medycyny. 2. Społeczne położenie a choroba. 3. Społeczna patologja a leczenie. 3. Stanowisko i zadanie lekarza w ubezpieczeniu społecznem. 5. Choroby zawodowe. 6. Orzecznictwo lekarskie. 7. Etyka lekarska. 8. Zapobiegawcza działalność lekarza. 9. Opieka społeczna.

Zanim jednak wszystkie wydziały lekarskie wprowadzą obowiązkowo ten przedmiot z obowiązkowym egzaminem, muszą się lekarze zapoznać z tym tak ważnym działem nauki inną drogą, to jest studjowaniem czasopism i dzieł temu zagadnieniu poświęconych.

Właśnie niedawno ukazał się podręcznik pod wyżej podanym tytułem, dający możność lekarzowi zapoznać się z tym działem naukowym. Wprawdzie książka powyższa nie może się porównać ze znakomitem, źródłowem 5 tomowem dziełem p. t.: „Handbuch für Soziale Medizin und Gesundheitsfürsorge", jednak nie każdy lekarz ma czas i możność gruntownego przestudjowania tak poważnego i obszernego dzieła; dla codziennych potrzeb oraz celem zapoznania się z tem tak interesującem materjałem medycznym, książka jednotomowa, opracowana przez wybitnych przedstawicieli społecznej medycyny, oddać może każdemu lekarzowi wielkie usługi.

Książka obejmuje trzy zasadnicze działy społecznej medycyny: 1) część ogólną obejmującą samą istotę, pojęcie społecznej medycyny, ruch ludnościowy, społeczną fizjologję i patologję, społeczne rozpoznanie, społeczną terapię i społeczną profilaktykę, 2) część szczegółową, która obejmuje najważniejsze pod względem społecznym grupy chorobowe, jak: choroby zakaźne, narządów oddechowych, gruźlicę, pylicę i gruźlicę, choroby serca i naczyń, przemiany materji, choroby narządów pokarmowych i wątroby, narządu płciowego, cierpień gośćcowych, chorób kobiecych, płciowych i t. d. Już z tego zestawienia pierwszych dwóch części widać, jak pierwiastek społeczny odgrywa poważną rolę w bardzo wielu chorobach. Dotychczas traktowano jako choroby o charakterze społecznym tylko gruźlicę, choroby weneryczne, alkoholizm, a ostatnio także cierpienia gośćcowe. W ostatnich latach szczegółowe badania zjawisk chorobowych uwydatniły, że w bardzo wielu cierpieniach, których charakter społeczny poprzednio negowano, czynnik społeczny odgrywa jednak bardzo wielką rolę. Dla tego zapoznanie się z treścią tego podręcznika staje się prawie koniecznością, zwłaszcza dla tych wszystkich lekarzy, którzy zajmują się społecznem lecznictwem, zwłaszcza w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Trzecia część książki zajmuje się medycyną ubezpieczeniową: ubezpieczeniem chorobowem, wypadkowem, inwalidzkiem, pracowników umysłowych, ubezpieczeniem górniczem (kasy brackie), na wypadek bezrobocia i w końcu w krótkiej wzmiance — orzecznictwem lekarskiem.

Zaznaczyłem już wyżej, że książka, obejmująca tak rozległy materjał, nie może mieć pretensji do szczegółowego omówienia wszystkich w niej poruszonych zagadnień, w każdym jednak razie lekarz może się dobrze i dostatecznie zapoznać z zasadniczemi postulatami społecznej medycyny.

Autor Franz Ickert przyjmuje zasadniczo tezę prof. Grotjahna, wyrażoną w książce „Soziale Pathologie" (Społeczna patologja), że społeczne czynniki wpływają na powstanie choroby, często nie bezpośrednio, lecz pośrednio wskutek konstytucyjnej mniejszej wartości osób, nabytej lub odziedziczonej.

Przyczyny społeczne wywołują wiele chorób, o wiele częściej jednak choroby powstają następowo wskutek towarzyszących społecznych okoliczności.

Zagadnienie to można ująć następująco:

1. Społeczne warunki tworzą, ułatwiają albo pogarszają istniejące chorobowe skłonności.

2. Społeczne stosunki są nosicielami zjawisk chorobowych.

3. Społeczne stosunki pośredniczą w powstawaniu chorób.

4. Społeczne stosunki wpływają na przebieg chorób.

Działanie czynnika społecznego na powstanie i przebieg choroby jest znów zależne od stałości i jakości ogólnego położenia społecznego, a więc od rodzaju odżywiania się, mie-

szkania, odzieży, pracy, używania życia, warunków wychowania dzieci i oświaty.

Ale stany chorobowe nie tylko są uwarunkowane przez społeczne stosunki, wpływające na ich powstawanie i przebieg, ale i one znów wpływają na stosunki społeczne, szczególnie na ruch ludnościowy, siłę obronną państwa i zdolności wytwórcze.

W ramach sprawozdawczych tak poważnego dzieła trudno ująć całe bogactwo myśli, argumentów i liczb, wskazujących na ważność czynnika społecznego w medycynie.

Postaram się czytelnikom „Przeglądu" wskazać na najważniejsze momenty, poruszone w tem dziele.

Niemcy na środki żywności zużywają 40% dochodu społecznego, t. j. 30 miljardów marek. Kwota ta zostaje w następujący sposób rozdzielona: na mięso 7 miljardów, na produkty mleczne 4—5 miljardów, chleb i bułki 3—4 mil., na alkoholowe napoje 5 miljardów, tytoń 2.7—3 mil.

Według Rubnera dorosły robotnik ciężko pracujący potrzebuje dziennie 3808 kalorji (52,8 kalorji na kg. wagi ciała). Dorosły człowiek ważący 65 kg przy lekkiej lub średnio ciężkiej pracy potrzebuje 44,3 kalorji na kg. wagi, czyli 2880 kalorji dziennie. Ilość tych kalorji składać się powinna z 118 gramów białka, 30—100 gramów tłuszczu, zależnie od rodzaju pracy i 509—622 gr. węglowodanów. Z tych obliczeń wynika, że dorosły człowiek przy średniej wysokości wzrostu i średniej pracy potrzebuje dziennie na wyżywienie na każde 1000 kalorji 21 fenigów, czyli najmniej dziennie 55 fenigów.

Te dane są nader ważne dla obliczenia minimum egzystencji i oznaczenia kwoty zapomogowej. Rozpoznając te liczby przez naukę ustalone możemy i w Polsce obliczyć koszt niezbędnego dziennego utrzymania, uwzględniając ceny rynkowe żywności.

O ile ludność się odżywia niżej podanego minimum, następuje stan niedożywiania.

Drugim czynikiem, wpływającym na powstawanie chorób, jest stan mieszkań ludności. Warunkiem zdrowego mieszkania jest jego dobre naświetlenie. W ciemnych izbach nie można utrzymać zupełnej czystości, a w ciemnych kątach dłużej żyją bakterje. Wilgoć w mieszkaniu nie tylko psuje powietrze w niem zawarte, lecz niszczy również samo mieszkanie. W zimie narażeni są mieszkańcy takich mieszkań na choroby, powstające z przeziębienia, powstaje reumatyzm i zapalenie nerek. Znany jest związek między gruźlicą a złem i przepełnionem mieszkaniem. Społeczni higjeniści wskazują, że czynsz za mieszkanie nie powinien przekraczać ⅙ wszystkich wydatków.

Nieodpowiednie mieszkanie jest tym szczególnym czynnikiem społecznym, który wpływa, że dzieci w niem mieszkające są blade, muskulatura ich staje się wiotką, a skóra zwiędłą. Następuje to, co nazywamy chorobą mieszkaniową. Im mniej higjeniczne są mieszkania, tem mniejsza liczba zdrowych dzieci, a śmiertelność dzieci coraz większa. Pauperyzm i choroby mieszkaniowe są ściśle ze sobą związane.

Charakterystyczne są badania poradni przeciwgruźliczej w Nancy, prowadzone przez Parisota i Saleura. Badacze ci stwierdzili, że wtargnięcie gruźlicy do rodziny, która przed zakażeniem żyła w złych warunkach mieszkaniowych, staje się dla niej katastrofą.

Istnieje również ścisły związek między mieszkaniem a moralnością.

Na stan zdrowia wpływa również czas pracy. Należy jednak odróżnić pracę dzienną od nocnej. Pracę nocną należy zasadniczo uważać jako coś nienaturalnego, gdyż osłabia więcej organizm i system nerwowy, aniżeli praca dzienna, wywołuje przeto przemęczenie. Badania przeprowadzone w piekarniach i szpitalach, gdzie praca odbywa się w nocy, wykazały, że praca nocna wywołać może bezpośrednie uszkodzenia organizmu, jak spadek wagi ciała, brak łaknienia. Robotnicy po pracy nocnej nie mają zupełnego spoczynku w dzień, zwłaszcza w przepełnionych mieszkaniach. Niebezpieczeństwo uszkodzenia zdrowia jest dla kobiet o wiele większe, aniżeli dla mężczyzn. Odgrywają tu nie tyle cielesne, ile psychiczne przyczyny, gdyż mężczyzna prędziej znajdzie wypoczynek aniżeli kobieta.

Fizjologja pracy stwierdziła, że praca fizyczna po 8 godzinach nie przedstawia już wiele wartości, nawet przy wielkim wysiłku. Ekonomiści po przeprowadzeniu wielu badań stwierdzili, że przez skrócenie 9-godzinnego dnia w pracy do 8 godzin dziennie, wytwórczość nie tylko się nie zmniejszyła, ale była większa. W fabrykach Zeissa po wprowadzeniu 8-godzinnego dnia pracy wzrosły zarobki akordowe z 61,9 na 71,9 fenigów za godzinę pracy. Skrócenie czasu pracy pociągnęło za sobą zmniejszenie się liczby wypadków, co naturalnie pod względem higjeniczno-społecznem ma wielkie znaczenie. Według Public Health Service w niektórych amerykańskich fabrykach w r. 1916 przy załodze 11.000 osób i 10 godzinnym dniu pracy było 33.244 wypadków przy pracy, w roku zaś 1917 przy załodze 12.000 osób i 8-godzinnym dniu pracy już tylko 13.205 wypadków. Nadto w tych fabrykach nie wyprodukowano mniej przy 8 godzinach, ale o wiele więcej aniżeli przy 10 godzinach pracy.

Również i niemieckie zakłady ubezpieczeń od wypadków podają, że po skróceniu czasu pracy liczba wypadków zmniejszyła się.

Skrócenie czasu pracy wpływa również korzystnie na ogólną higjenę klasy pracującej. Fromont zestawił w sposób klasyczny swoje spostrzeżenia w hutach belgijskich: „Żaden robotnik nie opuszcza fabryki by się przedtem dokładnie nie obmył".

To spostrzeżenie wydawać się może zbyt drobne, mało znaczące, ale mimo to wskazuje ono na związek między czasem pracy a higjeną, który w pewnych okolicznościach może mieć nader poważne znaczenie. Robotnik mając więcej czasu do dyspozycji, nie potrzebuje go tak bardzo skąpić. Nie ulega już wątpliwości, że 8-godzinny dzień pracy nie wszędzie zwiększył konsumcję alkoholu, raczej konsumcja się zmniejszyła. Część wolnego czasu przypadła pielęgnowaniu ciała. Nie wolno zapominać, że na całym świecie liczba członków towarzystw sportowych właśnie wskutek skrócenia czasu pracy wielokrotnie się zwiększyła

Ze stanowiska fizjologji należy zagadnienie czasu pracy tak ująć: fizjologiczny czas pracy musi być zależny od konstytucji robotnika, środowiska, rodzaju pracy i stanu kulturalnego pracownika i należy go ustalać od przypadku do przypadku.

W związku z zagadnieniem czasu pracy interesujące są następstwa wprowadzenia tygodnia 5-dniowego w sowieckiej Rosji. W r. 1927 wprowadzono w przemyśle tkackim trzy zmiany pracy, później także w innych gałęziach przemysłu po 7 godzin dziennie. W r. 1929 wprowadzono nowy czas pracy t. j. „nieprzerwany tydzień pracy". Usunięto dzień wypoczynku wspólny dla wszystkich, tak, że robotnicy i pracownicy umysłowi nie równocześnie, ale w rozmaitych dniach mają swój wypoczynek; fabryki pracują więc nieprzerwanie przez 7 dni w tygodniu, jak na całym świecie pracownicy

kolei, telefonów, przemysłu gastronomicznego i t. p. (Od 1 lipca 1930 r. robotnicy w swej większości (69.24%) pracują 4 dni w tygodniu, a piąty dzień jest dniem wypoczynku. Czas pracy ma być w następujący sposób podzielony: pierwsza załoga pracuje od 4—11, druga od 11—18, trzecia od 18—1, a od 1—4 fabryka jest nieczynna. Nawet według zdania wielu Rosjan zniesienie ogólnego dnia wypoczynku jest zmianą na gorsze. Dzień wypoczynku, w ciągu którego większa część współpracujących pracuje, jest faktycznie tylko połową wypoczynku. Brak mieszkań w Rosji wpływa, że wiele rodzin mieszka w jednem wspólnem mieszkaniu i robotnicy mieszkają w przepełnionych koszarach. Ponieważ się często zdarza, że mieszkańcy tego samego mieszkania w rozmaitych porach pracują i wracają do domu, nikt nie może dobrze wypocząć. W tych warunkach nie można mówić o prawdziwym wypoczynku po pracy.

Nie tylko czas pracy, ale i rodzaj pracy wywiera wpływ na zdrowie pracownika. Dlatego fizjologja pracy zajmuje się badaniem, w jaki sposób najlepiej zracjonalizować ludzką pracę. Według Atzlera muszą być wypełnione trzy warunki:

1. Żywy motor ludzki należy tak zużytkować, by przy użyciu minimum energji uzyskać najwyższą wydajność.

2. Odpowiedni człowiek ma znajdować się na odpowiedniem miejscu.

3. Należy unikać przemęczenia.

Z tych przytoczonych założeń wynika już społeczne rozpoznanie (djagnoza), które musi ująć zewnętrzne zjawiska społecznego życia, a więc: odżywianie, pracę i mieszkanie.

Współczesne życie społeczne dla zaspokojenia odżywiania wymaga dochodu, płacy dziennej, zarobku. Przy ocenie, czy zarobek jest wystarczający dla rodziny, należy także wziąć w rachubę ewentualne renty, wolną pomoc lekarską i t. d.

Zawód może być odpowiedni albo nieodpowiedni bądź z powodu przeciążenia, bądź z powodu przemysłowych trucizn i t. d.

Mieszkanie jest wówczas dostateczne, jeżeli z całą pewnością można w niem uniknąć zakażenia, mieszkanie jest ograniczone, jeżeli zakażenia można uniknąć tylko przy pewnych zastrzeżeniach, niedostateczne zaś jest mieszkanie wówczas, jeżeli nie można w niem uniknąć zakażenia.

Społeczne rozpoznanie jest istotne dla społecznej terapji i dla społecznego rokowania. Społeczne rozpoznanie spełnia swoje zadanie w opiece społecznej i w opiece zdrowotnej. Społeczne rozpoznanie łączy się z lekarskiem rozpoznaniem, które rozstrzyga, czy dany przypadek podlega opiece zdrowotnej. Za lekarskie rozpoznanie odpowiada naturalnie lekarz. Społeczno-higjeniczna zasada nakazuje, że nie należy czekać z pomocą, aż choroba wystąpiła albo się pogorszyła, lecz jest o wiele lepiej uchwycić ją w jej początkach. Takie postępowanie jest dla ogółu zawsze tańsze. O tem już dawno wiedziano. Lekarz domowy był doradcą rodziny nie tylko w czasie choroby, ale także w czasie zdrowia. Znał on i obserwował środowisko, w którem jego klijenci żyli, śledził on ich tryb życia i udzielał rad dla uniknięcia chorób, dla utrzymania zdrowia. Lekarz dawnych czasów był lekarzem leczącym, lekarzem opiekującym się i zarazem urzędnikiem; podczas gdy dziś ten typ zanika.

W ostatnich dziesiątkach lat opiekę zdrowotną nad ludnością prowadzi się zapomocą poradni. Zadaniem tych poradni jest wyszukiwanie szwankujących na zdrowiu, poddawanie ich lekarskiemu badaniu, a na podstawie wyników badań — zastosowanie odpowiednich środków celem utrzymania dobrych wyników zdrowotnych. Metody postępowania tych poradni są zupełnie odmienne od metod indywidualno-lekarskich. Należy jednak zaznaczyć, że praktyczni lekarze za pomocą uzupełniających studjów mogliby nader skutecznie współdziałać, zwłaszcza przy gruźlicy i innych chorobach. Jest przecież zupełnie niemożliwem, by poradnie uchwyciły wszystkich z wczesnemi objawami gruźlicy, i tu muszą pomagać praktycy lekarze, gdyż do poradni dostają się chorzy już z bardzo posuniętą gruźlicą.

Opieka zdrowotna jest opieką w pierwszym rzędzie dla zdrowych. Zarzuca się opiece i ubezpieczeniu społecznemu, że przez to zanika poczucie odpowiedzialności u mas. Jednakowoż badania całych grup ludności wykazały, że ludzie tylko nader rzadko posiadają zdolność samoobserwacji w zakresie własnego zdrowia i tylko wyjątkowo są w stanie informować lekarza o pewnych podmiotowych objawach i dolegliwościach chorobowych. Brünning stwierdził, że chorzy na gruźlicę bardzo późno szukają pomocy lekarskiej lub w poradni przeciwgruźliczej. Dlatego lekarze tej miary jak Brünning, Redeker, Roessle, Gottstein i wielu innych polecają przeprowadzać całą serję obserwacji, badań rentgenowskich, opadania krwinek, wagi, które dopiero umożliwiają otrzymanie rozpoznania. Naturalnie, że nie wolno zapominać o społecznem rozpoznaniu, gdyż niedożywianie, nadmierna praca lub rozmaite szkodliwości zawodowe często zamieniają stan chorobowy w proces chorobowy, nadto przewlekły proces chorobowy pogarsza gospodarcze położenie chorego doprowadzając go nieraz do nędzy.

Frenkel w r. 1931 wykładał w Heidelbergu o pierwszych początkach chorobowych przy przewlekłych cierpieniach. 4-ty zjazd lekarzy w Kołobrzegu uchwalił, że studenci medycyny już podczas studjów uniwersyteckich powinni się zapoznawać z zasadami opieki zdrowotnej i medycyny ubezpieczeniowej.

Opieka zdrowotna obejmuje następujące działy:

1. Opieka nad niemowlętami i matką, 2) nad dziećmi przedszkolnemi i szkolnemi, 3) nad młodocianymi, 4) opieka nd dożywianiem dzieci w szkołach, 5) opieka nad kalekami, 6) nad chorymi na gruźlicę, 7) nad psychicznie chorymi, epileptykami, 8) nad alkoholikami, 9) nad wenerycznie chorymi, 10) opieka szpitalna, przy której głównie chodzi o racjonalizację pobytu chorego w szpitalu.

Współczesna opieka ma do spełnienia następujące zadania:

a) pomoc dla chorych przez dostarczanie leków i aparatów,
b) zarządzenia dla przeprowadzenia rekonwalescencji,
c) gospodarczą pomoc,
d) poprawę domowych warunków,
e) współdziałanie celem uzyskania lepszych warunków pracy dla pacjentów,
f) współpraca ze wszystkiemi publicznemi i wolnemi organizacjami. (Przy pomocy opieki szpitalnej Norymbergja mogła zmniejszyć czas pobytu chorych z 28—30 dni na 23.4 dni. Lubeka wprowadziwszy w r. 1925 taką opiekę uzyskała oszczędność w wysokości 16.320 Marek. Opieka szpitalna istnieje poza Niemcami także w Ameryce, Anglji, Francji, Holandji i t. d.).

11) opiekę mieszkaniową,
12) opiekę nad wyborem zawodu,
13) opiekę nad chorymi na raka.

Liczba rodzajów opieki może się naturalnie jeszcze zwiększyć.

Ze społecznej djagnozy wynika przeto jasno społeczna terapja. Z powyższego zestawienia widać, że pomoc lekarska, terapja lekarska często nie wystarcza, o ile równocześnie nie jest stosowana gospodarcza pomoc, a więc terapja społeczna. Jej zadanie polega na tem, by to co brakuje rodzinie albo jej części, uzupełniono, a więc dostarczano np. odzież, łóżka, węgiel, czasem pieniądze. Jakiego rodzaju pomoc jest konieczna — jest to już zadaniem społecznego rozpoznania. Zależnie od czynnika spełniającego rolę społecznej terapji dzielimy opiekę na 1) społeczną, 2) ubezpieczenia społeczne, 3) społeczne zaopatrywanie potrzebujących.

Autor omawia każdy z rodzajów tych opiek osobno i kończy ten dział wskazaniem na konieczność społecznej profilaktyki. (c. d. n.).

WILHELM DOBRZYŃSKI

UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZ BADANIA LEKARSKIEGO W POCZTOWEJ KASIE OSZCZĘDNOŚCI

Stały wzrost oszczędności, składanych do Pocztowej Kasy Oszczędności, świadczący — z jednej strony — o dużej popularności tej instytucji, — a z drugiej strony — o wzroście zmysłu oszczędzania wśród szerokich rzesz ludności Polski, spowodował rozszerzenie dotychczasowej działalności P. K. O., co się wyraziło przez wprowadzenie w połowie 1928 roku operacyj ubezpieczeń na życie bez badania lekarskiego.

Jednym z ważkich argumentów, skłaniających P. K. O. do wprowadzenia tego działu, był fakt posiadania gotowego aparatu, zdolnego do propagandy ubezpieczeń, akwizycji i inkasa, w postaci około 4.000 urzędów pocztowych, rozrzuconych po całym kraju, jako zbiornic P. K. O.

Wprowadzając ubezpieczenia bez badania lekarskiego, musiała P. K. O kierować się następującemi naczelnemi zasadami: przedewszystkiem należało wprowadzić jaknajprostsze formy ubezpieczenia, — następnie trzeba było ułatwić szerszemu ogółowi zawarcie umowy ubezpieczeniowej, z pominięciem zbędnej formalistyki i wreszcie — zorganizować tak inkaso, ażeby działało sprawnie i stwarzało jaknajmniej trudności płatnikom, t. j. ubezpieczającym.

Warunki te zostały wypełnione przez wprowadzenie narazie jedynie dwóch najpopularniejszych taryf: taryfy ubezpieczenia mieszanego (na dożycie i wypadek śmierci) i taryfy ubezpieczenia ze stałym terminem (posagowego) oraz przez powierzenie akwizycji ubezpieczeń urzędnikom pocztowym, którzy zostali w ten sposób agentami P. K. O., zaś inkasa — listonoszom.

Taryfy zostały ułożone w ten sposób, że przy ubezpieczeniach na sumy do 5.000 złotych, wysokość sumy ubezpieczenia zależna jest od wieku ubezpieczonego, przyczem wprowadzono 5 grup wieku (od 15 — 30, 31 — 40, 41 — 45, 45 — 50 i 51 — 55), terminu ubezpieczenia (15, 20 i 25 lat) i składki, najmniej 3 złote miesięcznie lub wielokrotnej tejże kwoty. Natomiast przy ubezpieczeniach na sumy od 5.000 do 10.000 złotych suma ubezpieczenia jest dowolna, zaś składki zostały obliczone jako roczne, półroczne, kwartalne i miesięczne, od 1.000 sumy ubezpieczenia, dla każdego wieku od 15 do 55 lat oddzielnie, przyczem dodano taryfę z terminem 10-cioletnim.

Ponieważ ubezpieczenia w P. K. O., jak już zaznaczyliśmy, są bez badania lekarskiego, została wprowadzona karencja — dla ubezpieczeń do 5.000 złotych dwuletnia, a dla ubezpieczeń od 5.000 do 10.000 złotych trzechletnia, z tem, że w pierwszym roku trwania ubezpieczenia w wypadku śmierci następuje zwrot składki, w drugim roku — wypłata połowy sumy ubezpieczenia, w trzecim roku — dla ubezpieczeń ponad 5.000 złotych — 75% sumy ubezpieczenia. Gdy jednak śmierć następuje wskutek nieszczęśliwego wypadku, choroby zakaźnej, porodu lub ukąszenia jadowitych owadów lub zwierząt, — karencja niema zastosowania, nadto — w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, P. K. O. wypłaca podwójną sumę ubezpieczenia. P. K. O. wypłaca należne świadczenie w każdym wypadku śmierci, a więc na wojnie, w razie samobójstwa, pojedynku i t. p.

Ogólne warunki ubezpieczeń P. K. O. przewidują również udział ubezpieczającego w zyskach, począwszy od czwartego roku trwania ubezpieczenia, w wysokości połowy. zysków, osiągniętych na oprocentowaniu lokat rezerw technicznych. Udziały są zapisywane każdemu ubezpieczającemu na specjalny rachunek, oprocentowany, jak zwykłe oszczędności w P. K. O. i wraz z dopisanemi odsetkami wypłacane będą łącznie z sumą ubezpieczenia względnie sumą wykupu.

Ubezpieczającym po trzech latach trwania ubezpieczenia, prócz wykupu, przysługuje również prawo do redukcji polisy lub otrzymania pożyczki pod zastaw polisy w wysokości wykupu. Jako podstawę do obliczenia sumy zredukowanej polisy przyjmuje się stosunek sumy wpłaconych składek do sumy składek, które powinny być wpłacone za cały czas trwania ubezpieczenia; suma wykupu stanowi wartość polisy zredukowanej, po potrąceniu z niej 5% składanych odsetek za czas od dnia wykupu do końca trwania ubezpieczenia.

Nadmienić należy, że ubezpieczenia w P. K. O. zawierane są w złotych w złocie.

W działalności swej P. K. O., jak już podkreśliliśmy, posiłkuje się zapomocą urzędów pocztowych, prowadzących poza akwizycją, również inkaso składek przez listonoszy, którzy w pierwszych dniach każdego miesiąca zgłaszają się do ubezpieczających, przypominając im o należnych składkach i inkasując je. Tą drogą wpływa większość składek, jednak na życzenie ubezpieczających mogą oni wpłacać je bezpośrednio na konto czekowe P. K. O., bądź przelewać je ze swych rachunków czekowych.

Nie ograniczając się do działalności samych urzędów pocztowych, P. K. O. stworzyła dużą sieć agentów, zajmujących się akwizycją i propagandą ubezpieczeń. Oparcie się na tych dwóch systemach organizacyjnych daje bardzo dobre wyniki, czego dowodem są następujące dane:

stan produkcji na	polis	na sumę ubezpiecz.
31.XII 1929 r. —	15.507	54.462.135 zł.
31.XII 1930 r. —	39.059	103.848.975 „
31.XII 1931 r. —	78.120	164.191.296 „
31.XII 1932 r. —	114.268	216.307.418 „

Charakterystycznem jest zestawienie ubezpieczonych podług zawodów, a więc w roku 1932 było ubezpieczonych:

pracowników biurowych, urzędników, wojskowych i policji	52,3%
rzemieślników, robotników, pracowników transportu	27,6%
handlowców i kupców	7,7%
wolnych zawodów	4,0%
rolników	2,6%
kapitalistów i przedsiębiorców	1,3%
innych zawodów	4,5%

Zważywszy, że równocześnie z otwarciem Działu Ubezpieczeń na życie P. K. O. wprowadzono w Polsce przymusowe ubezpieczenie społeczne pracowników umysłowych, statystyka ta, wykazująca, że większość ubezpieczonych w P. K. O. są to właśnie pracownicy umysłowi, utwierdza w mniemaniu, że akcja P. K. O. trafiła na podatny grunt i znalazła zrozumienie u szerokiego ogółu rzesz pracujących.

Jeszcze więcej nabiera się tego przekonania, gdy po zbadaniu portfelu ubezpieczeniowego według sum ubezpieczenia, okazuje się, że 95% ubezpieczeń zawarto na sumy nie przekraczające 5.000 zł., a więc, że P. K. O. dotarła do sfer mało zamożnych, co było głównym celem wprowadzenia tego działu.

Poza ubezpieczeniami jednostkowemi, P. K. O. dąży do zawierania ubezpieczeń grupowych, przeprowadzając w tym kierunku odpowiednią propagandę wśród związków i stowarzyszeń pracowniczych i robotniczych, jak również wojska, dążąc do likwidacji rozmaitych przestarzałych form samopomocy, jak kasy pogrzebowe i t. p. starając się je zastąpić ubezpieczeniem grupowem.

Ubezpieczenia grupowe dają te korzyści ubezpieczonym, że dzięki zmniejszonym kosztom handlowym, P. K. O. jest w stanie udzielić opustu ze składki oraz znieść karencję. Dotychczasowe rezultaty w tej dziedzinie są bardzo poważne i rokują jaknajlepsze nadzieje na przyszłość.

Przechodząc do omówienia finansowych rezultatów działalności ubezpieczeniowej P. K. O., zatrzymać się należy nieco na bilansie. Otóż, bilans Działu Ubezpieczeń na życie P. K. O. za rok 1932 zamyka się w aktywach i pasywach kwotą zł. 10.574.307,35, przyczem wykazuje czysty zysk w sumie zł. 803.921,52. Rezerwy techniczne wraz ze składkami przeniesionemi w ogólnej sumie zł. 6.029.369,23 zostały całkowicie odłożone i ulokowane w papierach procentowych i pożyczkach hipotecznych. Kapitał zakładowy wynosi zł. 1.590.854,69, zaś zapasowy zł. 940.765,32. Wykazane w aktywach papiery wartościowe z kuponami bieżącemi wynoszą zł. 7.317.226,32, nieruchomości zł. 574.560, pożyczki hipoteczne zł. 500.000, pożyczki pod zastaw własnych polis zł. 550.859,35.

Rachunek ubezpieczeń na życie wykazuje w r. 1932 należności z tytułu likwidacji szkód w kwocie zł. 1.130.745,07. Koszty akwizycji i administracji wyniosły zł. 1.814.326,02. Zbiór składek w roku sprawozdawczym łącznie z wpisowem i procentami od zaległych składek wyniósł zł. 5.210.911,68.

W końcu należy podkreślić, że mimo przeżywanego obecnie kryzysu gospodarczego, produkcja ubezpieczeń w P. K. O. utrzymuje się na dotychczasowym poziomie. Jest to dowodem — z jednej strony, — że wprowadzone przez P. K. O. ubezpieczenia odpowiadają rzeczywistym potrzebom ludności Polski, — a z drugiej strony wykazuje to sprężystość organizacyjną instytucji, która mimo tak zwanych „ciężkich czasów" produkcji swej nie zmniejszyła.

ZBIGNIEW ŁOMNICKI

REFORMA UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW PRZY PRACY W CZECHOSŁOWACJI

Sprawa reformy ubezpieczenia wypadkowego w Czechosłowacji powinna nas zawsze żywo interesować, ponieważ zasadnicze podstawy prawne, na których opiera się to ubezpieczenie w tem państwie, są te same, co u nas w przeważającej części Polski, mianowicie na obszarach b. zab. rosyjskiego i austrjackiego. Zarówno u nas, jak i w Czechosłowacji obowiązuje ustawa austrjacka z dn. 28 grudnia 1887 ze wszystkiemi zmianami, wprowadzonemi przez dalsze ustawy. Ale podczas gdy u nas ustawą z dn. 7 lipca 1921 wniesiono do ustawy austrjackiej cały szereg bardzo głęboko sięgających zmian, w Czechosłowacji ubezpieczenie to takim zmianom nie uległo. To też głosy [1]) omawiające potrzebę reformy tego ubezpieczenia w Czechosłowacji są dla nas bardzo interesujące, wszelkie sprawy bowiem, na które wskazuje się tam, jako na sprawy wymagające reformy, dotyczą dawnego ubezpieczenia wypadkowego w Austrji. Jest zaś rzeczą bardzo instruktywną stwierdzić, które z tych zagadnień nie są już dla nas aktualne, znalazłszy swoje rozwiązanie w postanowieniach ustawy z dn. 7 lipca 1921, czy też w przepisach nowej ustawy „o ubezpieczeniu społecznem", a które problemy będą i u nas jeszcze wymagały rozważenia i rozstrzygnięcia.

Wymieniona wyżej praca dyrektora Trnki nosi podtytuł: „Wytyczne nowelizacji ubezpieczenia wypadkowego — analiza scalenia" i odpowiednio do tego dzieli się właściwie na dwie części zasadnicze: w pierwszej autor omawia sprawę nowelizacji ubezpieczenia wypadkowego, w drugiej zajmuje się scaleniem tego ubezpieczenia z innemi rodzajami ubezpieczeń społecznych. Poprzedza te obie części — część ogólna, w której autor omawia znaczenie ubezpieczenia wypadkowego i zwraca uwagę na zasadnicze rysy, różniące je od innych rodzajów ubezpieczeń.

Początków ubezpieczenia wypadkowego dopatruje się autor słusznie w niedoskonałości przepisów o odpowiedzialności cywilnej, które nie zabezpieczały całkowicie pracowników przed stratami ekonomicznemi, powstałemi na skutek wypadku przy pracy, a, narażając przedsiębiorcę na duże ryzyko finansowe, wywoływały konieczność ubezpieczenia tego ryzyka w prywatnych zakładach ubezpieczeń. Zdaje się jednak, że autor zbyt silnie akcentuje ten historyczny związek między ubezpieczeniem wypadkowem i przepisami o odpowiedzialności cywilnej, a to w tym celu, aby tem jaskrawiej uwydatnić odrębność tego ubezpieczenia od innych rodzajów ubezpieczeń.

Omawiając szczegółowiej tę odrębność autor traktuje różnice, istniejące między ubezpieczeniem wypadkowem, a in-

[1]) **W sprawie reformy ubezpieczenia wypadkowego robotników.** (Zur Reform der Arbeiterunfallversicherung) Dr. Franciszek Trnka, naczelny dyrektor Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków w Pradze. Broszura wydana nakładem tego Zakładu, Praga 1932. Maj. Str. 1 — 97.

W sprawie reformy ubezpieczenia wypadkowego (Zur Reform der Unfallversicherung). V. Vydra, zastępca dyrektora Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Pradze. Artykuł w „Deutsche Zeitschrift für öffentliche Versicherung und Volkswohlfahrt", urzędowym organie Związku Niemieckich Kas Chorych, XXVI Rocznik, Zeszyt 2, Praga 1933, Styczeń.

P. również: Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung, IX Jahrgang, 1933, Heft 1, Januar, artykuł omawiający krótko te obie prace p. t. „Die Bestrebungen zu einer Vereinigung der Unfallversicherung mit der Invalidenversicherung in der Tschechoslowakei".

nemi rodzajami ubezpieczenia **na tle ustaw dotychczasowych,** wobec czego czytelnik, niezawsze może sobie zdać jasno sprawę, co jest zasadniczem dla każdego ubezpieczenia wypadkowego, a które kwestje nie są dla tego ubezpieczenia charakterystyczne i mogłyby być inaczej ujęte w jakiemś innem ustawodawstwie. I tak autor wymienia następujące cechy charakterystyczne ubezpieczenia wypadkowego:

1) nie ubezpiecza się indywidualnie pracowników przedsiębiorstwa, tylko przedsiębiorstwo jako całość,

2) ubezpieczone są jedynie przedsiębiorstwa o większem ryzyku wypadkowem (np. posiadające motory i t. p.). (Nb. u nas przepis ten został znacznie osłabiony ustawą z dn. 7.VII 1921 przez sformułowanie art. 1. a w ustawie o ubezpieczeniu społecznem został właściwie zniesiony).

3) koszty tego ubezpieczenia ponosi sam przedsiębiorca,

4) nie ubezpiecza się wszystkich nieszczęśliwych wypadków, a jedynie niektóre z nich, mianowicie wypadki zaszłe przy pracy oraz w drodze do miejsca pracy i drodze powrotnej,

5) świadczenia muszą tutaj być wyższe, niż w wypadku inwalidztwa zwykłego, a to w tym celu, aby wykluczyć skargi cywilne o wynagrodzenie szkody, powstałej z wypadku,

6) składki musi się pobierać w wysokości odpowiadającej niebezpieczeństwu danego rodzaju przedsiębiorstwa,

7) uszkodzony ma prawo do renty wypadkowej, choćby przedsiębiorstwo nie było zarejestrowane, o ile tylko podlega ono obowiązkowi ubezpieczenia,

8) naogół wypłata renty nie jest uzależniona od tego, czy uszkodzony zawinił wypadek, czy wina była po stronie przedsiębiorcy, czy też wypadek był wynikiem „czystego przypadku".

Wyliczenie to nie jest kompletne. Pominięto np. taką zasadniczą cechę ubezpieczenia wypadkowego jak niewymaganie posiadania „okresu wyczekiwania", wskutek czego uszkodzony nabywa prawo do wynagrodzenia szkody w razie ewentualnego wypadku z chwilą podjęcia pracy w danem przedsiębiorstwie, podczas gdy w innych rodzajach ubezpieczeń prawa takie nabywa dopiero po przebyciu w ubezpieczeniu pewnego „okresu wyczekiwania".

Wreszcie autor podnosi znaczenie społeczne i gospodarcze ubezpieczenia wypadkowego, polegające na wyrównaniu strat ekonomicznych, powstałych na skutek wypadku, a z drugiej strony na odciążeniu przedsiębiorcy od bezpośredniego ponoszenia tych ciężarów. Interesującem jest poruszenie sprawy akcji zapobiegawczej, która mimo olbrzymiego znaczenia, stwierdzonego ogólnie, nie mogła zdaniem autora rozwinąć się na gruncie dawnej ustawy austrjackiej. Sytuacja u nas jest zresztą zupełnie ta sama, ponieważ w tej sprawie ustawa z dn. 7.VII 1921 nie uczyniła nic, a nowa ustawa „o ubezpieczeniu społecznem" da jedynie ramy dla tej akcji, których wypełnienie niewiadomo czy da się uzyskać zapomocą rozporządzeń ministerjalnych.

Z pracy Dyr. Trnki dowiadujemy się o ciekawych szczegółach działalności Zakładu Praskiego. I tak składka przeciętna wynosi tam obecnie 1,43 Kc od 100 Kc wykazanych zarobków, przyczem składki zostały zredukowane przez obniżkę taryfy, podobnie jak i w Zakładzie lwowskim. Dowiadujemy się również, że wypłaty na rzecz świadczeń wyniosły w r. 1932 około 109 milj. Kc [1]) wobec 807 milj. Kc wartości kapitałowych w r. 1930; wolelibyśmy jednak móc porównać dane tego samego roku, co napewno zmieniłoby obraz na niekorzyść Zakładu w tym sensie, że wypłaty stanowiłyby mniejszy procent nagromadzonych rezerw.

[1]) 100 Kč = 26,5 zł.

Część omawiająca wytyczne **nowelizacji ubezpieczenia wypadkowego** dzieli się na trzy rozdziały, z których pierwszy poświęcony jest sprawie świadczeń, drugi sprawie ściągania składek, trzeci sprawom ogólnym.

Za słuszne należy uważać postawienie na pierwszem miejscu sprawy świadczeń dla **ciężko uszkodzonych** (t. zn. uszkodzonych o niezdolności większej niż 50%). Autor proponuje załatwienie tego przez progresywne dodatki dla ciężej uszkodzonych w ten sposób, że dla inwalidów o niezdolności do 50% wyłącznie oblicza się rentę jak dotychczas od „renty pełnej" wynoszącej ⅔ zarobku, a dla ciężej uszkodzonych tę „rentę pełną" zwiększa się, przyczem dla 100% niezdolności wynosi ona 85% zarobku. Pojęciowo jest to jednoznacznie z następującym dość skomplikowanym i dowolnym schematem wypłat rentowych:

Przy % niezdolności .	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
renta w % zarobków uszkodzonego . .	6,67	13,3	20	26,7	35	42	52,5	65	76,5	85

Pozatem autor proponuje dla ciężej uszkodzonych nie stosować zwykłego maksimum zarobkowego 12.000 Kc rocznie, ale w miarę coraz wyższej niezdolności podwyższać tę granicę. Ta druga sprawa nas nie interesuje, ponieważ ustawa z dn. 7.VII 1921 r. zniosła to maksimum zarobkowe, a granica, przewidziana w „ustawie o ubezpieczeniu społecznem" jest dość wysoka (174 zł. tygodniowo). Natomiast warto zauważyć, że postulat zwiększenia renty dla ciężej uszkodzonych jest w Zakładzie lwowskim spełniony, ponieważ uszkodzeni tacy otrzymują tytułem t. zw. „zasiłku zarządowego" dodatek w wysokości ⅓ pobieranej renty tak, że renta z dodatkiem odpowiada „rencie pełnej" 75%-ej. Podobnie ma się sprawa z podnoszoną przez autora koniecznością podwyższenia renty wdowiej i przedłużenia renty sierocej w razie studjów — sprawy te zostały w r. 1926 uregulowane przez Zakład lwowski wspomnianemi „zasiłkami zarządowemi" i będą rozszerzone na obszar całej Rzeczypospolitej nową „ustawą o ubezpieczeniu społecznem". Dotychczasowa renta wdowia o wymiarze 20% zarobku męża została u nas podwyższona do 30%.

Podnosi również autor konieczność fachowej pomocy w nagłych wypadkach, specjalnego leczenia skutków wypadku w szerszym zakresie niż zwykłe leczenie w Kasie Chorych, wreszcie potrzebę zorganizowania na szerszą skalę odpowiedniego przeszkolenia uszkodzonych do innego zawodu (Berufsumschulung). Wszystko to są usiłowania w kierunku zmniejszenia skutków wypadku i w konsekwencji także finansowych świadczeń Zakładu.

Wskazuje autor również na konieczność traktowania chorób zawodowych na równi z wypadkami, jeśli chodzi o wynagrodzenie szkody, powstałej przez taką chorobę. U nas sprawa ta została załatwiona przez „ustawę o ubezpieczeniu społecznem".

Zdaniem autora wypłatę wszelkich rent drobnych (a zalicza do nich autor renty do 25% niezdolności) należy zastąpić udzieleniem odprawy jednorazowej natychmiast po ustabilizowaniu się skutków wypadku, w wysokości trzyletniej renty dla uszkodzonych o stopniu niezdolności do 15%, dla uszkodzonych od 15% — 20% odprawę czteroletnią, dla uszkodzonych o niezdolności 20% — 25% odprawę pięcioletnią. Wydaje się, że tutaj autor poszedł w propozycjach swoich zadaleko nieco w określeniu renty „małej" i może nie zdawał sobie całkowicie sprawy, że takie masowe udzielanie odpraw wprowadziłoby w miejsce tak akcentowanej przez niego wielokrotnie „histerji rentowej" dużo niebezpieczniejszą „histerję

odprawy" zwłaszcza wobec dużej nieuchwytności pojęcia „stabilizacji skutków wypadku". W naszej nowej ustawie problem rent „małych" rozwiązano w ten sposób, że nie przyznaje się renty przy niezdolności poniżej 10%; poza tem Zakład może udzielać odpraw na prośbę rencisty.

Wreszcie proponuje autor, aby z pomiędzy wypadków spowodowanych użyciem środków transportowych w drodze do miejsca pracy wypłacano rentę tylko za takie wypadki, które spowodowane zostały pewnemi ustalonemi, „dopuszczalnemi" środkami transportowemi. Czy jakiekolwiek ustalenia są wskazane wobec tak wielkich i szybkich zmian w rozwoju komunikacji, trudno osądzić.

Poza tem autor omawia waloryzację rent z przed 1.VII 1921 r., które to zagadnienie mniej nas interesuje, ponieważ u nas sprawa ta została gruntownie załatwiona rozporządzeniem Prez. Rzecz. z dn. 27.XII 1924.

Rozdział drugi rozpoczyna się od stwierdzenia, że należy rozszerzyć obowiązek ubezpieczenia na wszelkie czynności w gospodarstwie rolnem i leśnem, a nie ograniczać się jedynie do obsługi maszyn. Podobnie przy „rzemiośle pomocniczem w budownictwie" należy rozszerzyć obowiązek ubezpieczenia na wypadki zaszłe w samym warsztacie, a nietylko na budowie. U nas sprawę tę załatwiła pozytywnie ustawa z dn. 7.VII 1921, a otrzymane przez nas doświadczenia statystyczne potwierdzają w całej rozciągłości pogląd autora, że przez ograniczenie ubezpieczenia jedynie do wypadków wywołanych maszynami rolniczemi, najniebezpieczniejsze czynności, jak dozorowanie bydła, ścinanie i transport drzewa, pozostają nieubezpieczone. Autor proponuje też wyraźnie rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia na „wozaków" (landwirtschaftliche Fuhrwerkswesen), która to sprawa u nas została definitywnie załatwiona przez wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego, orzekający, że przewóz cudzemi zaprzęgami obowiązkowi ubezpieczenia nie podlega. Sprzeciwia się też autor stanowisku ustawy, przypisującej istnieniu motorów właściwe ryzyko wypadkowe i żąda usunięcia takich paradoksów, jak wyjmowanie z pod obowiązku ubezpieczenia szpitali, warsztatów kowalskich, rzeźnickich, zakładów dobywania lodu i t. p. nieużywających motorów, przy równoczesnem ubezpieczeniu takich urządzeń, jak np. winda, czy instalacja ogrzewania centralnego.

Omawiając sprawę wymiaru składek, autor dzieli przedsiębiorstwa na dwa rodzaje: przedsiębiorstwa większe i średnie (ponad 1500 robotników normalnych) oraz przedsiębiorstwa małe. Praski Zakład posiada 30% przedsiębiorstw pierwszego rodzaju, przyczem wpłacają one 91% wszystkich składek. Dlatego dla nich proponuje autor wymierzać składkę na dotychczasowej zasadzie badania list płatniczych przy urzędowem ustaleniu wartości naturalij oraz zarobku praktykantów przez władze administracyjne I instancji. Natomiast w stosunku do pozostałych przedsiębiorstw domaga się autor jakiegoś ryczałtowania zarówno zaliczeń jak i wymiarów składki. Przy takiem ujęciu autor uważa, że Zakład mógłby za tę samą kwotę dobrowolnie ubezpieczyć również samego majstra (właściciela), o ileby wszyscy na taki ryczałt zgodzili się.

Autor zdaje sobie sprawę, że rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia na wszystkie czynności w gospodarstwach rolnych i leśnych, nie może być dokonane bez jakiegoś uproszczenia wymiaru składek, i proponuje wymierzać opłaty ubezpieczeniowe w zależności od wysokości podatku gruntowego, czy też od wielkości obszaru. U nas niestety twórcy ustawy z dnia 7.VII 1921 nie zdawali sobie z tego sprawy tak jasno; rozszerzono obowiązek ubezpieczenia w powyższym sensie, nie dając równocześnie Zakładowi możności ustawowego, uproszczonego wymierzania składek, to też dotychczas jest to wielką bolączką Zakładu lwowskiego. W b. dzielnicy pruskiej wymierza się składkę od podatku gruntowego (przedwojennego). — Poza tem proponuje autor ryczałtowanie składek od pojazdów mechanicznych przy rozszerzeniu obowiązku ubezpieczenia na właściciela i pasażerów, co, zdaniem naszem, wykracza poza ramy ubezpieczenia społecznego.

Rozdział trzeci, poświęcony ogólnym agendom Zakładu, rozpoczyna się omówieniem sprawy zapobiegania wypadkom. Autor uważa, że jest to dziedzina najbardziej zaniedbana przez ustawodawstwo dotychczasowe. W całej ustawie niema słowa o zapobieganiu wypadkom, a co więcej Zakład niema przez swoich urzędników dostępu do urządzeń przedsiębiorstwa, a przy zaliczeniu ich do kategorji niebezpieczeństwa, posługiwać się musi pośrednictwem Inspektorów Pracy. Wszelkie wydatki na zapobieganie wypadkom wymagają właściwie specjalnych zatwierdzeń. W porównaniu z zagranicą, a zwłaszcza Niemcami, akcja ta przedstawia się w Czechosłowacji podobnie jak u nas opłakanie.

Autor uważa, że sprawę tę uzdrowi się, jeżeli ustawowo akcję zapobiegania wypadkom przy pracy zwiąże się z Zakładem ubezpieczenia wypadkowego, jeśli umożliwi się mu nakładanie kar i podwyższanie znaczne taryfy w razie zaniedbań i przekroczeń, wreszcie jeśli zainteresuje się finansowo przedsiębiorców tą sprawą [1]). Zupełnie słusznie autor uważa, że „kto rozumie pod akcją zapobiegawczą wydawanie plakatów i wygłaszanie odczytów, ten nie pojął prawdziwego sensu tej akcji".

Następnie podnosi autor konieczność poczynienia pewnych zmian w przepisach o sądach rozjemczych, a w szczególności utworzenia drugiej instancji; jest to problem i u nas aktualny.

Omówiliśmy powyżej tak szeroko pierwszą część pracy Trnki, ponieważ zawiera ona bardzo wiele uwag ciekawych i zezwala na porównanie stanu ubezpieczenia wypadkowego w Czechosłowacji z ubezpieczeniem tem u nas. Mniej interesującą natomiast wydaje się część druga, zajmująca się unifikacją ubezpieczenia wypadkowego. Autor rozróżnia trzy rodzaje scalenia: 1. scalenie świadczeń ubezpieczeniowych (w ubezpieczeniu wypadkowem i zwykłem inwalidzkiem), 2. scalenie formalne (administracyjne), 3. scalenie prawne. Omawiając szczegółowo zarysowaną na wstępie odrębność ubezpieczenia wypadkowego od zwykłego ubezpieczenia inwalidzkiego, autor dochodzi do wniosku, że scalenie pierwszego rodzaju jest niemożliwe. Na tem samem stanowisku stanęli także i u nas twórcy „ustawy o ubezpieczeniu społecznem". Przez scalenie trzeciego rodzaju (scalenie prawne), autor rozumie stworzenie jednolitego ustawodawstwa we wszystkich dzielnicach, ponieważ dotychczas na Słowaczyźnie i Rusi Przykarpackiej panują przepisy prawne inne, niż w pozostałej części kraju.

Szerzej natomiast omawia autor scalenie organizacyjne, wyróżniając rozmaite jego formy. W tej części, pragnąc możliwie przekonywująco okazać niemożliwość scalenia administracyjnego, autor nie zdołał uniknąć wielu niedokładności i przesady w przedstawieniu skutków, jakieby za sobą przyniosło takie scalenie. W szczególności, ponieważ chodziłoby tu o przekazanie agend wypadkowych Centralnemu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, wykonywającemu ubezpieczenie starcze i inwalidzkie, autor starał się przedstawić gospodarkę tego Zakładu i gospodarkę Kas Chorych w możliwie nieprzy-

[1]) Por.: **Andrzej Mazurkiewicz** Zapobieganie wypadkom przy pracy, a czynnik finansowego zainteresowania przedsiębiorstw. Praca i Opieka Społeczna, 1932, Nr. 3.

chylnem świetle. To stanowisko jego spotkało się z silnym protestem ze strony zainteresowanych instytucyj.

Między innymi V. Vydra, zastępca dyrektora Centralnego Zakładu U. S. w artykule, nacechowanym dużym spokojem i rzeczowością, postarał się o oświetlenie odmienne i odparcie wielu zarzutów Trnki. Brak miejsca nie zezwala na wyczerpujące omówienie wszystkich poruszanych w tym artykule zagadnień, które zresztą dotyczą szczegółów działalności tamtejszych instytucyj i w wielu punktach mogą nie interesować czytelnika polskiego. To też podamy jedynie kilka interesujących szczegółów tej dyskusji.

Na samym wstępie dyr. Vydra zastrzega się, że ze strony Centralnego Zakładu U. S. unifikację wszelkiego rodzaju uważa się za przedwczesną. Wprawdzie Kasy Chorych, zdaniem autora, są instytucjami dojrzałemi do podjęcia także i prac związanych z ubezpieczeniem wypadkowem, ale obecnie walczą one z ciężkiemi warunkami finansowemi i nakładanie na nie nowych agend nie byłoby wskazane.

Nie tai on, że usiłowania w kierunku unifikacji są ze strony Kas Chorych dość silne. Pochodzi to głównie stąd, że wobec wypłaty renty dopiero od pierwszego dnia czwartego tygodnia po wypadku, Kasy Chorych wydają znaczne kwoty na leczenie uszkodzonych i wypłatę zasiłków dla nich. W interesie Kas Chorych jest usunięcie tego przepisu o terminie, po upływie którego Zakład ubezpieczenia wypadkowego wymierza dopiero rentę. (Karenzzeit). Utrzymanie tego przepisu jest jednak konieczne, jeżeli ubezpieczenie wypadkowe wykonywa jednostka odrębna, ponieważ w przeciwnym razie koszty rozliczeń i dochodzeń byłyby olbrzymie i niewspółmierne z kwotami, o któreby chodziło. Stąd tendencja do unifikacji tych obu rodzajów ubezpieczeń. Zdaniem autora rzecz tę należałoby rozstrzygnąć w ten sposób, że Kasy Chorych działałyby jako agentury Zakładu wypadkowego, dokonywałyby leczenia skutków wypadku i wypłaty rent (zasiłków) na rachunek tego ubezpieczenia. Nadzór nad Kasami odpowiednio zorganizowany nie dopuszczałby do nadużyć. Czy taki nadzór da się zorganizować jest rzeczą wątpliwą; w każdym razie przed podobnym problemem stoimy także i w Polsce, ponieważ w „ustawie o ubezpieczeniu społecznem" znajduje się przepis, iż Zakład Ubezpieczenia od Wypadków zwraca Kasie Chorych koszty leczenia i zasiłki, „ o ile choroba jest chorobą zawodową lub spowodowaną wypadkiem w zatrudnieniu" i trwa dłużej niż cztery tygodnie.

Zupełnie słuszny jest pogląd autora, że unifikacja jest niemożliwa bez zrównania zakresu osób ubezpieczonych od wypadku z zakresem osób w ubezpieczeniu chorobowem. Ponieważ takie rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia na wielu pracowników, dotychczas ubezpieczonych jedynie w Kasach Ch., przyniosłoby ze sobą nowe obciążenie produkcji, przeto, zdaniem autora, należałoby powstrzymać się obecnie od unifikacji. Nie wynika jednak z tego, że myśl tę należałoby całkowicie zarzucić. I tak słusznie uważa Vydra, że jeżeli nawet prawdziwe jest wyliczenie Trnki, który ocenia wzrost obciążenia spowodowany tem na 50 milj. Kc rocznie, to w takim razie takie rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia powinno być dokonane, aby została wyrównana krzywda społeczna, która spotyka niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków przy pracy. Zresztą Vydra słusznie kwestjonuje ścisłość tych wyliczeń. Pewne światło mianowicie rzucają na tę kwestję wyniki naszej statystyki, ponieważ u nas zakres ubezpieczonych został bardzo znacznie rozszerzony przez redakcję art. 1 ustawy z dn. 7.VII 1921; statystyka, przeprowadzona ostatnio przez zakład lwowski wykazała, że obciążenie wypadkowe spadło w stosunku do przedwojennego także i z tego powodu. Wyniki naszej statystyki potwierdzają więc zarzut Vydry, że ocena tego wzrostu obciążenia na 50 milj. Kc była zbyt „zastraszająca".

Specjalnie interesujący jest zarzut, stawiany w związku z tem przez Vydrę zakładom ubezpieczenia wypadkowego, że dotychczas nie wykonały prac, złączonych ze statystyką obciążeń i w konsekwencji nie przeprowadziły rewizji zaliczenia, która powinna się odbywać w okresach pięcioletnich. Bez ścisłych danych, otrzymanych ze statystyki, uważa V. Vydra przeprowadzenie racjonalnego scalenia za rzecz niemożliwą. To też należy stwierdzić, że jesteśmy w Polsce w położeniu dużo szczęśliwszem. Dla znacznej mianowicie połaci kraju, bo dla obszaru działalności Zakładu lwowskiego pracy tej dokonano i przyszłe scalenie, przewidziane „ustawą o ubezpieczeniu społecznem" będzie mogło oprzeć się na ścisłych danych statystycznych przynajmniej na odcinku ubezpieczenia wypadkowego.

ALEKSANDER UTRYSKO

UPORZĄDKOWANIE GOSPODARKI FINANSOWEJ W KASACH CHORYCH

(c. d.).

3) Kontrola wykonania budżetów.

Władze nadzorcze wykonywają dwojaką kontrolę wykonania budżetów, oraz całokształtu gospodarki finansowej Kas Chorych: kontrolę faktyczną, przez badanie na miejscu w Kasach — gospodarki finansowej, oraz kontrolę następną, przez badanie sprawozdań rachunkowych z działalności Kas Chorych.

a) Kontrola faktyczna.

Kontrolę faktyczną wykonywają władze nadzorcze przez organa rewizyjne i inspekcyjno-lustracyjne. Poza własnemi organami, któremi są inspektorzy Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, oraz doraźnie wysyłani rewizorzy, władze nadzorcze korzystają z pracy lustratorów Związku Kas Chorych, którzy z każdej lustracji przedkładają władzom nadzorczym sprawozdania.

Poza wspomnianemi wyżej, był doniedawna jeszcze jeden stały czynnik kontroli faktycznej, znajdujący się na miejscu w Kasach Chorych; mianowicie celem kontroli działalności organów zarządzających Kas Chorych, szczególnie w zakresie gospodarki finansowej, ustanowiła ustawa z 19.V 1920 r. Komisje Rewizyjne, które w miarę potrzeby, a w praktyce raz do roku, przeprowadzały rewizję księgowości i finansów danej Kasy, oraz stawiały wnioski w sprawie uchwalenia przez Radę Kasy rocznego zamknięcia rachunkowego. W Kasach powstałych dopiero na podstawie ustawy z 19.V 1920 r. (w województwach centralnych i wschodnich) czynności Komisji Rewizyjnej pełnili do czasów wyborów władz, mianowani Kontrolerzy Rządowi. Po wprowadzeniu do Kas

Chorych w miejsce rozwiązanych władz — Komisarzy Zarządzających, czynności Komisji Rewizyjnych pełnili mianowani Komisarze Rewizyjni, ustanowieni rozporządzeniem Min. Pracy i Opieki Społecznej z dn. 1.XII 1930 r. Komisarze Rewizyjni obowiązani byli do stałej kontroli i nadzoru działalności Kas z ramienia władz nadzorczych. I oni właśnie — przedkładając co miesiąc bieżący, szczegółowy i wyczerpujący materjał o rzeczywistym stanie finansowym i gospodarczym Kas Chorych, stanowili dla władz nadzorczych jeden z ważniejszych organów kontroli faktycznej. Obecnie są wprowadzane do Kas Chorych Tymczasowe Komisje Rewizyjne.

b) Kontrola następna.

B. Bilanse surowe.

Kontrolę następną wykonywa każdy Okręgowy Urząd Ubezpieczeń nad Kasami, które jego kompetencji podlegają, oraz — początkowo Główny Urząd Ubezpieczeń, a obecnie Departament Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa O. S. — nad wszystkiemi Kasami — drogą badania perjodycznych sprawozdań rachunkowych. Dla umożliwienia tego rodzaju kontroli było koniecznem przedewszystkiem uporządkowanie i ujednostajnienie księgowości i rachunkowości Kas Chorych, a następnie — sposobu sporządzania sprawozdań rachunkowych i przedkładania ich władzom nadzorczym. Oba te zagadnienia rozwiązano szeregiem instrukcyj i przepisów, wydanych w ciągu pierwszych kilku lat istnienia Głównego Urzędu Ubezpieczeń, oraz uzupełnieniami i zmianami w latach późniejszych. Kontrola wykonania budżetu i planu finansowego stała się aktualną dopiero z momentem wprowadzenia obowiązku sporządzania budżetów i planów finansowych, a więc od r. 1930 dla pierwszych, a od r. 1932 dla drugich. W niniejszym rozdziale będzie jednak mowa o kontroli gospodarki finansowej wogóle, a więc i o latach przed wprowadzeniem do Kas Chorych tych planów gospodarczych.

Kontrolę następną gospodarki finansowej Kas Chorych sprawują władze nadzorcze przez analizę miesięcznych bilansów surowych, oraz przez bardzo szczegółowe badanie i zatwierdzanie rocznych zamknięć rachunkowych.

Ustanowienie obowiązku sporządzania i przedkładania władzom nadzorczym sprawozdań miesięcznych (bilansów surowych) okólnikiem z dn. 27.V 1925 r. L. 153/G. U. U., było jednem z pierwszych zarządzeń w sprawie uporządkowania gospodarki finansowej. W okólniku tym podano dosyć ogólnikowo zasady sporządzania bilansów surowych. Pierwszą szczegółowszą instrukcję wraz z nowym wzorem bilansu surowego, wydał Główny Urząd Ubezpieczeń w r. 1926. Zawarte w tej instrukcji zasady, oraz wzór bilansu surowego, z małemi zmianami zostały utrzymane do końca 1932 r.

Bilans surowy według tego wzoru zawierał rachunki w następującej kolejności: aktywa i pasywa, następnie dochody i wydatki, ze szczególnem uwzględnieniem świadczeń. Kolumny pionowe zawierały: obroty miesięczne, obroty całkowite wraz z pozycjami bilansu otwarcia, stan aktywów i pasywów w dniu sporządzania bilansu, oraz dochody i wydatki za cały okres sprawozdawczy (od 1.I.). Bilans surowy zawierał pozatem dane dotyczące: ilości ubezpieczonych i członków rodzin, wpływów na poczet składek, i t. p. W r. 1930 po ustanowieniu obowiązku budżetowania, wydał Główny Urząd Ubezpieczeń instrukcję o wykonaniu budżetu, uzupełniając bilans surowy jeszcze jedną kolumną pionową, a to dla kwot preliminowanych w budżecie. Z obowiązujących dotychczas przepisów, zawartych w instrukcji bilansowej, należałoby wspomnieć o terminie składania miesięcznych bilansów surowych, a to w ciągu 15 dni po miesiącu sprawozdawczym, oraz o zezwoleniu składania za I kwartał każdego roku — łącznego bilansu surowego, a to ze względu na zwiększoną pracę w pierwszych miesiącach, w związku ze sporządzaniem rocznego zamknięcia rachunkowego. Pozatem reskryptem z dn. 2.XII 1925 r. L. 2884/G. U. U. ustalił Główny Urząd Ubezpieczeń obowiązek dokonywania odpisów na fundusze amortyzacyjny i zapasowy tylko raz w roku przy sporządzaniu rocznych zamknięć rachunkowych.

Na r. 1933 opracował Związek Kas Chorych, po uzgodnieniu z Departamentem Ubezpieczeń Społecznych, nowy wzór bilansu surowego, w którym, poza zmianami w układzie rachunków, j. np. wyodrębnienie administracji własnych nieruchomości, funduszu inwestycyjnego, długów hipotecznych i t. p., do ważniejszych zmian należy zaliczyć dodanie nowej kolumny pionowej, „Salda obrotów" miesięcznych, dodanie do cyfr procentowych kolumny na „wysokość w złotych na 1 ubezpieczonego", oraz stosunku procentowego czynników majątkowych do stanu z 1.I danego roku.

B. Roczne zamknięcia rachunkowe.

Obowiązek corocznego przedkładania przez Kasy Chorych rocznych zamknięć rachunkowych, ustanowił Główny Urząd Ubezpieczeń natychmiast po rozpoczęciu swej działalności, ustalając równocześnie jednolity wzór formularzy bilansowych, oraz wydając „Objaśnienia zamknięć rachunkowych Kas Chorych" (druk Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie), omawiające szczegółowo każdą pozycję bilansu i rachunku strat i zysków.

„Objaśnienia" dotyczyły rocznych zamknięć rachunkowych Kas Chorych za 1924 r. Według zawartych w nich przepisów, zakupione w ciągu roku ruchomości należało w całości spisywać na straty, wobec czego w bilansie one nie figurowały, zaś nieruchomości należało amortyzować w wysokości 10% rocznie, i już pomniejszoną wartość wykazywać w bilansie. Instrukcją tą ustanowiono również obowiązek stworzenia funduszu zapasowego, ponieważ w roku tym (1924) nastąpiło ustabilizowanie waluty. Jako stan początkowy funduszu zapasowego przyjęto „czysty dochód" z rachunku strat i zysków za r. 1923, przeliczony na złote. Jako odpis bieżący, przyjęto 10% od przypisu składek, oraz kary i odsetki za zwłokę.

Instrukcją do zamknięć rachunkowych za r. 1925 Główny Urząd Ubezpieczeń zmienił nieco zasadę odpisów na fundusz zapasowy, polecając odpisywać poza 10% przypisu składek, tylko kary nałożone na pracodawców i ubezpieczonych bez odsetek zwłoki, natomiast zarządził pomniejszanie tych odpisów tylko o 10% strat na nieściągalnych składkach, a nie o całość strat, jak było poprzednio. Instrukcją tą zmieniono również nazwę rachunku strat i zysków na rachunek działalności (nazwa obowiązująca dzisiaj).

Ważniejsze zmiany wprowadził Główny Urząd Ubezpieczeń instrukcją z d. 6.XII 1926 r. L. 7097/G. U. U., dotyczącą zamknięć rachunkowych za r. 1926, przedewszystkiem w dziedzinie odpisów amortyzacyjnych. Zmieniono mianowicie stopę amortyzacyjną dla ruchomości ze 100 na 25, zaś dla nieruchomości z 10 na 4 dla murowanych i 8 dla drewnianych budynków, oraz stworzono z tych odpisów fundusz amortyzacyjny. Należało więc restytuować zarówno ruchomości, jak i nieruchomości i wprowadzić je do aktywów Kasy w cenie nabycia, oraz stworzyć z powstałych ztąd różnic — fundusz amortyzacyjny. Następną ważniejszą zmianą jest zezwolenie na pokrywanie niedoborów nadwyżkami lat poprzednich, lub przyszłych, jednakże dopiero na polecenie

Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, wydane w piśmie zatwierdzającem zamknięcie rachunkowe.

Bardzo obszerna i wyczerpująca instrukcja dla sporządzania zamknięć rachunkowych za r. 1927, obejmująca również przepisy o prowadzeniu dziennika amerykańskiego, wydana przez Główny Urząd Ubezpieczeń dn. 6.XII 1927 r. L. 8088/G. U. U, nie wprowadzała ważniejszych zasadniczych zmian. Była ona raczej zbiornikiem obowiązujących przepisów, oraz pouczeniem o sposobie prowadzenia księgowości w Kasach Chorych i sporządzania zamknięć rachunkowych, opartem na przepisach zawartych w instrukcjach poprzednich.

Instrukcją powyższą zakończono ostatecznie porządkowanie i ujednostajnianie księgowości i sprawozdań rachunkowych Kas Chorych. W latach następnych ograniczono się do wydawania jedynie okólników, normujących w razie potrzeby poszczególne przepisy, oraz corocznych przepisów wykonawczych do powyższych instrukcji, jak terminy przedkładania zamknięć rachunkowych, sposób rozpatrywania i zatwierdzania tychże, wymagane załączniki i specyfikcje, kursy papierów wartościowych i t. d. Z ważniejszych zarządzeń wydanych w latach późniejszych można podać okólnik z dn. 29.I 1931 r. L. 10906/G. U. U. o restytuowaniu udziałów wpłaconych przez Kasy Chorych na kolonje letnie w Busku, a spisanych na straty, oraz zarządzenie o zmniejszeniu stawek amortyzacyjnych (22.XII 1930 r. L. 11175/G. U. U.) od ruchomości z 25% na 10% rocznie, od nieruchomości murowanych z 4% na 2% i drewnianych z 8% na 4% rocznie.

Ważniejsze zmiany we wzorach rocznych zamknięć rachunkowych wprowadzono dopiero w r. 1932 ze względu na zasadnicze zmiany w układzie budżetu i księgowości Kas Chorych, do których trzeba było dostosować wzory sprawozdań rachunkowych. Zmiany te opracował i wprowadził Związek Kas Chorych po uzgodnieniu ich z Departamentem Ubezpieczeń, wydając nowy wzór zamknięcia rachunkowego oraz odpowiednią instrukcję. Od poprzednich różnią się one układem pozycji, wprowadzeniem pozycji nowych (weksle protestowane, pożyczki, składki z Art. 16 i t. d.), obowiązkiem amortyzowania jedynie ruchomości niezamortyzowanych (w r. 1932 — zakupione od r. 1928), wprowadzeniem do rachunku działalności kolumny budżetowej, i t. p.

Poza omówionemi — bardzo zwięźle wskutek szczupłości ram — instrukcjami i okólnikami, władze nadzorcze opinjowały i zatwierdzały wszelkie nowe wzory i formularze ksiąg i bilansów, skorowidze specyfikacji, nowe metody księgowości i t. p. opracowywane przez Związki Kas Chorych.

Omówiona działalność instrukcyjna władz nadzorczych zmierzała, jak to już wspomniano, do uporządkowania rachunkowości i księgowości Kas Chorych, co poza znaczeniem zasadniczem doprowadzało do otrzymywania przez władze nadzorcze od Kas Chorych coraz dokładniejszych sprawozdań rachunkowych, umożliwiających dokładną kontrolę tychże i uporządkowanie gospodarki finansowej.

Otrzymywane sprawozdania rachunkowe, zarówno roczne, jak i miesięczne podlegają szczegółowej analizie, zarówno pod względem technicznym (prawidłowe zestawienie bilansu — zgodne z obowiązującemi przepisami), jak i merytorycznym, a więc co do oszczędności i celowości wydatków. Natrafiając przy badaniu tych sprawozdań na ujemne strony gospodarki Kasy, wydają władze nadzorcze odpowiednie zarządzenia, zmierzające do naprawienia stanu. Prowadzone przez władze nadzorcze szczegółowe kartoteki finansowe dają obraz gospodarki poszczególnych Kas Chorych w ciągu całego roku, a ewentualne wahania okresowe w wysokości poszczególnych wydatków powodują szukanie ich przyczyny i zapobieganie złu w zarodku.

Wprowadzenie budżetów i planów finansowych znacznie tę kontrolę ułatwiło, gdyż Kasy Chorych mając zgóry ustalone kwoty wydatków, przestrzegają je o ile możności, w razie przekroczenia, nie wzywane usprawiedliwiają. Niestety zdarza się to w ostatnich latach bardzo często, a powodem w przeważającej części wypadków jest, między innemi, stale malejący przypis składek.

Bilanse zarówno miesięczne, jak i roczne Kas Chorych za ostatnie okresy wskazują i swoją formą zewnętrzną i treścią, przedstawiającą całą ich działalność, że zagadnienie uporządkowania gospodarki finansowej tych instytucyj, oraz zagadnienie zorganizowania kontroli tejże, zostały rozwiązane w zupełności we wszystkich najważniejszych ich działach i że głównie dzięki temu mogły Kasy Chorych przetrwać tak wielkie trudności finansowe od czasu załamania się konjunktury gospodarczej, bez szkody dla swych ubezpieczonych.

KRONIKA KRAJOWA

DOCHODY I WYDATKI KAS CHORYCH W R. 1932 W PORÓWNANIU Z LATAMI 1930 I 1931.[1])

Zwyczaj podawania tymczasowych, przedwstępnych opracowań materjałów statystycznych jest przyjęty w tych wypadkach, gdy z jednej strony życie domaga się oświetlenia natychmiast niektórych palących zagadnień, z drugiej zaś strony całkowite i szczegółowe opracowanie materjałów wymaga znacznego nakładu czasu, czyniąc często późniejsze publikacje już pozbawione cech aktualności. W podobnem położeniu znajdują się Kasy Chorych, które definitywnym materjałem, dotyczącym statystyki finansowej, rozporządzają w drugiej połowie roku następnego po danym roku sprawozdawczym. Dlatego, nie czekając na ostateczne zamknięcia rachunkowe, Związek Kas Chorych przystąpił do opracowania materjałów ze statystyki finansowej na podstawie bilansów surowych na dzień 31.XII 1932, pragnąc dostarczyć jaknajszybciej danych orjentacyjnych, mogących zainteresować nietylko Kasy Chorych, ale i szerokie rzesze ubezpieczonych, tembardziej, że tylko niektóre pozycje rachunkowe mogą ulec zmianom, (nadwyżka bilansowa, odpisy na fundusz amortyzacyjny i zapasowy, niedobór, i t. p.), natomiast inne, najważniejsze, jak przypis składek, świadczenia, koszty administracji — pozostaną bez zmiany, jako ostateczne.

Zaczniemy od liczby ubezpieczonych i przypisu.

Gdy w r. 1930 *liczba ubezpieczonych* w Kasach Chorych na obszarze całej Rzeczypospolitej, za wyłączeniem Górnego Śląska, wynosiła przeciętnie 2.308.328 pracowników fizycznych i umysłowych, to już w roku następnym spadła o 171.158 osób, czyli 7.4%, by w roku 1932 — niewątpliwie w związku ze wzrastającym wciąż kryzysem gospodarczym — spaść znowu o 7.5%, osiągając cyfrę 1,977.344 osoby. Spadek liczby ubezpieczonych

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych". Zeszyt 4 str. 222.

w 2-ch ostanich latach dokładnie malują liczby wskaźnicze, jeżeli przyjmiemy za podstawę porównania rok 1930.

Liczba ubezpieczonych.

Rok 1930	— 2.308.328	—	100
„ 1931	— 2.137.158	—	93
„ 1932	— 1.977.344	—	86

Spadek liczby ubezpieczonych jest to fakt zasadniczej wagi. Pociąga on za sobą automatycznie zmniejszenie *przypisu składek członkowskich*, których wysokość z kolei wskutek zmniejszania się zarobków robotników uległa dość znacznemu obniżeniu, wskutek tego sumują się obie niekorzystne przyczyny.

Rok	Przypis składek	Wskaźnik	Przypis składek na 1 ubezp.	Wskaźnik
1930	272.775.520,56	100	118,17	100
1931	236.067.164,05	86	110,46	93
1932	196.604.764,57	72	99,43	84

Spadek przypisu, jak widać z powyższych zestawień, szybciej postępuje jak spadek liczby ubezpieczonych.
W stosunku do r. 1930 przypis składek w r. 1932 wyniósł już tylko 72%. Jest rzeczą charakterystyczną, że spadek ten ma jednakowe tempo, po 14% w stosunku do r. 1930. Wskazuje to na istnienie stałej przyczyny, dotąd nieusuniętej, a jest nią przedewszystkiem i oczywiście kryzys, powodujący zastój gospodarczy, redukcje zarobków, czasu pracy i t. p. Inne dochody w r. 1930 wyniosły 8.4% przypisu, w r. 1931 — 9.2%, w r. 1932— 8.3%; niedobór w r. 1930 — 4.1% w r. 1931 — 7.6% przypisu, zaś dla r. 1932 bez ostatecznych zamknięć rachunkowych nie może być jeszcze ustalony, wobec czego oświetlenie sprawy niedoboru należy pozostawić do właściwego czasu.

Opierając się na surowych bilansach, sporządzonych na dzień 31.XII 1932, *wydatki* 61 Kasy Chorych w roku 1932 możemy przedstawić w następującej tablicy, zatrzymując się przy omówieniu tylko na grupie *świadczeń* i kosztach administracji.

Koszty świadczeń		%
1. Zasiłki pieniężne	33.676.880,52 zł.	27,2
2. Pomoc lecznicza	53.033.605,40 „	30,1
3. Środki apteczne i opatr.	27.794.303,77 „	18,5
4. Szpitale	31.930.800,12 „	19.6
5. Profilaktyka i propaganda . .	2.810.321,97 „	1,1
6. Przewóz chorych i lekarzy	5.260.731,08 „	3.5
razem . . .	154.506.642,86 zł.	100.0

Powyższa kwota w stosunku do 196.604.764,57 zł. przypisu składek stanowi 78.6%.

Porównanie kosztów świadczeń w r. 1932 według poszczególnych pozycyj z latami 1930 i 1931 daje się przejrzyście przeprowadzić zapomocą liczb względnych, które utwierdzą nas w przekonaniu, że zasadnicza struktura świadczeń, udzielanych przez Kasy Chorych, mimo ciężkiego roku kryzysowego nie uległa zmianie.

Koszty świadczeń w %% przypisu składek i na 1 ubezpieczonego.

Koszty świadczeń	w %% przypisu			na 1 ubezpieczonego w złotych		
	1930	1931	1932	1930	1931	1932
Zasiłki pieniężne .	23,0	20,2	17,1	27,23	22,36	17,03
Pomoc lecznicza .	25,5	26,7	27.0	30,11	29,43	26,82
Środki apt. i opatr.	15,7	15,0	14,1	18,55	16,55	14,06
Szpitale	16,6	18,2	16,3	19,62	20,08	16,15
Profil. i propag. .	0,9	1,5	1,4	1,12	1,60	1,42
Przewóz chorych i lek.	3,0	2,8	2,7	3,52	3,10	2,06
razem . . .	84,7	84,4	78,6	100,15	93,12	78,14

Z powyższego zestawienia możemy zauważyć, że w r. 1932 nastąpił spadek świadczeń ogółem na 1 ubezpieczonego do 78% w porównaniu do r. 1930, gdy wyżej ustaliliśmy, że spadek przypisu ogółem doszedł do 72%, a na 1 ubezpieczonego do 84% w zestawieniu z rokiem 1930.

Przechodząc od liczb absolutnych pomocy świadczeniowej na 1 ubezpieczonego do liczb wskaźniczych, przyjmując za podstawę porównania rok 1930, zobaczymy, które z pozycji świadczeń najwięcej ucierpiały wskutek redukcji dochodów w Kasach Chorych, a które nie uległy zmianie.

Zmiany w poszczególnych kosztach świadczeń w okresie 1930—1932 lat.

Rok	Przypis ogólny	Przypis na 1 ubezpiecz.	Na 1 ubezpieczonego: zasiłki pieniężne	pomoc lecznicza	środki apteczne i opatr.	szpitale	profilaktyka i propaganda	przewóz chorych i lekarzy	razem
1930	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1931	86	93	82	98	89	102	142	88	93
1932	72	84	63	89	76	82	126	58	78

Widzimy z powyższej tabelki, że najważniejsze i najistotniejsze pozycje świadczeń — pomoc lecznicza i szpitale — nie licząc profilaktyki i propagandy jako pozycji ważnej, lecz stosunkowo drobnej, nie spadły poniżej poziomu spadku przypisu składek. Zwłaszcza pomoc lecznicza otoczona jest staranną opieką Kas, gdyż utrzymuje się ją ponad poziomem spadku ogólnego, kosztem oczywiście innych odcinków świadczeń, jak zasiłki pieniężne, koszt przewozu chorych i lekarzy i t. p.

Dlatego zaryzykowaliśmy twierdzenie, że zasadnicza struktura świadczeń w Kasach Chorych nie uległa zmianie, mimo zupełnie naturalnej, a możliwej w warunkach kryzysu dezorganizacji pomocy ubezpieczonym.

Jak dalece wzrosły trudności finansowe Kas Chorych w r. 1932 w porównaniu z latami poprzedniemi wskaże tabelka statystyczna, dotycząca *wzrostu zadłużenia pracodawców* w Kasach Chorych z tytułu należności za składki. Uwzględnimy tu i rok 1929.

Należności od pracodawców.

Rok	Suma zaległości w złotych	Wskaźnik	Wzrost zaległości	Wskaźnik łańcuchowy
1929	68.204.218,55	100	—	—
1930	84.322.665,84	124	16.118.447,72	100
1931	99.214.742,53	144	14.891.334,20	92
1932	120.479.104,76	177	21.264.362,23	132

Zaległości pracodawców osięgnęły w r. 1932 zawrotne sumy; na tempo wzrostu zaległości wskazują liczby w ostatniej rubryce, mówiące iż w r. 1932 nieściągalność składek przekroczyła poziom zarówno roku 1931, jak i 1930-tego. W ciągu ostatnich 3 lat pracodawcy na nowo zadłużyli się w Kasach Chorych na sumę 52.274.886,21 zł., co stanowi tylko o 16 milj, zł. mniej od zadłużenia w całym poprzednim okresie czasu, od chwili powołania ustawą z dn. 19.V 1920 r. Kas Chorych do życia. To też Kasy Chorych zmuszone były masowo stosować środki egzekucyjne, i tak: w r. 1929 podano do egzekucji 188.089 spraw, w r. 1930 — 248.549; w r. 1931 — 293.360; dla r. 1932 nie mamy danych ustalonych, nie ulega jednak wątpliwości, że liczba wdrożonych spraw była jeszcze większa, niż w r. 1931, a więc zapewne przekroczyła 300,000.

Świadczenia stanowią główną i zasadniczą pozycję wydatków; nie mniej ciekawa jest sprawa *kosztów administracji*. Ważne jest stwierdzenie, czy w tej dziedzinie Kasy Chorych wykazują jakąkolwiek poprawę, czy koszty administracji spadają, czy się podnoszą? Weźmiemy kilka kryterjów: % do przypisu, na 1 ubezpieczonego, index ruchu — oddzielnie dla lat, będących przedmiotem analizy.

Koszty administracji.

Rok	Suma w złotych	przybyło + lub ubyło —	%	w %% do		na 1 ubezpieczonego	
				przypisu	dochodów	suma w zł.	wskaźnik
1930	27.123.843,51	—	—	9.9	8.8	11,75	100
1931	26.306.712,81	— 817.130,70	3,0	11.2	9.5	12,31	105
1932	22.382.140,80	— 3.924.572,01	14,9	11.4	10.5	11,32	96

Od r. 1930 koszty administracji zmniejszyły się o 4.741.702 zł. 71 gr. Niewątpliwie, absolutnie biorąc, jest to kwota bardzo poważna. Relatywnie jednak, ani w stosunku do przypisu składek, ani do dochodów wogóle — koszty administracji nie zmniejszyły się, lecz zwiększyły się. Wprawdzie trzymają się one owych 10% od dochodów wogóle, t. j. szablonu, który najczęściej dla kosztów administracyjnych spotyka się w życiu, lecz przy zmniejszających się dochodach Kas Chorych grożą wykroczeniem poza wskazane ramy. Jak wolno sądzić, zdając sobie sprawę z powyższego niebezpieczeństwa, Ministerstwo Opieki Społecznej przedsiębrało szereg środków zaradczych zasadniczej natury, jak, co najważniejsze, przeprowadzenie t. zw. ustawy scaleniowej, która przez połączenie aparatów administracyjnych wszystkich instytucyj ubezpieczeniowych w jedną całość organizacyjną powinna doprowadzić do potanienia kosztów administracyjnych, aczkolwiek zadania jej oczywiście są szersze. Koszty administracji w Kasach Chorych ujawniają cyfrowo niekorzystne tendencje głównie, naszem zdaniem, z tego względu, że dochody Kas Chorych zmniejszają się w szybszem tempie, aniżeli możność dostosowania drogą redukcyj personalnych aparatu administracyjnego do zmienionych warunków. Jeżeli sprobujemy jeszcze jednego środka analizy cyfr przez obliczenie kosztów administracji na 1 ubezpieczonego, to się okaże, że koszt ten w r. 1932 jest mniejszy, aniżeli w r. 1930, a zwłaszcza w r. 1931, który można nazwać przełomowym ze względu na zmiany organizacyjne w tym roku przeprowadzone. Koszty administracji w przerachowaniu na 1 ubezpieczonego świadczą, iż rok 1932 był jednak rokiem lekkiej poprawy w tym względzie. Mówi nam o tem ostatnia rubryka przytoczonej wyżej tabelki.

Po omówieniu głównych pozycji dochodów i wydatków 61 Kas Chorych, mianowicie przypisu, kosztów świadczeń i kosztów administracji, przystępujemy do przedstawienia finansów Kas Chorych na tle *czynnika terytorjalnego*. Z braku miejsca ograniczamy się do grup województw, uwzględniając grupy: Centralne województwa z liczbą 19 kas, Wschodnie — 8 kas, Zachodnie — 15 kas, Południowe 18 kas i Śląsk Cieszyński — 1. Odmienny układ warunków gospodarczych, stan uprzemysłowienia, udział robotników rolnych w ubezpieczeniu chorobowem w niektórych dzielnicach Polski, różne metody pomocy leczniczej i wiele innych czynników związanych z terytorjum wpływają na różnice cyfr, składających się na obraz działalności Kas.

Dochody 61 kas chorych na podstawie bilansów surowych na dzień 31.XII 1932.

Grupy województw	Przypis składek	Na 1 ubezp.	Różne dochody	Niedobór	Razem	Na 1 ubezp.	Liczba ubezpieczonych
	złotych						
Centralne	103.316.201,40	118,79	9.142.966,37	67.578,90	112.526.746,67	129,38	869.708
Wschodnie	10.556.173,27	89,66	731.791,94	1.480,64	11.289.445,85	95,89	117.739
Zachodnie	38.222.450,90	75,84	2.904.485,68	—	41.126.936,58	81,60	504.004
Południowe	40.862.072,03	89,29	3.212.513,88	—	44.074.585,91	96,31	457.614
Śląsk Cieszyński	3.647.866,97	129,00	368.102,85	—	4.015.969,82	142,01	28.279
Polska	**196.604.764,57**	**99,43**	**16.359.860,72**	**69.059,54**	**213.033.684,83**	**107,74**	**1.977.344**

Wydatki, 61 Kas Chorych na podstawie bilansów surowych na dzień 31.XII 1932.

Grupy Województw	Zasiłki pieniężne zł.	Pomoc lecznicza zł.	Wydatki gospodarcze w ambul. własnych zł.	Środki apteczne i opatrunk. zł.	Koszty leczenia w szpitalach zł.	Profilaktyka i propaganda zł.	Przewóz chorych i lekarzy zł.	Razem świadczenia zł.	Rozbudowa lecznictwa związkowego zł.	Koszty administracji zł.	Koszty ogólne zł.	Inne pozycje po stronie wydatków zł.	Ogółem zł.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Centralne .	17.459.121,76	27.011.735,36	3.153.641,99	14.946.932,78	17.576.457,00	1.186.277,29	2.573.010,17	83.907.176,35	643.767,52	10.969.186,58	5.071.988,67	11.934.627,55	112.526.746,67
Wschodnie .	1.211.030,48	2.836.523,52	418.427,84	1.472.809,08	1.370.925,19	162.108,50	251.126,15	7.722.950,76	62.540,76	1.571.432,16	456.798,52	1.475.723,65	11.289.445,85
Zachodnie .	5.685.381,90	8.925.308,37	56.340,04	6.393.410,47	7.151.903,72	867.035,30	1.288.606,52	30.367.986,38	467.727,33	4.416.835,09	1.367.938,93	4.506.448,85	41.126.936,58
Południowe .	8.215.880,09	9.027.003,72	849.746,71	4.625.550,37	5.329.198,36	520.168,85	1.038.616,64	29.606.164,74	233.795,81	5.032.531,00	2.434.648,16	6.767.446,20	44.074.585,91
Śląsk Ciesz..	1.105.466,29	674.949,96	79.927,89	355.601,07	502.315,85	74.731,97	109.371,60	2.902.364,63	25.107,59	392.155,97	318.341,30	378.000,33	4.015.969,82
Polska .	**33.676.880,52**	**48.475.520,93**	**4.558.084,47**	**27.794.303,77**	**31.930.800,12**	**2.810.321,97**	**5.260.731,08**	**154.506.642,86**	**1.432.939,01**	**22.382.140,80**	**9.649.715,58**	**25.062.246,58**	**213.033.684,83**

W rubryce „inne pozycje po stronie wydatków" pomieszczone zostały: koszty administracji własnych nieruchomości w kwocie 1.102.543,88 zł. oraz nadwyżki bilansowe w sumie 23.959.702,70 zł., z których te ostatnie stanowią pozycje surowe, gdyż w bilansach grudniowych nie uskutecznione zostały odpisy na fundusz zapasowy i amortyzacyjny.

Wydatki, 61 Kas Chorych na podstawie bilansów surowych na dzień 31.XII 1932.

Liczby względne

Grupy Województw	Zasiłki pieniężne		Pomoc lecznicza		Wydatki gospod. w ambul. własnych		Środki apteczne i opatrunk.		Koszty leczenia w szpitalach		Profilaktyka i propaganda		Przewóz chorych i lekarzy		Razem świadczenia		Rozbudowa lecznictwa związkowego		Koszty administracji		Koszty ogólne		Inne pozycje po stronie wydatków		Ogółem	
	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.	% przypisu	na 1 ubezp. w zł.
Centralne . . .	16.9	20,07	26.1	31,06	3.1	3,63	14.5	17,19	17.0	20,21	1.1	1,36	2.5	2,96	81.2	96,48	0.6	0,74	10.7	12,61	4.9	5,83	11.6	13,72	108.9	129,38
Wschodnie . . .	11.5	10,29	26.9	24,09	4.0	3,55	14.0	12,51	13.0	11,64	1.4	1,38	2.4	2,13	73.2	65,59	0.6	0,53	14.9	13,35	4.3	3,88	14.0	12,53	106.9	95,89
Zachodnie . . .	14.9	11,28	23.4	17,71	0.1	0,11	16.7	12,68	18.7	14,19	2.3	1,72	3.4	2,56	79.5	60,25	1.2	0,93	11.5	8,76	3.6	2,72	11.8	8,94	107.6	81,60
Południowe . .	20.1	17,95	22.1	19,73	2.1	1,86	11.3	10,11	13.1	11,64	1.3	1,14	2.5	2,27	72.5	64,70	0.6	0,51	12.3	10,99	6.0	5,32	16.6	14,79	107.9	96,31
Śląsk Ciesz. . .	30.3	39,9	18.5	23,87	2.2	2,83	9.8	12,57	13.8	17,76	2.0	2,64	3.0	3,87	79.6	102,62	0.7	0,89	10.8	13,87	8.7	11,26	10.4	13,37	110.1	142,01
Polska . .	**17.1**	**17,03**	**24.7**	**24,51**	**2.3**	**2 31**	**14.1**	**14,06**	**16.3**	**16,15**	**1.4**	**1,42**	**2.7**	**2,66**	**78.6**	**78,14**	**0.7**	**0,72**	**11.4**	**11,32**	**4.9**	**4,88**	**12.7**	**12,67**	**108.4**	**107,74**

Z powyższych tablic wybieramy kilka cyfr charakterystycznych dla poszczególnych rodzajów wydatków, uwzględniając *przypis składek*, co zdaje się w danym wypadku będzie właściwsze od przerachowań na 1 ubezpieczonego. *Zasiłki pieniężne*, w %% przypisu, przy średniej — 17.1% — największe są na Śląsku Cieszyńskim 30.3%, — najmniejsze w województwach Wschodnich, gdyż stanowią tylko 11.5% przypisu. *Pomoc leczniczą* niemal w indentycznej proporcji znajdujemy w woj. Centralnych i Wschodnich, w wielkości nieco większej jak ¼ część przypisu, najmniej stosunkowo pomoc lecznicza wynosi na Śląsku Cieczyńskim. *Wydatki* gospodarcze *w ambulatorjach* własnych wskutek odmiennego systemu niesienia pomocy leczniczej minimalną rolę odgrywają w woj. Zachodnich, największą w woj. Wschodnich, gdy przeciwnie koszty na *leki, opatrunki i t. p.* — największą w woj. Zachodnich. Koszty *leczenia szpitalnego* wahają się od 13% do 18.7% przypisu przy średniej 16.3% i osiągają max w woj. Zachodnich. Koszty *profilaktyki i propagandy* nie wykraczają poza 2.3% przepisu. *Przewóz* chorych i lekarzy — max 3.4% przypisu zabiera w Poznańskiem i Pomorskiem, gdzie wśród ubezpieczonych znajduje się znaczny proc. ludności rolniczej, rozrzuconej mniej lub więcej równomiernie po całem terytorjum. *Wszystkie świadczenia* największą pozycję przypisu zajmują w woj. Centralnych — 81.2%; najmniejszą w woj. Południowych — 72.5%, przy ogólnej średniej 78.6%.

Z innych wydatków, koszty rozbudowy *lecznictwa związkowego* obciążają przypis w minimalnym stopniu. Koszty *administracji* najpesymistyczniej przedstawiają się w woj. Wschodnich. Wynoszą tu one 14.9%, gdy w woj. Centralnych oraz na Śląsku 10.7 i 10.8%, przy ogólnej średniej 11.4%. Przyczyny wysokich kosztów administracji, w stosunku do przypisu, w Kasach Chorych woj. Wschodnich należy, naszem zdaniem, szukać w niskim przypisie, zgodnie, że tak się wyrazimy, z prawem relatywności kosztów stałych i zmiennych administracji. W przerachowaniu na 1 ubezpieczonego najtaniej wypada administracja Kas Chorych w woj. Zachodnich. Wynosi ona 8 zł. 76 gr. przy ogólnej normie dla r. 1932 — 11 zł. 32 gr. w całej Polsce.

Stan przypisu i dochodów ogółem według max. i min. w poszczególnych Kasach przedstawia się, jak niżej:

Przypis i dochody ogółem na 1 ubezpieczonego

Rodzaj dochodu	Nazwa kasy	max	przeciętna w Polsce	min	Nazwa kasy	Różnica między max a przeciętną	Różnica między min a przeciętną
Przypis	Warszawa	158.32	99.43	44.60	Rawa Ruska	+58.89	—58.43
Dochód ogółem	„	172.10	107.74	46.09	„	+64.36	—61.65

Stan *wydatków w poszczególnych Kasach* ujmujemy w jednej tablicy cyfr maksymalnych i minimalnych w stosunku do przypisu, napotykanych wśród 61 kas, w zestawieniu z ogólno-polską przeciętną celem podkreślenia odchyleń.

Wydatki w %% przypisu składek.

Rodzaj wydatków	Nazwa Kasy Chorych	Maximum	Ogólno-polska przeciętna	Minimum	Nazwa Kasy Chorych	Różnica między max a przeciętną	Różnica między min. a przeciętną
Zasiłki pieniężne . . .	Bielsko	30.3	17.1	8.3	Baranowicze	+ 13.2	— 8.8
Pomoc lecznica	Żyrardów	33.7	24.7	18.5	Bielsko	+ 9.0	— 6.2
Wyd. gosp. w ambul. .	Brześć n./Bug.	7.1	2.3	0.1	Wągrowiec Starogard Wejherowo	+ 4.8	— 2.2
Środki apteczne i op. .	Pułtusk	18.8	14.1	8.4	Stryj	+ 4.7	— 5.7
Koszty leczenia w szpital.	Poznań	24.6	16.3	7.5	Rzeszów	+ 8.3	— 8.8
Profil. i propaganda . .	Wągrowiec Brodnica	4.7	1.4	0.2	Pułtusk	+ 3.3	— 1.2
Przewóz chor. i lek. . .	Gniezno	5.4	2.7	1,2	Wilno	+ 2.7	— 1.3
Razem świadczenia .	**Żyrardów**	**92.0**	**78.6**	**56.8**	**Rawa Ruska**	+ **13.4**	— **21.8**
Administracja . . .	**Brześć n./Bug. Kowel**	**19.3**	**11.4**	**9.1**	**Warszawa Sosnowiec**	+ **7.9**	— **2.3**
Koszty ogólne	Zakopane	11.0	4.9	2.0	Gniezno	+ 6.1	— 2.9

Powyższa tablica ilustruje obraz rozpiętości wydatków w %% przypisu w poszczególnych Kasach z punktu widzenia górnej i dolnej granicy. Poprzestajemy na faktach. Sięganie do przyczyn w danym wypadku nie należy do naszych zadań.

Prof. L. Waściszewski.

ODCZYTY RADJOWE O ZAGADNIENIACH POLITYKI SPOŁECZNEJ.

Dobiega rok, jak Instytut Spraw Społecznych rozpoczął organizowanie szeregu pogadanek radjowych, których cykl zapoczątkował dn. 5. 6. 1932 r. odczyt p. v. ministra W. Jastrzębskiego p. t. „Robotnik i jego zainteresowania zawodowe". Od tej pory w każdą niedzielę, w przerwie poranku z Filharmonji Warszawskiej, nadawane były pogadanki, mające na celu zaznajomienie szerszych sfer pracowniczych z zagadnieniami, dotyczącemi bezpieczeństwa i higjeny pracy, ustawodawstwa pracy, umów zbiorowych, sądów pracy, chorób zawodowych i t. p.

Rozszerzając ramy tych pogadanek Instytut Spraw Społecznych w porozumieniu z Polskiem Radjem zorganizował od 1. X. 1932 r. drugą serję odczytów, nadawanych w środy o godz. 17.40.

W cyklu tych odczytów na szczególną uwagę zasługują odczyty, dotyczące ubezpieczeń społecznych. Były poruszane tu sprawy profilaktyki w kasach chorych, organizacji i zasad lecznictwa kasowego w odróżnieniu od lecznictwa prywatnego; informowano słuchaczy o tem, jak należy korzystać z kasy chorych, aby uniknąć częstych nieporozumień, a nawet strat moralnych i materjalnych, mówiono również o ostatnich zmianach w ubezpieczeniu chorobowem. Ubezpieczenia emerytalne: wysokość i warunki uzyskania świadczeń, działalność Z. U. P. U. w tej dziedzinie, jak również ubezpieczenia na wypadek braku pracy, zmiany w tem ubezpieczeniu — były kilkakrotnie poruszane przed mikrofonem. Zagadnienia braku pracy — bezrobocia poruszane były w różnych pogadankach, i tak — mówiono o robotach publicznych, jako środku zwalczania bezrobocia, o technice i organizacji tych robót, wreszcie w związku z tym problemem — o funduszu pracy. Specjalny cykl poświęcony został bezrobociu wśród młodzieży i kwestji opieki społecznej nad nią u nas i zagranicą.

Dla zobrazowania całokształtu odczytów organizowanych przez I. S. S. należy dodać, że poruszane były i inne, interesujące ogół pracowniczy, tematy jak np. sprawa walki z wypadkami przy pracy i kwestja odszkodowania pracowników w razie wypadku przy pracy; higjena pracy, jako postulat społeczny, higjena pracy kobiet i młodocianych, wreszcie specjalne odczyty poświęcone były zagadnieniu pracy kobiet i młodocianych oraz sprawie zarobków robotniczych.

Dowodem celowości akcji odczytowej służyć mogą głosy radjosłuchaczy, proszących o wyjaśnienia, lub uzupełnienia w związku z wysłuchanemi prelekcjami.

W sezonie letnim Instytut Spraw Społecznych kontynuować będzie nadal tę akcję, przyczem odczyty Instytutu wygłaszane będą w niedziele o godz. 17-ej. W sezonie zimowym zostanie wznowiony również i cykl środowy.

W czerwcu odbędą się zorganizowane przez Instytut Spraw Społecznych następujące odczyty:

Dn. 4.VI. Co robotnik powinien wiedzieć o urlopie — inż. Tadeusz Domaniewski, insp. pracy. 7.VI. Warstwy pracujące w roli spożywców — Dr. Henryk Kołodziejski. 11.VI. Jak zużytkować urlop robotniczy — Czesław Bykowski. 18.VI. Leczyć — czy zapobiegać chorobom — Dr. Jerzy Babecki. 25.VI. Sztuka a klasa robotnicza — Henryk Juszkiewicz.

Z. Pierzchlewska.

POSIEDZENIA NAUKOWE LEKARZY W KASIE CHORYCH W PABJANICACH.

Z inicjatywy naczelnego lekarza Kasy z dniem 26. XI. 1931 r. zorganizowane zostały stałe naukowe posiedzenia lekarzy kasowych, odbywające się, poza okresem wakacyjnym, co miesiąc. Na posiedzeniach powyższych w ciągu 1932 r. zostały wygłoszone następujące referaty, często uzupełniane zdjęciami rentgenowskiemi, fotografjami lub demonstrowaniem chorych.

1) Sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego w Zakopanem,
2) Sprawozdanie ze zjazdu delegatów Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie,
3) Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Ginekologicznego w Łodzi,
4) Przypadek przetoki cewkowo-pochwowej po długotrwałym porodzie,
5) O wczesnem przebijaniu pęcherza płodowego,
6) O konieczności stosowania próby na odczyn Wa u ciężarnych i noworodków,
7) Klinika gruźlicy drugorzędowej u ludzi dorosłych,
8) Gruźlica kurza u ludzi,
9) O skrytych ropniach mózgu,
10) Przypadek raka kiszki zstępującej u 19-letniej pacjentki oraz sprawa nowotworów złośliwych u młodocianych,
11) O różniczkowem rozpoznawaniu gruźlicy oraz przewlekłego zapalenia płuc,
12) O Zaleszczykach.

Referaty powyższe wygłosili — Dr. Bibrowski, Dr. Eichler, Dr. Mandeltort, Dr. Świder i Dr. Żebrowski.

KRONIKA ZAGRANICZNA

ECHO ARTYKUŁU ZAMIESZCZONEGO W „PRZEGLĄDZIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH" — ZAGRANICĄ.

„Informations Sociales", organ Międzynarodowego Biura Pracy, zamieszcza w Nr. 7 z dnia 15 maja 1933 r. p. t. „Opinja polska o traktowaniu obywateli obcych w dziedzinie odszkodowania dla bezrobotnych" obszerne (na 1½ strony) streszczenie artykułu D-ra Stanisława Fischlowitza p. t. „Prawa obywateli obcych w zakresie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i innych form pomocy dla bezrobotnych", zamieszczonego w Nr- 4 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z r. 1933.

Omawiając wywody D-ra Fischlowitza, „Informations Sociales" podkreśla, że sformułowane przez Międzynarodowe Biuro Pracy „Konkluzje" nasuwają w tym pukcie autorowi pewne zastrzeżenia, które wylicza po kolei.

P. dr. Stanisław Fischlowitz prosi Redakcję „P. U. S." o zamieszczenie w związku z powyższym artykułem następującej notatki:

„Zwrócono mi uwagę na to, że w artykule, ogłoszonym w Nr. 4 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", omawiając m. i. zbyt ciasne, zdaniem mojem, ujęcie w „Rapport gris" zagadnienia następstw pobierania zasiłków przez obywateli obcych w zakresie prawa pobytu na obszarze państwa udzielającego tych świadczeń, nie dość ściśle przedstawiłem ocenę kwestji tej, zawartą w „Rapport gris".

Zająłem mianowicie stanowisko, że M. B. P. zwróciło uwagę wyłącznie na usuwanie obywateli obcych „nim jeszcze uzyskali prawo do zasiłku", że natomiast pominęło sytuację inną, polegającą na usuwaniu pobierających już zasiłki obywateli obcych, jako obciążających opiekę społeczną, z granic państwa.

Przyznaję po sprawdzeniu tekstów (franc., ang. i niem.) „Rapport gris", że mowa w nim o usuwaniu obywateli obcych „nim otrzymali zasiłki" a nie „nim uzyskali prawo do zasiłków".

Można więc rozumieć tekst „R. G." również i w ten sposób, że M. B. P. poszerzyło nie tylko pierwszą — lecz również i drugą z przedstawionych powyżej sytuacyj; usuwanie obywateli obcych nim otrzymali zasiłki może bowiem — przy odpowiedniej wykładni tych słów — obejmować nie tylko sytuację pracowników — obywateli obcych, którzy jeszcze wogóle nie uzyskali zasiłku, ale i tych, którzy nie wyczerpali w całości przysługujących im świadczeń zasiłkowych.

Luka w „R. G." dotyczyłaby więc już tylko osób, które otrzymały w całości należne im zasiłki, a które właśnie z tego powodu, że stanowiły ciężar społeczny usuwa się „ex post" poza granice kraju.

Niezależnie od takiej czy innej interpretacji omówionego tu passusu w części opisowej „R. G.", wspominającego tylko mimochodem doniosłe to zagadnienie, pozostawałaby pozatem w R. G. dotkliwa luka, jaką stanowi zupełne pominięcie tego zagadnienia w „Konkluzjach" pomiędzy punktami, wymagającemi konsultacji poszczególnych Rządów.

Prostując dla ścisłości niezupełnie dokładnie streszczony przezemnie ustęp „R. G.", podtrzymuję pozatem w całości wszystkie bez wyjątku zastrzeżenia, jakie wysunąłem przeciw opracowaniu M. B. P. we wszystkich punktach, których znaczenie przekracza znacznie sprawę takiej lub innej charakterystyki wzajemnych stosunków pomiędzy sprawą pomocy dla bezrobotnych obywateli obcych a sprawą „policji obcych".

Dr. St. Fischlowitz.

ROZWÓJ UBEZPIECZENIA PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W JUGOSŁAWJI [1])

1. Rozwój i stan obecny.

W zakresie ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych Jugosławja nie wytworzyła dotychczas własnego ustawodawstwa. Obowiązuje tam w zasadzie austrjacka ustawa z 1909 wzgl. 1914 r., oczywiście wyłącznie na terytorjum b. Austrji, t. j. Slawonji i Dalmacji. Ustawa ta uległa jednej tylko zasadniczej nowelizacji w 1922 r. (ustawa z 12.V.1922 r.), następnie zaś dostosowanie przepisów ustawy do zmieniających się warunków gospodarczych oraz poprawę warunków ubezpieczenia osiągnięto przez 5 kolejnych rozporządzeń o zmianie grup zarobkowych i trzy regulatywy o dodatkach drożyźnianych z 1924, 1928 i 1931 r. które w sposób istotny regulują wysokość świadczeń.

Zakres obowiązku ubezpieczenia doznał w porównaniu do dawnej ustawy austrjackiej poważnego zwężenia, nie podlegają mu bowiem pomocnicy handlowi, którzy nie będąc również zaliczonymi do kategorji robotników mają jedynie prawo dobrowolnego przystępowania do ubezpieczenia pensyjnego. Dobrowolne ubezpieczenie zostało szczególnie rozbudowane ze względu na dzielnicowy charakter ubezpieczenia przymusowego. Ubezpieczać się mogą dobrowolnie pracownicy poprzednio obowiązkowo ubezpieczeni, którzy przesiedlili się do innych dzielnic państwa; ponadto pracodawcy na całym obszarze Jugosławji mogą zgłaszać swych pracowników w wieku 18 — 55 lat do dobrowolnego ubezpieczenia, przyczem o ile zgłoszonych jest przynajmniej 10 pracowników tego samego pracodawcy, badanie lekarskie nie jest przeprowadzane.

Mimo usilnej propagandy ubezpieczenie dobrowolne nie rozwinęło się, zgłaszani są prawie wyłącznie pracownicy filji przedsiębiorstw, mających centrale w Slawonji i Dalmacji. W końcu 1931 r. obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegało 9815 osób, dobrowolnie ubezpieczonych było 549 osób. Wśród ogółu ubezpieczonych kobiety stanowią około 27%.

Ubezpieczenie przeprowadza wyłącznie Zakład Pensyjny w Lublanie. Na zasadzie ogólnych konwencji z 1924 r., przejął Zakład lubliański około 1750 osób, ubezpieczonych poprzednio w Powszechnym Zakładzie Pensyjnym w Wiedniu i w austrjackich zakładach zastępczych. W 1921 r. zostały zniesione wszelkie zakłady zastępcze i umowy zastępcze, rezerwy zaś przekazane zostały Zakładowi Pensyjnemu. Od 1923 r. Zakład Lublański posiada pełne, pochodzące z wyborów władze autonomiczne; mimo wprowadzenia w ostatnim czasie komisarzy rządowych w większości instytucyj ubezpieczeniowych, samorząd w Zakładzie Pensyjnym został dotychczas utrzymany.

Podział ubezpieczonych na grupy zarobkowe, decydujące dla wymiaru składki i świadczeń, przeprowadza ustawa jugosłowiańska w sposób szczególny. Mianowicie tylko w czterech najniższych grupach, odpowiadających zarobkowi rocznemu do 17.200 dinarów [1]), płaca zaliczona do ubezpieczenia mieści się między dolną a górną granicą danej grupy zarobkowej. W 10 następnych grupach do ubezpieczenia zalicza się płace, leżące niżej dolnej granicy grupy zarobkowej, wynoszące około ¾ najniższych zarobków danej grupy. Tak np. w 13-tej grupie, obejmującej roczne zarobki od 48 tys. do 54 tys. din. do ubezpieczenia zalicza się 39 tys. din. Przy zarobkach, wynoszących ponad 54000 din. (14-sta grupa), maksymalna zaliczana do ubezpieczenia płaca podstawowa wynosi 42.000 din. (około 6.500 zł.). Oczywiście system ten, przy którym świadczenia przy zarobkach średnich i wyższych wymierzane są już nie od rzeczywistych zarobków i zapewniać mają tylko pewne ograniczone minimum egzystencji, podyktowany jest dążeniem do zmniejszenia obciążeń z tytułu składek.

Liczba i wysokość grup zarobkowych regulowana jest w drodze rozporządzeń (ostatnie z 1. X. 1930 r.), przyczem w myśl ustawy najwyższa płaca podstawowa winna dwukrotnie przewyższać przeciętne pobory ogółu ubezpieczonych. Przeciętne pobory w końcu 1930 r. wynosiły około 23.000 din., warunki ustawowe są zatem obecnie w przybliżeniu spełnione. W czasie spadku wartości pieniądza oczywiście podwyższanie grup zarobkowych następowało ze znacznem, kilkuletniem nieraz opóźnieniem.

Wysokość składki nie została zmieniona i wynosi nadal 12% zaliczanych do ubezpieczenia poborów. Przypis składek za 1931 r. wynosił 31.5 milj din.

Wymiar rent z początku następował według niezmienionych postanowień ustawy austrjackiej (20% przeciętnej płacy podstawowej po 5 latach, wzrost 1,5% rocznie), oczywiście świadczenia były niezmiernie niskie. Dla podniesienia wysokości świadczeń zarówno z ubezpieczenia pensyjnego, jak i z górniczego brackiego i od nieszczęśliwych wypadków dla kolejarzy, wprowadzone zostały jeszcze w okresie 1919/1920 r. specjalne opłaty od wydobycia węgla w wysokości 0,5 din. od cetnara, tworzące krajowy fundusz pensyjny dla Slawonji, pozostający pod zarządem Zakładu Pensyjnego. Z funduszu tego

[1]) Die Pensionsversicherung. Nummer 1. Prag. 1933. Dr. J. Vrancic. Die Pensionsversicherung in Jugoslavien.

[1]) 100 dinarów = około 15,5 zł.

opłacane były specjalne dodatki drożyźniane do wszystkich świadczeń ubezpieczeń długoterminowych. Udział Zakładu we wpływach funduszu wynosił w 1931 r. 650 tys. din., t. j. 10% wpływów. Przemysł górniczy zwalcza usilnie opłaty od wydobycia węgla, godząc się na ponoszenie dodatkowych ciężarów tylko w stosunku do rencistów z pośród pracowników górniczych. Trzeba jednak zaznaczyć, że większość rencistów Zakładu Pensyjnego pochodzi właśnie z tej grupy, i że otrzymują oni tytułem zwiększenia rent więcej, niż wynosi udział Zakładu w dochodach z opłat od wydobycia.

Obecnie osobne dodatki drożyźniane nie są wypłacane. Ostatni regulatyw drożyźniany z 1. X. 1930 r. nowelizuje cały system wymiaru świadczeń. Renta inwalidzka w myśl tego regulatywu składa się z 20%-owej kwoty zasadniczej, wymierzanej w połowie od przeciętnej płacy podstawowej z ostatniego 10-ciolecia, w połowie zaś od przeciętnej płacy z całego okresu ubezpieczenia, oraz z kwoty wzrostu, wynoszącej ½ pełnej sumy składek, co odpowiada rocznemu wzrostowi o 2% przeciętnej płacy. Przy wymiarze świadczeń waloryzuje się składki za czas przed 1. I. 1924 r., przyjmując je w wysokości przeciętnej składki z następnego ubezpieczenia z zastrzeżeniem pewnego maksimum.

Renty starcze wymierza się na tych samych zasadach, ponadto zaś dolicza się do nich 10%-owy dodatek. To zwiększenie renty starczej w stosunku do inwalidzkiej ma na celu skłanianie do nieubiegania się o wcześniejsze renty inwalidzkie.

Minimalna renta inwalidzka wynosi rocznie 3 tys. din., renta starcza 3.300 din. (ok. 500 zł.).

Renta wdowia wynosi 50% renty inwalidzkiej, sieroca niepełna 25% renty inwalidzkiej dla jednego dziecka, 35% dla 2 dzieci, 40% dla 3 i 45% dla 4 i więcej. Dla sierot zupełnych renty wynoszą 50% dla jednego dziecka, 75% dla 2, 85% dla 3, 90% dla 4 i 95% dla 5 i więcej.

W końcu 1931 r. Zakład Pensyjny wypłacał 575 rent dla pracowników, 389 rent wdowich i 335 sierocych.

Stan finansowy ubezpieczenia w końcu 1931 r. był niezły, szczególnie wobec przyjęcia 6% stopy technicznej dla obliczania rezerw. Obliczenia techniczne są przeprowadzane przy zachowaniu zasady pełnego pokrycia kapitałowego ekspektatyw przy składce przeciętnej. Fundusze Zakładu wynosiły z końcem 1931 r. 257 mil. din., z czego 114,5 mil. ulokowane było w pożyczkach, 37,5 mil. w papierach wartościowych i 41,5 mil. w nieruchomościach.

Działalność Zakładu Pensyjnego na polu lecznictwa dobrowolnego oraz dobrowolnych zapomóg dla ubezpieczonych pozostających bez pracy obraca się w nader skromnych, minimalnych granicach.

2. *Programy i zamierzenia.*

Jakkolwiek stan obecny ubezpieczenia pensyjnego w Jugosławji trwa już blisko od 15 lat, to jednak musi się go uważać za przejściowy i tymczasowy. Istnienie przymusowego ubezpieczenia jedynie w dwu prowincjach sprzeczne jest z unifikacyjnemi dążeniami nowego państwa. Próbę rozwiązania zagadnienia przez udostępnienie i ułatwienie dobrowolnego ubezpieczenia na pozostałych obszarach uważać trzeba za całkowicie nieudałą, próba ta dowodzi konieczności oparcia ubezpieczenia społecznego na zasadzie przymusu. Niewątpliwie dalszy rozwój musi pójść w kierunku rozszerzenia ubezpieczenia przymusowego, drogi jednak realizacji tego postulatu nie są jeszcze jasno wytknięte. Sytuacja komplikuje się jeszcze wskutek tego, że ustawa o robotniczem ubezpieczeniu społecznem z 1922 r. w częściach, dotyczących ubezpieczenia na starość i inwalidzkiego, nie została dotychczas wprowadzona w życie. Walcząc o jej urzeczywistnienie wysuwają koła robotnicze postulat jednolitego ubezpieczenia robotników i pracowników umysłowych.

Według innych projektów ubezpieczenie pracowników umysłowych ma zachować odrębność w Slawonji i Dalmacji, na pozostałych zaś obszarach pracownicy ci mają być objęci ubezpieczeniem powszechnem robotniczem. Chodzi o to, by przez wprowadzanie droższego odrębnego ubezpieczenia pensyjnego nie hamować realizacji ubezpieczenia robotniczego, nakładającego już znaczne nowe ciężary. Wśród pracowników umysłowych Slawonji i Dalmacji istnieje silne poczucie konieczności obrony posiadanych praw, w całem zaś państwie w tych kołach przeważa dążność nietylko do odrębnego ubezpieczenia pensyjnego, ale i do rozciągnięcia tej odrębności i na pozostałe gałęzie ubezpieczeń.

Niepewność co do realizacji ogólnopaństwowego ubezpieczenia pensyjnego wywołuje wśród poszczególnych grup zawodowych dążenia do uzyskania zabezpieczenia emerytalnego w obrębie danej grupy. Oczywiście wytworzenie systemów zabezpieczeń dla poszczególnych lepiej sytuowanych i zorganizowanych grup zawodowych utrudniłoby a może i sparaliżowało wprowadzenie ubezpieczenia ogólnego i jest też z tego powodu zwalczane. Przeciwieństwa istnieją zatem nietylko między pracownikami umysłowymi a robotnikami, ale też i między poszczególnemi dzielnicami i między grupami zawodowemi.

Próby ubezpieczeń zawodowych, pomimo uzyskania podstaw ustawowych, dotąd się nie powiodły. Ustawa dziennikarska z 1926 r. przewiduje utworzenie ogólnokrajowego funduszu pensyjnego, jednak głównie wskutek protestu dziennikarzy słowiańskich przeciw wyłączeniu ich z Zakładu lublańskiego fundusz ten dotąd nie powstał i dziennikarze z innych dzielnic pozbawieni są nadal ubezpieczenia.

Ustawa aptekarska z 7. IV. 1930 r. również przewiduje fundusz pensyjny, wspólny dla właścicieli i pracowników aptek. Pracownicy aptekarscy sprzeciwiają się łączeniu ich z właścicielami i żądają ubezpieczenia pracowników z całego obszaru Jugosławji w Zakładzie lublańskim. Postulaty te uzyskały zgodę również ze strony izb aptekarskich i prawdopodobnie będą w niedługim czasie zrealizowane, co byłoby ważnym krokiem w kierunku rozciągnięcia przymusowego ubezpieczenia na całe państwo.

Zakład Pensyjny w Lublanie opracował niedawno i przedłożył rządowi projekt nowej ustawy pensyjnej, którąby miała obowiązywać na całym obszarze państwa, obejmującej również i pomocników handlowych oraz wprowadzającej pewne polepszenia w dziedzinie świadczeń.

Wprowadzenie tego rodzaju nowej ustawy napotkałoby obecnie na zbyt poważne przeszkody. Niewątpliwie więcej szans ma projekt rozciągnięcia na całe państwo ustawy, obowiązującej dziś w dwu dzielnicach. Ten projekt najbardziej może liczyć na poparcie rządu. Oczywiście realizacja któregokolwiek z tych szeroko zakreślonych zamierzeń w dziedzinie ubezpieczenia pensyjnego, podobnie jak wprowadzenie w pełni w życie ustawy o ubezpieczeniu robotników, oczekiwać musi poprawy i stabilizacji warunków gospodarczych, niezmiernie dziś w Jugosławji ciężkich.

R. Garlicki.

RENTY STARCZE W KANADZIE.

Pokrycie ryzyka na starość opiera się obecnie w Kanadzie na systemie rent bezskładkowych, ustanowionym w r. 1927.

System ten nie jest narzucany prowincjom przez władze centralne, lecz poprostu parlamenty prowincjonalne wzywane są do wprowadzenia na podstawach zgóry określonych systemu rent starczych, których koszt w trzech czwartych zobowiązuje się

pokrywać Skarb dominjalny. Aby móc korzystać z przewidzianej renty, trzeba być obywatelem brytyjskim, przebywać w Kanadzie od lat 20, z których conajmniej pięć w prowincji, podlegającej danemu systemowi, mieć conajmniej lat 70 i nie posiadać ponad 365 dolarów rocznego dochodu. Ogółem renta i dochód nie mogą przekraczać 365 dolarów rocznie, a renta najwyższa ustalona jest na 240 dolarów rocznie.

System ten przyjęty jest obecnie w siedmiu prowincjach. Jedynie w prowincji Quebec nie przedsięwzięto dotychczas żadnych środków, pozwalających na korzystanie z subwencyj dominjalnych. Tak więc prowincja ta pozbawiona jest wszelkiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego na starość, jakkolwiek ponosi znaczną część kosztów związanych z pomocą, udzielaną przez Dominjum prowincjom, które ustanowiły system rent bezskładkowych.

Aby zapobiec tej sytuacji, rząd prowincji Quebec polecił komisji ubezpieczeń społecznych tej prowincji rozpatrzenie całokształtu zagadnienia i wypowiedzenie się co do możliwości wprowadzenia ustawodawstwa prowincjonalnego o ubezpieczeniu na starość. Wnioski tej komisji wypowiedziały się za wprowadzeniem składkowego obowiązkowego systemu ubezpieczenia na starość, zamiast systemu zaopatrzenia (ubezpieczenia bezskładkowego), obecnie stosowanego, co według opinji komisji, może dawać często pole do różnych nadużyć.

Większość komisji zaleca przeto, aby prowincja Quebec wystąpiła z inicjatywą wspólnego zwrócenia się wszystkich prowincyj do rządu związkowego w celu wprowadzenia systemu obowiązkowego ubezpieczenia na starość, i opartego na wpłacaniu składek.

Większość komisji dodaje jednakże, że póki to nie nastąpi, prowincja powinna, o ile to się okaże możliwe, wprowadzić tymczasowo i na czas przejściowy obecną ustawę związkową o rentach starczych. Przyjęcie tytułem tymczasowym systemu obecnego wydaje się wnioskodawcom uzasadnione przedewszystkiem faktem, że gdyby obecna sytuacja została utrzymana, ludność prowincji zmuszona byłaby nadal wpłacać składki na rzecz systemu, z którego samaby nie korzystała.

Mniejszość komisji idzie jeszcze dalej i zaleca, ażeby wobec braku ustawodawstwa związkowego, którego ustanowienie powinno być powzięte, prowincja zorganizowała dla własnych obywateli system składkowy ubezpieczenia na starość. Rząd dominjalny powinien w tym wypadku wpłacać prowincji subwencję, równającą się sumie, jaką ta prowincja otrzymywałaby przy ewentualnem zastosowaniu obecnej ustawy związkowej. Tak otrzymana suma służyłaby do subsydjowania systemu ubezpieczenia składkowego i do pokrycia kosztów zaopatrzenia ubogich starców, którzyby nie mogli z powodu podeszłego wieku korzystać z właściwego ubezpieczenia. [1])

(„Informations sociales" Nr. 6/XLVI, 33).

NOWY PROJEKT UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W ST. ZJEDNOCZONYCH A. P.

W programie wielkich reform ekonomicznych i socjalnych, jakie usiłuje przeprowadzić nowy prezydent Stanów Zjednoczonych Roosevelt, jednym z bardzo ważkich problemów jest kwestja wprowadzenia przymusowych ubezpieczeń społecznych w St. Zjednoczonych. Tragedja bezrobocia amerykańskiego, paroletnia „cykliczna depresja", która wyrzuciła poza nawias pracy 10 część ludności St. Zjedn. ujawnia w całej zgrozie potrzebę jaknajrychlejszego stworzenia na gruncie amerykańskim organizacji, któraby przeciwdziałała skutkom masowego bezrobocia.

W pojęciu wybitnych ekonomistów i socjologów amerykańskich bezrobocie w Stanach Zjednoczonych istnieje w dwojakiej postaci:

1. bezrobocie sezonowe i technologiczne (jako skutek mechanizacji warsztatów pracy i wprowadzenia coraz to nowych wynalazków technicznych),

2. bezrobocie cykliczne, o ostrym przebiegu, powodujące masowy brak pracy na okres paroletni.

Bezrobocie sezonowe i technologiczne jest w stosunkach amerykańskich zjawiskiem normalnem i zdarza się również w okresie dobrej konjunktury, powtarza się co roku z pewną regularnością w poszczególnych gałęziach przemysłów. Cechą charakterystyczną tego bezrobocia jest, że pracownik tracący pracę może stosunkowo łatwo znaleźć zajęcie w innym dziale przemysłu, że zatem skutki bezrobocia sezonowego są w przebiegu swoim łagodniejsze i nie sprowadzają bezrobotnych na dno nędzy materjalnej. Bezrobocie to posiada zatem charakter choroby społecznej, którą można łatwo zlokalizować.

Zupełnie inaczej przedstawia się problem bezrobocia w czasach złej konjunktury, na skutek cyklicznej depresji. Wtedy mamy do czynienia z wielką tragedją socjalną, która zagraża całemu systemowi ekonomicznemu St. Zjednoczonych, a bodajże i reszcie świata. Bezrobocie to można porównać do epidemji zaraźliwej choroby, która zagraża zakażeniem każdemu w społeczności.

Dotychczasowa organizacja ubezpieczeń na wypadek bezrobocia w Ameryce posiada zdaniem wybitnego socjologa i działacza społecznego St. Zjedn. Lewisohn'a [1]) — kardynalny błąd, polegający na tem, że:

1. nieuznawano potrzeby stworzenia potężnych rezerw, na wypadek przewlekłego bezrobocia cyklicznego,

2. zużywano prywatnie administrowane funduszè bezrobocia w poszczególnych koncernach przemysłowych na ulżenie doli pracowników, pozostających bez pracy w okresie sezonowego braku pracy. W ten sposób wyczerpane zostały fundusze, których właściwem przeznaczeniem powinno być zaspakajanie potrzeb bezrobotnych w okresie poważnej depresji cyklicznej.

Wśród projektów ustaw ubezpieczeniowych, jakie znajdą się wkrótce na warsztacie pracy kongresu amerykańskiego, przeważa koncepcja za wprowadzeniem w St. Zjed. systemu funduszów bezrobocia, administrowanych, o ile możności, przez każdy wielki przemysł oddzielnie, a więc przemysł elektryczny, tekstylny, papierniczy etc., oczywiście na obszarze każdego stanu. Przewiduje się, że ustawa przyszła wprowadzi przymus ubezpieczenia społecznego w każdym przemyśle, a więc stworzenie odpowiednich funduszów i wypłacanie z nich zasiłków. Przy zachowaniu pewnych odchyleń, w zależności od rodzaju przemysłu i przedsiębiorstwa, można będzie — przewidują projektodawcy — uregulować stworzenie żelaznych rezerw na rzecz bezrobotnych w każdym przemyśle. Do funduszu bezrobocia wpłacaliby składki robotnicy i pracodawcy bez pomocy ze strony państwa. Lewisohn w dysertacji p. t. „Zasady ubezpieczenia na wypadek bezrobocia" staje na stanowisku, że jeśli państwo partycypowałoby w płaceniu składek na rzecz „poolu" w koncernach przemysłowych, to pociągnęłoby to za sobą niebezpieczeństwo, iż plan ubezpieczenia zmieniłby się w plan pomocy państwowej na rzecz bezrobotnych, co nie odpowiada psychologji robotnika amerykańskiego. Z drugiej strony — kontynuuje Lewisohn — „poole" organizowane w każdym przemyśle

[1]) Prowincja Quebec wpłaca około 26% funduszu dominjalnego. Wpłaciła przeto w 1931 r. około 2.730 tys. dolarów na 10.500 tys. dolarów subwencji, udzielonych prowincjom, które zastosowały system rent bezskładkowych.

[1]) Principles of Unemployment Insurance (Zasady ubezpieczenia bezrobocia). By S. A. Lewisohn — „Review of Reviews", New York, 1933.

i ograniczone do pewnej gałęzi wytwórczości zmniejszyłyby niebezpieczeństwo „zamrożenia" pracy w zamierających przemysłach, gdyż państwowo administrowany „pool" zawsze pociąga za sobą niebezpieczeństwo utrzymania przy życiu zamierającego przemysłu i przerzucenie ciężarów jego na inne przemysły. Tak się rzecz przedstawiała — zdaniem socjologa ameryk. w Anglji. Proponowane ustawy ubezpieczeń socjalnych w Ameryce stoją na stanowisku, że każdy wielki przemysł stworzy jednostkę administracyjną dla zarządzania funduszem na rzecz bezrobocia w okresie cyklicznej depresji. Powstaną prawdopodobnie dwa typy organizacji: przemysł za przemysłem stworzą własne fundusze i podobnie stworzą fundusze wszystkie inne koncerny i przedsiębiorstwa handlowe, posegregowane według skali swej wielkości i obrotów handlowych.

Koncepcja przyszłego ustawodawstwa w dziedzinie ubezupieczenia na wypadek bezrobocia w St. Zjed. opiera się zatem na zasadzie zerwania z opieką w czasie bezrobocia w okresie dobrej konjunktury (bezrobocie sezonowo-technologiczne), jako posiadającego naogół przebieg łagodny, natomiast skupienia całej uwagi na konieczność ulżenia bezrobotnym w ciężkich czasach, na wyłączne zużycie „rezerwy bezrobocia" w okresie tragedji cyklicznej depresji.

L. Ch.

AUSTRJACKA USTAWA O UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY URZĘDNIKÓW PAŃSTWOWYCH.

W związku z kryzysem finansowym, jaki przechodzi austrjacki „Zakład Ubezpieczenia na wypadek choroby urzędników Związku" (zwany poniżej „Zakładem"), została wydana nowela do ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby urzędników Związku austrjackiego z r. 1928. Zmiany, które wprowadza ta nowela, mają na celu, z jednej strony, powiększenie wpływów pieniężnych Zakładu drogą wprowadzenia czasowego dodatku do składek, co ma przynieść Zakładowi około 1.300.000 szylingów („S") [1]) dochodu, z drugiej strony — zmniejszenie rozchodów przez usprawnienie administracji i ograniczenie pewnych wydatków.

Znowelizowana ustawa, ogłoszona w pełnem brzmieniu w austrjackim Dzienniku Ustaw Związku Nr. 10 z d. 14.I.1933 r., przedstawia się w zarysach jak następuje.

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają urzędnicy Związku Austrjackiego, zatrudnieni zarówno na podstawie stosunku publiczno- jak i prywatno-prawnego (w/g nomenklatury polskiej „pracownicy kontraktowi") oraz urzędnicy zakładów i instytucyj, które są wyłącznie lub w przeważnej części zarządzane przez Związek. Oprócz urzędników obowiązkowi ubezpieczenia podlegają również inni pracownicy Związku i wspomnianych instytucyj, o ile pod względem uprawnień uposażeniowych zrównani są z urzędnikami i w razie choroby zachowują przynajmniej przez 6 miesięcy prawo do wynagrodzenia.

Ustawa wymienia pozatem pewne specjalne kategorje pracowników, podlegających ubezpieczeniu, o ile odpowiadają określonym w ustawie warunkom; tutaj należą artyści teatru związkowego, ekspedjenci pocztowi, urzędnicy Banku Narodowego, Funduszu Inwalidów Wojennych i inni. Dalej pewne kategorje osób, niepozostające w stosunku służbowym, m. i. osoby otrzymujące zaopatrzenie emerytalne lub z tytułu opieki społecznej od Związku i instytucyj, których pracownicy podlegają ubezpieczeniu w Zakładzie. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej może rozciągnąć obowiązek ubezpieczenia na urzędników krajów związkowych i gmin.

Obowiązek ubezpieczenia nie rozciąga się na członków siły zbrojnej i pracowników kolei żelaznych; drogą rozporządzenia mogą być ponadto wyjęci z pod ubezpieczenia pracownicy przedsiębiorstw państwowych lub zarządzanych przez państwo.

Ubezpieczeni są „członkami" Zakładu; „przynależnymi" Zakładu jest żona ubezpieczonego i jego dzieci do ukończenia 18-go roku życia, a pod pewnymi warunkami także jego pasierbowie i wnuki.

Świadczenia, udzielane przez Zakład członkom i „przynależnym" obejmują pomoc lekarską w czasie choroby, zasiłek połogowy i zasiłek pogrzebowy.

Zarówno ubezpieczeni, jak i przynależni mają prawo do pomocy dla chorych, do zasiłków połogowego — członkinie oraz żony członków, a do zasiłku pogrzebowego — ubezpieczeni w razie śmierci członka ich rodziny, członkowie zaś rodziny ubezpieczonego, o ile są przynależnymi Zakładu, — w razie śmierci ubezpieczonego; jeżeli zmarły ubezpieczony nie pozostawił „przynależnych" członków rodziny, zasiłek ten może być wypłacony osobie, która poniosła wydatek na jego pogrzeb.

Świadczenia na wypadek choroby obejmują pomoc lekarską wraz z zabiegami operacyjnemi, pomoc dentystyczną, a w razie połogu — także akuszeryjną; dalej zaopatrzenie w konieczne lekarstwa i inne środki lecznicze oraz nieodzowne protezy dentystyczne, przyczem rozporządzenie może określić, jakie lekarstwa i środki lecznicze mają być uważane za konieczne. Za wszelkie środki lekarskie, otrzymane na rachunek Zakładu, należy uiścić opłatę („opłatę za receptę"), której wysokość określa Zarząd Główny.

Ubezpieczonym, którzy w czasie trwania choroby tracą członkostwo, Zakład udziela mimo to pomocy leczniczej, jednakże nie dłużej niż w ciągu 2 miesięcy po utracie członkostwa.

Wybór lekarza jest wolny. Jeżeli ubezpieczony zwraca się do lekarza, z którym Zakład zawarł umowę, to leczenie odbywa się na koszt Zakładu; w tym wypadku ubezpieczony uiszcza pewną opłatę, której wysokość winien określić statut w ten sposób, aby uchronić Zakład od nadużyć.

O ile uprawniony do świadczeń nie korzysta z pomocy lekarza i urządzeń leczniczych Zakładu, przysługuje mu prawo do zwrotu kosztów leczenia, jednakże tylko do kwoty, jaką wydatkowałby Zakład, gdyby leczenie odbywało się za jego pośrednictwem. Jeżeli ubezpieczony nie mógł korzystać z pomocy lekarza zakładowego, przysługuje mu zwrot całkowitej wydatkowanej sumy. Zakład może umieścić chorego w szpitalu lub zakładzie leczniczym na jego życzenie, o ile to umieszczenie będzie korzystne dla chorego; jeżeli leczenie szpitalne jest konieczne, Zakład może umieścić chorego w szpitalu nawet bez jego zgody, pod sankcją utraty prawa do świadczeń. Umieszczenie w zakładzie położniczym jest dopuszczalne tylko za zgodą położnicy.

Statut może ustanowić wprowadzenie świadczeń nadzwyczajnych, które mogą obejmować umieszczanie ubezpieczonych w domach dla ozdrowieńców i uzdrowiskach, umożliwienie im pobytu na wsi i t. d.

Zasiłek dla położnicy obejmuje: 1° zasiłek połogowy, który jest udzielany przez dwa miesiące po połogu; jeżeli położnica karmi sama, okres dwumiesięczny może być przedłużony, nie więcej jednak niż o jeden miesiąc; 2° jednorazowy zasiłek w wysokości 10% policzalnego zarobku miesięcznego, nie mniej jednakże niż 30 S.

Zasiłek pogrzebowy wynosi od 20 do 80% zarobku miesięcznego.

Zakład jest uprawniony do zawierania z organizacjami lekarskiemi umów, któreby stanowiły podstawę indywidualnych umów z lekarzami. W umowach zawartych zarówno z organizacjami lekarskiemi jak i z poszczególnymi lekarzami powinna być umieszczona klauzula, że spory między Zakładem i umówio-

[1]) 1 s. = 1.25 zł.

nymi lekarzami mogą być rozstrzygane wyłącznie przez polubowny sąd rozjemczy, którego skład i organizację normuje umowa. Spory między Zakładem i izbami lub organizacjami lekarskiemi mają być rozstrzygane przez parytetowe komisje pojednawcze, złożone z jednakowej liczby przedstawicieli każdej ze stron; przewodniczącego komisji mianuje związkowy Minister Administracji Społecznej. Ani od powyższego sądu polubownego, ani od komisji pojednawczej niema odwołania. Lekarze i aptekarze, na żądanie Zakładu, powinni przy zapisywaniu i sporządzaniu leków zachowywać przepisy obowiązujące przy wydawaniu leków na rachunek funduszów publicznych.

Fundusze na wykonywanie swoich zadań Zakład czerpie ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców. Ustawa przewiduje utworzenie funduszu zapasowego w wysokości przeciętnego wydatku rocznego.

Składki oblicza się od miesięcznego zarobku ubezpieczonych, przyczem najwyższy policzalny zarobek wynosi 600 S.

Składka wynosi 3% zarobku i opłacają ją w równych częściach ubezpieczony i pracodawca. Jednakże od dn. 1 stycznia 1933 r., w czasie działania ustawy z d. 3 października 1931 r. (Dz. Ust. 294), o naprawie skarbu, każdy ubezpieczony obowiązany jest opłacać dodatek do składki w wysokości $^1/_5$% od podstawy jej wymiaru. Składki wpłaca do Zakładu pracodawca.

Jeżeli okaże się, że wpływy nie wystarczają na pokrycie wydatków Zakładu, należy starać się o osiągnięcie równowagi budżetowej naprzód przez usprawnienie administracji Zakładu, a następnie, o ile to nie wystarcza, drogą ograniczenia ustawowych świadczeń.

Siedzibą „Zakładu Ubezpieczenia na wypadek choroby urzędników Związku" jest Wiedeń.

Sprawowanie czynności, związanych z kierownictwem Zakładu oraz reprezentowanie go należy do Zarządu Głównego i Zarządów Krajowych; te ostatnie tworzy się w zasadzie dla każdego kraju związkowego. Bliższe szczegóły urzędowania powyższych władz Zakładu normuje statut Zakładu i regulaminy zarządów.

Zarząd Główny i Zarządy Krajowe składają się z równej liczby przedstawicieli ubezpieczonych i przedstawicieli pracodawców. Oprócz tego do Zarządu Głównego należy z głosem doradczym przedstawiciel Austrjackiej Izby Lekarskiej i przedstawiciel organizacji lekarzy austrjackich. Kadencja zarządów trwa cztery lata.

Przedstawiciele ubezpieczonych z każdego Zarządu Krajowego wybierają 1 przedstawiciela ubezpieczonych do Zarządu Głównego. Pozostali przedstawiciele ubezpieczonych w Zarządzie Głównym oraz wszyscy przedstawiciele ubezpieczonych w Zarządach Krajowych są wybierani przez ubezpieczonych w ciałach wyborczych, które są organizowane według zawodów lub też według okręgów administracyjnych.

Przedstawiciele pracodawców w Zarządzie Głównym są mianowani w połowie przez Ministra Administracji Społecznej i w połowie przez Ministra Finansów, a przedstawiciele pracodawców w Zarządach Krajowych — przez naczelników krajów w porozumieniu z krajowym urzędem skarbowym.

Z pośród przedstawicieli pracodawców Minister Administracji Społecznej w porozumieniu z Ministrem Skarbu powołuje prezesa Zakładu, który jest jednocześnie przewodniczącym Zarządu Głównego, a na wniosek naczelnika Kraju — przewodniczących poszczególnych Zarządów Krajowych. Zarząd Główny wybiera dwóch przedstawicieli ubezpieczonych i jednego przedstawiciela pracodawców na zastępców prezesa, każdy Zarząd Krajowy wybiera jednego przedstawiciela ubezpieczonych i jednego przedstawiciela pracodawców jako zastępców przewodniczącego.

Zarząd Główny reprezentuje Zakład nazewnątrz, administruje majątkiem Zakładu oraz kieruje bieżącemi czynnościami Zakładu, o ile te nie zostały przekazane zarządom krajowym. Zarząd Główny zawiera umowy z organizacjami lekarskiemi co do warunków przyjmowania i zwalniania lekarzy umówionych z oznaczeniem wysokości ich wynagrodzenia za poszczególne czynności.

Zarządy Krajowe prowadzą sprawy bieżące, które zostały im przekazane przez statuty albo Zarząd Główny, rozstrzygają w sprawie przyznania świadczeń przewidzianych na wypadek choroby, przyjmują i zwalniają pracowników Zakładu.

Zakład podlega nadzorowi państwowemu co do przestrzegania wszystkich przepisów prawnych, normujących jego działalność. Zmiany statutów i regulaminu dla chorych wymagają zatwierdzenia Ministra Administracji Społecznej, który wykonywa wspomniany nadzór, przyczem może to czynić za pośrednictwem powołanych przez siebie specjalnych organów.

Minister Administracji Społecznej może rozwiązać Zarząd Główny lub Zarządy Krajowe i powierzyć przejściowo kierownictwo Zakładu Komisarzowi, który w ciągu 8 tygodni od rozwiązania Zarządu winien rozpisać nowe wybory; przy komisarzu powinien być utworzony organ doradczy, złożony z przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców.

Dla rozstrzygania sporów między ubezpieczonymi i Zakładem są kompetentne wyłącznie sądy rozjemcze, które tworzy się w siedzibie każdego Zarządu Krajowego; sąd rozjemczy, od którego niema odwołania, składa się z 1 członka, wybranego przez ubezpieczonych, oraz 1 mianowanego przez Związek i przewodniczącego, który winien posiadać kwalifikacje sędziowskie i jest mianowany przez Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Administracji Społecznej.

Do rozstrzygania sporów, wynikłych przy stosowaniu ustawy, a nie podlegających kompetencji sądów rozjemczych, powołany jest Minister Administracji Społecznej; rozstrzyga on również spory między Zakładem z jednej strony a gminami, zakładami leczniczemi i t. d. z drugiej strony w sprawie roszczeń o zwrot udzielonych zasiłków, jak również o właściwość między „Zakładem" a innemi zakładami ubezpieczenia.

Ustawa zawiera wreszcie postanowienie, że należności Zakładu będą ściągane w drodze egzekucji administracyjnej.

K.

XVII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PRACY.

8 czerwca b. r. rozpoczną się w Genewie obrady XVII-tej sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy, której porządek dzienny obejmuje następujące sprawy:

1. Zniesienie płatnych biur pośrednictwa pracy (druga dyskusja),
2. Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy, na wypadek śmierci i na starość (druga dyskusja),
3. Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia i różne formy pomocy bezrobotnym (pierwsza dyskusja),
4. Odpoczynek i system zmian w automatycznych hutach szklanych (pierwsza dyskusja),
5. Skrócenie czasu pracy: sprawozdanie konferencji przygotowawczej, która obradowała w styczniu b. r.

Ponadto Konferencja rozpatrzy następujące sprawy:

a) Sprawozdanie o stosowaniu niektórych międzynarodowych konwencyj, przyjętych na II i III Międzynarodowej Konferencji Pracy (1920 i 1921),

b) Raport o umowach zbiorowych w rolnictwie,

c) Sprawozdania roczne rządów o stosowaniu ratyfikowanych międzynarodowych konwencyj pracy (art. 408 Traktatu Wersalskiego),

d) Raport Rady Administracyjnej w sprawie niektórych kwestyj dotyczących regulaminu Międzynarodowej Konferencji Pracy,

e) Raport Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy.

Pierwsza sprawa wpisana na porządek dzienny XVII-tej sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy stanowiła już przedmiot dyskusji poprzedniej Międzynarodowej Konferencji Pracy w 1932 r. Międzynarodowe Biuro Pracy wystosowało do wszystkich państw, wchodzących w skład Międzynarodowej Organizacji pracy, sprawozdanie o zniesieniu płatnych biur pośrednictwa pracy; większość rządów tych państw wypowiedziała się za unormowaniem tego zagadnienia zapomocą międzynarodowej konwencji pracy. W wyniku powyższego Międzynarodowe Biuro Pracy opracowało projekt konwencji w tej sprawie, który zostanie przedłożony XVII-tej Międzynarodowej Konferencji Pracy. Projekt ten przewiduje zniesienie w ciągu trzech lat biur pośrednictwa pracy, zajmujących się pośrednictwem w celach zysku i pobierających od pracodawcy lub pracownika opłaty. Pewne odchylenia od powyższej zasady mogłyby być w pewnych wypadkach dopuszczalne dla biur pośrednictwa pracy, obsługujących pewne specjalne kategorje pracowników oraz dla stowarzyszeń dobroczynnych lub innych, zajmujących się pośrednictwem pracy i pobierających opłaty, ale nie w celach zysku. Te ostatnie winnyby się zaopatrzeć w zezwolenie wydane przez właściwą władzę i podlegać kontroli tej ostatniej.

Raport opracowany przez Międzynarodowe Biuro Pracy w sprawie ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, na wypadek śmierci i na starość dla XVII-tej Międzynarodowej Konferencji Pracy, oświetla całokształt tego zagadnienia na podstawie tekstów odpowiedzi rządów poszczególnych państw, należących do Międzynarodowej Organizacji Pracy, na kwestjonarjusz, rozesłany przez Biuro. Z raportu tego wynika [1]), że wszystkie rządy, które nadesłały odpowiedzi, wypowiadają się za międzynarodowem unormowaniem zagadnienia ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, śmierci i na starość i za zasadą przymusowego ubezpieczenia. W związku z powyższem, Biuro zaproponuje Międzynarodowej Konferencji Pracy przyjęcie trzech projektów konwencyj, z których pierwsza dotyczyłaby ubezpieczenia na starość, druga, ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, a trzecia, ubezpieczenia na wypadek śmierci, robotników, urzędników i praktykantów przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, wolnych zawodów oraz chałupników i służby domowej. Międzynarodowe Biuro Pracy zaproponuje ponadto Międzynarodowej Konferencji Pracy przyjęcie trzech zarysów projektów, dotyczących wyżej wymienionych ubezpieczeń w zastosowaniu do pracowników i robotników rolnych.

Trzecia, czwarta i piąta sprawa, objęte przez porządek dzienny Konferencji, będą przez nią po raz pierwszy rozpatrywane.

POMOC LEKARSKA DLA BEZROBOTNYCH I CZŁONKÓW ICH RODZIN W CZECHOSŁOWACJI.

Rozporządzenie ministerstwa przezorności społecznej z dn. 20 grudnia 1932 r. kładzie podwaliny pod szeroką akcję pomocy lekarskiej na rzecz bezrobotnych i ich rodzin.

Potrzeba takiej akcji dawała się tembardziej odczuwać, że w Czechosłowacji pracownicy bezrobotni nie podlegają ubezpieczeniu na wypadek choroby. Po upływie okresu ochronnego, który trwa 6 tygodni od chwili opuszczenia przez robotnika lub pracownika umysłowego zatrudnienia, które podlega obowiązkowi ubezpieczenia, bezrobotni w razie zachorowania nie mają już prawa do otrzymywania świadczeń chorobowych. Środków na pomoc, której mogą wówczas żądać, dostarczają gminy; obecnie jednak położenie finansowe uniemożliwia udzielanie świadczeń dostatecznych pracownikom pozostającym bez pracy.

Rozporządzenie z 20 grudnia 1932 r. ma na celu stworzenie organizacyj, któreby zjednoczyły wszystkie instytucje publiczne i prywatne oraz instytucje ubezpieczeń społecznych, będących w możności przyczynienia się do opieki lekarskiej dla bezrobotnych. Nie narusza to w niczem obowiązku gmin udzielania pomocy lekarskiej i środków lekarskich bezrobotnym, nie posiadającym środków do życia. Rozporządzenie przewiduje utworzenie rady centralnej, przy ministerjum przezorności społecznej oraz komitetów obwodowych.

Rada centralna.

Ustanowiona w myśl powyższego rozporządzenia w dniu 28 grudnia 1932 r. Rada centralna ma za zadanie zjednoczenie wszystkich instytucyj, mogących przyczynić się do udzielania opieki lekarskiej bezrobotnym, przygotowywanie dyrektyw przy organizowaniu tej opieki i kontrolowanie jej wykonywania w poszczególnych okręgach.

Rada centralna składa się z przedstawicieli różnych ministerjów (przezorności społecznej, zdrowia publicznego, robót publicznych, spraw wewnętrznych), instytucyj ubezpieczeń społecznych (Centralnego Zakładu ubezpieczeń społecznych, Zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych i Związku czechosłowackich zakładów pensyjnych, Rady ubezpieczeń, Centralnej Kasy górniczej, Związków Kas Chorych), głównych central związków zawodowych, czeskiego i niemieckiego związku gmin, prywatnych instytucyj higjeny i zdrowia publicznego (czechosłowackiego Czerwonego Krzyża, niemieckiego komitetu zdrowia publicznego, towarzystwa przeciwgruźliczego i t. d.), organizacyj czeskich i niemieckich lekarzy i aptekarzy.

Wykonywanie postanowień Rady centralnej należy do Komitetu wykonawczego, który składa się z przedstawicieli ministerjum przezorności społecznej i zdrowia publicznego, centralnego Zakładu ubezpieczeń społecznych, centralnego Zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych i centralnych organizacyj lekarskich.

Komitety obwodowe.

Zadania komitetów obwodowych są następujące: a) współpraca przy organizowaniu opieki lekarskiej i położniczej dla bezrobotnych i ich rodzin; b) dostarczanie na wypadek choroby pomocy bezrobotnym i ich rodzinom; c) starania o dostarczanie chorym, którzy nie mogą być umieszczeni w szpitalu, opieki lekarskiej w domu; d) urządzenie przenoszenia chorych do szpitala, e) organizowanie bezpłatnego rozdawnictwa lekarstw; f) zabieganie o środki materjalne potrzebne na opiekę lekarską dla bezrobotnych przez apelowanie do ofiarności prywatnej.

Każdy komitet obwodowy składa się z: a) dyrektorów szpitali publicznych i prywatnych danego obwodu; b) lekarzy urzędowych, mających siedzibę w obwodzie; c) delegatów kasy chorych danego obwodu i ewentualnie innych instytucyj ubezpieczeniowych jak np. kasy górniczej; d) delegatów obwodowych władz administracyjnych, miejscowej rady sanitarnej, robotniczych organizacyj zawodowych, organizacyj lekarskich

[1]) patrz notatkę w Nr. 5 Przeglądu z r. b. p. t.: „Przed uchwaleniem międzynarodowego prawa emerytalnego".

i aptekarskich i różnych instytucyj higjeny, działających na danym terenie.

Wykonywanie decyzyj komitetu obwodowego należy do komitetu wykonawczego, w którym są reprezentowane obwodowe władze administracyjne, lekarz urzędowy obwodowy, obwodowa kasa chorych, ewentualnie kasa górnicza, szpitale, gminy, instytucje opieki nad młodzieżą oraz lekarze i aptekarze.

W celu uruchomienia komitetów obwodowych ministerjum przezorności społecznej opracowało dyrektywy ogólne, które centralny Zakład ubezpieczeń społecznych podał do wiadomości miejscowym zakładom ubezpieczeń w drodze okólnika z dn. 13 stycznia 1933 r.

Dyrektywy te wskazują, że inicjatywa tworzenia komitetów obwodowych powinna wychodzić od władz administracyjnych. Podczas pierwszego posiedzenia komitetu obrany zostaje przewodniczący i wiceprzewodniczący oraz ustanowiony komitet wykonawczy i podkomisje, mianowicie podkomisje finansowa i podkomisja opieki lekarskiej.

Pierwszem zadaniem komitetu obwodowego jest znalezienie odpowiednich lokali (w miejscowym zakładzie ubezpieczeń, poradni lekarsko-społecznej, biurze pośrednictwa pracy i t. p.).

Następnie komitet przystępuje do organizowania służby lekarskiej. W tym celu zwraca się o współpracę do lekarzy praktykujących w danym obwodzie, do położnych, do poradni zakładów ubezpieczeń społecznych, do przychodni, zakładów leczniczych i t. d. Komitet musi również wystarać się o potrzebne środki finansowe na pokrycie kosztów lekarstw.

Bezpłatna opieka i środki lekarskie mogą być udzielane tylko tym bezrobotnym, którzy są pozbawieni pracy nie z własnej winy, oraz członkom ich rodzin.

Okólnikiem z dn. 13 stycznia 1933 r. centralny Zakład ubezpieczeń społecznych oświadczył gotowość popierania akcji udzielania opieki lekarskiej bezrobotnym.

Współpraca miejscowych instytucyj ubezpieczeniowych mogłaby, według powyższego okólnika, przyjąć formy następujące:

a) Udzielanie subwencyj z funduszów na pomoc nadzwyczajną, ustanowionych ustawą o ubezpieczeniu na wypadek choroby, w celu udzielania świadczeń dodatkowych i walki z chorobami społecznemi;

b) udostępnienie bezrobotnym i ich rodzinom porad lekarskich w okresie, gdy nie są one otrzymywane przez ubezpieczonych;

c) udzielanie pomocy lekarskiej bezrobotnym i ich rodzinom przez urzędowych lekarzy kas w ciągu określonej liczby godzin;

d) udzielanie pomocy lekarskiej bezrobotnym i ich rodzinom przez innych lekarzy ubezpieczeniowych bądź w lokalach instytucyj ubezpieczeniowych, bądź w gabinetach lekarzy.

Zdobycie potrzebnych środków finansowych staje się zagadnieniem, rozstrzygającem o powodzeniu planu, opracowanego przez władze czechosłowackie, jakkolwiek akcja na rzecz opieki lekarskiej dla bezrobotnych znalazła już pomoc finansową. I tak, Zakład centralny ubezpieczeń społecznych postanowił udzielić subwencji miljona koron czeskich. Ministerjum Zdrowia Publicznego oddało na rzecz tej akcji część opłat, pobieranych na szpitale. Organizacja aptekarzy postanowiła obniżyć ceny lekarstw. Wreszcie lekarze, pomimo pewnych ujawnionych początkowo sprzeciwów, obiecali udzielać porad bezpłatnie a ministerjum przezorności społecznej podjęło się wzamian wystąpić do Skarbu o ulgi podatkowe dla lekarzy.

(„Informations sociales" Nr. 3/XLVI/33).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

ZUR DISKUSSION ÜBER DAS FINANZIELLE GLEICHGEWICHT DER TSCHECHOSLOVAKISCHEN PENSIONSVERSICHERUNG. (Dyskusja o równowadze finansowej czechosłowackiego ubezpieczenia pensyjnego) — Prof. Dr. Emil Schoenbaum. „Die Pensionsversicherung". Nummer 5—6. Dezember 1932.

W przypisku do artykułu prof. Dr. Emila Schoenbauma redakcja zaznacza, że jest on ostatnią częścią broszury, wydanej dla szerszej publiczności, jako odpowiedź na umieszczane w niefachowej prasie artykuły prof. Rosmanith'a.

W artykule utrzymanym w ostrej formie autor zarzuca prof. Rosmanith'owi brak znajomości podstawowej literatury i powierzchowność sądów, rzeczowemi argumentami zwalczając ogłaszane przez niego zarzuty pod adresem czeskiego ubezpieczenia pensyjnego.

Prof. R. przyjął dla swych obliczeń metodę, użytą w uzasadnieniu do austrjackiej ustawy o ubezpieczeniu pensyjnem, choć ta zupełnie nie nadaje się dla zastosowania jej do ustawy czechosłowackiej ponieważ:

a) system austrjacki opiera się na założeniu niezmiennej i o stałym rozkładzie w/g wieku liczbie ubezpieczonych, choć rozkład ten ulega w XX wieku poważnym zmianom;

b) już w 1916 r. prof. Tauber dowiódł, że hipotezy, przyjęte milcząco przez metodę austrjacką co do liczby wystąpień i przystąpień do ubezpieczenia są niezgodne z rzeczywistością;

c) metoda austrjacka prowadzi przy konsekwentnem zastosowaniu do nieco niższej składki, ponieważ rezerwę występujących z ubezpieczenia zalicza na pokrycie ogolnego obciążenia, nie licząc się z tem, że ubezpieczony zachowuje uprawnienie przy dobrowolnem kontynuowaniu ubezpieczenia, przejściu do innego ubezpieczenia, lub powrotu.

W odpowiedzi na rzeczową krytykę prof. R. ogłosił oryginalną metodę obliczenia składki przeciętnej na całą przyszłość. W tym celu opracował obciążenie dla początkowego stanu ubezpieczonych i drugie, dla dowolnie zresztą wybranego okresu kulminacyjnego. Z dwu tych pozycji wziął średnią arytmetyczną — co, jego zdaniem, daje premję przeciętną dla całej przyszłości. Popełnia tu zresztą cały szereg poważnych błędów.

Ciekawem jest, że po przeprowadzeniu koniecznych korektur i usunięciu licznych błędów, metoda prof. R. prowadzi do składki, której wartość jest o 12 miljonów k. c. mniejsza od ustalonej w uzasadnieniu, którą on uważa za niedostateczną.

Prócz systemu pokrycia porusza prof. R. kwestję rosnącej składki, projektując początkową składkę niższą o 30% od obecnej, za cenę dwukrotnego, co dwadzieścia lat powiększania jej o 20—25%. Odpowiedzieć trzeba, że gdyby ubezpieczenie czechosłowackie miało niższą składkę, nie zebrałoby posiadanych dziś rezerw i podzieliłoby smutny los ubezpieczeń niemieckich i austrjackich.

W sierpniu 1932 r. prof. R. wygłosił w „Pojistny Obzor" zdanie, że składka ubezpieczenia czechosłowackiego jest zbyt mała, gdyż przyniosła za 1926 r. — 300 milj. kc., wobec potrzebnych 380 milj. kc.

Teraz twierdzi: „wyniki r-ków skontrolowałem bezpośrednimi szacunkami wydatków rocznych".

Wydatki 1926 r. stanowią 261 milj. kc., tak, że na powiększenie rezerw wypada 40 milj., czyli 20% składki, gdy koniecznem jest 70% lub więcej.

Jeśli w podobny sposób ocenimy wyniki 1931 r., gdy na powiększenie rezerwy dla aktywnych nic nie pozostało, to dojdziemy do przekonania, że system przyjęty prowadzi do absurdu.

Przyjąwszy nawet, że kontrola p. R. jest słuszna, to wtedy składka uważana przezeń za wystarczającą dałaby w 1926 r. 380 milj. kc., czyli na powiększenie rezerw zostałoby 120 milj. kc., czyli 32%, a nie „konieczne" 70%. Kontrola taka jest niemożliwa: liczba 70% wzięta z powietrza.

Artykuły prof. Rosmanith'a roją się od błędów, w których autor porusza błędy, popełnione przy porównaniu ubezpieczenia czechosłowackiego z austrjackiem.

W drugiej części artykułu prof. Schöenbaum zwraca uwagę, że w czasie prac nad budową ustawy prof. R. był zdania, że jest ona budowana na podstawach solidnych, będących ulepszeniem metody niemieckiej. Do roku 1929 będąc zdania, że składka obecna jest zbyt wysoka i że prowadzi do nagromadzenia zbyt wysokich rezerw, próbował osłabić podstawy ubezpieczenia czechosłowackiego przez wysuwanie żądania zmniejszenia składki lub podwyższenia świadczeń, lub wprowadzenia rosnącej premji, co pogrzebałoby solidne podstawy czechosłowackiego ubezpieczenia pensyjnego, które, jak wykazały przeprowadzone prace bilansowe, zostały słusznie przyjęte i przez doświadczenie potwierdzone.

W Nr. 2 z 1933 r. pisma wyżej wymienionego ukazał się artykuł tegoż autora *„Nochmals zur Diskussion über das finanzielle Gleichgewicht der cechoslovakischen Pensionsversicherung"*, odpowiadający na broszurę Dr. Rosmanitha, w której sam on zaznacza, że pozbawiona jest naukowej wartości.

Na str. 14 tej broszury umieszczono obliczenie, z którego wynika, że ubezpieczenie czechosłowackie żadnych rezerw aktywnych nie posiada, co autor tłustym drukiem podaje do wiadomości.

Liczby tam podane są błędne, a to:

1) renty inwal. i starcze szacowano razem, przyjmując wartość jednostki renty = 12, tymczasem po uwzględnieniu rozkładu rencistów wg. wieku renta inwal. przeciętnie = 10,8 (łącznie z wartością świadczeń pochodnych) zaś starcza = 8,4; 2) wartość renty wdowiej przyjęta za = 14, w rzeczywistości = 10,5; 3) wartość renty sierocej przyjęta za = 7, równa się 4,4; 4) podwyższenie obciążenia za zaliczenie lat poprzedniej służby nie należy do bilansu, gdyż zostanie pokryte osobnym dodatkiem.

Wyniki przedstawiają się następująco:

	Wg. pr. Rosmanitha:	W rzeczywistości:
	miljony koron czeskich	
1) Wartość rent inwalidzkich i starczych .	2.076	1.659
2) Podwyższenie z tyt. § 177a	612	—
3) Wartość rent wdowich	558	441
4) „ „ sierocych	70	44
Razem pokrycie świadczeń płynnych . .	3.346	2.144
Rezerwa dla aktywnych (majątek = 3.500 milj. kc.)	154	1.356

Wobec powyższego uwaga prof. Rosmanitha, że ubezpieczenie w ciągu 7 lat zużyło rezerwę początkową w kwocie 696 milj. kc. powinna brzmieć: „pomimo zmniejszonych dochodów, a zwiększonych przez kryzys świadczeń, do końca 1932, ubezpieczenie pensyjne czechosłowackie zwiększyło swe rezerwy o 660 milj kc.

Redakcja w przypisku zaznacza, że artykuły prof. R. nie dadzą się wytłumaczyć tylko nieznajomością rzeczy i powierzchownością sądów. Stara się on celowo przedstawić czechosłowackie ubezpieczenie pensyjne w najgorszem świetle i zachwiać zaufanie do niego.

A. W.

POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH W ŚWIETLE TEORJI ZAKŁADU PUBLICZNEGO. — Fr. Zarębski. Warszawa, 1933, str. 148.

Wymieniona praca składa się z 2 części, z których pierwsza zawiera teorję zakładu publicznego w świetle nauki prawa administracyjnego, druga zaś część obejmuje analizę ustroju Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych w świetle ustaleń, poczynionych w części I-szej.

Praca p. Fr. Zarębskiego jest pierwszą w literaturze prawniczej polskiej, która zajmuje się specjalnie teorją zakładu publicznego. W obecnej dobie, której znamieniem jest wzrost zadań administracji publicznej, praca ta stanowi interesujący wkład w dziedzinie prawa administracyjnego i służyć powinna jako pożyteczna pomoc przy badaniach i poszukiwaniach nowych form organizacyjnych, któreby najlepiej odpowiadały wzmożonej i różnorodnej działalności państwowej.

Nabywać ją można w Administracji „Przewodnika Ubezpieczeniowego" (Powsz. Zakł. Ubezp. Wzaj. — Warszawa, ul. Kopernika Nr. 36/40) w cenie zł. 6.—.

INSPEKCJA PRACY W 1931 ROKU. Nakładem Ministerstwa Opieki Społecznej. Warszawa, 1932. Str. 255.

INSTRUKCJA TYMCZASOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ KASY CHORYCH.

Warszawa, 1933. Nakładem Związku Kas Chorych.

Ogłoszony drukiem tekst instrukcji, zatwierdzonej przez Ministerstwo Opieki Społecznej dnia 12 kwietnia 1933 r., jako instrukcja wzorowa zalecona do stosowania przez Kasy Chorych.

SPRAWOZDANIE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH WE LWOWIE Z CZYNNOŚCI I RACHUNKÓW ZA ROK 1931. Lwów. 1933.

ZNACZENIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH DLA KLASY PRACUJĄCEJ, z dodatkiem **„Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych"** Romana Garlickiego. Warszawa, 1933, str. 16. Nakładem Unji Związków Zawodowych Prac. Umysłowych. Cena gr. 10.

Broszurka zawiera krótkie omówienie znaczenia ubezpieczeń społecznych dla pracowników, przeważnie z punktu widzenia utrzymania wysokości płac. Treść jest niestety dość chaotycznie podana, a ponadto broszurka jest napisana nierówno — miejscami zbyt lapidarnie, podczas gdy gdzieindziej trudno zrozumieć jej wywody, bez znajomości nauki, ekonomji. Co najgorsze, zagadnienie oświetlono niezupełnie i niewystarczająco, nie przedstawiono najważniejszych i najbardziej przekonywujących argumentów, wyświetlonych i znanych w nauce i polityce. Należy przypuszczać, że nowe wydanie pożytecznej broszurki o charakterze propagandowym będzie całkowicie przerobione.

W drugiej części powyższej broszurki wydrukowano odczyt p. R. Garlickiego, wygłoszony w „Polskiem Radio" na temat ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych.

UNEMPLOYMENT INSURANCE IN AUSTRIA (Ubezpieczenie na wypadek braku pracy w Austrji) — M. Carrol Washington, Brookings Inst., 1932, str. IX + 52.

TRAITÉ DES ASSURANCES SOCIALES (System ubezpieczeń społecznych) — Tissier P., Closset P. et Olivier de Sardan. Préf. de Pierre Laval; Paris, Godde, 1931, str. 507. 4°. Frs. 100.

INTERNATIONAL UNEMPLOYMENT. A STUDY OF FLUCTUATIONS IN EMPLOYMENT AND UNEMPLOYMENT IN SEVERAL COUNTRIES 1910 — 1930. (Międzynarodowe bezrobocie. Studjum o zmianach w stanie zatrudnienia i bezrobocia w różnych krajach w latach 1910 — 1930). Ed. by M. L. Fladdérus. New York. Int. Ind. Relations Inst., 1932, str. 499. 2,50 dol.

UNEMPLOYMENT INSURANCE IN BELGIUM. A NATIONAL DEVELOPMENT OF THE GHENT AND LIÈG SYSTEMS. (Ubezpieczenie od bezrobocia w Belgji. Rozwój systemów gandawskiego i leodyjskiego) — C. Kichel. New York, Ind. Relations Counselors, 1932, str. XIV + 509.

UMBRUCH DER SOZIALVERSICHERUNG. GEDANKEN ZUM WIEDERAUFBAU. (Kryzys ubezpieczeń społecznych. Uwagi w sprawie odbudowy) — Apelt Cj. Hannover, Helwig, 1932, str. 84.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS ANNUELS PRÉSENTÉS EN EXÉCUTION DE L'ARTICLE 408. (Streszczenie rocznych raportów przedstawionych w wykonaniu artykułu 408). Conférence Internationale du Travail. Dix - septième session. B. I. T. Genève 1933.

Według art. 408 traktatu wersalskiego członkowie (państwa) Międzynarodowej Organizacji Pracy obowiązani są przedkładać Międzynarodowemu Biuru Pracy roczne sprawozdania z wykonania międzynarodowych konwencyj, do których dany członek przystąpił. Powyższe wydawnictwo zawiera streszczenie tych sprawozdań, które dyrektor M. B. P. przedstawi na najbliższej sesji (17) Konferencji ogólnej przedstawicieli członków.

Między sprawozdaniami członków znajdują się również sprawozdania z wykonania konwencyj, dotyczących ubezpieczeń społecznych, mianowicie: konwencji z 1921 r. o odszkodowaniu za wypadki przy pracy w rolnictwie, konwencji z 1925 r. o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, konwencji z 1925 r. o odszkodowaniu za choroby zawodowe, konwencji z 1925 r. o równem traktowaniu pracowników cudzoziemskich i krajowych w zakresie odszkodowania za wypadki przy pracy, konwencji o ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników przemysłowych, handlowych i służby domowej, konwencji z tegoż roku o ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników rolnych.

Poza sprawozdaniami z wykonania konwencyj wydawnictwo zawiera jeszcze raport komisji ekspertów, wyznaczonych do badania tych sprawozdań.

SAMORZĄD TERYTORJALNY. Kwartalnik. Zeszyt 3 i 4. 1932.

Ostatnio wyszedł z druku Nr. 3 i 4 (podwójny) za rok 1932 powyższego kwartalnika.

Numer zawiera dłuższy artykuł **prof. Konstantego Krzeczkowskiego** p. t. **„Ubezpieczenia społeczne w polityce związków komunalnych"**.

Treść artykułu zostanie omówiona w najbliższym numerze Przeglądu.

LEKARZ POLSKI. Miesięcznik. Nr. 5. Warszawa, 1933.

Bezrobocie lekarzy i jego przyczyny. Dr. Witold Odrzywolski.

Zdefinjowanie bezrobocia lekarskiego jest bardzo trudne, gdyż sposób zarobkowania lekarzy jest tak różnorodny, że umożliwia istnienie całego szeregu stanów przejściowych: od pełnego dobrobytu zawodowego — poprzez bezrobocie względne (dorywcze zarobkowanie) — do bezrobocia bezwzględnego. Za lekarza względnie bezrobotnego uważa autor takiego lekarza, którego zarobki lekarskie nie dochodzą do minimum egzystencji (300 złotych miesięcznie dla samotnego).

Dokładnych liczb, dotyczących stanu bezrobocia wśród lekarzy, niema; można sądzić o niem tylko pośrednio. Na obszarze Warszawy na ogólną liczbę 2400 lekarzy jest około 1400 stanowisk lekarskich państwowych, samorządowych i ubezpieczeniowych (około 600 — w Kasie Chorych), związanych z uposażeniem służbowem w postaci stałej pensji. A więc conajmniej 1000 lekarzy może liczyć na dochody jedynie z prywatnej praktyki lekarskiej, prywatnych lecznic i zajęć dorywczych. Zważywszy szybkie zanikanie prywatnej praktyki, można śmiało powiedzieć, że wśród tego tysiąca jest cały szereg „bezwzględnie" bezrobotnych (nic nie zarabiających pracą zawodową) i bardzo dużo „względnie" bezrobotnych (zarabiających poniżej minimum). Podobnie się rzecz przedstawia w innych dużych miastach Polski (sprzedawanie przez lekarzy bezrobotnych gazet na ulicy, nocowanie w domu noclegowym, przypadki samobójstwa z nędzy i t. p.).

Szukając przyczyn tego bezrobocia wśród lekarzy polskich, odrazu na wstępie autor zaznacza, że lekarzy w Polsce jest naogół bardzo mało i Polska wśród innych krajów stoi tutaj na szarym końcu (St. Z. Am. Płn. — 12,6 lekarzy na 10.000 mieszkańców, Polska — tylko 3,1 lekarza) — przy niskim naogół stanie sanitarnym kraju. Ale rozmieszczenie tych lekarzy na obszarze państwa jest wysoce nienormalne, istnieje bowiem ich nadmiar w poszczególnych ośrodkach, np. w Warszawie na 10.00 mieszkańców wypada 21 lekarzy, w innych większych miastach przeciętnie 16 na 10.000, reszta kraju (28 miljonów ludności) ma tylko 2 lekarzy na każde 10.000 ludności. Przyczyną te go stanu są, między innemi, odstraszające (pod względem kulturalnym), warunki życia na głębokiej prowincji i obecny system studjów uniwersyteckich, który daje zbyt małe przygotowanie do samodzielnej praktyki i zmusza młodego lekarza do pozostawania w miastach uniwersyteckich w celu dokształcenia się praktycznego.

W związku z powyższem na prowincji lekarzy bezrobotnych spotyka się naogół rzadko, ale zarabiających poniżej minimum jest sporo, co się tłumaczy niesłychanie ciężkim stanem gospodarczym prowincji.

Sytuację materjalną lekarzy pogarsza jeszcze fakt braku należytego ich zabezpieczenia na starość w postaci renty emerytalnej, co zmusza ich do kontynuowania pracy bez względu na wiek, siły i stan zdrowia.

Walka o umowę ramową z ubezpieczalniami. — Dr. Jan Hozer.

Zarówno ustawa z dnia 19.V 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby jak i rozp. Ministra O. S. z dn. 28.IX 1931 r. zupełnie wyraźnie nakazują Kasom Chorych oparcie stosunków z lekarzami na „pisemnej umowie", ostatnie wyznacza nawet termin 6-miesięczny, w którym nowe umowy z lekarzami mają być zawarte. O ile korporacje lekarskie wykazują ze swej strony maximum dobrej woli w kierunku załatwienia tej sprawy zgodnie z nakazami ustaw, o tyle Kasy Chorych — zdaniem autora — wykazują tutaj nadmierną rezerwę, ociągają się z zawieraniem umów zbiorowych z lekarzami. Przyczynę tego stanu widzi autor w niewła-

ściwem rozumieniu przez czynniki administracyjne Kas interesu samej ubezpieczalni. Właśnie, ścisłe zespolenie lekarzy z instytucją ubezpieczeniową przez ustalenie i poszanowanie dobrze nabytych praw lekarzy („związanie lekarzy z Kasą" — w myśl okólnika Nr. 604 Ministra O. S.), leży w interesie instytucji, gdyż umożliwia lekarzom kierowanie się w swej pracy jedynie względami na dobro instytucji i ubezpieczonego oraz wskazaniami nauki i etyki lekarskiej.

Przy zawieraniu umów z lekarzami należy się, jak mówi autor, kierować następującemi zasadami:

1) Umowa musi być zbiorowa, wyłączająca umowy indywidualne.

2) Musi zabezpieczać ciągłość pracy lekarskiej (stabilizacja, następująca po upływie pewnego czasokresu wyczekiwania); w umowie muszą być wyliczone wszystkie te przypadki, w których zwolnienie lekarza może się stać koniecznem, poza niemi zaś zwolnienie to może nastąpić tylko na podstawie prawomocnego wyroku Komisji Dyscyplinarnej, której regulamin winien być intergralną częścią umowy.

3) Umowa powinna zabezpieczać możność załatwiania sporów między lekarzami i Kasą na drodze arbitrażu i zawierać sankcje, gwarantujące utrzymanie umowy.

4) Do uregulowania stosunków między lekarzami a Kasami Chorych przyczyniłoby się — zdaniem autora — niewątpliwie budżetowe, buchalteryjne i kompetencyjne oddzielenie administracji od lecznictwa.

Zawarcie takiej umowy ramowej, zawierającej postanowienia ogólne i obowiązującej na terenie całego Państwa, jest — zdaniem autora — sprawą konieczną i pilną. W ramach zaś takiej umowy będą zawierane zbiorowe umowy lokalne, omawiające postanowienia szczegółowe (np. formę i wielkość wynagrodzenia).

Cz.

ZDROWIE. Dwutygodnik. Nr. 3—4. Warszawa. Luty, 1933 r.

Sprawa współdziałania Ośrodków Zdrowia z instytucjami społecznemi, oraz zagadnienia natury finansowo-gospodarczej". — Dr. Kossowski i Dr. Parfanowicz.

Celem istnienia ośrodków zdrowia jest roztoczenie nad chorym opieki w jego środowisku codziennem, rodzinnem, gdzie zbiegają się zagadnienia natury zdrowotnej, kulturalnej i wychowawczej. Tylko tak pojęty ośrodek zdrowia zasługuje na nazwę stacji zapobiegawczej i będzie w stanie walczyć skutecznie ze śmiertelnością niemowląt i chorobami społecznemi — gruźlicą, jaglicą, alkoholizmem, rakiem i chorobami wenerycznemi. Dla uzyskania pełnej sprawności ze strony tych ośrodków, koniecznem jest ścisłe skoordynowanie ich akcji z analogiczną akcją instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych. Naogół przyjęta jest następująca organizacja: powstaje Komitet dla spraw ośrodka zdrowia, złożony z kierownika ośrodka, przedstawicieli samorządów powiatowych, miejskich, gminnych, przedstawicieli Kasy Chorych i innych instytucyj, zainteresowanych na danym obszarze w akcji zdrowotnej i zapobiegawczej; Komitet ów zajmuje się administracją ośrodków, układaniem budżetu, opracowaniem statutu i sprawami obsady personalnej.

Samorządom troskę o zdrowie publiczne i zabezpieczenie pomocy leczniczej dla niezamożnej ludności nakazują ustawy sanitarne, które zalecają im również prowadzenie w tym kierunku i akcji zapobiegawczej. Stąd — zainteresowanie samorządów ośrodkami zdrowia. Korzyść dla Kas Chorych, wypływająca z istnienia ośrodków zdrowia, jest tak oczywista, że nie wymaga wyjaśnień.

Pomoc, udzielana ośrodkom ze strony Kas, polega na dostarczeniu lokalu, lekarza (lekarz ośrodka jest najczęściej lekarzem kasowym) względnie udzieleniu subwencji pieniężnej.

Z instytucyj społecznych najczynniej współdziała z ośrodkami zdrowia Związek przeciwgruźliczy. Wskazane jest (zwłaszcza w dobie obecnej) nawiązanie ściślejszego kontaktu między ośrodkami a placówkami Czerwonego Krzyża i L. O. P. P. — w dziedzinie ochrony przeciwgazowej na wypadek wojny.

Ze względu na ciężkie warunki finansowe państwa i samorządów, koniecznem jest poczynienie jak najdalej posuniętych oszczędności w organizacji i funkcjonowaniu ośrodków, możliwie wydatne obniżenie kosztów porad, zabiegów i wywiadów domowych. Konieczną jest do tego dokładna rejestracja poszczególnych czynności ośrodka zdrowia, która umożliwi zebranie odnośnych danych statystycznych. Tylko tą drogą nie dopuści się do załamania się finansowego ośrodków i stworzy się im warunki, umożliwiające przetrwanie obecnego kryzysu gospodarczego.

Cz.

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE. Dwutygodnik. Nr. 8. Kwiecień. 1933 r.

Szkoła pielęgnowania rozwoju dziecka przy fakultecie medycznym w Paryżu. — Dr. Kleber-Dakowska.

Szkoła ta jedyna w swoim rodzaju na terenie Europy, została otwarta uroczyście w marcu bieżącego roku. Jej zaczątkiem była bezpłatna poradnia dla matek i dzieci, założona przez grono ludzi dobrej woli w 1920 roku i przekształcona następnie w Stowarzyszenie dla rozwoju fizycznego i higjeny matek i dzieci.

Szkoła pielęgnowania rozwoju dziecka ma za zadanie wyspecjalizowanie lekarzy w higjenie i profilaktyce dziecka i matki, zarówno przed — jak i po urodzeniu, ich jaknajpomyślniejszy rozwój fizyczny i zabezpieczenie od wszelkich chorób, — łącząc w ten sposób cele zapobiegawcze ze szkoleniem lekarzy, akuszerek i pielęgniarek.

Cz.

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE. Dwutygodnik. Nr. 9. Warszawa. Maj, 1933.

Wpływ chorób zębów i jamy ustnej na wydajność pracy. — Dr. Kleber-Dakowska.

Jama ustna wraz zębami jest tą częścią ustroju ludzkiego, która stosunkowo najczęściej służy jako wrota zakażenia, przenikającego do narządów wewnętrznych (serce, stawy, migdałki podniebienne, gruczoły chłonne i inne); powstają tutaj względnie łatwo stale tlejące ogniska zakaźne, skąd zakażenie, w razie powstania sprzyjających warunków, może atakować ustrój. Statystyki zagraniczne wykazują te wielkie straty, jakie ponosi Państwo z powodu chorób zębów (licząc tylko stratę dni pracy robotników). W niektórych instytucjach zagranicznych (stacje telefonów, fabryki przetwarzające miedź, fosfór, ołów) zły stan zdrowotny uzębienia i wogóle jamy ustnej jest poważną przeszkodą do objęcia pracy. Dlatego też do higjeny jamy ustnej i częstej kontroli uzębienia przywiązuje się, naogół, tak wielką wagę — mając na względzie ich znaczenie zapobiegawcze.

Cz.

RUCH PRAWNICZY EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY. Kwartalnik. Zeszyt drugi. 1933 r. Poznań.

Ubezpieczenie od bezrobocia i opieka społeczna nad bezrobotnymi. X. Aleksander Wóycicki. Prof. Uniw. Wileńskiego.

Uiszczanie składki a wypłata wynagrodzenia. Dr. Juljan Baumgarten.

Autor, opierając się na obowiązujących w Rzplitej ustawach ubezpieczeniowych, rozpatruje zagadnienie, czy pracodawca powinien uiścić składkę, mimo że nie wypłacił za dany okres pracownikowi wynagrodzenia.

Drogą analizy i interpretacji właściwych przepisów prawnych autor dochodzi do wniosku, że w ubezpieczeniu na wypadek choroby i w ubezpieczeniu pracowników umysłowych pracodawca jest obowiązany uiścić składkę niezależnie od dokonania wypłaty wynagrodzenia. Również, zdaniem autora, w ubezpieczeniu od wypadków obowiązek wpłaty składki jest niezależny od wypłaty wynagrodzenia. W ubezpieczeniu inwalidzkiem, obowiązującem w b. zab. niemieckim, uiszczenie składek może nastąpić, jak mówi autor, najpóźniej w ostatnim tygodniu każdego kwartału.

STATYSTYKA PRACY. Kwartalnik. Zeszyt 1. 1933 r. Warszawa.

Ubezpieczenia społeczne.

W dziale powyższym podane są liczby z działalności Funduszu Bezrobocia w latach 1924 — 1931 i Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w latach 1928 — 1931 oraz liczba ubezpieczonych w Kasach Chorych w latach 1923 — 1932 i rachunki działalności Kas za lata 1928 — 1930.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Dwutygodnik. Zeszyt 9. 1933 r. Warszawa.

Nowelizacja dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

W artykule omówiony jest stan finansowy ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy, podane przyczyny, które wywołały konieczność nowelizacji tego ubezpieczenia, wreszcie streszczone i zanalizowane postanowienia ustawy z dn. 22 marca 1932 r. w sprawie zmiany rozp. Prez. Rzplitej zdn. 24.XI 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY. Dwumiesięcznik. Zeszyt 2. 1933 r. Warszawa.

Ubezpieczenia Społeczne. Dr. M. G.

Recenzja pracy Dr. I. Gliksmana „Ubezpieczenia Społeczne". [1])

PRACA I OPIEKA SPOŁECZNA. Kwartalnik. Zeszyt 1. 1933 r.

Nowy numer (styczeń—marzec) kwartalnika „Praca i Opieka Społeczna", wydawanego przez Ministerstwo Opieki Społecznej, zawiera:

Artykuły: [2])

Polityka społeczna zagranicą w dobie ostatniej — Dr. Melanja Bornstein-Łychowska.

Roboty publiczne, jako czynny środek walki z bezrobociem w kraju — Inż. Feliks Gadomski.

Konferencja o 40-to godzinnym tygodniu pracy — Jan Rosner.

Przed międzynarodowem unormowaniem ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i innych form pomocy dla bezrobotnych — Dr. St. F.

Ubezpieczenia w Sowietach — Roman Szymanko.

Koordynacja pracy w dziedzinie opieki społecznej nad dzieckiem w Belgji — Róża Kisielewska Zawadzka.

Współczesne poglądy na choroby zakaźne — Dr. Marcin Kacprzak.

Higjena psychiczna zagranicą i u nas, jej najbliższe potrzeby i próby ich realizacji — Dr. Kazimierz Dąbrowski.

Kryzys ekonomiczny a gruźlica — Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa.

Kronika:

Nowelizacja ustaw o czasie pracy i o urlopach.

Rozporządzenia, ograniczające liczbę młodocianych w zakładach pracy — Janina Medzińska.

Powszechne badania lekarskie młodocianych — Janina Miedzińska.

Ustawy konwersyjne a ubezpieczenia społeczne — J. K.

Stan zdrowotny Polski pod względem chorób w roku 1932 — A.

Sprawozdanie z działalności Instytutu Gospodarstwa Społecznego w r. 1932 — C.

Sprawozdanie z 61 sesji Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy — H. St.

Narada 7 państw w sprawie ratyfikacji konwencji o ograniczeniu czasu pracy w kopalniach węgla.

Rząd Hitlera a ubezpieczenia społeczne — R. Sz.

Bibljografja.

LE ASSICURAZIONI SOCIALI. Dwumiesięcznik. Nr. 1. 1933.

Wydany ostatnio Nr. 1 czasopisma „Le assicurazioni sociali" zawiera następujące artykuły: [3])

Le assicurazioni scolatiche (Ubezpieczenia szkolne) — Francesco Orestano;

Natura giuridica dei contributi obbligatori nelle assicurazioni sociali (Charakter prawny opłat przymusowych w ubezpieczeniach społecznych) — Prof. Lodovico Barassi;

Le assicurazioni sociali per i lavoratori agricoli e forestali in Austria (Ubezpieczenie społeczne pracowników rolnych i leśnych w Austrji) — Dott. Josef Resch;

L'assicurazione contro la dissocupazione in Gran Bretagna. Il Rapporto della Commisione Reale (Ubezpieczenie od bezrobocia w Wielkiej Brytanji. Raport Komisji Królewskiej — Cyril Elithorn.

É necessaria un' assicurazione speciale per gli infortuni in un sistema completo di assicurazioni sociali? (Czy potrzeba oddzielnego ubezpieczenia od wypadków w ogólnym systemie ubezpieczeń społecznych?) — Dott. Lutz Richter.

Pozatem numer podaje bogatą kronikę krajową i zagraniczną.

AMTLICHE NACHRICHTEN FUR REICHSVERSICHERUNG. Heft 4. Berlin, 1933.

Die Oberversicherungsämter. (Wyższe urzędy ubezpieczeń). Von Kollmann.

DIE PENSIONSVERSICHERUNG. Nummer 2. April 1933. Prag.

Nochmals zur Diskussion über das finanzielle Gleichgewicht der Tschechoslowakischen Pensionsversicherung. (Ponownie do dyskusji o finansowej równowadze czechosłowackiego ubezpieczenia pensyjnego). — Prof. Dr. E. Schoenbaum.

Recenzję z powyższego artykułu podajemy wyżej.

---

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń". Zeszyt 5 z r. b., str. 290.

[2]) Wobec późnego ukazania się kwartalnika, który wyszedł z druku dopiero w ostatnich dniach, jakoteż ze względu na brak już miejsca, Redakcja Przeglądu zmuszoną była pominąć streszczenie artykułów i notatek, ograniczając się jedynie do podania spisu rzeczy.

[3]) Artykuły te ukazały się również w oddzielnym **dodatku** (Rivista) Nr. 1/33, wydanym w innych językach, a mianowicie: artykuł Orestano — po franc., Barassi — po franc., Rescha — po niem., Elithorn'a — po ang., Richtera — po niem.; wreszcie w dodatku opublikowano artykuł p. t.: La quatrième assemblée générale du Conseil National des Corporations (XIV Walne Zgromadzenie Rady Narodowej Korporacyj) — V. Camanni, który nie jest zamieszczony we włoskiem wydaniu pisma.

Die Sozialversicherung in Deutschland. (Ubezpieczenia społeczne w Niemczech). M. V. Koller.

Die neue Sozialversicherungsgesetz in Griechenland. (Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznem w Grecji) — Dr. Jindrich.

MONATSCHRIFT FUR ARBEITER- UND ANGESTELTEN-VERSICHERUNG. Heft 5. Mai 1933.

Sozialversicherung und soziale Fürsorge in Japan. (Ubezpieczenia społeczne i opieka społeczna w Japonji). H. E. Schuchardt.

DIE REICHSVERSICHERUNG. Miesięcznik. Heft 4. 1933.

Beitragsfreie Staatsbürgerversorgung (Bezskładkowe zaopatrzenie obywateli);

Der soziale Gedanke im Deutschen Vaterland (Idea społeczna w Ojczyźnie Niemieckiej) — Dr. Grieser;

Sozialpolitik und Sozialversicherung in Italien (Polityka społeczna i ubezpieczenia społeczne w Italji);

Die Krise der Sozialversicherung in Oesterreich (Kryzys ubezpieczeń społecznych w Austrji);

Vor einer Neuordnung der Sozialversicherung in Frankreich (Przed zmianą ubezpieczenia społecznego we Francji);

25 Jahre Arbeitslosenfürsorge in Dänemark (25 lat opieki nad bezrobotnymi w Danji);

Internationale Tagungen in Genf: Weltwirtschaftskonferenz (Międzynarodowa Konferencja w Genewie — Światowa Konferencja Gospodarcza);

Die Zusatzversorgungsanstalt des Reichs und der Länder im Jahre 1932 (Instytucja dodatkowych zaopatrzeń dla Rzeszy i krajów w świetle sprawozdania z r. 1932).

DIE REICHSVERSICHERUNG. Miesięcznik. Heft 5. 1933 r.

Numer zawiera wyłącznie teksty wraz z objaśnieniemi przepisów prawnych w zakresie ubezpieczeń społecznych, wydanych ostatnio w Niemczech.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

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

1) *Ustawa* z dnia 14 marca 1933 r. *o likwidacji mienia kasy oszczędnościowo-zapomogowej* pracowników Towarzystwa Drogi Żelaznej Fabryczno-Łódzkiej. (Dz. U. R. P. Nr. 28, poz. 233).

Znajdujące się na obszarze Rzplitej mienie kasy oszczędnościowo-zapomogowej pracowników Towarzystwa Drogi Żelaznej Fabryczno-Łódzkiej podlega likwidacji, którą przeprowadzi Komisja w składzie ustalonym przez ustawę.

Sumy, uzyskane z realizacji aktywów kasy po pokryciu z nich kosztów likwidacji kasy, zostaną podzielone między uczestników kasy w stosunku do roszczeń, uznanych przez komisję likwidacyjną. Sumy jednak, należne osobom, pobierającym zaopatrzenie emerytalne z funduszów przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe", oraz osobom, pozostającym na służbie, uprawniającej do zaopatrzenia emerytalnego w temże przedsiębiorstwie, przechodzą na własność P. K. P.

2) *Ustawa* z dn. 15 marca 1933 r. *o szkołach akademickich* (Dz. U. R. P. Nr. 29, poz. 247).

3) *Ustawa* z dnia 25 marca 1933 r. *o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy* (Dz. R. P. Nr. 29, poz. 249).

4) *Ustawa* z dn. 29 marca 1933 r. *w sprawie wysokości odsetek* od wkładów i innych lokat pieniężnych *w komunalnych kasach oszczędności i spółdzielniach.* (Dz. U. R. P. Nr. 29, poz. 255).

Minister Skarbu upoważniony jest do ustalania w drodze rozporządzeń najwyższej granicy odsetek od wkładów i innych lokat pieniężnych w komunalnych kasach oszczędności i spółdzielniach, przyczem granica ta nie może być niższa od stopy płaconej od wkładów przez P. K. O., powiększonej o $^1/_5$ tej stopy.

Postanowienia powyższe dotyczą również funduszów instytucyj ubezpieczeń społecznych, ulokowanych w komunalnych kasach oszczędności i spółdzielniach.

5) *Ustawa* z dn. 22 marca 1933 r. *o przeznaczeniu wpływów z kar pieniężnych na akcję kulturalno-oświatową i opiekuńczą na rzecz robotników.* (Dz. U. R. P. Nr. 32, poz. 274).

6) *Ustawa* z dn. 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorjalnego. (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 294).

ŚWIADCZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY DLA MARYNARZY.

W dniu 1 czerwca 1933 r. wchodzą w życie postanowienia *ustawy z 17 marca 1933 r. o zmianie ustawy z dnia 2 czerwca 1902 r. o służbie marynarzy* (Dz. U. R. P. Nr. 22, poz. 164), które częściowo modyfikują, w odniesieniu do marynarzy, ogólnie obowiązujące przepisy o ubezpieczeniu na wypadek braku pracy (zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia).

Ustawa z dnia 17 marca 1933 r. stanowi wykonanie przez Polskę międzynarodowej konwencji o odszkodowaniu marynarzy na wypadek rozbicia statku, którą Polska ratyfikowała jeszcze przed kilku laty.

W myśl nowowydanej ustawy marynarz ma prawo w razie rozbicia się statku do bezpłatnego odstawienia go przez armatora (pracodawcę) do portu rozpoczęcia podróży albo też wzamian za to do otrzymania odpowiedniego wynagrodzenia, oraz *do odszkodowania* ze strony armatora za każdy dzień faktycznie trwającego bezrobocia w wysokości ostatnio otrzymanej płacy dziennej, jednakże najwyżej za dni sześćdziesiąt.

W dalszym ciągu ustawa postanawia, iż jeżeli powyższe odszkodowanie będzie wypłacone marynarzowi posiadającemu okres zabezpieczenia (ubezpieczenia), uprawniający go do korzystania ze świadczeń na wypadek bezrobocia (braku pracy) na podstawie obowiązujących przepisów prawnych, wówczas armator otrzyma z Funduszu Bezrobocia lub Z. U. P. U. kwotę równą wysokości zasiłku, jaki przypadałby marynarzowi w okresie, za który otrzymał odszkodowanie. O okres ten skraca się później okres świadczeń dla marynarza, jeżeli nadal pozostaje bez pracy.

Wobec tego, że postanowienia ustawy wprowadzają poważne zmiany w obowiązujących przepisach o udzielaniu świadczeń z powodu braku pracy, które są w szczególności uzależnione od zgłoszenia wpierw odpowiedniego roszczenia i poddania się kontroli, jako bezrobotny, a ponadto naogół również od przebywania w granicach Państwa, przeto ustawa upoważnia Ministra Opieki Społecznej do wydania w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu specjalnych przepisów o sposobie wykonania postanowień ustawy.

DZIAŁ URZĘDOWY

ZARZĄDZENIA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ.

Zmiana w podziale czynności z zakresu służby zdrowia i opieki społecznej.

Okólnik Nr. 19/33 z dnia 7 kwietnia 1933 r.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W konsekwencji przekazania agend sanitarnych Ministerstwu Opieki Społecznej nastąpiła również zmiana podziału czynności pomiędzy jego departamentami: a) Opieki Społecznej i b) Służby Zdrowia, a to w tym sensie, że sprawy o przeważającym charakterze lekarskim zostały skupione w departamencie Służby Zdrowia, natomiast sprawy nie posiadające tej cechy zostały przekazane Departamentowi Opieki Społecznej.

W szczególności departamentowi Służby Zdrowia zostały przydzielone następujące sprawy, które dawniej w całości lub częściowo załatwiał departament Opieki Społecznej:

1) sprawy lecznictwa, higjeny i nadzoru higjeniczno-lekarskiego w zakładach i instytucjach opiekuńczych,
2) sprawy zwalczania alkoholizmu (lecznictwo alkoholików, akcja społeczno - zapobiegawcza),
3) sprawy nadzoru lekarskiego nad leczeniem, protezowaniem i reedukacją inwalidów wojennych,
4) stacje opieki nad matką i dzieckiem (stacje, krople mleka, poradnie dla matek i dzieci),
5) zakłady lecznicze, leczniczo - zapobiegawcze i leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci gruźliczych względnie zagrożonych gruźlicą,
6) zakłady dla dzieci jagliczych, przychodnie, oddziały szpitalne, zakłady leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze (w Witkowicach i Częstochowie).

Natomiast departamentowi Opieki Społecznej przydzielono z departamentu Służby Zdrowia:

1) sprawy fundacyj, darowizn i zapisów,
2) a ze spraw kosztów leczenia:
   a) opracowywanie przepisów w zakresie pokrywania kosztów leczenia,
   b) regulowanie postępowania przy dochodzeniu kosztów leczenia,
   c) sprawy umów międzynarodowych o opiece lekarskiej nad obywatelami polskimi,
   d) całe orzecznictwo w zakresie kosztów leczenia.

W departamencie Służby Zdrowia pozostawiono bowiem nadal:

   a) sprawy nadzoru nad użytkowaniem majątków fundacyjnych, przeznaczonych na cele lecznicze oraz nadzoru nad prowadzeniem zakładów leczniczych,
   b) ustalanie opłat szpitalnych,
   c) ustalanie rodzajów pomocy lekarskiej,
   d) prowadzenie akcji zmierzającej do uzyskiwania środków na utrzymanie szpitali,
   e) sprawy państwowych zakładów leczniczych — z wyjątkiem orzecznictwa,
   f) sprawy kosztów leczenia obywateli polskich w zakładach leczniczych zagranicą i obcokrajowców w Polsce.

W związku z powyższemi zmianami w Ministerstwie proszę dokonać analogicznych przesunięć i w podziałach czynności wydziałów, będących odpowiednikami Ministerstwa Opieki Społecznej tak, by sprawy przydzielone obecnie departamentowi Służby Zdrowia były załatwiane wyłącznie w wojewódzkich wydziałach Zdrowia Publicznego, względnie w oddziałach Zdrowia, a sprawy przydzielone departamentowi Opieki Społecznej — w wojewódzkich wydziałach Pracy i Opieki Społecznej lub — przy połączonych wydziałach, — w którymś z jego oddziałów (z wyjątkiem oddziału Zdrowia).

Minister
(—) *Dr. St. Hubicki.*

Zatrudnienie niefachowego personelu w aptekach.

Okólnik Nr. 20/33 z dnia 7 kwietnia 1933 r. (pismo Nr. Z. F. 11/29/12).

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W czasie rewizyj aptek stwierdzono, że w dalszym ciągu często zdarzają się przypadki zatrudniania w aptekach osób niefachowych przy czynnościach, które powinny być poruczane wyłącznie personelowi fachowemu.

Wobec powyższego Ministerstwo Opieki Społecznej poleca właściwym organom nadzorczym (inspektorom farmaceutycznym i lekarzom powiatowym) zwrócić baczną uwagę na okoliczność zatrudniania w aptekach tak publicznych, jak zakładowych osób niefachowych, a w razie zauważenia tego rodzaju wykroczeń pociągać zarządzających aptekami do odpowiedzialności karno-administracyjnej na mocy przepisów art. 33 prawa o wykroczeniach.

Jednocześnie Ministerstwo wyjaśnia, że osoby niefachowe (nie posiadające ustawowo określonych kwalifikacyj zawodowo-farmaceutycznych) mogą być używane tylko do czynności czysto mechanicznych, a mianowicie mycia naczyń i utrzymywania w czystości przyrządów i przyborów laboratoryjnych i aptecznych, tłuczenia, proszkowania i przesiewania oraz nakładania w laboratorjum do naczyń już sporządzonych preparatów; nakładania lub nalewania (fasowania) w materjalni środków, przeznaczonych do odręcznej sprzedaży, z wyłączeniem dzielenia na dawki lekarskie, oraz utrzymywania w czystości i porządku wszystkich pomieszczeń apteki. Czynności kancelaryjno-rachunkowe, o ile dział ten jest prowadzony przez niefachowy personel farmaceutyczny, powinny być wykonywane w kasie lub poza obrębem izby aptecznej (w kantorze lub materjalni).

Przebywanie personelu niefachowego w izbie aptecznej (ekspedycyjnej) z wyjątkiem kasjerki (kasjera) może mieć miejsce tylko podczas przeprowadzania porządków w tej izbie.

Powyższem **uchyla się okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dn. 1 lipca 1924 r. Nr. Z. F.** 1305/24 w sprawie zatrudniania niefachowego personelu w aptekach.

Podsekretarz Stanu:
(—) *Dr. E. Piestrzyński.*

Udział finansowy samorządów w akcji zdrowotnej.

Okólnik Nr. 21/33 z dnia 4 maja 1933 r.
(pismo Nr. Z. H. 68/I/b/22/1)

Do Pana Wojewody (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

„W ciągu ostatnich lat wobec trudności finansowych związki samorządowe przeprowadzają takiego rodzaju oszczędności, które szczególnie ujemnie odbijają się na zdrowiu publicznem: w budżetach samorządowych są wybitnie zmniejszane, a często całkowicie skreślane sumy na utrzymanie przychodni zapobiegawczych, lub zapomogi dla towarzystw prowadzących akcję zdrowotną, jak np. T-wa Przeciwgruźlicze.

Z drugiej strony organizacje społeczne nie są w stanie bez wydatnej pomocy samorządów prowadzić akcji społeczno-higjenicznej i zwracają się z odpowiednimi wnioskami do Ministerstwa Opieki Społecznej. Dowodem tego jest apel zgłoszony na ostatnim Walnym Zjeździe Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w dn. 4. XII. 1932 r.

Apel ten wskazywał dwie drogi pomocy tego rodzaju instytucjom ze strony samorządów:

1) uwzględnienie w budżetach samorządowych odpowiednich dotacji na cele zdrowotne, oraz

2) udział samorządów w charakterze członków w towarzystwach o celach specjalnych, jak Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Wobec powyższego w porozumieniu z Panem Ministrem Spraw Wewnętrznych proszę Pana Wojewodę, aby z tytułu nadzoru nad finansami samorządów zalecił uwzględnianie w budżetach samorządowych w granicach równowagi budżetowej wydatków na akcję zdrowotną w takiej mierze, aby pozwoliły na wykonywanie ich bezpośrednich obowiązków w tej dziedzinie oraz na utrzymanie już istniejących instytucji na odpowiednim poziomie".

Minister
(—) Dr. St. Hubicki.

ZARZĄDZENIA ZWIĄZKU KAS CHORYCH od 12 kwietnia — 19 maja 1933 r.

Cennik porad i zabiegów dla Kas Chorych przy rozrachunkach za leczenie inwalidów wojennych.

Okólnik Nr. 54/33 z dnia 12 kwietnia 1933 r.

Do
Wszystkich Kas Chorych.

„Wg. pkt. 2 okólnika Związku Nr. 83/30 z dnia 4.XII.1930 r., Kasy Chorych zarachowują na konto leczenia inwalidów wydatki, względnie koszty za świadczenia lecznicze, udzielane inwalidom w obrębie Kasy, lub poza Kasą, wg. norm, stosowanych przy rozrachunku za leczenie członków Kas Chorych obcych.

W myśl powyższej zasady jednolity cennik porad i zabiegów dla Kas Chorych, rozesłany okólnikiem Związku Nr. 31/33 z dn. 7.III.1933 r. ma zastosowanie również przy rozrachunku za leczenie inwalidów na rachunek Związku z funduszów Skarbu Państwa, od 1.IV.1933 r. — Kasy Chorych stosują wprowadzony ryczałt do obliczenia kosztu leków, jednak mimo to załączają recepty do zestawienia kosztów leczenia.

Przy ostatnim rozrachunku za leczenie inwalidów w okresie do 31.III.1933 r. obowiązuje obliczanie kosztu leków na podstawie recept zretaksowanych i odłączonych do zestawienia kosztów".

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz. (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Regulamin czynności Kas Chorych na rzecz Funduszu Pracy.

Okólnik Nr. 55/33 z dnia 14 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, iż opracował projekt regulaminu czynności Kas Chorych w zakresie wykonywania rozp. Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 marca 1933 r. o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy (Dz. U. Nr. 22, poz. 176) i że regulamin ten po uzgodnieniu go z zainteresowanemi władzami i instytucjami zostanie we właściwej formie rozesłany Kasom Chorych.

Szczepienie przeciw wodowstrętowi.

Okólnik Nr. 56/33 z dnia 20 kwietnia 1933 r.

Do wszystkich Kas Chorych.

„Niektóre Kasy Chorych kierują do szpitali osoby dla szczepienia przeciw wściekliźnie. Pociąga to dla Kasy zupełnie niepotrzebny wydatek.

Szczepienia te winni dokonywać lekarze kasowi, gdyż nie wymagają one specjalnej techniki. Koszt dawki szczepiennej wynosi 18 zł.

Związek poleca Kasom, by we własnym zakresie wykonywały szczepienia przeciw wściekliźnie.

Szczepionkę przeciw wodowstrętowi musi obowiązkowo posiadać na składzie jedna z aptek publicznych w danej miejscowości".

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz (—) Doc. Dr. W. Czarnocki
Lekarz Naczelny:
(—) Dr. H. Wilczyński.

Ośrodek chorób zawodowych.

Okólnik Nr. 57/33 z dnia 20 kwietnia 1933 r.

W uzupełnieniu okólnika Nr. 50/33 z dn. 30 marca b. r. Związek Kas Chorych zawiadamia, że ośrodek skórnych chorób zawodowych w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie jest czynny narazie w każdą środę i sobotę od godziny 8 — 9 rano.

Kasy Chorych kierować mogą ubezpieczonych do ośrodka skórnych chorób zawodowych nie przez Infirmerję Kasy przy ul. Sewerynów Nr. 5, lecz do Referatu Obcych Kas przy ul. Polnej Nr. 30.

Komisje lekarskie do spraw orzecznictwa.

Okólnik Nr. 58/33 z dnia 21 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zapytuje, czy na terenie poszczególnej Kasy działają komisje lekarskie do spraw orzecznictwa o niezdolności do pracy, a w przypadku, gdy takie komisje funkcjonują, prosi o podanie bliższych danych odnośnie tych komisyj i działalności.

Otwarcie sanatorjum „Excelsior".

Okólnik Nr. 59/33 z dnia 21 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, że termin ponownego otwarcia sanatorjum „Excelsior" został przesunięty na dzień 1 czerwca r. b. Od tej daty można tam kierować chorych.

Kolonje letnie w r. 1933.

Okólnik Nr. 60/33 z dnia 24 kwietnia 1933 r.

„Nawiązując do okólnika tutejszego z dnia 21.III.1933 r. Nr. 39/33, Związek Kas Chorych komunikuje, że sezon kolonijny trwać będzie w roku bież. nie 5, a 4 miesiące, przyczem kolonja letnia w Kiekrzu czynna będzie 4 miesiące, zaś kolonja w Skomielnej — 2 miesiące.

Wobec tego podział dzieci w poszczególnych kolonjach w okresie miesięcy letnich będzie następujący:

L. p.	Na kolonji	15.V—15.VI	15.VI—15.VII	15.VII—15.VIII	15.VIII—15.IX
1	Druskieniki . .	85	85	85	85
2	Ciechocinek .	140	140	140	140
3	Rabka . . .	60	60	60	60
4	Kiekrz . . .	50	50	50	50
5	Skomielna . .	—	100	100	—

O zmianach przydzielonego Kasom kontyngentu dzieci do Skomielnej zostały niektóre Kasy Chorych zawiadomione osobnem pismem. Kasy Chorych, które pisma takiego nie otrzymały, obowiązane są utrzymać kontyngent, ustalony okólnikiem Nr. 39/33".

Rady Lekarskie przy Lekarzach Naczelnych.

Okólnik Nr. 61/33 z dnia 24 kwietnia 1933 r.

Wobec postanowień art. 26 rozp. Prez. Rzpl. z dnia 29 listopada 1930 r. (Dz. U. Nr. 81, poz. 635) i § 52 statutu Kas, Związek Kas Chorych wzywa Kasy, aby w terminie do 15 maja 1933 r. ustanowiły rady lekarskie i zawiadomiły o tem Związek.

Przesyłanie weksli listami wartościowemi.

Okólnik Nr. 62/33 z dnia 24 kwietnia 1933 r.

Wobec tego, iż Kasy przesyłają weksle niejednokrotnie listami poleconemi lub nawet zwyczajnemi, co może być powodem poważnych strat w razie zaginięcia listu, Związek Kas Chorych wzywa Kasy, aby weksle jak również wszelkie inne dokumenty pieniężne przesyłały listami wartościowemi.

Wypłaty na rzecz Związku Kas Chorych.

Okólnik Nr. 63/33 z dnia 24 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych przypomina, iż wszelkie należności Związku winny być regulowane w sposób podany w okólniku Nr. 81/32 z dnia 28 grudnia 1932 r.

Nowe druki.

Okólnik Nr. 64/33 z dnia 26 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia o wydaniu nowych druków:

a) L. dr. 43/z — zgłoszenie o wstąpieniu do pracy,
b) L. dr. 44/z — „ o wystąpieniu z pracy.

Druki są do nabycia w Oddziale Związku w Krakowie (Batorego 5) w cenie po zł. 7,50 za 1000 sztuk. Okólnik zawiera ponadto pouczenie o sposobie używania powyższych druków.

Rozrachunek z Kasami za leczenie inwalidów wojennych.

Okólnik Nr. 65/33 z dnia 27 kwietnia 1933 r.

Do Wszystkich Kas Chorych.

„Z uwagi na zakończony z dniem 31.III.1933 r. okres budżetowy i sprawozdawczy funduszu na leczenie i protezowanie inwalidów — Związek Kas Chorych prosi Kasy Chorych, by najpóźniej do dnia 10 maja b. r. przesłały wraz z dowodami zestawienie kosztów leczenia za ostatni kwartał roku budżetowego 1932/33, obejmując obrachunkiem ewent. niezgłoszone należności za leczenie i protezowanie inwalidów do 31.III.1933 r., t. j. dotyczące zarówno pierwszych 3-ch kwartałów 1932/33, jak i lat poprzednich.

Ponieważ w niektórych Kasach Chorych dotychczas zachodzą usterki przy rozrachunku za leczenie szpitalne inwalidów i za leki przy leczeniu ambulatoryjnem tychże inwalidów, Związek Kas Chorych komunikuje, co następuje:

I. Wymagane instrukcją umowną z dnia 18.XII 1929 r. i okólnikami Związku Nr. 39/31 i 21/32 uzasadnianie wydatków na leczenie szpitalne inwalidów, wynika z art. 33 ustawy inwalidzkiej z dnia 18.III.1921 r. i obowiązuje zarówno Kasy Chorych jak i Związek Kas Chorych.

Z dowodów zatem, na podstawie których Kasy Chorych żądają zwrotu z funduszu na leczenie inwalidów wydatku na leczenie szpitalne inwalidy, między innemi ma wynikać:

a) z powodu jakiego cierpienia inwalidy leczenie szpitalne zostało zastosowane na rachunek Skarbu Państwa i ewent. na podstawie jakiego innego poza przekazem stwierdzenia Starostwa, gdy chodzi o cierpienie, nie stojące w związku ze służbą wojskową, wzgl. nie podane przez Starostwo w przekazie,

b) czy o dacie przyjęcia i (oddzielnie) o dacie wypisania inwalidy zostały zawiadomione dotyczące władze, t. j. Starostwo i Izba Skarbowa, gdy inwalida pobiera rentę,

c) gdy inwalida nie pobiera renty — czy i w jaki sposób zostało zabezpieczone przez Kasę Chorych pokrycie kosztów żywienia. Chodzi o zawiadomienie Starostwa i jego zgodę na zastosowanie leczenia szpitalnego na rachunek Skarbu Państwa, gdy inwalida, nie pobierający renty, nie pokrywa kosztów żywienia (okólnik Związku Nr. 39/31).

ad a). Z wyjątkiem przypadków, przewidzianych w § 4 instrukcji umownej z dn. 18.XII.1929 r. — leczenie przez Kasy Chorych na rachunek Skarbu Państwa inwalidów z powodu chorób, nie stojących w związku ze służbą wojskową, wzgl. niepodanych przez Starostwo w przekazie, zwiększa świadczenia poza ramy, określone przepisami i budżetem i decyzja o tem zwiększeniu **nie należy do kompetencji Kas Chorych,** lecz do kompetencji władz administracji ogólnej.

Podanie zatem cierpienia (na rachunku lub dodatkowym załączniku), z powodu którego nastąpiło leczenie szpitalne (zakładowe) inwalidy na rachunek Skarbu Państwa, służy do zbadania przy pomocy przekazu Starostwa, wzgl. dodatkowego poza przekazem stwierdzenia tegoż Starostwa, czy Kasie Chorych przysługuje zwrot zarachowanego wydatku na to leczenie.

ad b) i **c).** Zawiadamianie ad b), t. j. obok Starostwa również Izby Skarbowej, powoduje potrącenie przez dotyczącą Izbę kosztów żywienia z renty inwalidzkiej, względnie zawieszenie tejże renty, a zatem zmniejszenie dotyczących wydatków.

Zabezpieczanie pokrycia kosztów żywienia ad c) powoduje wpłatę odpowiedniej kwoty przez inwalidę nie pobierającego renty do Starostwa, wzgl. do Urzędu Skarbowego, a zatem dochód budżetu Ministerstwa Opieki Społecznej. Dotyczące ulgi ewentualne należą do kompetencji władz administracji ogólnej, a nie Kas Chorych.

Z przytoczonych zatem względów przejęcie kosztów leczenia szpitalnego (zakładowego) inwalidy na rachunek Skarbu Państwa wymaga stwierdzenia, wzgl. dowodów, że podane zmniejszenie wydatku, wzgl. dochód zostały spowodowane przez Kasę Chorych w sposób i w czasie określonym.

W związku z powyższem Kasy Chorych, zamiast adnotacyj na rachunkach za leczenie szpitalne (w myśl okólnika Związku Nr. 21/32) o dokonanem zawiadomieniu władz, dołączają do rachunku za podane leczenie kopje (odpisy) dotyczących zawiadomień, wzgl. pism.

Niektóre Kasy Chorych niezależnie od Starostwa i Izby Skarbowej zawiadamiały również Związek o zastosowaniu leczenia szpitalnego na rachunek Skarbu Państwa. Tego rodzaju zawiadomień Kasy Chorych nie przesyłają więcej do Związku, otrzymane zaś powyższe zawiadomienia Związek dołącza do dotyczących rachunków Kas za leczenie szpitalne inwalidów.

II. W zestawieniu kosztów leczenia inwalidów w okresie do 31.III.1933 r. Kasy Chorych uzasadniają koszt leków przez dołączanie recept sprawdzonych i uwzględniających stosowany opust od cen aptekarskich (okólnik Związku Nr. 54/33)".

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz. (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Spis środków leczniczych i opatrunkowych.

Okólnik Nr. 66/33 z dnia 27 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, że w najbliższym czasie zostanie wydany nowy **Spis środków leczniczych i opatrunkowych,** opracowany przez Komisję Lekarską Związku Kas Chorych. Wszystkie dotychczas stosowane w Kasach Chorych spisy leków stracą moc obowiązującą.

Celem ustalenia wysokości nakładu i ceny 1 egzemplarza Spisu, Kasy winny zgłaszać zamówienia do Związku.

Leczenie ociemniałych żołnierzy.

Okólnik Nr. 67/33 z dnia 27 kwietnia 1933 r.

„Powołując się na okólnik z dnia 25.III.1933 r Nr. 45/33, Związek Kas Chorych przesyła umowę dodatkową II z dn. 25.IV b. r. w sprawie leczenia w Kasach Chorych członków Związku Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P. i rodzin tychże członków.

W sprawie legitymacyj członków wymienionego Związku Stowarzyszeń, prowadzenia ich ewidencji w Kasach Chorych i rozrachunku Związku Kas Chorych z Kasami Chorych obowiązują dotyczące postanowienia okólnika Związku Nr. 38/30 z dnia 24.VI.1930 r. z tą zmianą, że rozrachunek z Kasami Chorych za okres od 1.I do 30.VI b. r. Związek przeprowadzi w lipcu b. r., wzgl. przed lipcem b. r. za okres krótszy, o ileby wcześniej wyszło rozporządzenie wykonawcze do ustawy o zaopatrzeniu inwalidzkiem z dn. 17.III.1932 r., ewentualnie zaś następny rozrachunek — po rozwiązaniu umowy, o którem Kasy Chorych zostaną zawiadomione".

Załącznik 1.

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz. (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

UMOWA DODATKOWA (II)

zawarta między Związkiem Kas Chorych, działającym na podstawie upoważnień Kas Chorych, opartych na ustawie z dnia 19.V.1920 r. i reprezentowanym przez Komisarza Związku Doc. D-ra Wilhelma Czarnockiego, oraz przez Dyrektora Związku Senatora Zygmunta Klemensiewicza, a Związkiem Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P. w Warszawie, Nowy Świat Nr. 28, działającym przez uprawnionych w myśl statutu: posła na Sejm mjra Edwina Wagnera, jego przewodniczącego, Kazimierza Mrozińskiego — jako sekretarza i Kazimierza Mroczkiewicza — jako skarbnika tegoż Związku. Niniejszą umowę dodatkową (II) wymienione strony zawierają w celu przedłużenia umowy z dn. 30.VI.1932 r., dodatkowej do umowy z dn. 7.VI.1930 r., w sprawie leczenia w Kasach Chorych członków Związku Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P. i rodzin tychże członków.

§ 1.

Kasy Chorych udzielają od dnia 1.I.1933 r. świadczeń członkom Związku Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P. i rodzinom tychże członków — na warunkach i w granicy, oznaczonej umową dodatkową z dn. 30.VI.1932 r., ze zmianą, podaną w § 1 tejże umowy.

§ 2.

Bez zmiany obowiązku postanowienia umowy dodatkowej z dn. 30.VI.1932 r. — zawarte w § 2.

§ 3.

Związek Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P. reguluje należności Kas Chorych z tytułu zwrotu kosztów świadczeń — przy podpisaniu niniejszej umowy — za okres do 30.VI.1933 r., za następny zaś okres — w ratach miesięcznych zgóry.

§ 4.

Umowę dodatkową z dn. 30.VI.1932 r. przedłuża się do dnia 31.XII.1933 r. O ile rozporządzenie wykonawcze do ustawy z dnia 17.III.1932 r. wyjdzie przed podanym terminem, przedłużenie umowy z dn. 30.VI.32 r. następuje do ostatniego dnia tego miesiąca, w którym rozporządzenie to zacznie obowiązywać.

§ 5.

Umowa niniejsza podlega zatwierdzeniu przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

§ 6.

Opłatę stemplową od niniejszej umowy pokrywa Związek Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P., a to od wartości, obliczonej wg. stanu członków z dn. 31.XII.1932 r., wynoszącego 591 członków.

§ 7.

Umowę niniejszą spisuje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

Warszawa, dn. 25.IV.1933 r.

Dyrektor: Komisarz:
(—) Z. Klemensiewicz. (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Zarząd Związku Stowarzyszeń Ociemniałych Żołnierzy R. P.

Sekretarz: Skarbnik:
(—) K. Mroziński. (—) K. Mroczkowski.

Prezes:
(—) E. Wagner mjr.
Poseł na Sejm.
(L. P.).

Przyjmowanie wpłat na rzecz Funduszu Pracy.

Okólnik Nr. 68/33 z dnia 29 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia, że rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 marca 1933 r. o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy (Dz. U. R. P. Nr. 22, poz. 176) weszło w życie z dniem 1 kwietnia 1933 r. i od tego dnia Kasy Chorych obowiązane są do przyjmowania opłat na rzecz Funduszu Pracy, a to zgodnie z przepisami art. 3 ust. 3 i art. 4 powołanego rozporządzenia.

Pobrane w ciągu miesiąca kwietnia b. r. opłaty na rzecz Funduszu Pracy należy przekazać do dnia 5 maja b. r. na **rachunek Funduszu Pracy w P. K. O. Nr. 27.000.** Obliczenie i potrącenie należnego Kasie Chorych odszkodowania (§ 19 ustęp 2 powoł. rozp.) nastąpi przy najbliższym rozrachunku z Funduszem Pracy, jaki dokonany będzie na podstawie przepisów wydać się mającego regulaminu czynności dla Kas Chorych.

Zapowiedziany okólnikiem Związku K. Ch. Nr. 55/33 regulamin czynności dla Kas Chorych zostanie wysłany natychmiast po zaakceptowaniu go przez Prezesa Rady Ministrów, co nastąpi już w najbliższych dniach. Aż do tego czasu należy księgować wszystkie obroty, dotyczące opłat na rzecz Funduszu Pracy, na rachunek sum przechodnich.

Okólnik Ministerstwa Skarbu w sprawie egzekucyj skarbowych.

Okólnik Nr. 69/33 z dnia 29 kwietnia 1933 r.

Związek Kas Chorych podaje do wiadomości Kas okólnik Ministerstwa Skarbu Nr. 5 z dn. 12.IX 32 r., w sprawie organizacji i trybu działania Komisyj, powołanych do ustalania należności nieściągalnych oraz okólnik Ministerstwa Skarbu Nr. 11 — 9 w sprawie treści pieczątki, dotyczącej wykonalności dla tymczasowej Komisji Rewizyjnej Kasy Chorych.

Sprawa ulg pocztowych dla Kas Chorych.

Okólnik Nr. 70/33 z dnia 29 kwietnia 1933 r.

Wobec podjętych przez Związek Kas Chorych w Ministerstwie Poczt i Telegrafów starań o przyznanie Kasom ulgowej taryfy pocztowej od rozsyłanych zawiadomień o wymiarze składek, Związek prosi Kasy o nadesłanie mu potrzebnych w tym celu danych.

Wprowadzanie zmian w sposobie księgowania.

Okólnik Nr. 71/33 z dnia 1 maja 1933 r.

Wobec tego, iż Związek dąży do usprawnienia i ujednolicenia sposobu księgowania we wszystkich Kasach Chorych i w tym celu przygotowuje odpowiednią instrukcję dla Kas, Kasy Chorych winny zwracać się do Związku każdorazowo o aprobatę na zamierzone zmiany w sposobie księgowania i w układzie dotyczących druków.

Poprawienie błędu w okólniku Nr. 60/33.

Okólnik Nr. 72/33.

Błąd poprawiony w okólniku został uwzględniony w treści okólnika Nr. 60/33.

Leczenie sanatoryjne inwalidów.

Okólnik Nr. 73/33 z dnia 4 maja 1933 r.

Na podstawie przesyłanych kart badania stanu zdrowia inwalidów w sprawie ich leczenia sanatoryjnego, Związek Kas Chorych stwiedził, że w wielu wypadkach wnioski Kas Chorych nie są oparte na danych, uzasadniających konieczność i celowość proponowanego leczenia sanatoryjnego.

Ze względu na pokrywanie dotyczących wydatków z funduszów Skarbu Państwa, ocena spraw leczenia sanatoryjnego (w zdrojowiskach i uzdrowiskach) inwalidów winna być dokonywana w Kasach Chorych w każdym poszczególnym wypadku **wyłącznie ze stanowiska konieczności i celowości tegoż leczenia**, t. j. między innemi — gdy nie może mieć zastosowania ani leczenie ambulatoryjno-domowe, ani leczenie szpitalne.

W związku z powyższem Związek Kas Chorych prosi o zastosowanie się przy kwalifikowaniu inwalidów do leczenia sanatoryjnego, do następujących wytycznych:

a) Kasy Chorych kwalifikują inwalidów do leczenia sanatoryjnego, gdy leczenie to ze względu na stan zdrowia jest konieczne i ze względu na rokowanie celowe, tudzież uzasadniają, wzgl. stwierdzają konieczność i celowość leczenia sanatoryjnego w kartach badania stanu zdrowia.

b) Kasy Chorych załatwiają wniosek lekarza ordynującego na leczenie sanatoryjne inwalidy **pod względem formalnym** (komisja i t. d.) analogicznie, jak sprawy leczenia swoich członków.

c) Karty badania stanu zdrowia z orzeczeniem lekarskiem, przyznającem inwalidzie leczenie sana-

toryjne, Kasy Chorych przesyłają **bezzwłocznie** do Związku **pocztą,** przyczem karty winny między innemi zawierać wyraźnie określone rozpoznanie choroby, a przy gruźlicy płuc podawać wynik bakterjologicznego badania plwociny, odczyn Biernackiego, oraz wynik badania płuc roentgenem.

d) Sprzeciwy inwalidów przeciw odmowie leczenia sanatoryjnego przez Kasę Chorych, kierują Kasy Chorych do Związku.

Związek Kas Chorych nadmienia, że przez podane zarządzenia chodzi nie o ograniczenie świadczeń leczniczych w zakresie leczenia sanatoryjnego, lecz o stosowanie tego leczenia na podstawie wyniku zbadania stanu zdrowia inwalidy i orzeczenia lekarskiego, któreby z uwagi na źródło pokrycia dotyczących wydatków, uzasadniało konieczność i celowość zaleconego leczenia sanatoryjnego inwalidy na rachunek Skarbu Państwa.

Ponieważ inwalidów nie dotyczą czasokresy leczenia, obowiązujące w Kasach Chorych przy leczeniu członków i ich rodzin — przy kwalifikowaniu chorych inwalidów do leczenia sanatoryjnego, nie obowiązują wytyczne, zawarte w okólniku Związku Nr. 6/33 z dn. 17.I. 1933 r., a podające przypadki gruźlicy płucnej, które nadają się, wzgl. nie nadają się do leczenia sanatoryjnego.

Związek Kas Chorych przy kierowaniu inwalidów 1) do leczenia klimatycznego, uwzględnia w pierwszym rzędzie Domy Zdrowia Związku w Bystrej Śląskiej, w Michalinie i w Ludwikowie, 2) do leczenia zdrojowego — Sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu i sezonowe w Busku Kiel., tudzież Sanatorjum Imienia Marszałka Piłsudskiego w Jastrzębiu Zdroju, uzdrowiska zaś i zdrojowiska w innych miejscowościach ((Szczawnica, Zakopane, Truskawiec, Ciechocinek) — o ile orzeczenie lekarskie uzasadnia konieczność leczenia inwalidy w dotyczącem uzdrowisku, wzgl. zdrojowisku.

Wicedyrektor: Komisarz:
(—) Inż. M. Downarowicz. (—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Instrukcja dla tymczasowej Komisji Rewizyjnej Kasy Chorych.

Okólnik Nr. 74/33 z dnia 5 maja 1933 r.

Związek Kas Chorych wydał drukiem instrukcje dla tymczczasowej Komisji Rewizyjnej Kasy Chorych.

Wydawnictwo to jest na składzie w Biurze Wydawniczem Związku Kas Chorych w Krakowie ul. Batorego 5.

Zakup maszyn rachujących.

Okólnik Nr. 75/33 z dnia 5 maja 1933 r.

Wyjaśnienie okólnika poprzednio wydanego Nr. 38/33.

Zakup kartonów propagandowych Ligi Morskiej i Kolonjalnej.

Okólnik Nr. 76/33 z dnia 17 maja 1933 r.

Związek Kas Chorych zachęca Kasy Chorych do kupna artystycznego kartonu propagandowego Ligi Morskiej i Rzecznej.

Wynagrodzenie położnych.

Okólnik Nr. 77/33 z dnia 17 maja 1933 r.

Związek Kas Chorych zapytuje Kasy, jakie wynagrodzenie i za jakie czynności otrzymuje położna za pomoc przy porodzie i połogu uprawnionych do świadczeń.

Zmiany w opłatach stemplowych i nowe blankiety wekslowe.

Okólnik Nr. 78/33 z dnia 17 maja 1933 r.

Związek Kas Chorych zawiadamia Kasy Chorych o zmianach w opłatach stemplowych i o wypuszczeniu nowych blankietów wekslowych od dnia 1 maja r. b.

Składki do Kas Chorych za ubezpieczenie bezrobotnych pracowników umysłowych.

Okólnik Nr. 79/33 z dnia 19 maja 1933 r.

Związek Kas Chorych zwraca uwagę Kas na postanowienia art. 1 p. 5 ustawy z dnia 22 marca 1933 r. w sprawie zmiany rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. Nr. 27, poz. 229), przyczem zaznacza, iż w zakresie ubezpieczenia pozostających bez pracy pracowników umysłowych na wyp. choroby zniżona została tylko podstawa wymiaru składki, a natomiast nie uległ zmianie sposób obliczania składek[1]).

Przewidziane w ustawie z 22 marca 1933 r. zryczałtowanie składek opłacanych przez Z. U. P. U., może nastąpić tylko na mocy decyzji Ministra Opieki Społecznej.

[1]) Powyższe wyjaśnienie Związku należy zgodnie z ustawą — zdaniem Redakcji — rozumieć w ten sposób, iż celem obliczenia kwoty przypadającej kasie składki winno się zasiłek z powodu braku pracy, tak jak zwykły zarobek miesięczny, zaszeregować do odpowiedniej grupy celem uzyskania właściwej płacy ustawowej, miarodajnej dla określenia wysokości składki.

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.

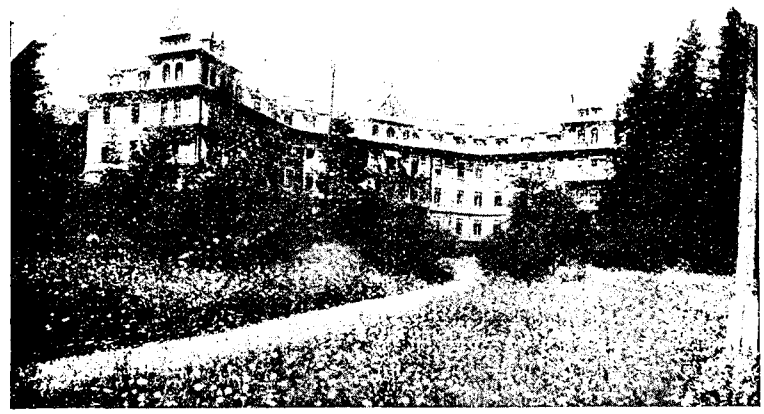
N A D E S Ł A N E

LECZNICTWO ZDROJOWO-KLIMATYCZNE WOJSKOWYCH ZAWODOWYCH I ICH RODZIN W ARMJI POLSKIEJ

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 stycznia 1931 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla wojskowych zawodowych, ich rodzin, oraz emerytów (D. U. R. P. Nr. 7/31, poz. 32), a następnie szereg zarządzeń, wydanych przez wojskowe władze sanitarne, regulują sprawę opieki lekarskiej nad wojskowymi zawodowymi i zapewniają również tę opiekę najbliższej rodzinie (żonie i dzieciom) wojskowego zawodowego pod warunkiem, iż ten znajduje się w służbie czynnej.

Ministerstwo Spraw Wojskowych (Departament Zdrowia) w dążeniu do podniesienia zdrowotności wśród wojskowych i ich rodzin prowadzi szereg zakładów leczniczych w uzdrowiskach klimatycznych i zdrojowiskach, ewentualnie ułatwia leczenie klimatyczne i zdrojowe, zwracając częściowo koszta z niem związane.

Departament Zdrowia M. S. Wojsk. w zrozumieniu, iż nadmierna zachorowalność i umieralność spowodowana jest nadmiernie spotykaną wśród wojskowych zawodowych i ich rodzin gruźlicą, w znacznej mierze wysiłki swe skierował na zwalczanie tej choroby. W Zakopanem M. S. Wojsk. od dnia 17.V.1928 r. jest właścicielem dawnego sanatorjum Dr. Dłuskich, znanego obecnie pod nazwą „Sanatorjum Wojskowe im. Marszałka Józefa Piłsudskiego". Sanatorjum to wykwintnie urządzone, położone w uroczym parku trzydziestomorgowym na południowym stoku Gubałówki, nawprost Giewiontu, obliczone na 2000 łóżek, funkcjonujące bez przerwy przez cały rok, znajduje się pod kierownictwem lekarzy - specjalistów, przeznaczone jedynie dla chorych z lżejszemi schorzeniami płuc, opłucny, gruczołów i t. p., jak również dla ozdrowieńców po różnych wyniszczających cierpieniach. Frekwencja znaczna; w miesiącach zimowych wszystkie miejsca w sanatorjum zawsze zajęte, w miesiącach pozazimowych napływ kuracjuszów cokolwiek mniejszy.



Sanatorjum Wojskowe im. Marsz. J. Piłsudskiego w Zakopanem.

Drugiem sanatorjum M. S. Wojskowych, przyjmującem kuracjuszów z postaciami gruźlicy płuc, wymagającemi leczenia w klimacie górskim, a nienadającemi się do leczenia w Sanatorjum im. Marszałka P. Piłsudskiego w Zakopanem, jest sanatorjum wojskowe w Rajczy, mogące pomieścić 100 kuracjuszów. Przypadki gruźlicy płuc, kwalifikujące się do leczenia w uzdrowiskach nizinnych są kierowane do Sanatorjum m. st. Warszawy w Otwocku, gdzie M. S. Wojskowych zakontraktowało kilkanaście miejsc; przypadki te mogą być również za zgodą Departamentu Zdrowia M. S. Wojskowych leczone i w innych miejscowościach klimatycznych w zakładach leczniczych niewojskowych, przyczem chory uzyskuje wówczas od Departamentu Zdrowia zwrot kosztów leczenia w wysokości 7,5 zł. dziennie.

Na tem miejscu nadmienić należy, że Ministerstwo Spraw Wojskowych rozpoczęło w bieżącym roku budowę sanatorjum wojskowego w Otwocku.

Wojskowe władze sanitarne, dążąc do zaspokojenia potrzeb w zakresie lecznictwa klimatycznego, niemniejszą uwagę poświęcają lecznictwu zdrojowemu. Corocznie są uruchamiane szpitale sezonowe w Busku, Ciechocinku, Inowrocławiu oraz Druskienikach. Szpitale te czynne są w okresie od dnia 15 maja do dnia 13 września, a w Ciechocinku w latach ostatnich nawet do 13 października.

Czasokres, podczas którego są czynne szpitale, dzieli się na sezony 4-ro tygodniowe. Pobyt każdego kuracjusza w szpitalach sezonowych trwa conajmniej przez jeden sezon; w wypadku, gdy stan kuracjusza wymaga leczenia dłuższego, pobyt zwykle bywa przedłużony. Liczba miejsc w wojskowych szpitalach sezonowych przedstawia się w sposób następujący: w Ciechocinku przeszło 250 miejsc, w Inowrocławiu i w Busku po 120 miejsc, w Druskienikach około 100 miejsc. Szpitale sezonowe posiadają gabinety przyrodolecznicze, które pozwalają na stosowanie w szpitalu niektórych zabiegów leczniczych; inne zabiegi są pobierane przez kuracjuszów w zakładach zdrojowych. Wojskowy szpital sezonowy w Ciechocinku posiada na swoim terenie ogródek zdrowia, składający się z kąpielisk słoneczno-powietrznych osobnych dla pań i panów, z baseniku—brodziku dla dzieci wraz z plażą słoneczną oraz z terenów sportowych do ćwiczeń ruchowych.

W wojskowych zakładach klimatycznych i zdrojowych wojskowy zawodowy lub członek jego rodziny otrzymuje zupełnie bezpłatnie mieszkanie i pomoc lekarską, a za wyżywienie opłaca t. zw. równoważnik żywnościowy, którego wysokość waha się powyżej 3 zł. Zabiegi, pobierane w wojskowych zakładach leczniczych są bezpłatne, natomiast za zabiegi pobierane w zakładach zdrojowych, opłacają kuracjusze wojskowych szpitali sezonowych 50%, drugie 50% pokrywa M. S. Wojskowych.

Departament Zdrowia organizując lecznictwo zdrojowe wiele uwagi poświęcił cierpieniom reumatycznym i artretycznym, i trzeba przyznać, że w aktualnej obecnie walce z temi cierpieniami wojskowe władze sanitarne przewyższyły o wiele akcję władz sanitarnych innych armij.

Nie można wreszcie pominąć tutaj milczeniem faktu, że wojsko posiada przy 1-szym Szpitalu Okręgowym w Warszawie niezwykle bogato wyposażony w urządzenie lecznicze Instytut Przyrodoleczniczy im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Poza zdrojowiskami wyżej wspomnianemi, w których znajdują się wojskowe zakłady lecznicze, wojskowi i ich rodziny korzystają pozatem i z leczenia w innych zdrojowiskach, w których M. S. Wojskowych nie posiada własnych zakładów leczniczych; uzyskują oni wówczas od Dep. Zdrowia częściowy zwrot kosztów tego leczenia.

Przedstawiwszy w ogólnych zarysach akcję wojskowych władz sanitarnych w kierunku stworzenia racjonalnego leczenia klimatycznego i zdrojowego nie od rzeczy będzie nadmienić również, iż dawno panujące przekonanie, że wojskowy wraz z rodziną czas wypoczynkowy powinien spędzić w jaknajlepszych warunkach klimatycznych i mieszkaniowych, wyraziło się wreszcie w roku 1929 w powstaniu z inicjatywy gen. dyw. Daniela Konarzewskiego, podówczas I Wiceministra Spraw Wojskowych, fundacji oficerskich domów wypoczynkowych.

Fundacja ta jest zasadniczo instytucją prywatną oficerów, jednak znajdującą się pod stałą i czułą opieką najwyższych władz wojskowych.

W krótkim stosunkowo czasie stanęły domy wypoczynkowe w Krynicy, Rabce, Zaleszczykach, Cetniewie nad morzem, Czerniewicach pod Toruniem i w Gałkówku pod Łodzią. Niezależnie od tego zarząd stawia sobie za zadanie uruchomienie oficerskich domów wypoczynkowych, jak tylko fundusze na to pozwolą i w innych najbardziej pod względem klimatycznym odpowiednich miejscowościach.

Jak dalece potrzebną była dla życia oficerskiego ta instytucja, to niezbicie stwierdza fakt, wyrażający się w zapisaniu na członków przeszło 90% oficerów, oraz w wykorzystaniu miejsc w domach wypoczynkowych; w miesiącach letnich w domach wypoczynkowych w Krynicy, Zaleszczykach, Rabce i Cetniewie wolnych miejsc niema.

Oficerski dom wypoczynkowy w Krynicy może pomieścić około 160 osób; jest to stylowy pięciopiętrowy budynek, z trze-

ma dużemi tarasami, o wnętrzu pod każdym względem niezwykle starannie urządzonem. Z niemniejszą troską został urządzony oficerski dom wypoczynkowy w Rabce, o którym poniżej jeszcze parę słów nadmienię. Dom wypoczynkowy w Zaleszczykach posiada 200 miejsc i mimo to, że został przerobiony z koszar wojskowych, nie ustępuje w niczem całemu szeregowi dobrze urządzonych domów zdrojowych. W Cetniewie istnieje kompleks budynków, znajdujących się tuż nad brzegiem morskim i mogących pomieścić około 260 osób. Wreszcie oficerskie domy wypoczynkowe w Czerniewicach i w Gałkówku pod Łodzią są niewielkiemi objektami, mieszczącemi po kilkadziesiąt osób i stworzonemi dla potrzeb właściwych okręgów korpusu: pierwszy dla O. K. VIII, drugi dla O. K. IV.

Sprawa leczenia zdrojowo-klimatycznego w wojsku została znacznie posunięta po powołaniu do życia Fundacji Oficerskich Domów Wypoczynkowych. Jakkolwiek domy wypoczynkowe są przeznaczone dla osób, szukających przedewszystkiem wypoczynku, a więc nie są to zakłady o charakterze leczniczym, niemniej przeto przybywają do nich także i ci, którzy z powodu niezbyt daleko posuniętych schorzeń wymagają przeprowadzenia leczenia zdrojowo-klimatycznego. Pierwszy wyjątek zrobiono w Oficerskim Domu Wypoczynkowym w Rabce, nadając mu charakter podwójny, a mianowicie właściwego zakładu wypoczynkowego oraz zakładu leczniczego przez urządzenie w nim internatu dla dzieci, które wymagają dłuższego leczenia w klimacie podgórskim. Do internatu tego, nowocześnie urządzonego, czynnego przez rok cały, prowadzonego przez lekarza i fachowy personel wychowawczo-pedagogiczny, są przyjmowane dzieci w wieku od lat 4 do 14.

Dla całości obrazu lecznictwa zdrojowo-klimatycznego na terenie wojska dodam jeszcze, że w niektórych wypadkach Ministerstwo Spraw Wojskowych zezwala na przeprowadzenie tego rodzaju leczenia w uzdrowiskach klimatycznych lub w zdrojowiskach zagranicą. Jednak prawo do wyjazdu zagranicę w celach leczniczych na koszt wojska mają tylko wojskowi zawodowi w stanie czynnym i to po uprzedniem wykorzystaniu wszelkich możliwych środków leczniczych w kraju oraz stwierdzeniu przez komisję lekarską, iż leczenie krajowe nie dało pomyślnych wyników i wobec tego kuracja zagranicą jest konieczna. Rodziny wojskowych nie posiadają prawa do leczenia się na koszt wojska w uzdrowiskach zagranicznych.

Rzucony tutaj szkic lecznictwa zdrojowo-klimatycznego w wojsku nie wyczerpuje całkowicie sprawy omawianej. O nowych poczynaniach wojskowych władz sanitarnych w tym kierunku świadczy prowadzona obecnie budowa sanatorjum w Otwocku, usilne dążenie do stworzenia nowego szpitala sezonowego w Busku, dążenie do uruchomienia szpitala sezonowego w Ciechocinku w ciągu całego roku, projekt zorganizowania domu wypoczynkowego w Truskawcu oraz cały szereg zamierzeń, mających na celu poprawę warunków w istniejących zakładach wojskowych, przeznaczonych dla potrzeb lecznictwa zdrojowo-klimatycznego.

Dr. E. Wilkoszewski.

CHININA W NOWEJ POSTACI W ROLI CENNEGO LEKU.

Jak już jest wiadomem, ostatnio Indyjsko-Holenderski Przemysł Farmaceutyczny na wyspie Jawie i w Holandji, stając na czele Międzynarodowej Konwencji Chininowej, wprowadził do lecznictwa chininę, t. j. Chinin. Sulfuric. Puriss. w cennej postaci, a mianowicie w specjalnych pigułkach po 0,05 najczystszego gatunku chininy, zawartej w luźnym stanie, czyli w proszku pod bardzo cienką warstewką cukru mlecznego. Pigułki te znajdują się w sprzedaży p. n. „Chinin.—Pulver—Pillen Original".

Biorąc pod uwagę doniosłość wspomnianej inowacji, pragniemy podzielić się z P. T. Czytelnikami wiadomością, że lekarze zagranicą i w Polsce stwierdzili, iż ta nowa postać chininy w pigułkach „Original" przynosi nieocenione usługi w praktyce lekarskiej i w terapji oraz daje możność przeprowadzenia oszczędności, szczególnie instytucjom wojskowym, komunalnym i kasom chorych, zwłaszcza w lecznictwie szpitalnem.

Między innymi, znany chirurg oraz naczelny lekarz szpitala kasy chorych w Warszawie p. Dr. med. W. Kozłowski, po przeprowadzeniu doświadczeń w szerszym zakresie z pigułkami „Original", pisze w liście z dn. 20.II r. b. co następuje:

„Naskutek pisma WPanów komunikuję niniejszem, że pigułki „Original" z chininą w proszku, dostarczone ostatnio w większych ilościach przez Centralę Zakupów dla Kas Chorych w opakowaniu klinicznem, stosowane są w szpitalu Kasy Chorych na Solcu z bardzo dobrym wynikiem, szczególnie przy różnych chorobach z przeziębienia.

Pigułki „Original" są również szeroko stosowane na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala, przyczem uważam takowe za bardzo cenny preparat oraz jednocześnie dający duże oszczędności w lecznictwie szpitalnem".

Skuteczność lecznicza pigułek „Original" w bardzo wielu chorobach z przeziębienia i złej przemiany materji, stwierdzona została przez wybitne siły naukowe medycyny.

W związku z powyższem należy zaznaczyć, że pigułki „Original" w klinicznem opakowaniu przy nabywaniu ich luzem na wagę t. j. po 100, 250 i 500 gramów, a nie w oryginalnych rurkach, zawierających tylko po 50 pigułek, kalkuluje się znacznie taniej niż wogóle chinina w proszku luzem.

Pigułki „Original" w opakowaniu klinicznem t. j. na wagę wszystkie kasy chorych w Polsce otrzymują wyłącznie przez Centralę Zakupów dla Kas Chorych w Warszawie, po cenie, podanej w cenniku Centrali Zakupów dla Kas Chorych (patrz rubryka soli chininowych), Szpitale wojskowe zaopatrywane są przez Wojskowy Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego, Warszawa—Powązki, zaś szpitale komunalne przez Apteczne Składnice Miejskie oraz Zrzeszenia Spółdz. Gosp. Inwest. Samorządów Powiatowych, ul. Dobra 28, Warszawa. Generalnym Przedstawicielem Indyjsko-Holenderskiego Przemysłu Farmaceutycznego, jest p. K. S. Rymowicz przy ul. Marszałka Focha Nr. 8, Warszawa.

Nakładem Związku Kas Chorych ukaże się w najbliższym czasie wydawnictwo

„USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM"

Tekst i wyjaśnienia, w opracowaniu L. Frankowskiej i E. Modlińskiego