

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

M I E S I Ę C Z N I K

R O K I X

W A R S Z A W A

STYCZEŃ — LUTY

1934 R.

Z E S Z Y T 2

Wydanie licznych rozporządzeń wykonawczych do ustawy o ubezpieczeniu społecznym w ostatnich dniach grudnia roku ubiegłego nie pozwoliło nam, ze względów technicznych, podać treści tych rozporządzeń w zeszycie 1 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” z b. r. Pragnąc czytelników „Przeglądu” jak najszybciej poinformować o tych nowych przepisach, przyspieszyliśmy wydanie zeszytu 2 naszego czasopisma, poświęcając go prawie całkowicie ustawie o ubezpieczeniu społecznym. Sądzymy, że w ten sposób zaspokoimy zainteresowania czytelników, a równocześnie spełnimy nasz obowiązek.

Następny, marcowy zeszyc „Przeglądu” wydany będzie około 25-go lutego b. r., prosimy więc o nadsyłanie wszelkich materiałów redakcyjnych, przeznaczonych do zeszytu 3, do dnia 13-go lutego zaś ogłoszeń do 18 lutego r. b.

REDAKCJA.

KAZIMIERZ ROŻNOWSKI

Prezes Izby Ubezpieczeń Społecznych

REFORMA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym zamyka jeden etap w rozwoju i działalności ubezpieczeń społecznych, działających na obszarze Rzeczypospolitej. Trwająca prawie od powstania Państwa praca nad budową własnego systemu ubezpieczeń, została z dniem wejścia w życie ustawy scaleniowej zakończona i nareszcie znikną prawie wszystkie pozostałości w tej dziedzinie po państwach zaborczych. Pragnąc jednak należy, aby w niedługim czasie zmienione zostały ustawami polskimi przepisy ubezpieczeniowe niemieckie, obowiązujące nadal częściowo na G. Śląsku (ubezpieczenie inwalidzkie robotników i ubezpieczenie na wypadek choroby) i województwach zachodnich (ubezpieczenie inwalidzkie robotników rolnych).

Obowiązujące ustawy ubezpieczeniowe b. państw zaborczych, dostosowane do innych warunków demograficznych i innego składu zawodowego ludności, nie mogły odpowiadać istotnym potrzebom polskich pracowników najemnych. Ustawa scaleniowa, opierając się na 15-letnim ogólnym doświadczeniu i wynikach działalności instytucji ubezpieczeniowych, uwzględniła nie tylko potrzeby świata pracy, ale wyciągnęła również wnioski z błędów, jakie tkwiły w podstawach finansowych niektórych rodzajów ubezpieczeń. Te okoliczności z uwzględnieniem długoletnich prac nad ustawą, szczegółowych badań

możliwości finansowych zarówno ubezpieczonych jak i pracodawców co do ponoszenia kosztów ubezpieczeń, — powinny gwarantować trwałe istnienie i owocną działalność ubezpieczeń, objętych ustawą.

Nie zadawałnając się reformą podstaw materialnych ubezpieczeń, polegającą na zmianie systemu świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby, ujednoczeniu świadczeń ubezpieczenia wypadkowego i wprowadzeniu jednolitego ubezpieczenia emerytalnego robotników na całym obszarze Państwa, ustawa scaleniowa równocześnie gruntownie zmienia organizację instytucji, powołanych do wykonywania ubezpieczeń. Dążąc do jak najpełniejszego wykorzystania funduszy ubezpieczeniowych na świadczenia dla ubezpieczonych, ustawa oparła podział czynności podstawowych w zakresie ubezpieczeń na racjonalnych zasadach organizacji pracy. Wszystkie te czynności, które bez uszczerbku dla sprawnego wykonywania ubezpieczeń i bez naruszenia prawa decydowania funduszami poszczególnych rodzajów ubezpieczeń mogą być skoncentrowane w jednej instytucji, ustawa powierzyła ubezpieczalniom społecznym. Ograniczony przez to wprowadzicie został zakres działania zakładów ubezpieczeń społecznych, ale zapewniając Izbie Ubezpieczeń Społecznych prawo ścisłego nadzoru i kontroli oraz uprawniając ją do normowania sposobów wykonywania tych czynności, ustawa

zagwarantowała zakładom należyte spełnianie przez ubezpieczalnie poruczonych im czynności.

Powierzenie ubezpieczalniom takich czynności, jak wymierzanie i ściąganie składek, prowadzenie ewidencji ubezpieczonych i przyjmowanie roszczeń o świadczenia zakładów, leżało w interesie ubezpieczonych i pracodawców, którzy mają łatwiejszy dostęp do ubezpieczalni rozproszonych na całym obszarze Rzplitej, aniżeli do zakładów, skoncentrowanych w stolicy.

W ramach nowej organizacji instytucyj ubezpieczeń społecznych szczególne stanowisko zajmuje Izba Ubezpieczeń Społecznych. Nie wykonywując bezpośrednio żadnego rodzaju ubezpieczeń, będąc natomiast naczelną instytucją ubezpieczeniową, koordynującą działalność wszystkich instytucyj, odpowiedzialna jest Izba za całość ubezpieczeń społecznych w Polsce. Odpowiedzialność tę Izba może ponosić, gdyż ustawa wyposaża ją w odpowiednie środki działania. Może bowiem Izba lustrować zarówno ubezpieczalnie społeczne, jak i zakłady, może dalej badać i opinjować budżety i sprawozdania wszystkich instytucyj ubezpieczeniowych oraz plany lokat zakładów, może wreszcie ustalać metody opracowywania bilansów i przeprowadzania badań asekuracyjno-technicznych, a następnie kontrolować wykonanie tych prac.

Przy ustalaniu tak rozległych kompetencyj Izby należy oczekiwać, że Izba zgodnie z intencjami ustawy wywierać będzie istotny wpływ na działalność wszystkich instytucyj ubezpieczeniowych tembardziej, że napewno korzystać będzie z pomocy państwowych władz nadzorczych przy wykonywaniu swych zadań.

W zakresie swych kompetencyj Izba rozpoczęła prace od zaspokojenia najpilniejszych potrzeb, wywołanych bezpośrednio wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Przedewszystkiem więc, kontynuując działalność Komisarza Organizacyjnego, Izba przystąpiła do organizowania w ubezpieczalniach społecznych działów pracy, powołanych do ściągania i wymierzania składek oraz prowadzenia ewidencji ubezpieczonych. Te działy musiały być uruchomione natychmiast i to w sposób planowy i jednolity na całym obszarze Rzplitej. Wszelka zwłoka w organizacji ubezpieczalni w tym zakresie mogłaby wywołać nie tylko zamieszanie w działalności ubezpieczeń i podważyć zaufanie do instytucyj ubezpieczeniowych, ale nawet spowodować poważne straty materialne. Celem nadania powyższym pracom organizacyjnym należytego tempa i zapewnienia sprawnego ich wykonania, Izba, nie zadawalniając się opracowaniem odpowiednich instrukcyj, wzorów formularzy i pouczeń, wysłała do wszystkich ubezpieczalni społ. odpowiednio wyszkolonych instruktorów, którzy w pierwszym okresie organizacyjnym mają służyć ubezpieczalniom fachową radą i pomocą. Po zakończeniu działalności instruktorskiej, Izba będzie mogła rozpocząć lustrację instytucyj ubezpieczeniowych oraz kontrolę wykonywania przez ubezpieczalnie poruczonych im czynności.

Dalsze, następne prace Izby zmierzają również do załatwienia zagadnień natury organizacyjnej, te bowiem zagadnienia wysuwają się obecnie na pierwszy plan. W tym zakresie Izba wyda opracowane już

przepisy, ustalające sposób wykonywania przez ubezpieczalnie czynności przygotowawczych dla udzielania świadczeń zakładów ubezpieczeń społecznych. Z pośród prac organizacyjnych innego już charakteru, Izba w najbliższym czasie podejmie opracowanie zasad, ustalających sposoby jednolitego prowadzenia rachunkowości i sporządzania budżetów przez instytucje ubezpieczeń społecznych.

Wejście w życie ustawy, a następnie jej wykonywanie wysuwa wiele zagadnień prawnych, które przekraczają zakres działania poszczególnych instytucyj ubezpieczeniowych i powinny być z tego względu załatwione w sposób jednolity przez Izbę. Prace Izby w tym zakresie zostały już rozpoczęte i nadal będą kontynuowane, przyczem wyniki tych prac będą nosiły bądź charakter decyzyj, wiążących wszystkie instytucje, bądź będą opinjami, wydanymi do użytku władz nadzorczych lub instytucyj ubezpieczeniowych. Ponadto można oczekiwać, że Izba powołana będzie do współpracy przy opracowywaniu tych rozporządzeń wykonawczych do ustawy o ubezpieczeniu społecznym, które jeszcze nie zostały wydane.

Kompetencje Izby dotyczące finansów ubezpieczeń, mają prawie wyłącznie charakter opiniodawczy, a jeśli chodzi o czynności wykonawcze, to podjęcie ich uzależnione jest od decyzji Ministra Opieki Społecznej (zarządzanie funduszami specjalnymi). Prace Izby w tym zakresie, polegające na opinjowaniu preliminarzy budżetowych, planów lokat oraz sprawozdań instytucyj ubezpieczeń społecznych, rozpoczną się z chwilą otrzymania odpowiednich przedłożeń od tych instytucyj.

Dział techniczno-asekuracyjny prac Izby w pierwszym okresie działania rozpocznie badania nad zasadami ogólnych metod opracowywania bilansów ubezpieczeniowo-technicznych oraz organizacji ogólnej statystyki, aby potem przystąpić do ustalenia tych zasad i sprawdzenia wykonywania ich przez zakłady ubezpieczeń społecznych. Ponadto dział ten będzie współpracował z innymi działami prac Izby w tych przypadkach, gdy będzie to konieczne ze względu na styczność wykonywanych prac z podstawami asekuracyjno-technicznymi ubezpieczeń.

Wewnętrzna organizacja Izby jest w toku opracowania, wymaga ona skrupulatnego rozwiązania wielu problemów, wynikających z charakteru Izby, jako instytucji naczelnej organizacji ubezpieczeń. Ten wzgląd odgrywa również poważną rolę przy doborze pracowników Izby, którzy muszą posiadać pełne kwalifikacje teoretyczne i praktyczne, dające rękojmię należytego i sprawnego wykonywania czynności z tak szerokiego i wszechstronnego zakresu działania Izby.

Wejście w życie ustawy scaleniowej poprzedzone było usilną i owocną pracą organizacyjną, tem niemniej sprawne działanie ustawy, wprowadzającej tak rozległe reformy, wymagać będą jeszcze długiej i wytrwałej pracy wszystkich organów i pracowników, powołanych do jej wykonywania. Przewyciężenia wszelkich przeszkód, które niewątpliwie powstaną, z dobrą wolą, ofiarnością i ze zrozumieniem znaczenia przeprowadzanej reformy dla Państwa i ogółu ubezpieczonych, oczekiwać należy od wszystkich zainteresowanych czynników.

KODEKS ZOBOWIĄZAŃ A

I.

Rok 1933 przyniósł Polsce kilka wielkich kodyfikacji, które będą miały wyjątkowo doniosłe znaczenie dla przyszłego ukształtowania się stosunków gospodarczych i społecznych. Z pośród kodyfikacji tych w zakresie zagadnień społecznych niewątpliwie wybijają się ustawa o ubezpieczeniu społecznym, natomiast w dziedzinie zagadnień gospodarczych najdonioślejsze znaczenie posiadać będzie kodeks zobowiązań. W przyczynku poniższym będziemy pragnęli wskazać najistotniejsze punkty styeczne obu wielkich kodyfikacji i oddziaływanie kodeksu zobowiązań na zagadnienia ubezpieczeniowe.

Rola kodeksu zobowiązań dla układu stosunków społecznych jest zawsze o tyle doniosła, iż stanowi on podstawę całego systemu myślenia prawniczego prawie we wszystkich dziedzinach zagadnień prawnych. Pomijając bowiem stosunki, które nazywamy prawem cywilnym w ścisłym tego słowa znaczeniu, a które z istoty swej podporządkowane są przepisom kodeksu zobowiązań, kodeks ten wpływa na wykładnię i sposób stosowania norm prawnych również i w innych dziedzinach prawa. Tak np. w prawie publicznym przy tłumaczeniu aktów prawa publicznego, lub t. zw. umów prawno-publicznych (np. wywłaszczenie, akt nominacji, stosunek publiczny, ubezpieczeniowy i t. d.) stosowane bywają w sposób subsydjarny zasady prawa cywilnego, nie tyle nawet jako źródło i przepisy prawa, ale często jako przesłanki pomocnicze z zakresu logiki prawnej i pojęć t. zw. „słuszności” (aequitas), pozwalające rozwiązywać najbardziej zawiłe zagadnienia prawne.

Zanim przejdziemy do szczegółowego przedstawienia zagadnień, wynikających z kodeksu zobowiązań, wskażemy pokrótce, jak rolę kodeksu cywilnego rozumiał pierwszy wielki kodyfikator polski. Jak wiadomo, w r. 1778 na zlecenie króla Stanisława Augusta Andrzej Zamoyski opracował po raz pierwszy w Polsce — a na 30 lat przed kodeksem Napoleona — pierwszy jednolity kodeks polski, ogarniający całość stosunków cywilnych. We wstępie do tego kodeksu, wśród obszernych wywodów o roli i zadaniach kodeksu cywilnego w społeczeństwie praworządnym, pisze Zamoyski: „Wszakże żyjący w Towarzystwie Cywilnym człowiek pragnie szczególnie, aby tego, co mu się należy, używał spokojnie. Tak najprzód lubo w równym sobie stanie, wszyscy nie zostają ludzie, każdy przecię przy przywilejach, swojej Osobie własnych, chce być zachowanym, powtóre, Rzecz jaką kto posiada, iey całość ubezpieczoną sobie mieć żąda. Potrzebie, a że być w społeczności ludzkiej nie może, aby jeden drugiego nie obrażał własności, trzeba więc, aby ukrzywdzony miał sposób dostąpienia sprawiedliwości... a krzywdzący popadł karze...” „...Pewność y ubezpieczenie każdego własności, aby arbitralna przemoc, y żadnym prawem nie określone processa, burzyć y mieszać nie miały mocy, ile być może po ludzku, miałem w tej części bacność, aby upewnić każdego, iak raz nabytego majątku, gruntuje się włas-

o orzekających organach ubezpieczeń społecznych w postępowaniu przed nimi (art. 289), jednak ustawy tej dotychczas nie ma, nie wydaje się prawdopodobne, aby w niedługim czasie ukazać się mogła i ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie daje wskazówki, w jaki sposób kwestje te mogą być rozstrzygane do czasu wydania tej ustawy. Można stać na stanowisku, że z uwagi na publiczno-prawny charakter ubezpieczeń społecznych ze względów utylitarnych należy stosować przez analogię przepisy postępowania administracyjnego i stanowiska tego w najmniejszej mierze nie należy zwalzczać. Jednak kodeks zobowiązań w całym szeregu kwestyj będzie stanowił pomocnicze źródło nawet w odniesieniu do postępowania administracyjnego — i w tym zakresie będzie również ułatwiał wykładnię przepisów prawa ubezpieczeniowego.

IV.

Art. 109 — 114 kodeksu zob. zawierają postanowienia w sprawie formy oświadczeń woli, przyczem w myśl art. 109 „ważność oświadczenia woli zależna jest od zachowania szczególnej formy tylko w przypadkach, w których ustawa lub umowa wyraźnie wymaga zachowania pewnej formy pod rygorem nieważności“. Przepisy ubezpieczeniowe z reguły wymagają zgłoszenia roszczenia lub zgłoszenia do ubezpieczenia na osobnym formularzu, który winien być podpisany. Rodzi się może kwestja, w jakim stosunku podpisy przewidziane w odnośnych przepisach wykonawczych ubezpieczeniowych podlegają przepisom art. 113 i 114 kod. zob., w myśl których „za niepiśmiennych lub nieumiejących pisać, lecz umiejących czytać może podpisać się inna osoba, której podpis winien być uwierzytelniony przez notariusza lub władzę gminną z zaznaczeniem, że osoba ta podpisała się na życzenie niepiśmiennego lub nieumiejącego pisać, lecz umiejącego czytać“, zaś „osoby nieumiejące, lub nieumiejące czytać mogą składać oświadczenia woli na piśmie jedynie w formie aktu notarialnego“. Kwestje te praktycznie nie będą miały przypuszczalnie dużego znaczenia — jednak można będzie liczyć, iż np. podpisanie zgłoszenia do ubezpieczenia z naruszeniem tych przepisów przez pracodawcę będzie mogło w przyszłości stać się podstawą do kwestjonowania ważności zgłoszenia. Jeżeli uznamy, iż przepisy powołane będą miały również zastosowanie do postanowień ubezpieczeniowych. Wydaje się jednak, że wymóg wzywania notariusza jest wyjątkiem od ogólnej zasady, a jako wyjątek winien być rozumiany ściśnając w tym sensie, iż przepis ten może dotyczyć wyłącznie wypadków oświadczeń woli ściśle cywilnoprawnych, natomiast w postępowaniu szczególnem, jakim jest postępowanie ubezpieczeniowe, nie można żądać, aby np. niepiśmienny chałupnik dla ważności zgłoszenia do ubezpieczenia siebie samego i swoich członków rodziny musiał sprowadzać aż notariusza.

V.

Art. 128 i nast. zawiera postanowienia o skutkach prawnych świadczenia nienależnego. Zasada podstawowa zawarta w art. 128 brzmi: „Kto celem wykonania zobowiązania spełnił świadczenie, ma prawo żądać zwrotu tego, co świadczył, o ile w chwili spełnie-

dowie instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby znalazło swój wyraz i w następnym akcie ustawodawczym, mianowicie w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r., wprowadzającym na cały obszar Rzplitej jednolite ubezpieczenie pracowników umysłowych. Rozporządzenie to utworzyło Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, instytucję o wyraźnie już określonych kompetencjach w zakresie koordynowania i uzupełniania działalności Zakładów U. P. U.

Wydane w trzy lata później rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych utrzymuje istniejące związki instytucji ubezpieczeniowych i opierając się na dotychczasowej praktyce oraz ujawniających się potrzebach życia ponownie określa w sposób szczegółowy zakres działania związków okręgowych kas chorych, Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych i Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Związki Kas Chorych i Związek Z. U. P. U. służyły poszczególnym tylko rodzajom ubezpieczeń. W strukturze całości organizacji ubezpieczeń społecznych, działających u nas, brak było instytucji naczelnej, któraby zgodnie z tendencjami polskiej polityki ubezpieczeniowej, ujawnionymi przez utworzenie wymienionych wyżej związków, uzupełniała a przede wszystkim koordynowała działalność wszystkich rodzajów ubezpieczeń. Wobec obowiązywania do ostatnich chwil na obszarze Rzeczypospolitej licznych ustaw ubezpieczeniowych b. państw zaborczych, w nader różnolity i odmienny sposób normujących organizację i zakres działania instytucji ubezpieczeń społecznych oraz uprawnienia władz nadzorczych, niemożliwe było do czasu zasadniczej przebudowy ubezpieczeń utworzenie jednej naczelnej instytucji wspólnej dla wszystkich rodzajów ubezpieczenia. Powołanie takiej naczelnej instytucji przewidziane było we wszystkich projektach reorganizujących całości ubezpieczeń i ostatecznie ustawa o ubezpieczeniu społecznym utworzyła Izbę Ubezpieczeń Społecznych, której członkami są wszystkie instytucje, powołane do wykonywania ubezpieczenia, określonego ustawą i rozp. Prez. Rzplitej o ubezp. prac. um. Utworzony przez ustawę Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby jest, obok Izby, również instytucją powołaną do współdziałania w wykonywaniu ubezpieczenia na wypadek choroby a w pewnej mierze i innych rodzajów ubezpieczeń.

W myśl ustawy Izba powołana jest do koordynowania w zakresie wszystkich rodzajów ubezpieczeń działalności ubezpieczalni społecznych i zakładów ubezpieczeń społecznych oraz do działalności, zmierzającej ku osiągnięciu wspólnych celów tych instytucji. Tak ogólnie określony zakres działania nie obejmuje pełni kompetencji Izby, wskazuje jednak wyraźnie na rolę Izby w organizacji ubezpieczeń, rolę nadrzędną i kierowniczą nad pozostałymi instytucjami ubezpieczeniowymi. Pragnąc przedstawić jasno stanowisko Izby wśród instytucji ubezpieczeniowych należy zanalizować przede wszystkim, przynajmniej w skrócie, podział między te wszystkie instytucje ogółu czynności w zakresie ubezpieczeń, unormowanych ustawą scaleniową i rozporządzeniem Prezydenta

Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

W kolejnym przeglądzie najważniejszych czynności, stanowiących wykonywanie ubezpieczeń wyodrębnić można następujące, najważniejsze: wymierzanie i pobieranie składek, zarząd funduszami, przyznawanie świadczeń i prowadzenie ewidencji uprawnień osób ubezpieczonych. To są cztery podstawowe funkcje każdej instytucji ubezpieczeń społecznych. Obok nich spełniają oczywiście te instytucje jeszcze szereg czynności pobocznych lub pomocniczych, a więc prowadzą badania asekuracyjno-techniczne, prowadzą statystykę osób ubezpieczonych i otrzymujących świadczenia, współdziałają przy projektowaniu nowych norm prawnych i t. d.

Podział czynności, o których wyżej mowa, między poszczególne instytucje, przeprowadza ustawa o ubezp. społ. w sposób odmienny od dotychczasowego stanu, gdyż nie uwzględnia szablonowego podziału według rodzajów ubezpieczeń a wykonywanie czynności jednorodnych dla wszystkich ubezpieczeń porucza ubezpieczalniom społecznym. Za czynności, które mogą być wspólnie wykonywane dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń, uważa ustawa wymierzanie i pobieranie składek oraz prowadzenie ewidencji ubezpieczonych. Ponadto powierza jeszcze ustawa ubezpieczalniom, obok przyznawania świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek choroby, przeprowadzanie czynności przygotowawczych dla udzielania świadczeń, przyznawanych przez zakłady ubezpieczeń społecznych oraz ewentualnie udzielanie na zlecenie tych zakładów przyznanych świadczeń. Wykonywanie pozostałych czynności, a więc przede wszystkim zarząd funduszami i przyznawanie świadczeń, należy w zakresie każdego rodzaju ubezpieczenia (wypadkowego, emerytalnego robotników, pracowników umysłowych) do kompetencji odpowiedniego zakładu.

Badając zakres działania Izby ustalony w ustawie i w statucie na tle przedstawionej wyżej organizacji instytucji ubezpieczeniowych, można czynności, należące do kompetencji Izby podzielić na następujące grupy: czynności normatywne, czynności kontrolne, czynności opiniodawcze i wreszcie czynności z własnego zakresu działania.

Włączenie do zakresu działania Izby czynności o charakterze normatywnym wpływa przede wszystkim z poruczenia ubezpieczalniom wykonywania czynności dla zakładów. Z tego względu musiała powstać instytucja nadrzędna zarówno nad ubezpieczalniami jak i nad zakładami, któraby, uwzględniając interesy i potrzeby obu stron, regulowała wspólnie dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń powstające zagadnienia. Ponadto konieczność jednolitości, przynajmniej w zewnętrznym działaniu instytucji ubezpieczeniowych, wymagała również włączenia do zakresu działania Izby czynności odmiennego już rodzaju, ale również charakteru normatywnego.

Do normatywnego zakresu działania Izby zaliczyć należy te wszystkie sprawy, w których Izba decyduje w sposób wiążący ubezpieczalnie lub zakłady, jak to wyraźnie przewiduje ustawa. W tym zakresie działania do Izby należy:

1) wydawanie przepisów ustalających sposób wykonywania przez ubezpieczalnie społeczne czynności dla innych rodzajów ubezpieczeń oraz ustala-

nie zasad i sposobu pokrywania przez zakłady kosztów tych czynności,

2) wydawanie na podstawie lustracji instrukcyj i zarządzeń dla ubezpieczalni społecznych,

3) ustalanie ramowych przepisów służbowych dla pracowników zakładów i ubezpieczalni,

4) ustalanie ogólnych metod prowadzenia statystyki przez zakłady i ubezpieczalnie,

5) ustalanie ogólnych metod opracowywania bilansów ubezpieczeniowo-technicznych przez zakłady oraz metod przeprowadzania badań ubezpieczeniowo-technicznych,

6) ustalanie jednolitego dla wszystkich ubezpieczalni społecznych sposobu tworzenia i użytkowania funduszy specjalnych, jeżeli i dopóki sprawy tej nie unormowało odpowiednie zarządzenie Ministra Opieki Społecznej,

7) ustalanie regulaminu o sposobie przedkładania przez osoby, pobierające renty, dowodów posiadania warunków, od których uzależnione jest prawo do pobierania renty lub jej wysokość,

8) ustalanie instytucyj kredytowych, w których mogą być lokowane płynne fundusze ubezpieczalni, (art. 242 ust. 1 ustawy),

9) ustalanie dla zakładów i instytucyj, powołanych na podstawie art. 93, ogólnych zasad prowadzenia rachunkowości, sporządzania budżetów i sprawozdań.

Nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych należy na zasadzie ustawy do Ministra Opieki Społecznej i państwowych urzędów ubezpieczeń. Mimo to, nie ograniczając zresztą zupełnie w tym zakresie kompetencji władz nadzorczych, ustawa porucza Izbie kontrolę nad działalnością ubezpieczalni i zakładów, polegającą przede wszystkim na prawie lustracji tych instytucyj. Ustawa i statut w następujący sposób określają zakres kompetencji Izby w tym zakresie:

1) przeprowadzanie lustracji poszczególnych zakładów i instytucyj powołanych na podstawie art. 93 i przedstawianie wyników lustracji oraz ewentualnych wniosków władzy nadzorczej i podawanie wyników lustracji do wiadomości komisjom rewizyjnym właściwych zakładów,

2) przeprowadzanie kontroli i lustracji poszczególnych ubezpieczalni w zakresie czynności wykonywanych dla zakładów,

3) przeprowadzanie kontroli wykonania przez zakłady bilansów i badań ubezpieczeniowo-technicznych,

4) podejmowanie akcji, zmierzającej do usprawnienia biurowości i administracji zakładów ubezpieczeń społecznych.

Porównując w zakresie wyżej podanym kompetencję Izby w stosunku do zakładów i ubezpieczalni, należy podkreślić, że nie przysługuje Izbie prawo wydawania zakładom zarządzeń i instrukcyj na podstawie lustracji, co może Izba czynić, jeśli chodzi o ubezpieczalnie.

Z kompetencjami Izby w zakresie kontrolowania działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych wiążą się jej uprawnienia do opinjowania wobec władz nadzorczych przedłożeń finansowych. Drogą opinjowania bowiem może Izba w sposób pośredni badać i kontrolować gospodarkę instytucji i wypowiadać

o niej swój sąd. Do zakresu działania Izby należy opinjowanie:

1) budżetów i sprawozdań zakładów oraz instytucyj, powołanych na podstawie art. 93,

2) planów lokat funduszy i zasobów zakładów,

3) budżetów ubezpieczalni społecznych i ich sprawozdań ze szczególnem uwzględnieniem kosztów wykonywania czynności dla zakładów.

Celem uniknięcia wykonywania tych samych czynności przez różne instytucje i celem skoncentrowania pewnych funkcyj w jednej tylko instytucji, chociażby ze względów oszczędnościowych i racjonalnego podziału pracy, ustawa tworząc Izbę jej tylko powierzyła:

1) reprezentowanie instytucyj na zjazdach i konferencjach oraz przy zawieraniu porozumień, przewidzianych w umowach i konwencjach międzynarodowych w zakresie ubezpieczeń społecznych,

2) publikowanie wszelkiego rodzaju wydawnictw, urządzenie kursów dla pracowników instytucyj ubezpieczeniowych, popieranie i zakładanie instytucyj naukowych i studjów,

3) prowadzenie ogólnej statystyki wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych i wydawanie ogólnych sprawozdań w tym zakresie,

4) zarządzanie funduszami specjalnemi, których zarząd zostanie przez Ministra Opieki Społecznej powierzony Izbie oraz opracowywanie planów i organizowanie wspólnych lokat funduszy instytucyj ubezpieczeń społecznych,

5) zarządzanie majątkiem własnym.

Czynności wyżej wymienione wykonywa Izba całkowicie we własnym zakresie, aczkolwiek może ona a w niektórych przypadkach nawet musi korzystać z materiałów, dostarczanych przez ubezpieczalnie lub zakłady.

Poza podanemi dotychczas funkcjami do zakresu działania Izby należy jeszcze:

1) rozstrzyganie sporów pomiędzy zakładami i ubezpieczalniami w zakresie czynności, wykonywanych przez te ostatnie dla zakładów oraz sporów pomiędzy zakładami,

2) pociąganie do odpowiedzialności dyscyplinarnej dyrektorów ubezpieczalni lub ich zastępców w razie naruszenia obowiązków służbowych w zakresie czynności, wykonywanych dla zakładów.

Rozwijając dość szczegółowo zakres działania Izby, ustawa zawiera jeszcze przepis ogólny, upoważniający Izbę do wykonywania wszelkich czynności w zakresie ubezpieczeń społecznych, które przekraczają kompetencję poszczególnych zakładów i ubezpieczalni oraz instytucyj, powołanych na zasadzie art. 93. W jaki sposób, w jakim zakresie przepis powyższy zostanie wykonany przez Izbę wskażą potrzeby życia, już obecnie można jednak przewidzieć pewne kierunki działalności Izby, nie określone w szczegółowym zakresie jej działania, np. opinjowanie projektów ustaw i rozporządzeń, podejmowanie inicjatywy wydania nowych przepisów prawnych i t. d.

W zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby obok Izby działa jeszcze druga instytucja, mianowicie Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, powołany między innymi do koordynowania działalności ubezpieczalni społecznych. W niektórych punktach

kompetencje tych dwóch instytucyj zazębiają się, przekroczyłyby jednak ramy niniejszego artykułu zajmować się rozgraniczeniem ich zakresu działania.

Badając genezę utworzenia Izby Ubezpieczeń Społecznych i przeglądając jej zakres działania, widzimy, jak poważne i różnorodne obowiązki zostały nałożone na tę nową instytucję, nie posiadającą własnej prak-

tyki i nie mogącą czerpać z doświadczenia innych. Zakres kompetencji Izby i miejsce, jakie zajmuje wśród instytucyj ubezpieczeniowych, wskazują nam również, że od jej sprawnego działania zależy w dużej mierze, czy na tak dużą skalę przedsięwzięta reforma ubezpieczeń społecznych powiedzie się zgodnie z przewidywaniami ustawodawcy.

Dr. BRUNON NOWAKOWSKI

ZNACZENIE ORGANIZACJI OPIEKI LEKARSKIEJ W AKCJI BEZPIECZEŃSTWA¹⁾

Bezpieczeństwo pracy pierwotnie przedstawiało się jako zagadnienie czysto techniczne. Maszyna, ujarzmiona w niej siła przyrody, zdolna nie tylko wytwarzać przedmioty użytku, lecz również zabijać lub kaleczyć człowieka, wydawała się najważniejszym czynnikiem, wymagającym akcji zapobiegawczej. Z biegiem czasu okazało się jednak, że wypadek uwarunkowany jest całym szeregiem przyczyn i okoliczności, wśród których t. zw. czynnik ludzki jest bodaj najważniejszy. Bezpieczeństwo stało się przede wszystkim zagadnieniem organizacyjnym. Bódcem, który popchnął sprawę w tym kierunku, był przede wszystkim interes finansowy przedsiębiorstwa. Zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych Am. Półn. postawiono sprawę bardzo wyraźnie w tej płaszczyźnie, że bezpieczeństwo winno dać możliwie duże oszczędności na wydatkach związanych z wypadkowością. Ten finansowy punkt widzenia przyczynił się również do objęcia wspólną organizacją zarówno zapobiegawczej akcji inżyniera bezpieczeństwa jak czynności zrazu czysto reparacyjnej lekarza, opiekującego się ofiarami wypadku. Trudno bowiem nie spostrzec jak poważnie wpływa na wysokość kosztów wypadków jakość pomocy lekarskiej, jej nastawienie i organizacja. Od tych czynników zależy długość leczenia i wynik w postaci mniejszego lub większego ubytku zdolności do zarobkowania, a temsamem wysokość odszkodowania. Akcja mająca zapobiec możliwości wypadku musi być uzupełniona akcją mającą zapobiec poważniejszym ubytkom zdolności do pracy ofiar wypadków. A że choćby najdoskonalsza organizacja bezpieczeństwa potrafi doprowadzić do tego, by wypadków nie było zupełnie, więc życiowo rzecz biorąc właściwa organizacja opieki lekarskiej może dać drugie tyle oszczędności, co właściwe bezpieczeństwo. Ten bieg myśli doprowadził do rozwoju w ramach zakładów pracy przychodni lekarskich ściśle związanych z organizacją bezpieczeństwa. Powołane pierwotnie do udzielenia pierwszej pomocy rozszerzały z czasem swoje pole działania na całokształt opieki higieniczno-lekarskiej nad załogą i warsztatem pracy. Osiągnęły one najwyższy stopień rozwoju w Stanach Zjednoczonych, to też na ich organizacji opieram przedstawienie ich zadań, przyczem zadania te rozpatrywać będą w porządku logicznym, nie historycznym.

1) *Dobór pracowników.* W pierwotnej swej formie, jaką można spotkać i u nas, ta czynność lekarza ma w stosunku do robotnika charakter negatywny.

¹⁾ Referat wygłoszony na I zjeździe Inżynierów Bezpieczeństwa Pracy w dniu 15 grudnia 1933 r.

Chodzi o niedopuszczenie osób, których stan zdrowia nie rokuje wydajnej pracy lub osób posiadających wady, mogące stać się podstawą do roszczeń o odszkodowanie — np. skłonność do ruptury. Takie czyśto obronne postawienie sprawy nie wyczerpuje ani istoty sprawy ani możliwości lekarza. Istota sprawy polega na postawieniu właściwego człowieka na właściwym miejscu. Obecność wady fizycznej nie wyklucza bynajmniej użyteczności gospodarczej danego osobnika. Nauczyliśmy się zatrudniać produkcyjnie nawet wybitnie ułomne grupy ludzkie — niemowy, ślepców i t. p. Ta sprzeczność pomiędzy orzeczeniem lekarza a istotną użytecznością badanego zdyskredytowała w pewnym stopniu tę czynność. Kto jest potrzebny, tego przyjmuje się albo bez badania lub wbrew opinii lekarza. Błąd polega na niewłaściwym określeniu zadań badania lekarskiego. Jak doniosłe znaczenie dobór lekarski posiadać może, o tem poucza statystyka umieralności zawodowej. Nigdy grupy zawodowe nie układają się w szereg zgodnie z wielkością ryzyka dla życia i zdrowia. Umieralność zawodowa bowiem jest wypadkową ryzyka pozazawodowego, tkwiącego w czynniku ludzkim produkcji, i ryzyka zawodowego tkwiącego w istocie i warunkach produkcji. Pierwszorzędny materiał ludzki z dużym ryzykiem może mieć mniejszą umieralność niż bardzo zły materiał ludzki z małym ryzykiem zawodowym. Wynika z tego jednak, że okres życia, okres produktywności człowieka zależy w bardzo znacznym stopniu od jego właściwości fizycznych dostępnych badaniu i co ważniejsze oddziaływaniu lekarskiemu. Ale od badania do orzekania o tem, jak się dany ustrój zachowa w określonych warunkach pracy, jest jeszcze daleko. Na to pytanie lekarz przeciętny odpowiedzi gotowej nie ma lub da odpowiedź niewłaściwą. Dokładnej obserwacji lekarskiej dostępny jest zazwyczaj człowiek poważnie chory w szpitalu lub w domu, w każdym bądź razie w zupełnym oderwaniu od tła zawodowego. Miejsce pracy naogół dla lekarza jest niedostępne. Cóż więc dziwnego, jeżeli lekarz ocenia zdrowego na podstawie doświadczenia zebranego na materiale ciężko chorych, gdy innego doświadczenia nie posiada. W tych warunkach orzeczenie nie może być trafne. Bardzo pouczająca była sprawa oceny zdadności do służby wojskowej osób z wadą serca. Lekarz wzywany do chorych z niedomogą serca znajduje u nich zazwyczaj wadę serca. Spotykając te same objawy u osób w danej chwili nie potrzebujących leczenia uważa ich jednak za niezdatnych do większych wysiłków pomny swoich chorych serco-

wych. Podczas wojny okazało się jednak, że sporo osób z wadą serca zniosło dobrze trudy wojenne, gdy osoby z sercem pozornie zupełnie zdrowym bardzo szybko zachorowały. Zmiana oceny stała się możliwa dzięki temu, że lekarze wojskowi mieli możliwość dokładnej obserwacji, jak różne serca reagują na służbę wojskową. Nieinaczej ma się sprawa z oceną zdolności do pracy zawodowej. Trzeba umożliwić lekarzom bezpośrednią obserwację, jak różne rodzaje pracy oddziaływiają na funkcje ustroju, to znaczy trzeba ich umieścić w obrębie warsztatów pracy, jak to zrobili Amerykanie. Wtedy dobór lekarski nowych pracowników nabiera zupełnie innego znaczenia. Wykluczenie od pracy schodzi na plan ostatni. Mock, jeden z pierwszych lekarzy fabrycznych amerykańskich, określa liczbę odrzuconych na 10%, późniejszy od niego Clark na podstawie własnego doświadczenia podaje 2,8%. Ta różnica obrazuje dokonaną przemianę poglądów na istotę doboru lekarskiego. Wyklucza się obecnie wyłącznie osoby przedstawiające niebezpieczeństwo poważne: 1) *dla siebie* — np. epileptyk na rusztowaniu, 2) *dla towarzyszy pracy* — np. chory zakaźnie, 3) *dla własności fabrycznych* — matołek pracujący z materiałem wybuchowym, mogący spowodować katastrofę. To zwężenie przeciwwskazań do zatrudnienia jest tembardziej słuszne, że zupełnie zdrowych trzeba szukać ze świecą. Pomiędzy zdrowym a chorym niema wyraźnej linii demarkacyjnej. Na to, że pracownicy będą mieli wady fizyczne zgodzić się trzeba, co więcej, trzeba z tego wyciągnąć właściwe konsekwencje — przydzielić ich do zajęć najbardziej odpowiednich, pozwalających im pracować możliwie wydajnie z możliwie najmniejszą szkodą dla zdrowia, oraz zaopiekować się nimi, by istniejące odchylenia od normy bądź usunąć, bądź nie pozwolić im się rozwinąć. Najdalej w tym kierunku posunął się Ford. Kiedy zazwyczaj badanie lekarskie poprzedza zgodzenie do pracy, u niego odbywa się ono po przyjęciu. Ma ono na celu zarejestrowanie istniejących w momencie podjęcia pracy wad i wskazanie rodzaju pracy odpowiadającej możliwościom danego osobnika.

W myśl tych założeń amerykańscy lekarze fabryczni dzielą pracowników na 4 kategorie oznaczone literami ABCD. A oznacza osobnika u którego nie wykryto żadnych wad, zdolnego do pracy we wszystkich działach produkcji, B — osobnika posiadającego wady na tyle nieznaczne, że nie ograniczają jego przydatności do jakiegokolwiek pracy danej fabryki, C — osobnika wykazującego wady ograniczające jego przydatność do niektórych tylko działów pracy. Takiego osobnika nie wolno przenosić na inny oddział bez ponownego badania lekarskiego. D oznacza zupełnie niezdolnych w myśl wskazań powyżej przytoczonych. Takie postawienie sprawy wymaga ze strony lekarza dokładnej znajomości czynności zawodowych i warunków pracy danej fabryki oraz stałej obserwacji całej załogi. Badanie wstępne jest tylko punktem wyjścia opieki higieniczno-lekarskiej nad pracownikami.

Jakie to ma znaczenie dla sprawy bezpieczeństwa? Należyte rozwiązanie doboru oparte między innymi na dokładnym poznaniu stanu zdrowia da zmniejszenie t. zw. obrotu pracowników, zmniejsza zapotrzebowanie na nowe siły. Jest to pierwszorzę-

ny czynnik bezpieczeństwa. Wiadomo ze statystyki wypadkowej w jak wysokim stopniu brak wprawy, brak obeznania z miejscowymi warunkami podnosi liczbę wypadków. Statystyka jednej stalowni amerykańskiej wykazała częstotliwość wypadków na 1000 robotników — 111.3 w pierwszym półroczu zatrudnienia, spadek stopniowy do 19.7 w grupie zatrudnionej 5 — 10 lat, by spaść do zera w grupie pracującej ponad 15 lat. Wspomniałem już o roli czynnika ludzkiego w powstawaniu wypadku. Składają się na to cechy psychofizyczne wrodzone, jak również stany patologiczne nabyte przez pracę — np. zmęczenie — lub poza zawodem. Opanowanie tego czynnika będące główną troską nowoczesnej organizacji bezpieczeństwa wymaga również dokładnej znajomości wad i chorób, z którymi pracownik przystępuje do pracy. Umieszczenie go w odpowiednim oddziale, pouczenie go o stwierdzonych u niego brakach, udzielenie mu wskazówek co do zachowania się przy pracy i poza nią może się wybitnie przyczynić do zmniejszenia wypadkowości. Z drugiej strony dokładna znajomość stanu zdrowia pracownika umożliwia sprawiedliwą ocenę wpływu wypadku na zdolność do zarobkowania. Sprawa ta w orzecznictwie ubezpieczeniowym odgrywa olbrzymią rolę.

2) *Opieka higieniczno-lekarska*. Jest ona logicznym następstwem pozytywnie postawionego doboru lekarskiego, jak go uprzednio scharakteryzowaliśmy. Mało jest znać braki danego robotnika, mało jest znać właściwości i szkodliwości różnych rodzajów pracy, potrzeba jeszcze dłuższej obserwacji i większego doświadczenia, nim lekarz potrafi przepowiedzieć, jak się dana praca na tym osobniku odbije. Stała opieka jest więc warunkiem trafnego doboru. Warunki pracy są na tyle zmienne i różnorodne, że wogóle taka przepowiednia musi być traktowana krytycznie. Niezawsze wystarczy badanie jednorazowe. Sprawę rozstrzygnie eksperyment życiowy — podjęcie pracy pod kontrolą lekarza. Ciągłość obserwacji konieczna jest dalej dlatego, że w stanie zdrowia zachodzą zmiany zarówno na korzyść jak na niekorzyść. Pierwotna kwalifikacja będzie ulegała rewizji. Każda praca posiada swe szkodliwości zagrażające najzdrowszemu a tembardziej człowiekowi już obciążonemu jakąś wadą. Nie wystarczy obserwacja, winna być rozłoczona opieka, by o ile możliwości usunąć istniejące braki a przede wszystkim przyczyny tych braków, zwłaszcza o ile mieszczą się w obrębie zakładu pracy.

Ta obserwacja i opieka odbywa się drogą okresowych badań lekarskich, które łącznie z wynikiem badania pierwszego dają obraz dynamiki stanu zdrowotnego załogi. Na tej podstawie możliwe jest dochodzenie przyczyn powodujących schorzenia jak również udzielanie wskazówek dostosowanych ściśle do potrzeb i możliwości poszczególnego przypadku czyli propaganda higieniczna indywidualizowana, najbardziej skuteczna. Jak potężnym czynnikiem zdrowotnym może być taka propaganda — tego dowodzi doświadczenie Metropolitan Life Insurance Co w N. Yorku, największej ubezpieczalni na życie. Dzięki szeroko zakrojonej akcji propagandowej opartej o coroczne badania lekarskie, ekspektatywa życia ubezpieczonych w ciągu lat 17 wzrosła o 9 lat, gdy poprawa wśród ogółu ludności Stanów Zjednoczonych wyniosła 5 lat. Te dodatkowe 4 lata dały ubezpieczalni

czysty zysk 23 milionów dol. Rozwój stałej opieki higienicznej w przemyśle amerykańskim jest jedną z głównych przyczyn dużego zmniejszenia się liczby dniówek straconych z powodu choroby. Oceniał te straty w r. 1909 znany ekonomista Irving Fischer na 13 dni na głowę i rok. W latach 1913 — 15 ankieta obejmująca milion robotników wykazała 9 dni. W latach dwudziestych Dublin, statystyk Metropolitan Life Insurance, doliczył się tylko 7 — w stosunku do danych Fishera spadek prawie do połowy. Że mamy tu przed sobą w dużym stopniu wynik okresowych badań lekarskich i związanej z nimi propagandy tego dowodzi następujący przykład z doświadczenia Life Extension Institute. Grupa 596 robotników przy pierwszym badaniu dała 594 wad, przy drugim badaniu stwierdzono zmniejszenie wad o 58.2%.

Zasadniczo okresowemu badaniu podlegać winna cała załoga, conajmniej zaś następujące kategorie: 1) nowoprzyjęci — celem wyjaśnienia stopnia ich przystosowania do nowych warunków pracy, 2) pracownicy choćby kategorii A narażeni na określone ryzyko — np. zatrucia, celem niedopuszczenia do poważniejszego schorzenia, 3) pracownicy kategorii C, choćby nie narażeni na określone ryzyko, — celem wyjaśnienia tendencji rozwojowej wykrytych u nich wad i schorzeń oraz skuteczności udzielonych im zaleceń, 4) młodociani — celem kontroli wpływu pracy na ich rozwój fizyczny, 5) każdy pracownik powracający do pracy po chorobie — celem stwierdzenia, czy zaszły zmiany w jego zdolności do pracy oraz celem rejestracji schorzeń, któremu uległ.

Związek pomiędzy tą czynnością lekarza fabrycznego a bezpieczeństwem jest ten sam, jak omawiany przy doborze. Dopiero dobór łącznie ze stałą opieką lekarską może dać omówioną uprzednio stabilizację zatrudnienia i opanowanie znacznej części momentów składających się na udział czynnika ludzkiego w powstaniu wypadku. Okresowe badania mają poza tym pierwszorzędne znaczenie dla zapobiegania chorobom zawodowym, które w coraz większej liczbie państw są objęte ubezpieczeniem wypadkowym. Akcja uświadamiająca lekarza, związana z badaniem, winna obejmować również propagandę bezpieczeństwa. Słowo lekarza, który zdobył sobie zaufanie załogi skuteczną radą lub korzystną interwencją na rzecz robotnika u właściwych czynników, posiada duży ciężar gatunkowy.

3) *Nadzór lekarski nad zakładem pracy.* Czynność ta znowuż uzupełnia poprzednie. Drogą inspekcji okresowych i doraźnych lekarz winien zanalizować dokładnie szkodliwość robót wykonywanych, ustalić profile szkodliwości zawodowych, które pozwolą mu kierować robotników do odpowiednich zajęć. Inspekcje doraźne będą miały na celu wyjaśnienie przyczyny schorzenia na tle zawodowym i szukanie sposobów zaradczych. Jest to w dziedzinie chorób zawodowych odpowiednik dochodzenia wypadkowego. Inspekcje okresowe odgrywają rolę podobną, jak rewizja techniczna zakładu dokonywana przez inżyniera bezpieczeństwa. Chodzi o nadzór nad stanem wszelkich urządzeń ochronnych mających zabezpieczyć załogę przed chorobą, zapewnić możliwie wysoki poziom ogólnej higieny zakładu. Ta czynność uzupełnia czynność inżyniera bezpieczeństwa. Cały szereg czynników o dużym znaczeniu dla higieny ma ta-

kie same znaczenie dla bezpieczeństwa, jak ogólna czystość i ład, oświetlenie, kontrola temperatury, zwalczanie zapylenia powietrza i t. p. To też jaknajściślej współpraca lekarza z inżynierem bezpieczeństwa i kierownikami ruchu rozumie się sama przez się.

4) *Pierwsza pomoc.*

Jest to podstawowy dział pracy lekarskiej, który był punktem wyjścia dla organizacji opieki lekarskiej w przemyśle amerykańskim. Każdy wypadek, który nie jest śmiertelny wymaga możliwie natychmiastowej pomocy. Dwa są niebezpieczeństwa, niedopuszczające zwłoki: możliwość skrwawienia i możliwość zakażenia rany. Czas odgrywa tu decydującą rolę. Wynika stąd, że na miejscu być muszą odpowiednie środki pomocy i personel, który umie je zastosować.

Niemniej istotnym czynnikiem jak szybkość jest prawidłowość udzielonej pomocy, zwłaszcza o ile chodzi o zapobieganie zakażeniu. Grozi ono każdemu uszkodzeniu całości powłok ciała niezależnie od jego ciężkości. Według danych amerykańskich około 15% wszelkich skałceń jest zakażonych. Zakażenie przedłuża okres leczenia średnio 4-krotnie w porównaniu z raną jałową, wymaga nierzadko poważniejszych zabiegów do amputacji włącznie, zmniejsza szanse odzyskania pełnej zdolności do pracy. Tymczasem kompetentna pierwsza pomoc, udzielona w pierwszej godzinie po wypadku, zabezpiecza w 99% przed tą komplikacją.

To też zapobieganie zakażeniu przyrannemu stało się jednym z głównych zadań lekarza fabrycznego, zważywszy z jednej strony powagę tej komplikacji, z drugiej możliwość zupełnego jej opanowania.

Tylko obecność lekarza w obrębie fabryki pozwala pogodzić żądanie natychmiastowej pomocy z żądaniem by była kompetentna. Potrzebny jest również personel pomocniczy dobrze wyszkolony, pracujący pod stałą kontrolą lekarza. Jest on potrzebny, bo pierwsza pomoc musi być zdecentralizowana nawet w obrębie zakładu pracy.

Chcąc zupełnie opanować zakażenie, należy opatrzyć każdą najdrobniejszą ranę. Takich drobnych uszkodzeń jest mnóstwo. Nie są one zazwyczaj rejestrowane, bo powodują niedużą stratę czasu. Trzeba pomnożyć liczby wypadków zgłoszonych przez 30, by otrzymać w przybliżeniu wyobrażenie o rzeczywistej liczbie uszkodzeń. Trzeba je opatrzyć wszystkie, bo nie wiadomo, które ulegną zakażeniu. Możliwe to jest tylko przez takie rozstawienie punktów pierwszej pomocy, by opatrunek łącznie z drogą nie zabierał więcej niż 15 minut, inaczej odejście od pracy uszkodzonych spowodowałoby zbyt wielkie straty czasu. Lekarz sam nie dałby więc rady. Jednak personel pomocniczy musi mieć ścisłą instrukcję, co mu wolno i czego mu nie wolno robić. Każdy przypadek, wykraczający poza ramy instrukcji, przesłany jest do lekarza po założeniu opatrunku tymczasowego. Taka organizacja daje doskonałe wyniki.

Skuteczność dobrej organizacji pierwszej pomocy nie ogranicza się bynajmniej do zwalczania zakażenia przyrannego. Wogóle dalsze losy chorego a zwłaszcza widoki na szybki powrót do normy zależą w najwyższym stopniu od tego, kto i kiedy udzielił pierwszej pomocy.

dzenia z dn. 15 października 1923 r.; 7) rozporządzenie z dnia 10 listopada 1920 r. o unieruchomieniu zakładów pracy, zaopatrujących ludność w gaz, wodę i elektryczność, ponadto następujące ustawy wydane poprzednio przez rząd narodowo-socjalistyczny a dotyczące zagadnień objętych przedstawioną tu ustawą: 1—2) ustawa z dnia 4 kwietnia 1933 r. o przedstawicielstwach zakładu pracy i o zreszeniach gospodarczych (z wyjątkiem art. III i V) wraz z rozporządzeniami i nowelą z dn. 26 września 1933 r., 3) ustawa z dn. 19 maja 1933 r. o powiernikach pracy wraz z rozporządzeniem wykonawczym i ustawa z dn. 20 lipca 1933 r. o przekazaniu zadań rozjemców powiernikom pracy, oraz 4) ustawa z dn. 18 maja 1933 r. o ławnikach w sądach pracy i władzach rozjemczych oraz o fachowych wydziałach w chałupnictwie.

Wreszcie ustawa zawiera szereg zmian w tekstach ustawy o sądach pracy, ustawy o czasie pracy oraz rozporządzenia o czasie pracy w piekarniach (pieczywa i wyrobów cukierniczych) (Rozdział siódmy).

Seweryn Horszowski.

Załatwianie zatargów zbiorowych w przemyśle i handlu, zagrożających ogólnopństwowym interesom gospodarczym.

Mieliśmy na tem...

czenia, przepisy o uchyleniu orzeczenia przed terminem i przepisy o nadaniu orzeczeniu mocy powszechnie obowiązującej.

Rozporządzenie ustala przedewszystkiem zasady, na jakich może nastąpić uruchomienie nadzwyczajnej komisji rozjemczej. Jak wiadomo, poddanie zatargu załatwieniu przez nadzwyczajną komisję rozjemczą wymaga uchwały Rady Ministrów, powziętej na wniosek Ministra Opieki Społecznej. Wniosek taki—jak to obecnie ustala rozporządzenie—zostaje zgłoszony przez Ministra Opieki Społecznej albo z własnej inicjatywy albo w razie uwzględnienia podania zainteresowanych osób lub organizacji. Występując z podaniem, należy przedstawić, dlaczego zatarg zasługuje na rozpatrzenie przez nadzwyczajną komisję rozjemczą, przyczem rozporządzenie wskazuje przykładowo anijstotniejsze przesłanki, pozwalające uznać doniosłość zatargu, a mianowicie liczbę zainteresowanych pracowników, znaczenie ogólnogospodarcze gałęzi pracy, objętej zatargiem i skutki gospodarcze wstrzymania pracy.

Doniosłe znaczenie ma sposób ukonstytuowania stron, przewidziany przez rozporządzenie. Po stronie pracodawców rozporządzenie dopuszcza zarówno poszczególnych pracodawców, jak i ich związki; kwestja ta zresztą nie budziła nigdy wątpliwości. Natomiast po stronie pracowniczej rozporządzenie ustala nowe zasady ukonstytuowania się przedstawicielstwa strony. Rozporządzenie uznaje w zasadzie, jako stronę zawsze dopuszczoną do postępowania, związki zawodowe pracownicze. Jedyne jako wyjątkowe odstępstwo od tej zasady komisja może przeprowadzić orzeczenie bez udziału związków, o ile związki zawodowe uchylą się od postępowania, albo też, o ile wogóle nie istnieją na terenie, objętym zatargiem. W tych wypadkach pozostawione jest uznaniu komisji, czy komisja ma wydać orzeczenie zaocznie, czy też dopuścić w charakterze uczestnika zatargu delegację pracowniczą. O ile dopuszczona ma być delegacja pracownicza, winna ona złożyć dowody, wykazujące, w jaki sposób została wyłoniona. Dowody te powinny być zaopiniowane przez właściwego inspektora pracy. Z przepisu tego wynika, że nie każda delegacja zostanie dopuszczona do postępowania jako uczestnik.

Na skutek uchwały Rady Ministrów nadzwyczajną komisję rozjemczą powołuje Minister Opieki Społecznej. Konsekwencją tego postanowienia jest powierzenie Ministrowi Opieki Społecznej pewnych uprawnień w zakresie nadzoru nad działalnością komisji, które sformułowane zostały zresztą w sposób ostrożny, odnośny przepis bowiem postanawia, że Minister Opieki Społecznej

„czuwa nad działalnością nadzwyczajnej komisji rozjemczej, zwłaszcza nad niezależnością obrad komisji od wpływów postronnych, tudzież nad sprawnością jej urzędowania”.

Działalność nadzwyczajnej komisji rozjemczej powiązana jest technicznie z siecią inspekcji pracy. W szczególności właściwy okręgowy inspektor pracy udziela komisji, na wniosek przewodniczącego, wszelkich środków technicznych, potrzebnych do urzędowania komisji, użycza jej lokalu oraz przydziela urzędnika w charakterze sekretarza.

Postępowanie przed komisją jest wolne od wszelkich opłat. Czynności członka komisji wykonywane są honorowo, jednak funkcjonariusze publiczni korzystają w czasie działalności komisji z uprawnień, przysługujących w wypadkach delegacji urzędowych.

Rozporządzenie określa dokładnie skład kompletu komisji, przyczem precyzuje ogólnikowe dotychczas postanowienia co do udziału przedstawicieli stron w charakterze członków komisji. Należy mieć na względzie, że odnośny przepis dekretu wymienia jedynie ogólnikowo „ławników, powołanych przez przewodniczącego Komisji Rozjemczej w równej liczbie spośród osób, zgłoszonych przez przedstawicielstwa pracodawców i pracowników”. Tę ogólną zasadę rozwija obecnie rozporządzenie, przyczem wprowadza do Komisji dwa typy ławników — na podobieństwo zresztą komisji rozjemczych w b. dzielnicy pruskiej. W szczególności do Komisji wchodzić będą ławnicy powołani w równej liczbie (nie przekraczającej 4-ch) przez przewodniczącego Komisji ze stałej listy kandydatów, zgłoszonych przez izby przemysłowo-handlowe oraz najliczniejsze zrzeszenia pracowniczych związków zawodowych. W celu ustalenia takiej listy Minister Opieki Społecznej zwraca się raz na 3 lata do zainteresowanych instytucji o przedstawienie kandydatów na ławników z każdej z najważniejszych gałęzi przemysłu i handlu. W ten sposób zapewniony jest udział w komisji w charakterze ławników reprezentantów najważniejszych instytucji gospodarczych, co daje gwarancję powagi i obiektywizmu tych ławników.

Ponieważ jednak konieczne jest zapewnienie udziału w komisji elementu najbardziej zainteresowanego w zatargu, obok ławników powołanych z listy stałej, przewidziane jest powoływanie ławników spośród kandydatów, zgłoszonych przez samych uczestników zatargu. W razie uchylenia się uczestników od zgłoszenia kandydatów na ławników niestałych, a także w przypadku, gdy uczestnikiem jest delegacja pracownicza, ławników niestałych powołuje przewodniczący spośród osób, odpowiadających warunkom,

przewidzianym dla ławników, a należących do właściwej grupy zawodowej.

Rozporządzenie ustala zasadę, że na ławnika nadzwyczajnej komisji rozjemczej może być powołany ten, kto posiada odpowiednie warunki, aby być powołanym na ławnika sądu pracy.

W zasadzie nie jest dopuszczalne uchylene się od objęcia stanowiska ławnika i w wypadku, gdy ławnik uchylił się od wykonywania czynności, komisja nie powołuje zastępcy, lecz orzeka w zmniejszonym komplecie. Wyjątek od tej zasady zachodzi tylko w odniesieniu do ławników, powołanych bezpośrednio przez przewodniczącego bez uprzedniego przedstawienia ich kandydatury przez zainteresowane organizacje.

Wszyscy członkowie komisji, przed objęciem czynności, składają uroczyste przyrzeczenie, którego treść dostosowana jest do przepisu art. 4 dekretu z 27 października 1933 roku, a w szczególności przyrzekają sumienne i bezstronnie spełniać powierzone im czynności, kierować się przy stosowaniu istniejących przepisów i wykładni zobowiązań ogólnymi zasadami prawa i słuszności, przy ustalaniu zaś nowych warunków pracy uwzględniać interesy pracodawców i pracowników zgodnie z przeświadczeniem słuszności, biorąc pod uwagę potrzeby dobra publicznego i gospodarstwa społecznego. Od obowiązku złożenia uroczystego przyrzeczenia zwolnieni są jedynie funkcjonariusze pań-

6
12

nie nastąpi, odbywa się pełna rozprawa merytoryczna, rozpoczęta referatem jednego z członków komisji. Komisja może badać świadków i biegłych, ewentualnie nawet ich zaprzysięgać, może zasięgać informacji od władz i urzędów, obowiązana jest jednak zastrzec poufność tajemnic handlowych i technicznych. Rozporządzenie zawiera odesłanie w zakresie postępowania dowodowego do przepisów kodeksu postępowania cywilnego. Po postępowaniu dowodowym składane są oświadczenia ostateczne stron, które obowiązane są na żądanie przewodniczącego określić swoje stanowisko we wszystkich kwestiach, związanych z zatargiem. Po zamknięciu rozprawy odbywa się narada, która jest tajna. Orzeczenie komisji zapada większością głosów. Głos przewodniczącego rozstrzyga tylko przy równej ilości głosów. Jest to zasada stosowana dotychczas w komisjach rozjemczych w b. dzielnicy pruskiej. Zasada ta zmusza przewodniczącego do zapewnienia sobie dla przeprowadzenia wniosku kompromisowego głosów ławników albo jednej albo drugiej strony. Zasada ta w r. 1929 została w Niemczech przełamana, przyczem wprowadzono inną zasadę, że przewodniczący (Schlichter) może sam zdecydować o treści orzeczenia, byleby stanowisko jego mieściło się w granicach stanowisk ławników obu stron. Zasada niemiecka doprowadziła w konsekwencji do zupełnego skasowania komisji rozjemczych i wyłączenia z zagadnień tych czynnika obywatelskiego. Natomiast rozporządzenie polskie jak najusilniej pragnie zapewnić udział czynnika obywatelskiego w postępowaniu komisji. Szczególnym wyrazem tej tendencji jest przepis § 37 rozporządzenia, w myśl którego, jeżeli część uczestników uchyli się od przedstawienia kandydatów na ławników, albo jeżeli część ławników jednej ze stron uchyli się od udziału w komisji, wówczas ilość ławników strony przeciwnej zostaje tak zmniejszona, aby po obu stronach ilość ich była równa. Innymi słowy, ci ławnicy, którzy chcą brać udział w komisji, będą mogli w dalszym ciągu w komisji uczestniczyć. Rozporządzenie wykonawcze nie wykorzystало tutaj możliwości wyłączenia wogóle wszystkich ławników od udziału w komisji.

W sądzie orzeczenie powinno być podpisane przez wszystkich członków komisji. Ponieważ jednak w komisjach rozjemczych zachodziły wypadki, iż ławnicy jednej ze stron, demonstrując przeciwko treści orzeczenia, odmawiali podpisania orzeczenia i zachodziła wątpliwość, czy orzeczenie bez właściwych podpisów jest ważne, rozporządzenie wprowadza zasadę uzupełniającą, a mianowicie, gdyby niektórzy członkowie

komisji odmówili podpisania orzeczenia, jest ono ważne, jeżeli zostanie podpisane przez większość członków komisji, a w tej liczbie przez wszystkich członków, powołanych przez ministrów; jedynie przewodniczący winien uczynić na orzeczeniu odpowiednią wzmiankę o przyczynach odmowy.

Po wydaniu orzeczenia przewodniczący podaje je stronom do wiadomości, doręcza im w ciągu 4-ch dni orzeczenie wraz z motywami na piśmie, wzywa strony do przyjęcia orzeczenia oraz wyznacza termin zależnie od nagłości sprawy na zgłaszanie sprzeciwów. Jak wiadomo, w myśl art. 3 dekretu z dn. 27.X. 1933 roku orzeczenie nabiera mocy prawnej jeżeli jest przyjęte przez uczestników zatargu, lub jeżeli Minister Opieki Społecznej zatwierdzi orzeczenie. Orzeczenie przyjęte przez uczestników ma moc układu zbiorowego i pociąga skutki wskazane w art. 5 dekretu z dn. 27.X. 1933 r. Uczestnicy, którzy uważają, iż orzeczenie narusza ich prawa lub interesy, mogą wnieść sprzeciw przeciwko orzeczeniu za pośrednictwem przewodniczącego komisji. Sprzeciw niema charakteru t. zw. środka prawnego (apelacji lub kasacji), lecz jedynie stanowi materiał dla Ministra Opieki Społecznej przed powzięciem przez niego decyzji co do zatwierdzenia orzeczenia.

Osobny rozdział rozporządzenia poświęcony jest postępowaniu, zmierzającemu do uchylenia orzeczenia przed terminem. Podstawa prawna tego przepisu mieści się w art. 8 dekretu z dn. 27.X. 1933 r. W szczególności dekret wykorzystał doświadczenie ustawodawstwą niemieckiego o przedterminowej możliwości uchylania orzeczeń. Wielka zmienność stosunków gospodarczych zmusza czynniki rządowe do zapewnienia sobie szczególnych pełnomocnictw na wypadek kompletnej zmiany układu warunków gospodarczych. Zasada ta, znana w prawie cywilnym jako t. zw. klauzula rebus sic stantibus, wprowadza się do możliwości poddania rewizji stosunków, utrwalonych w jakimś układzie cywilnym, przed jego expiracją na skutek zmiany stosunków gospodarczych. W zakresie stosunków publicznych oczywiście przeprowadzenie takiej zasady bez osobnego przepisu nie jest możliwe i postanowienia o uchyleniu orzeczenia przed terminem właśnie stanowią realizowanie tej zasady. Wniosek o uchylenie orzeczenia przed wpływem terminu może zgłosić każdy z uczestników zatargu, zakończony orzeczeniem. O zgłoszeniu wniosku Minister Opieki Społecznej zawiadamia wszystkich uczestników zainteresowanych i udziela im terminu, nie krótszego niż 14 dni, na zakomunikowanie swego stanowiska, po-

czem; działając w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu, może uchylić orzeczenie, o ile uzna, że warunki gospodarcze od czasu wydania orzeczenia uległy zasadniczej zmianie.

Art. 9 rozp. Prez. Rzeczp. z dnia 27.X. 1933 r. zawiera postanowienie o nadawaniu orzeczeniom nadzwyczajnej komisji mocy powszechnie obowiązującej. Nadania takiego udziela Rada Ministrów, jeżeli Minister Opieki Społecznej zgłosi odpowiedni wniosek w związku z podaniem jednego z uczestników postępowania rozjemczego. Nadanie może nastąpić po uznaniu, że orzeczenie posiada gospodarczo przeważające znaczenie w gałęzi pracy, objętej tem orzeczeniem, i następuje w odniesieniu do danej gałęzi pracy na całym obszarze, dla którego orzeczenie zostało wydane, lub na części tego obszaru, na której uzyskało ono przeważające znaczenie. Po nadaniu mocy powszechnie obowiązującej wszystkim pracodawców i pracowników obowiązują stosowanie orzeczenia do indywidualnych umów o pracę.

W wykonaniu tego przepisu rozporządzenie wykonawcze postanawia, że o nadanie mocy powszechnie obowiązującej może zwrócić się każdy z uczestników zatargu. Petent winien udowodnić, że orzeczenie posiada gospodarczo przeważające znaczenie w danej gałęzi pracy na obszarze, dla którego orzeczenie ma uzyskać moc powszechnie obowiązującą, a w szczególności podać, jaki jest stosunek ilościowy zakładów, objętych orzeczeniem, i pracowników w nich zatrudnionych do zakładów i pracowników w gałęzi pracy i na obszarze, którego dotyczy żądanie nadania mocy powszechnie obowiązującej.

O zgłoszeniu podania podaje się do wiadomości publicznej w drodze obwieszczenia w Monitorze Polskim. Przeciw nadaniu orzeczeniu mocy powszechnie obowiązującej każda osoba zainteresowana może wnieść za pośrednictwem właściwego okręgowego inspektora pracy w ciągu dni 14-tu od daty ogłoszenia obwieszczenia sprzeciw od Ministra Opieki Społecznej. O ile Minister Opieki Społecznej uzna sprzeciwy za nieuzasadnione, występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie orzeczeniu mocy powszechnie obowiązującej.

J. W.

Wychowanie fizyczne kobiet pracujących.

W ciągu 1933 r. Ministerstwo Opieki Społecznej podjęło sprawę wychowania fizycznego kobiet pracujących — w pierwszym rzędzie robotnic fabrycznych.

Do akcji tej Ministerstwo przystąpiło z inicjatywą właściwego organu fachowego — Państwowego urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, uważając, że jest to akcja niezmiernie celową z punktu widzenia ochrony zdrowia robotnicy.

Warunki bowiem pracy we współczesnym przemyśle wpływają niezmiernie ujemnie na zdrowie pracowników wogóle, szczególnie zaś na mniej odporny fizycznie, a więcej pobudliwy nerwowo organizm kobiety.

Robotnica narażona jest na szkodliwe działanie najrozmaitszych czynników w poszczególnych gałęziach produkcji. Wskutek mechanizacji i automatyzacji pracy, zmuszona jest często w ciągu całego dnia pracy do jednostajnych, wciąż powtarzających się ruchów. Niejednokrotnie pracuje w niewłaściwej, zniekształcającej jej figurę, pozycji. Wy-czerpuje się pracą nadmierną, uwarunkowaną, czy to wysoką normą, czy szybkim ruchem maszyny, czy też poprostu stosowanym dziś najczęściej systemem akordowym płac, który, przy niewysokiej stawce płacy, zmusza ją do pracy nieraz ponad siły.

Równocześnie ta sama robotnica, po powrocie do domu, nie może reszty czasu wolnego od pracy w fabryce przeznaczyć na odpoczynek, sytuacja jej bowiem w społeczeństwie i rodzinie zmusza ją do dodatkowej, również wyczerpującej pracy w gospodarstwie, przy wychowywaniu dzieci, sprzątanii, gotowaniu, praniu, czy innych gospodarskich zajęciach.

Stąd też tembardziej wynika konieczność przeciwdziałania ujemnym skutkom pracy zawodowej, celem utrzymania robotnicy przy zdrowiu i sprawności życiowej.

Państwowy urząd W. F. i P. W. wyszedł z założenia, że jednym z najskuteczniejszych środków zapobiegawczych przeciwko fizycznej degeneracji kobiety — są ćwiczenia ruchowe. Poza dobroczynnym wpływem na ustrój, t. j. na działalność serca, płuc, krążenie krwi, przemiany materji, wytrzymałość mięśni; ćwiczenia te (t. j. gry, zabawy, wszelkiego rodzaju wycieczki, pływanie i t. p.) mają również znaczenie dla kształtowania się psychiki kobiety pracującej, dają jej chwile wesela i zapomnienia o troskach i kłopotach.

Wychowanie fizyczne pracownic fabrycznych, ujęte pod tym kątem widzenia, ma charakter akcji profilaktycznej, mającej na celu ochronę zdrowia robotnicy i higienę jej pracy. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawność fizyczna robotnic, jak i ich nastrój psychiczny ma duży wpływ na wydajność ich pracy, zarówno ilościową jak i jakościową. To też idea wychowania fizyczne-

jeżeli ma dać maksimum wyników. Musi więc istnieć ścisły kontakt pomiędzy lekarzem fabrycznym a organizacją leczniczą kasową. I to zadanie spełni łatwiej lekarz włączony do ogólnej organizacji lekarskiej ubezpieczeń społecznych. Z drugiej strony istotnym warunkiem sukcesu jest łatwy dostęp lekarza do warsztatu pracy i ścisły kontakt z administracją fabryczną. O to byłoby łatwiej lekarzowi wchodzącemu w skład organizacji fabrycznej. Jednak sądzę, że wspólny interes obu stron winien umożliwić taką współpracę również lekarzowi kasowemu, odpowiednio dobranemu. W Ameryce również nie wszystkie zakłady mają własną organizację lekarską, cały ich szereg korzysta z sieci lekarskiej Life Extension Institute. Istnieją również niejako kooperatywy kilku drobniejszych zakładów, które tworzą dobrowolnie

coś w rodzaju naszych kas chorych z silnym podkreśleniem funkcji zapobiegawczych. Jeżeli obie strony spojrzą na zagadnienia pod właściwym kątem widzenia — wspólnego interesu — nie widzę przeszkód istotnych, by i u nas zapewnić pracownikom korzyści wynikające z zapobiegawczej organizacji lekarskiej związanej ściśle z warsztatem pracy. Że jest to droga właściwa, na którą później czy wcześniej wkroczyć będziemy musieli, o tem przekonuje mnie fakt, że zarówno w Stanach Zjedn., reprezentujących przynajmniej do niedawna organizację ultrakapitalistyczną, jak w Sowietach znajdujących się na drugim krańcu organizacji społeczeństwa — na tych przychodniach fabrycznych współpracujących ściśle z organizacją bezpieczeństwa oparto cały gmach bezpieczeństwa i higieny pracy.

M A T E R J A Ł Y

wana jest tylko w instrukcji dla ubezpieczalni i nie będzie tu bliżej omówiona. Wspomniana instrukcja normuje również kwestię wymiaru świadczeń pieniężnych ubezpieczenia chorobowego. Należy podkreślić, że instrukcja ta, mimo pewnych powierzchownych usterek i niedociągnięć, wynikłych wyłącznie wskutek nadmiernie krótkiego czasu dla jej opracowania, i łatwych do usunięcia przy wydaniu jej, jako już nie tymczasowej, stanowi pierwszą u nas tego rodzaju gruntowną, logicznie powiązaną i wyczerpującą kodyfikację technicznego trybu prowadzenia zasadniczych agend instytucji ubezpieczeń społecznych i jako taka posiada trwałą i doniosłą wartość.

Ustalanie zakresu ubezpieczenia i założenie ewidencji oparte jest na zgłoszeniach pracowników i zakładów pracy.

Zgłoszenia indywidualne pracowników, przyjętych do ubezpieczenia, dokonywać winien pracodawca bezpośrednio po przyjęciu (w ciągu 7 wzgl. 10 dni); pracowników, pozostających w zatrudnieniu w dniu wejścia w życie ustawy należy również zgłosić w terminie 14-dniowym, bez względu na poprzednie zgłoszenie ich we właściwych instytucjach (ponowne zgłoszenie jest konieczne ze względu na wyżej wspomniane nieprzejmowanie agend ewidencyjnych likwidowanych instytucji). Zgłoszenia zawierają wszystkie dane niezbędne dla ustalenia zakresu ubezpieczenia. Zgłoszenia te, do ustalenia tego zakresu, podpisane przez pracownika, podpisane jest w imieniu pracownika winien ot

1.VII do 30.IX pracownik może żądać wpisania do swej legitymacji przebiegu swego ubezpieczenia emerytalnego z ostatnich 2 lat, przyczem również przysługuje mu prawo wnoszenia reklamacyj i odwoływania się od decyzji odmownych. Nadanie wpisom dokonywanym przez ubezpieczalnię w legitymacji ubezpieczonego charakteru niejako decyzji administracyjnych, mogących być przedmiotem postępowania odwoławczego, było niezbędne wobec tego, że wszelkie zgłoszenia są dokonywane i podpisywane przez samego pracodawcę i pracownik nie ma możliwości kwestjonować ustaleń, dokonanych przez instytucję zgodnie z temi zgłoszeniami.

Równocześnie ze zgłoszeniem pracowników obowiązany jest pracodawca dokonać zgłoszenia zakładu pracy w razie jego założenia wzgl. zatrudnienia pracowników po raz pierwszy. Zgłoszenia zakładów już istniejących mają być dokonane w ciągu 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Formularz zgłoszenia obejmuje dane, posiadające istotne znaczenie dla późniejszych stosunków ubezpieczalni z pracodawcą (charakter osób prawnych, odpowiedzialność, forma podpisów na aktach prawnych i t. p.). Razem ze zgłoszeniem przesyła pracodawca opis zakładu pracy na odpowiednim dla swego przedsiębiorstwa kwestjonariuszu. Opis ten jest pod-

botników portowych ogólne przepisy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, inwalidztwa, starości i śmierci oraz o ubezpieczeniu od wypadków. Natomiast robotnicy portowi nie podlegają przepisom ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Wreszcie rozporządzenie zawiera postanowienia karne za przekroczenie jego przepisów.

Rozporządzenie o pracy robotników portowych w Gdyni wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 1934 roku.

N I K A

szłego jednego Sądu Pracy, gdyż umożliwi należyte i równomierne zatrudnienie zarówno wszystkich sędziów jak i urzędników sądowych, co obecnie przy istnieniu trzech Sądów Pracy nie jest możliwe. Wobec bowiem stałych zmian konjunktury, zachodzących w przemyśle i handlu w różnych dzielnicach miasta, utrzymanie równego podziału czynności w trzech Sądach Pracy nie da się zachować. Podane poniżej zestawienie statystyczne wykazuje, jak różne jest obciążenie trzech Sądów Pracy w Warszawie.

Sądy Pracy:	Wpływ w 1932 r.		Wpływ w I półroczu 1933 r.		Wpływ za cały 1933 r. (przypuszcz.)	
„Warszawa I” . .	C. 1931	K. 222	C. 887	K. 64	C. 1774	K. 128
„Warszawa II” . .	C. 1943	K. 149	C. 797	K. 56	C. 1594	K. 112
„Warszawa III” . .	C. 2146	K. 110	C. 1161	K. 38	C. 2322	K. 76

Wreszcie za scaleniem trzech obecnych Sądów Pracy w jeden przemawiają dziś tak ważne względy oszczędnościowe; oszczędności te zostaną obecnie osiągnięte na wydatkach na komorne, światło i opał, i wyrażą się w sumie przeszło 10.000 złotych w stosunku rocznym.

*

Na marginesie tych informacji wyrażamy przekonania, że znajomość praktyki i

PRZEGLĄD USTAWO

Nadzwyczajne Komisje Rozjemcze dla załatwiania zatargów zbiorowych pomiędzy pracodawcami a pracownikami w przemyśle i handlu.

Na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 27.X.1933 r., ogłoszonego w Dzienniku Ustaw R. P. Nr. 82 poz. 604, świat pracy uzyskuje nową doniosłą instytucję państwowo - społeczną w postaci Nadzwyczajnych Komisji Rozjemczych, ustanowionych do załatwiania zatargów zbiorowych w przemyśle i handlu. Komisje te będą powoływane przez Ministra Opieki Społecznej, po powzięciu przez Radę Ministrów uchwały na wniosek tegoż Ministra co do poddania załatwienia zatargu orzeczeniu Komisji. Uchwała Rady Ministrów zapada w razie, gdy polubowne załatwienie zatargu zbiorowego w przemyśle, górnictwie, handlu, komunikacji lub w zakładach użyteczności publicznej okazuje się niemożliwe, a zatarg nabiera charakteru, zagrożającego ogólnopństwowym interesom gospodarczym. Nadzwyczajna Komisja Rozjemcza, wydając orzeczenie, powinna się kierować — jak stanowi rozporządzenie — ogólnymi zasadami prawa i słuszności, przy ustalaniu zaś nowych warunków pracy uwzględniać interesy pracodawców i pracowników zgodnie z przeświadczeniem słuszności, biorąc pod uwagę potrzeby dobra publicznego i gospodarstwa społecznego. Orzeczenie Nadzwyczajnej Komisji Rozjemczej może uzyskać, po uznaniu przez Radę Ministrów, że posiada gospodarczo przeważające znaczenie w gałęzi pracy, objętej tem orzeczeniem, moc obowiązującą w tej gałęzi pracy na całym obszarze, dla którego zostało wydane, lub na części tego obszaru, na której uzyskało ono przeważające znaczenie. W skład Nadzwyczajnej Komisji Rozjemczej wchodzi: przewodniczący, wyznaczony przez Ministra Opieki Społecznej, członek, wyznaczony przez Ministra Sprawiedliwości, członek, wyznaczony przez ministra właściwego ze względu na gałąź pracy — oraz ławnicy, powołani przez przewodniczącego Komisji w równej liczbie z pośród osób, zgłoszonych przez przedstawicielstwa pracodawców i pracowników.

ZALEGŁOŚCI PRACODAWCÓW

Opinji publicznej podawane są stale sugestje, iż obciążenia życia gospodarczego na rzecz ubezpieczeń społecznych — są nadmierne. Każda trudność w pracy przedsiębiorstw — z reguły, przypisywana jest ciężarom ubezpieczeniowym.

Przyznać należy, iż kierownicy t. zw. sfer gospodarczych w sposób nieraz mistrzowski — wykorzystują każdą sposobność — by opinia ta była ciągle żywa i aktualna.

Poza akcją prasową, uchwałami zebrań, zjazdów, memoriałami do władz — wydawane są specjalne broszury, jak choć-

by wydawnictwa znanej „Ligi Pracy“. W wydawnictwach owych w sposób pseudo naukowy zbierane są i ogłaszane specjalne ankiety. Celem owych wysiłków jest chęć udowodnienia, iż polskie ubezpieczenia społeczne są najkosztowniejsze, że w ubezpieczalniach odbywa się marnotrawstwo funduszami.

Ze strony instytucyj ubezpieczeniowych i ubezpieczonych przeciwalkji w należytem rozmiarze nie spotykaliśmy.

Instytucje ubezpieczeniowe zbyt niedawno istnieją. W pierwszym okresie działalności kierowane przez władze sa-

nie ustawy o ubezpieczeniu społecznem z wysokością świadczenia, które dana osoba otrzymałaby, gdyby była nadal ubezpieczona na zasadzie ustaw dotychczasowych. Bez względu na rezultat porównania, świadczenie przyznaje się na zasadzie ustawy o ubezpieczeniu społecznem, a tylko jeżeli wysokość świadczenia, obliczonego na zasadzie ustawy dotychczasowej przekracza wysokość świadczenia

1) Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. w porozumieniu z Ministrem Komunikacji o przekazaniu Kasie Emerytalnej dla robotników Kolei Państwowych w b. dzielnicy pruskiej w Poznaniu wykonywania w zastosowaniu do członków tej Kasy czynności Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 817).

dobrowolnem zaś ubezpieczeniu w klasie, w której jest ona ostatnia składka tygodniowa.

Ordynacja ubezpieczeniowa zawiera przepisy o dobrowolnem kontynuowaniu ubezpieczenia i dobrowolnem ubezpieczeniu naogół korzystniejsze, aniżeli ustawa o ubezpieczeniu społecznem. Pragnąc również i pod tym względem nie uszczuplać uprawnień osób ubezpieczonych na zasadzie ordynacji, rozporządzenie upoważnia Ministra Opieki Społecznej do ustalenia w drodze rozporządzeń specjalnych warunków dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia i dobrowolnego ubezpieczenia.

Na zasadzie ordynacji ubezpieczeniowej uwzględniane są przy ustalaniu uprawnień i wymiarze świadczeń tylko te okresy ubezpieczenia, za które składki zostały opłacone. Orz

Sumaryczny efekt organizacji bezpieczeństwa związanej ściśle z organizacją pierwszej pomocy w Norton Co przedstawia się następująco. W r. 1918 liczba wypadków powodujących stratę czasu ponad 24 godzin równała się 7,1% stanu zatrudnienia. Spadała ona aż w r. 1924 zatrzymała się na 0,3% — spadek o 96%. Inny zakład o podobnej organizacji daje obraz następujący. W r. 1918 wypadki spowodowały na głowę robotnika rocznie 19,66 godzin straty czasu a 5,21 dolarów kosztów ubezpieczenia. W r. 1920 odnośne liczby wyniosły: 1,42 godziny straty czasu, koszt ubezpieczenia 0,22 dolara.

Leczenie właściwe odbywa się w Ameryce różnie, bądź w szpitalach fabrycznych bądź poza fabryką. Zawsze jednak przychodnia fabryczna spełnia ważną czynność przy reedukacji ofiary wypadku. Okazało się, że odzyskanie pierwotnej zdolności do pracy jest ułatwione przez podjęcie pracy już w okresie zdrowienia. Można to zrobić o ile zapewniona jest kontrola lekarza. Praca taka musi być traktowana jako rodzaj gimnastyki leczniczej. Przy takiej organizacji amerykańskie mają stosunkowo mało kłopotu z histerją rentową, która trapi kraje europejskie.

Omawiane tu czynności lekarskie wydatnie zmniejszają koszty związane z odszkodowaniem za wypadki. Jednak i tu jest okazja do propagandy bezpieczeństwa. Bardzo ważne w każdej propagandzie jest uchwycenie właściwego momentu psychologicznego. Otóż o zdrowiu najlepiej jest mówić choremu, o bezpieczeństwie temu, który uległ wypadkowi. Podczas opatrunku lekarz ma możność przedyskutowania z robotnikiem genezy wypadku i ukazania mu znaczenia właściwego zachowania się. Taka porada w tym momencie udzielona ma wszelkie szanse być wysłuchana z uwagą. Wreszcie wspomnieć trzeba o tem, że świadomość, iż w razie wypadku na miejscu jest kompetentna pomoc, zwiększa uczucie bezpieczeństwa, zapobiega panice, niezadowoleniu u robotników, będących świadkami spóźnionej lub nieudolnej pomocy dla ofiary cięższego wypadku.

5) *Pomoc w drobnych dolegliwościach.* Jak wśród wypadków, olbrzymią większość stanowią uszkodzenia drobne, mogące się jednak rozwinąć w sprawy poważnie zagrażające życiu i zdolności do pracy, podobnie wśród schorzeń niewypadkowych przeważają drobne dolegliwości, ból głowy, niedyspozycje żołądkowe i t. p. Zaniedbanie ich nie jest wskazane, gdyż mogą to być objawy groźnej w przyszłości choroby dającej się jednak łatwo usunąć przez wczesne leczenie. Szukanie pomocy daleko poza fabryką naraża na duże straty czasu. Wyjście znalazło się takie, że przychodnie fabryczne i w tych przypadkach udzielają niejako pierwszej pomocy. Przemysł amerykański bierze ten koszt na siebie skoro uprzytomnił sobie, jak wielkie ponosi straty z powodu dniówek nieprzepracowanych skutkiem choroby. W tych stratach wypadki biorą udział do 10%, przeważnie mniej. Pominięcie więc w akcji zapobiegawczej schorzeń niewypadkowych oznacza rezygnację z części opanowania przeszło 90% dniówek straconych z powodu choroby. Wiąże się ta akcja ściśle z opieką higieniczno-lekarską, o której była mowa. Zawsze porada będzie lepiej przyjęta gdy towarzyszy jej choćby doraźna pomoc na jakąś dolegliwość. Głównem jednak zadaniem lekarza fabrycznego jest

rozpoznawanie choroby i zainicjowanie właściwego leczenia. To już wykracza poza ramy bezpieczeństwa, oznacza rozszerzenie akcji na całokształt higieny pracy i medycyny zapobiegawczej w zakładach pracy. Wiąże się z tem prowadzenie w przychodni dokładnej statystyki chorobowości ogólnej. Pozwala ona ocenić skuteczność akcji zapobiegawczej lekarza fabrycznego, wskazuje na zagadnienia nierozwiązane, jest bodźcem do dalszego doskonalenia organizacji.

Na zakończenie pozostaje pytanie, w jaki sposób możnaby dojść do podobnej organizacji w naszych warunkach, innemi słowy, kto ma zapłacić za to, bo że jest ona potrzebna i korzystna, co do tego, sędzę, wątpliwości nie będzie. W rachubę wchodzi pracodawca i ubezpieczenia społeczne. Jeszcze raz podkreślę, że chodzi o akcję zapobiegawczą, choćby sama czynność polegała na udzieleniu choremu pomocy lekarskiej. Celem jej i w tym wypadku jest chęć zapobieżenia większej stracie. Otóż płacić winien ten, kto na tem skorzysta. Przemysł wskazuje na ubezpieczenia. Otóż jestem gorącym zwolennikiem rozwoju akcji zapobiegawczej ze strony ubezpieczeń społecznych, jednak stwierdzić trzeba, że pierwszym ich zadaniem jest reparacja szkód powstałych materialnych i zdrowotnych. Interes egoistyczny ubezpieczeń raczej dałby się zaspokoić przez podniesienie składki. Natomiast pracodawca nigdy strat swych z tego tytułu nie zbilansuje, conajwyżej może uważać te straty jako wielkość mniej lub więcej stałą. Na pokrycie strat ma on tylko albo zmniejszenie zysku, co strzeciwiwia się bezpośrednio jego interesom, albo podniesienie ceny, co osłabia jego zdolność konkurencyjną pośrednio więc znowuż godzi w zysk. Należy przytem uwzględnić fakt, że straty jego nie ograniczają się bynajmniej do składki ubezpieczeniowej. Wypadki mogą zniszczyć również narzędzia produkcji, towar, choroby obniżają wydajność pracy ilościowo i jakościowo. Stąd wydaje mi się, że nawet w krajach z rozwiniętym systemem ubezpieczeń społecznych opłaciłoby się pracodawcy zorganizowanie własnej organizacji lekarsko-zapobiegawczej. Z drugiej strony jednak ubezpieczenia społeczne winny mu dopomóc. Jako narzędzie polityki społecznej państwa polityki egoizmu prowadzić nie mogą, muszą uwzględnić interes społeczny. Społeczeństwo nie zyskuje na tem, że ofiara wypadku czy choroby zawodowej otrzymuje rentę. Fakt, że jednostka produkcyjna staje się wyłącznie konsumentem, obciąża gospodarstwo społeczne. Dla wszystkich zainteresowanych — państwo, pracodawca, robotnik — byłoby lepiej, gdyby wypadku nie było, gdyby zdolność do pracy została zachowana możliwie w całości. Z tego punktu widzenia i ubezpieczenia społeczne są zainteresowane w akcji zapobiegawczej. Skoro więc obie strony są zainteresowane, właściwem wyjściem jest współdziałanie. Wwobrażam je sobie jako sieć przychodni o typie zapobiegawczym zorganizowana przez kasy chorych na podstawie umowy z przedsiębiorstwem, umowy regulującej prawa i obowiązki obu stron. Oddanie organizacji lekarskiej fabrycznej w ręce ubezpieczeń społecznych ma według mnie dwa wielkie plusy. Podstawą działania zapobiegawczego jest zdobycie zaufania robotnika — łatwiej o to lekarzowi kasowemu, niż bezpośrednio zależnemu od pracodawcy. Dalej akcja zapobiegawcza musi być uzupełniona akcją leczniczą,

morządowe, wybrane z łona organizacji politycznych — często wewnątrz skłócone — nie umiały należycie bronić instytucji. Od 3 lat przygotowywana i realizowana reorganizacja — również nie sprzyjała tej akcji. I oto jesteśmy obserwatorami, iż wśród liczbowo znacznej części społeczeństwa ubezpieczenia społeczne traktowane są prawie jako dopust Boży. Wszystkie możliwe grzechy są im przypisywane.

Akcja t. zw. sfer gospodarczych specjalną pieczę otacza ubezpieczenie chorobowe. Zresztą najłatwiej wywołać niechęć do tego ubezpieczenia, a pozatem waga tego właśnie ubezpieczenia jest najistotniejsza.

Godzi się tu postawić pytanie czy ci surowi krytycy i sądziowie ciężące na nich ustawowe obowiązki wobec ubezpieczeń wypełniają, czy skarżąc się na wysokie i nadmierne obciążenia — należne składki wpłacają i przypisując marnotrawienie funduszy — mają istotną słuszość za sojusznika.

Odpowiedzi na wyluszczone wątpliwości i pytania musimy szukać w faktach, sprawozdaniach i ocenie wynikłej z dotychczasowej działalności zakładów ubezpieczeniowych. Ustalenie liczby.

W roku ubiegłym ukazała się praca prof. L. Waściszewskiego¹⁾, wydana przez Związek Kas Chorych. W książce poświęcono nieco miejsca i sferom gospodarczym, mianowicie autor zestawiał zadłużenia pracodawców wobec Kas Chorych.

Podane daty pozwolą choć w części wyjaśnić i ten odcinek życia ubezpieczeniowego. Oto według zestawień zamknięć rachunkowych i danych zebranych w specjalnej ankiecie — zadłużenia pracodawców wobec Kas Chorych wynosiły:

1.	na 1 stycznia 1929 r.	zł.	68.204.218,55
2.	„ 1 „ 1930 r.	„	84.322.665,84
3.	„ 1 „ 1931 r.	„	99.214.742,53
4.	„ 1 „ 1932 r.	„	120.479.104,76

A więc w ciągu trzylecia 1929, 1930 i 1931 wzrost zadłużenia wyniósł okragło zł. 52.274.000; w stosunku procentowym wzrost wynosi 77%. **Przeciętny roczny wzrost zadłużenia w ciągu owego trzylecia wyniósł okragło po zł. 17.424.000**, wyraźnie po siedemnaście milionów czterysta dwadzieścia cztery tysiące złotych.

Podane liczby nie dają jednak pełnego obrazu o sumie niewpłaconych przez pracodawców należności Kas Chorych. Nie uwzględniają bowiem kwot, umorzonych przez Kasy. Dopiero bowiem suma zaległości plus suma kwot umorzonych pozwoli stwierdzić, ile należnych kasom kwot przedsiębiorcy zatrzymali sobie. Ankieta nie obejmowała, niestety, sum umorzonych. Starajmy się choć przykładowo i w przybliżeniu dojść do tej kwoty.

Oto z końcem 1933 roku Związek Kas Chorych ankietowo zebrał sumę zadłużeń pracodawców wobec Kas Chorych.

Ankieta wspomniana obejmowała podział zadłużeń na 2 okresy, a mianowicie: za rok kalendarzowy 1932 — na 31.XII.1932 i za 3 kwartały 1933 — t. j. na dzień 30.IX.1933.

Zadłużenia pracodawców wobec Kas Chorych wynosiły.

a)	na 31.XII.1932 r.	zł.	111.861.519,08
b)	za czas od 1.I.1933 — do 30.IX.1933, t. j. za 3 kwartały 1933		
	wyniosły	„	13.387.243,93
	razem suma zadłużeń na 1.X.1933	zł.	125.248.763,01

¹⁾ Rys statystyczny organizacji i lecznictwa Kas Chorych.

Wyliczona suma dłużna musi ulec omówieniu, korekturze. Nie odpowiada bowiem na pytanie, jaką sumę z należności Kas Chorych, sfery gospodarcze zatrzymały dla siebie.

Wobec braku w ankiecie — liczby te należy obliczyć i choćby w przybliżeniu ustalić.

Według wyżej podanych dat — zadłużenia pracodawców wynosiły:

a)	na 31.XII.1931 r.	zł.	120.479.104,76
b)	na 31.XII.1932 r.	„	111.861.519,08
	Według tych zamknięć w 1932 r.		
	zmniejszenie o	zł.	8.617.585,68

Powyższe więc daty ustalają zmniejszenie zadłużenia w ciągu 1932 r. o zł. 8.617.585,68. — Czy istotnie w roku 1932 — pracodawcy wpłacili 100% przypisanych składek plus na zadłużenie wnieśli osiem milionów i sześćset tysięcy?

Byłoby to zjawisko dodatnie i rzeczywiście wyjątkowe. Tak dobrze, niestety, nie było. Przyczyna owego zmniejszenia zadłużeń jest następująca: Z dniem 31 grudnia 1931 roku — nastąpiła likwidacja 243 powiatowych Kas Chorych. Od 1 stycznia powstało 61 scalonych Kas Chorych okręgowych. Zarządzając połączenie Kas Chorych — Główny Urząd Ubezpieczeń polecił spisać z bilansów — **należności wątpliwe**. Nie znamy sumy umorzonych, i w ten sposób w konsekwencji darowanych — przedsiębiorcom kwot. Droga analizy ustalmy w przybliżeniu tą sumę. W latach 1929, 1930 i 1931 — zadłużenie przedsiębiorców wobec Kas Chorych wzrastało, jak wyżej podano, przeciętnie po zł. 17.424.000; za 3 kwartały 1933 r. — w/g dat ankiety — zadłużenie wzrosło o zł. 13.387.243,93. Nie popełnimy błędu, gdy za ostatni kwartał 1933 r. policzymy wzrost o 1/4 — pierwszych 3 kwartałów — co wyniesie zł. 4.462.000.

Z cyfr powyższych widać, iż wzrost zadłużenia w r. 1933 — utrzymuje się prawie ściśle na poziomie przeciętnej lat 1929, 1930, 1931.

W ten sposób chyba bez wątpliwości można ustalić, iż w roku 1932 pracodawcy niedopłacili Kasom, licząc okragło, zł. 17.500.000. Suma więc zadłużeń wobec Kas na 31.XII.1932 r. wyniosła winna.

a)	zadłużenie na 31.XII.1931 r.	zł.	120.479.104,76
b)	przypuszczalny wzrost w 1932 r. okragło	„	17.500.000,00
	Razem	zł.	137.979.104,76
	Według rzeczywistych zamknięć jak podano wyżej wynosi	„	111.861.519,08

Różnica okragło zł. 26.100.000 — to **bonifikaty spisane w dniu 31 grudnia 1931**.

Czy są dalsze potwierdzenia, iż bonifikaty, a więc kwoty zabrane ubezpieczeniu i ubezpieczonym — wynoszą tak wiele.

Badajmy. Oto we wspomnianej ostatniej ankiecie na 30.IX.1933 r. — Związek Kas Chorych zażądał od Kas by podając odpowiedzi o zadłużeniu — oszacowały **realną** wartość owych należności u pracodawców. W odpowiedzi Kasy podają, iż z łącznych należności u pracodawców:

	na 30.IX.1933 r.	zł.	125.248.763,01
	kwalityfikują jako nieściągalne	„	28.517.586,14

A więc blisko czwartą część zadłużenia pracodawców — Kasy uważają za przepadłe. Przypomnijmy, że generalne porządkowanie zadłużeń było dokonane zaledwie przed sied-

mioma kwartałami — bo w dniu 31.XII.1931 r. A więc w ciągu 1932 i 3 kwartałów 1933 r. doszły już uznane za przepadłe kwoty okrągło na sumę zł. 28.500.000. W **stosunku rocznym wypada 16 i ¼ miliona złotych, przypadłych u pracodawców i tylko w granicach jednego ubezpieczenia chorobowego.** A trzeba wiedzieć, że osiągalność należności ubezpieczeniowych — stosunkowo najlepiej przedstawia się w ubezpieczeniu krótkoterminowym — chorobowym. Sytuacja innych rodzajów ubezpieczeń jest gorsza.

Wykazane wyżej cyfry, zmuszają do refleksyj i wniosków. Pionierzy i twórcy ubezpieczeń społecznych, szerokie rzesze robotnicze i pracownicze, a wreszcie i cała opinia publiczna — nawet się pewnie i nie domyśla, iż pracodawcy zmuszają instytucje ubezpieczeniowe do wysokich świadczeń dla siebie. **Czemże bowiem nazwać owe bonifikaty, wynoszące miliony zł.**

Składka ubezpieczeniowa ma przez ustawę określone przeznaczenie. Służyć winna jedynie i wyłącznie na świadczenia dla ubezpieczonych i pokrywać inne wydatki instytucji. Ustawodawca przewidział składkę w takiej wysokości, by pokryła należne świadczenia. Zatrzymywana przez pracodawców — należność ubezpieczeniowa — powoduje trudności. Uchylenie się od płacenia — odbija się bezpośrednio na świadczeniach dla ubezpieczonych. **Bonifikaty inaczej traktować nie podobna — jeno jako świadczenie dla pracodawców.** Formalnie i faktycznie nawet tak się odbywa — gdyż każda zbonifikowana suma obciąża **rachunek działalności** instytucji.

A chodzi nie o drobne sumy. Wyżej wyliczyliśmy, że w ciągu 1932 roku i 3 kwartałów 1933 — ubezpieczenia strąca z sum nieosiągalnych zł. 28.519.256.14.— W **stosunku rocznym wyniesie to okrągło zł. 16 i ¼ miliona.**

Według zamknięć Kas Chorych na 30.IX.1933 r. w ciągu 3 kwartałów 1933 — **ubezpieczeni w Kasach Chorych na obszarze całej Rzeczypospolitej świadczeń pieniężnych otrzymali zł. 19.577.000.—**

Liczby te zmuszają do zastanowienia. Świadczenia dla pracodawców nie mają ustawowego uzasadnienia i nie są konieczne. Nie są konieczne, gdyż pracodawcy po każdej wypłacie — winni wnieść składki do ubezpieczalni. Zatrzymywanie kwot ustawa traktuje jako **przywłaszczenie**

Art. 96 ustawy z dn. 19.V.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) wyraźnie głosi:

„Pracodawca odpowiada przed właściwym sądem karnym jak za przywłaszczenie, o ile w ciągu 5 tygodni po upływie terminu płatności i pomimo pisemnego upomnienia nie uiszczy składek, potrąconych z zarobków pracowników”.

Art. 272 ustawy z dn. 28.III.1933 r o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P. Nr. 51. poz. 396):

„Pracodawca, który w terminie oznaczonym w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej (art. 218), nie wpłaci części składek, przypadających na zatrudnionych u niego pracowników, ponosi odpowiedzialność karną, przewidzianą w art. 58 prawa o wykroczeniach, niezależnie od obowiązku uiszczenia potrąconych kwot wraz z przewidzianymi w art. 229 odsetkami zwłoki”.

„Art. 58 rozporządzenia Prezydenta z dn. 11.VII.1932 r. prawa o wykroczeniach (Dz. U. R. P. Nr. 60, poz. 572):

Kto kierując zakładem pracy nie wpłaca do instytucji ubezpieczeń społecznych sum, potrąconych na rzecz tych instytucji przy wypłacie pracującym wynagrodzenia

podlega karze aresztu do 3 miesięcy lub grzywny do 3.000.— złotych”.

A jednak mimo tak wyraźnych przepisów instytucje ubezpieczeniowe nie uzyskały tych wielkich kwot. W ustalonych zaległościach na 30.IX.1933 — zł. 125.248.763.01 — mieszczą się i kwoty pobrane od pracowników, a mianowicie:

a. ⅔ zaległości to zaległe wpłaty od pracodawców — zł. 75.149.257.81,

b. ⅓ **potrącone sumy pracownikom** — zł. 50.099.505.20.

A więc **pracodawcy zatrzymali potrącone pracownikom dla Kas Chorych — zł. 50 099.505.20** i z sumy tej znaczna część zginęła dla Kas Chorych.

Błędem byłoby mniemać, że **wszyscy** pracodawcy zmuszają Kasy Chorych do świadczeń dla siebie.

Przedsiębiorstwa państwowe, samorządy, instytucje spółdzielcze i powiedzmy wyraźnie — solidne prywatne instytucje i zakłady wywiązują się naogół ze swych finansowych zobowiązań wobec ubezpieczeń — nienagannie. Część przeto pracodawców, często w sposób b. przebiegły — wyrządza szkody i wyzyskuje ubezpieczenia na swą korzyść. Tolerowanie tego stanu to **premijowanie niesumienności.**

Warto raz jeszcze podnieść, iż poza wyluszczeniem względami — ubezpieczeni — to szerokie masy robotnicze i pracownicze. Obrona ich interesów to obrona najbardziej uspołecznionego i patriotycznego elementu w państwie. W każdej potrzebie państwowej dają jaknajbardziej czynny wyraz swemu poczuciu. Ze wtrącić trzeba ostatni apel Rządu Rzeczypospolitej — o Pożyczkę Narodową dla Państwa. Właśnie warstwy pracownicze i robotnicze ze swemi jakże skromnymi zasobami — dawały przykład — możliwym sferom gospodarczym. A rezultat — Pożyczka Narodowa pokryta prawie trzykrotnie — przyczem udział dysponentów rolnictwa, nieruchomości miejskich, handlu, banków i przemysłu — wynosi niewiele ponad 40% ¹⁾, reszta zaś to głęboki, zmuszający do szacunku wysiłek właśnie klasy pracującej. Trzeba o tem i na tym odcinku pamiętać.

Wracamy do tematu. Przed kierownictwem ubezpieczeń społecznych, przed szerokimi rzeszami ubezpieczonych stoi problem finansowy ubezpieczenia. Przed problemem tym uciec się nie da. Tolerowanie dotychczasowego stanu, w którym pracodawcy są dysponentami funduszy ubezpieczeniowych poza stratami — grozi dużem niebezpieczeństwem.

Instytucje ubezpieczenia krótkoterminowego — pozabawione zostają koniecznych rezerw i wbrew ustawie zmuszane do świadczeń na rzecz pracodawców, kosztem świadczeń ubezpieczonych.

Ubezpieczeniom długoterminowym może grozić katastrofa. W chwili bowiem, gdy przyjdzie do asygnowania ubezpieczonym należnych rent i emerytur — to wypłaty nastąpią w tym tylko wypadku, jeżeli wymierzone składki wpłyną do ubezpieczalni.

¹⁾ „O znaczeniu Pożyczki Narodowej”. Wydawnictwo Komitetu Obyw. Poż. Narodowej — 1933.

KRONIKA KRAJOWA

REORGANIZACJA KAS CHORYCH.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym (art. 296) postanawia, że kasy chorych, działające na podstawie ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby przekształcają się z mocy ustawy z dniem nadania im statutów przez Ministra Opieki Społecznej na ubezpieczalnie społeczne, które przejmują prawa i obowiązki kas chorych. Równocześnie ustawa upoważnia Ministra Opieki Społecznej (art. 306 ust. 2) do zmiany okręgów i siedzib kas chorych lub zarządzania likwi-

dacji poszczególnych kas i włączania ich okręgów do jednej lub kilku kas sąsiednich oraz do określania zasad podziału majątku, uprawnień i zobowiązań pomiędzy zainteresowane kasy.

Powyższe upoważnienie Minister Opieki Społecznej wykorzystał, wydając rozporządzenie z dnia 30 grudnia 1933 r. o *przekształceniu się kas chorych na ubezpieczalnie społeczne i ustaleniu okręgów i siedzib ubezpieczalni* (Dz. U. R. P. Nr. 103 poz. 819). Okręgi i siedziby ubezpieczalni ustala rozporządzenie w sposób następujący:

L. p.	Nazwa ubezpieczalni	Okrąg ubezpieczalni (Powiaty administracyjne)	Siedziba ubezpieczalni
1	Ubezpieczalnia społeczna w Baranowiczach	baranowicki, słonimski, stołpecki, nieświeski, kosowski	Baranowicze
2	" " " Białej	białski, wadowicki, żywiecki	Biała
3	" " " Białymstoku	białostocki, wysoko-mazowiecki, bielski, wołkowycki i miasto Białystok	Białystok
4	" " " Bielsku	bielski, cieszyński i miasto Bielsko	Bielsko
5	" " " Brodnicy	brodnicki, lubawski, działdowski, rypiński	Brodnica
6	" " " Brześciu	brzeski, prużański, kobryński, białski	Brześć n/B.
7	" " " Brzeżanach	brzeżański, przemyślański, rohatyński, podhajecki	Brzeżany
8	" " " Bydgoszczy	bydgoski, szubiński, sepołeński, wyrzyski i miasto Bydgoszcz	Bydgoszcz
9	" " " Chrzanowie	chrzanowski	Chrzanów
10	" " " Ciechanowie	ciechanowski, mławski, przasnyski, makowski, pułtuski	Ciechanów
11	" " " Częstochowie	częstochowski, wieluński i miasto Częstochowa	Częstochowa
12	" " " Czortkowie	czortkowski, buczacki, kopyczyński, borszczowski, zaleszczycki	Czortków
13	" " " Drohobyczu	drohobycki, samborski, turczański, rudecki	Drohobycz
14	" " " Dubnie	dubieński i krzemieniecki	Dubno
15	" " " Gdyni	inorski i kartuski	Gdynia
16	" " " Gnieźnie	gnieźnieński, średzki, wrzesiński, żniński i miasto Gniezno	Gniezno
17	" " " Grodzie	grodzieński, sokólski, augustowski, suwalski	Grodno
18	" " " Grodzisku	nowotomyski, wolsztyński, kościański	Grodzisk
19	" " " Grudziądzu	grudziądzki, chełmiński i miasto Grudziądz	Grudziądz
20	" " " Inowrocławiu	inowrocławski, mogileński i miasto Inowrocław	Inowrocław
21	" " " Jarosławiu	jarosławski, lubaczowski i przeworski	Jarosław
22	" " " Kaliszu	kaliski, koniński i turecki	Kalisz
23	" " " Kielcach	kielecki, włoszczowski, jędrzejowski, pińczowski, stopnicki	Kielce
24	" " " Kołomyi	kołomyjski, horodeński, śniatyński, kosowski	Kołomyja
25	" " " Kowlu	kowelski, włodziński, lubomelski, koszyński	Kowel
26	" " " Krakowie	krakowski, olkuski, miechowski i miasto Kraków	Kraków
27	" " " Krośnie	krośnieński, brzozowski, sanocki, leski	Krosno
28	" " " Kutnie	kutnowski, kolski, łęczycki i łowicki	Kutno
29	" " " Lesznie	leszczyński, rawicki i gostyński	Leszno
30	" " " Lidzie	lidzki, nowogródzki, szczuczynski, wołczyński	Lida
31	" " " Lublinie	lubelski, janowski, puławski, lubartowski, włodawski, chełmski i miasto Lublin	Lublin
32	" " " Lwowie	lwowski, bobrecki, gródecki, jaworowski, rawski, sokalski, żółkiewski i miasto Lwów	Lwów

L. p.	Nazwa ubezpieczalni	Okrąg ubezpieczalni (Powiaty administracyjne)	Siedziba ubezpieczalni
33	Ubezpieczalnia społeczna w Łodzi	łódzki i miasto Łódź	Łódź
34	" " " Łomży	łomżyński, szczuczynski, ostrołęcki, ostrowski	Łomża
35	" " " Łucku	łucki, horochowski	Łuck
36	" " " Nowym Sączu	nowosądecki, limanowski, gorlicki, jasielski	Nowy Sącz
37	" " " Obornikach	obornicki, chodzieski, wągrowiecki	Oborniki
38	" " " Ostrowie	ostrowski, kępiński, krotoszyński, jarociński	Ostrow
39	" " " Ostrowcu	opatowski i iłżecki	Ostrowiec
40	" " " Pabjanicach	łaski i sieradzki	Pabjanice
41	" " " Pińsku	piński, drohicki, łuniniecki	Pińsk
42	" " " Piotrkowie	piotrkowski i radomszczański	Piotrków
43	" " " Płocku	płocki, sierpecki, gostyński i płoński	Płock
44	" " " Poznaniu	poznański, śremski i miasto Poznań	Poznań
45	" " " Przemysłu	przemyski, mościcki, dobromilski	Przemysł
46	" " " Radomiu	radomski, konecki, kozienicki	Radom
47	" " " Równem	rówieński, zdołbunowski, kostopolski, sarnieński, stoliński	Równe
48	" " " Rzeszowie	rzeszowski, ropczycki, kolbuszowski, łańcucki	Rzeszów
49	" " " Siedlcach	siedlecki, wągrowski, sokołowski, łukowski, radzyński	Siedlce
50	" " " Sosnowcu	zawierciański, będziński i miasto Sosnowiec	Sosnowiec
51	" " " Stanisławowie	stanisławowski, tłumacki i nadworniański	Stanisławów
52	" " " Starogardzie	starogardzki, kościerski i tczewski	Starogard
53	" " " Stryju	stryjski, żydaczowski, kałuski, doliński	Stryj
54	" " " Szamotułach	szamotulski, czarnkowski, międzychodzki	Szamotuły
55	" " " Tarnobrzegu	tarnobrzesci, sandomierski, mielecki i nizański	Tarnobrzeg
56	" " " Tarnopolu	tarnopolski, trembowelski, skałacki i zbaraski	Tarnopol
57	" " " Tarnowie	tarnowski, dąbrowski, brzeski i bocheński	Tarnów
58	" " " Tomaszowie Maz.	brzeziński, rawski i opoczański	Tomaszów Maz.
59	" " " Toruniu	toruński, wąbrzeski i miasto Toruń	Toruń
60	" " " Tucholi	tucholski, chojnicki i świecki	Tuchola
61	" " " Warszawie	warszawski, radzyński, miński, garwoliński, grójecki i miasto Warszawa	Warszawa
62	" " " Wilnie	wileńsko—trocki, święciański, brasławski, dziśnieński, postawski, wilejski, mołodecki, oszmiański i miasto Wilno	Wilno
63	" " " Włocławku	włocławski, nieszawski, lipnowski	Włocławek
64	" " " Zakopanem	nowotarski i myślenicki	Zakopane
65	" " " Zamościu	zamojski, biłgorajski, krasnostawski, tomaszowski, hrubieszowski	Zamość
66	" " " Złoczowie	złoczowski, zborowski, kamionecki, radziechowski, brodzki	Złoczów
67	" " " Żyrardowie	błoński, skierniewicki, sochaczewski	Żyrardów

Rozmieszczenie terytorjalne nowych ubezpieczalni społecznych podaje zamieszczona na str. 104 mapa Rzplitej.

Z porównania okręgów ubezpieczalni z okręgami Kas Chorych, według stanu z końca 1933 r., wynika, że rozporządzenie wprowadziło następujące zmiany:

a) pozostawiło bez zmiany granice kas chorych:

- | | | | | | |
|-------------------|------------------|-------------------|---------------|------------------|------------------|
| 1) w Gdyni | 5) „ Szamotułach | 9) „ Lublinie | 13) „ Grodzie | 17) w Bielsku | 21) „ Czortkowie |
| 2) „ Starogardzie | 6) „ Lesznie | 10) „ Łomży | 14) „ Wilnie | 18) „ Białej | 22) „ Kołomyi |
| 3) „ Toruniu | 7) „ Warszawie | 11) „ Zamościu | 15) „ Lidzie | 19) „ Chrzanowie | 23) „ Stryju |
| 4) „ Inowrocławiu | 8) „ Pabjanicach | 12) „ Białymstoku | 16) „ Kowlu | 20) „ Krośnie | |

b) przekazało:

z Kasy Chorych			z Kasy Chorych		
	powiat	do ubezpieczalni		powiat	do ubezpieczalni
1.	w Grudziądzu	Swiecie	20.	„ Tarnowie	Mielec
2.	„ Obornikach (siedziba przeniesiona z Wągrowca)	Znin	21.	„ „	Ropczyce
3.	w Poznaniu	Kościan	22.	„ Łodzi	Piotrków
4.	„ Włocławku	Rypin	23.	„ „	Łęczycza
5.	„ Ciechanowie	Płońsk	24.	„ „	Brzeziny
6.	„ Kaliszu	Koło	25.	„ Chojnicach	Sępólno
7.	„ Radomiu	Opoczno	26.	„ Brześciu	Kosów
8.	„ Ostrowcu	Sandomierz	27.	we Lwowie	Rudki
9.	„ Sosnowcu	Olkusz	28.	w Zakopanem	Limanowa
10.	„ Siedlcach	Biała-Podlaska	29.	„ Gnieźnie	Jarocin
11.	„ Pińsku	Stolin	30.	„ Kielcach	Miechów
12.	„ Przemyślu	Jarosław	31.	„ Płocku	Kutno
13.	„ Złoczowie	Przemyślany	32.	„ Rzeszowie	Tarnobrzeg
14.	„ Tarnopolu	Brzeżany i Podhajce	33.	„ „	Nisko
15.	„ Stanisławowie	Rohatyn	34.	„ „	Przeworsk
16.	„ Żyrardowie	Rawa	35.	„ Rawie Ruskiej	Rawa-Ruska, Sokół, Żółkiew
17.	„ „	Łowicz	36.	„ „ „	Łubaczów
18.	w Częstochowie	Włoszczowa	37.	„ Łucku	Dubno
19.	„ „	Radomsk	38.	„ „	Krzemieniec

c) utworzyło nowe ubezpieczalnie:

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1)) w Dubnie | 5) „ Tarnobrzegu |
| 2) „ Piotrkowie | 6) „ Jarosławiu |
| 3) „ w Kutnie | 7) „ Brzeżanach |
| 4) „ Tomaszowie | |

d) zlikwidowało dawną Kasę Chorych w Rawie Ruskiej, rozdzielając jej obszar pomiędzy ubezpieczalnie w Jarosławiu i we Lwowie.

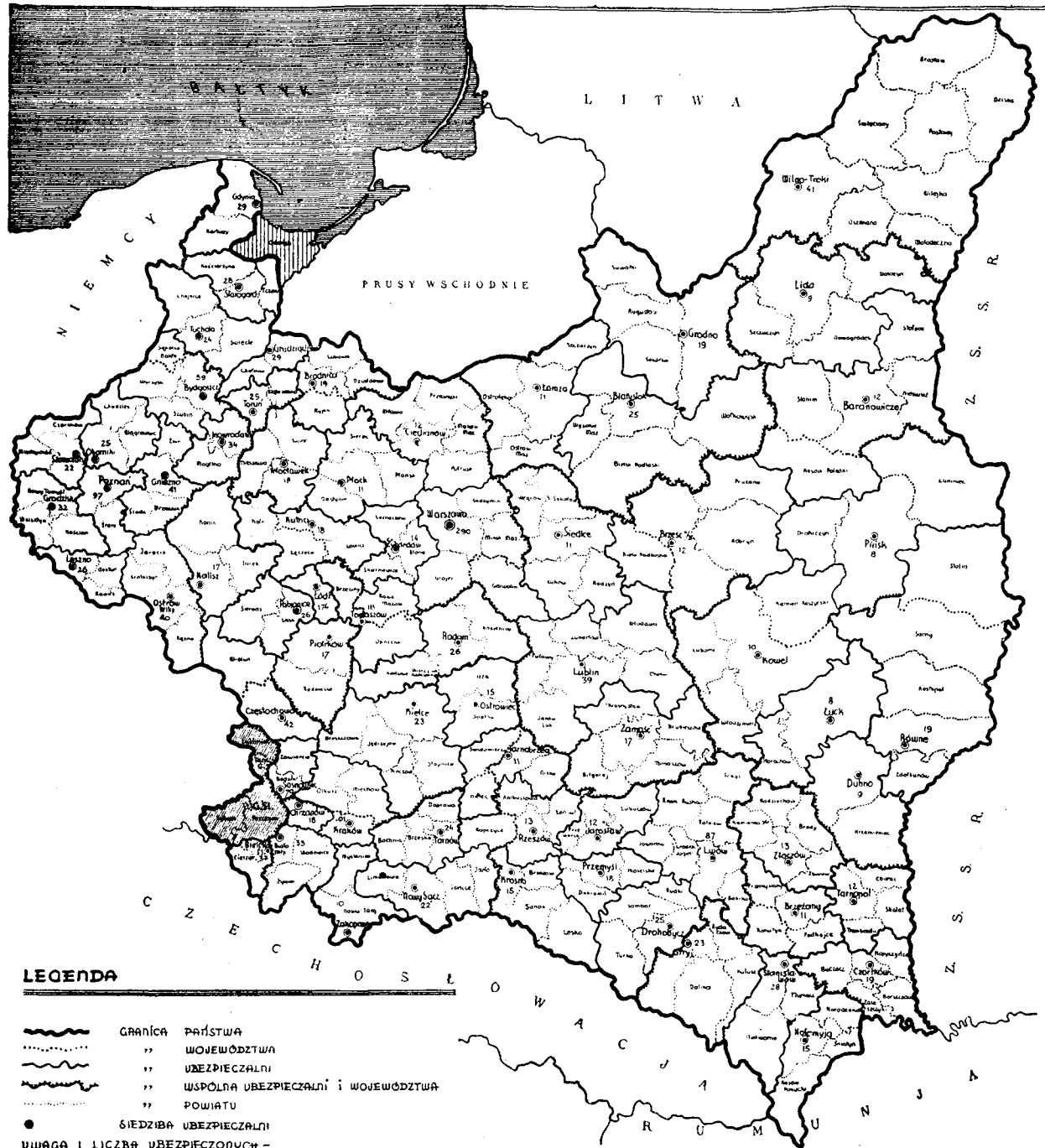
Samodzielne oddziały administracyjne będą posiadały następujące ubezpieczalnie:

1.	w Bydgoszczy	oddział	w Nakle	dla pow.	Wyżysk i Sępólno
2.	„ Kielcach	„	„ Pińczowie	„	Pińczów, Stopnica i Jędrzejów
3.	„ Sosnowcu	„	„ Zawierciu	„	Zawiercie
4.	„ Lublinie	„	„ Puławach	„	Puławy
5.	„ Lublinie	„	„ Chełmie	„	Chełm i Włodawa
6.	„ Białymstoku	„	„ Wołkowysku	„	Wołkowysk
7.	„ Wilnie	„	„ Wilejce	„	Wilejka, Mołdeczno, Działowa i Postawy
8.	„ Równem	„	„ Sarnach	„	Sarny i Stolin
9.	„ Bielsku	„	„ Cieszynie	„	Cieszyn
10.	„ Grodnie	„	„ Suwałkach	„	Suwałki i Augustów
11.	„ Krakowie	„	„ Olkuszu	„	Olkusz i Miechów
12.	„ Tarnowie	„	„ Bochni	„	Bochnia i Brzesko
13.	„ Nowym Sączu	„	„ Jasle	„	Jasło i Gorlice
14.	we Lwowie	„	„ Rawie-Ruskiej	„	Rawa, Sokół, Żółkiew
15.	w Drohobyczu	„	„ Samborze	„	Sambor, Rudki, Turka
16.	„ Ostrowiu	„	„ Jarocinie	„	Jarocin i Krotoszyn
17.	„ Stryju	„	„ Dolinie	„	Dolina i Kałusz

.. RZECZPOSPOLITA POLSKA ..

OKRĘGI I SIEDZIBY UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH

ustalone rozpr. Min. Op. Społ. z dnia 30 grudnia 1933 r. / Dz. U. R. P. N: 103, poz. 819 /



Rozporządzenie o przekształceniu Kas Chorych na ubezpieczalnie, opierając się na przepisach ustawy o ubez. społ. stanowi, że ubezpieczeni w jednej z Kas Chorych stają się, w razie jeżeli ustawa nie przewiduje inaczej, ubezpieczonymi w ubezpieczalni w której okręgu znajduje się miejsce ich za-

mieszkania. Rozwijając przepis ustawy, że ubezpieczeni zachowują nabyte już prawa, rozporządzenie, jeśli chodzi o ocenę prawa do świadczeń ubezpieczalni, zrównywa okresy ubezpieczenia w kasie chorych z okresami ubezpieczenia na zasadzie ustawy o ubez. społ. W stosunku do osób, otrzymują-

cyh świadczenia z kasy chorych lub mających do nich prawo z tytułu wypadków choroby lub połoгу, które zaszły przed dniem 1.I.1934 r., rozporządzenie ustala, że osobom tym przysługuje prawo do świadczeń według norm określonych w statucie danej kasy, aż do wyczerpania okresu przewidzianego w tym statucie.

Oprócz przepisów wyżej podanych rozporządzenie postanawia, że majątek, prawa i zobowiązania kasy chorych przechodzą na ubezpieczalnię społeczną, której okrąg obejmuje okrąg danej kasy chorych, oraz ustala zasady, na jakich ma nastąpić podział majątku, praw i zobowiązań w przypadkach, gdyby okrąg kasy chorych dzielił się między dwie lub więcej ubezpieczalni. Podział ten ma się odbywać w dwóch etapach. W dniu 1.I.34 powinno nastąpić prowizoryczne oddanie komisarzowi zarządzającemu ubezpieczalni obejmującej nowy obszar, majątku i zobowiązań, polegające na przekazaniu majątku nieruchomego i ruchomego, który w dniu powyższym znajduje się na terytorjum włączonym do okręgu tej ubezpieczalni. Ponadto komisarz ubezpieczalni oddającej obowiązany jest wpłacić w dniu 1.II.34 r. ubezpieczalni obejmującej na poczet późniejszego rozrachunku taką część płynnych zasobów b. kasy chorych, jaka odpowiada stosunkowi sumy składek, wymierzonych na oddawanej części okręgu za II półrocze 1933 r., do ogólnej sumy składek w tym okresie. W dniu 1.I.34 r. nastąpić powinno również oddanie i odbiór ksiąg i aktów potrzebnych dla udzielania świadczeń i poboru składek, zestawienie zaś należności od pracodawców według stanu na dzień 31.XII.33 r. powinno być oddane najpóźniej do dnia 25.I.34 r.

Ostateczny podział majątku, uskuteczniiony zostanie przez specjalną komisję, składającą się z delegata państwowego urzędu ubezpieczeń i dwóch osób wydelegowanych przez komisarzy obu ubezpieczalni, na zasadach szczegółowo ustalonych w rozporządzeniu. Decyzja komisji w sprawie podziału majątku i zobowiązań podlega zatwierdzeniu właściwego państwowego urzędu ubezpieczeń. Decyzja zatwierdzająca jest ostateczna.

DZIAŁALNOŚĆ ZAKŁADÓW U. P. U. W DZIALE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY W III-CIM KWARTALE 1933 R.

Tabl. 1. Liczba ubezpieczonych

Miesiąc względnie kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale ¹⁾	112.398	35.696	43.595	42.241	233.920
w II-gim " "	112.029	34.334	43.714	42.048	232.125
w końcu m-ca lipca	111.672	33.843	43.437	41.759	230.711
" " sierpnia	110.259	33.880	43.192	41.420	228.751
" " września	109.527	34.105	43.442	41.226	228.300
w III-cim kwartale ¹⁾	110.486	33.943	43.357	41.468	229.254
w końcu m-ca października	108.540	34.062	44.077	41.051	227.730

¹⁾ przeciętna miesięczna liczba ubezpieczonych.

Tabl. 2. Liczba osób, którym wypłacono zasiłki z powodu braku pracy

Miesiąc względnie kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale ²⁾	9.351	3.470	3.248	2.742	18.811
w II-gim kwartale ²⁾	8.103	2.703	3.011	2.305	16.122
w m-cu lipcu	6.631	2.056	2.503	1.609	12.799
" sierpniu	6.238	2.080	2.417	1.345	12.080
" wrześniu	6.238	2.207	2.376	1.562	12.383
w III-cim kwartale	6.369	2.114	2.432	1.505	12.420
w m-cu październiku	5.710	2.020	2.265	1.703	11.698

²⁾ Przeciętna miesięczna liczba osób, którym wypłacono zasiłki.

Tabl. 3. Ilość wypłaconych zasiłków miesięcznych

Miesiąc wzgl. kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	32.016	11.835	11.909	10.591	66.351
" kw. przec. mies.	10.672	3.945	3.970	3.530	22.117
w II-gim kwartale	28.375	9.678	10.624	9.514	58.191
" kw. przec. mies.	9.458	3.226	3.541	3.171	19.397
w m-cu lipcu	9.200	2.465	2.899	2.648	17.212
w " sierpniu	8.574	2.576	2.916	2.894	16.960
w " wrześniu	7.432	2.959	3.042	3.124	16.557
w III-cim kwartale	25.206	8.000	8.857	8.666	50.729
w " kw. przec. mies.	8.402	2.667	2.952	2.889	16.910
w m-cu październiku	7.718	2.559	2.928	3.015	16.220

Powyższe zestawienia sporządzone zostały na podstawie miesięcznych wykazów, nadsyłanych przez Zakłady U. P. U. Związkowi Zakładów U. P. U. Wykazy te, jako wykazy terminowe, nie są ostateczne, gdyż zawierają tylko te dane, które mogły Zakłady zebrać przed sporządzeniem wykazu. Jednakże dane niewliczone do wykazu za dany miesiąc, są wliczone do wykazu za miesiąc następny, tak, że się częściowo uzupełniają. Z tego powodu można przyjąć, że liczby podane w zestawieniach (jakkolwiek nie są zupełnie ścisłe), w dostatecznym stopniu charakteryzują działalność Zakładów U. P. U. w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy.

Przeciętna miesięczna liczba ubezpieczonych, jak wykazuje tabl. 1, w 3-cim kwartale 1933 r. spadła w porównaniu do liczby ubezpieczonych w 2-gim kwartale o 2,871 osób, t. j. o 1,24%, przyczem widoczna jest dalsza tendencja niżkowa, zwłaszcza w Zakładzie warszawskim i poznańskim.

Mimo spadku ubezpieczonych, przeciętna miesięczna liczba osób, którym wypłacono w III-cim kwartale zasiłki z powodu braku pracy (tabl. 2) zmniejszyła się znacznie, bo o 3,702 osób, t. j. o 23%, a stosunek pobierających zasiłki do ubezpieczonych z 6,9% w II-gim kwartale spadł do 5,4%.

Równocześnie ze zmniejszeniem się liczby osób pobiera-

Tabl. 4.

Sumy wypłaconych zasiłków

1933 r.	Z a k ł a d y U. P. U.				
	Warszawa	Krół-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	3.331.307,94	1.626.096,42	1.328.584,41	859.075,01	7.145.063,78
„ „ kw. przec. mies.	1.110.435,98	542.032,14	442.861,47	286.358,34	2.381.687,93
w II-gim kwartale	2.962.532,63	1.282.349,48	1.018.158,94	791.827,83	6.054.868,88
„ „ kw. przec. mies.	987.510,88	427.449,83	339.386,31	263.942,61	2.018.289,63
w m-cu lipcu	777.187,34	318.990,24	276.683,92	221.092,44	1.593.959,94
„ sierpniu	770.927,16	291.085,34	241.119,41	218.752,66	1.521.884,57
„ wrześniu	749.144,19	333.888,76	239.924,95	232.987,21	1.555.945,11
w III-cim kwartale	2.297.258,69	943.964,34	757.734,28	672.832,31	4.671.789,62
„ „ kw. przec. mies.	765.752,90	314.654,78	252.578,09	224.277,44	1.557.263,21
w m-cu października	687.500,25	275.736,46	226.960,64	223.873,40	1.414.070,75
Razem od I.—X.	9.278.599,51	4.128.146,70	3.331.438,27	2.547.608,55	19.285.793,03

Tabl. 5.

Przeciętna wysokość miesięcznego zasiłku

1933 r.	Z a k ł a d y U. P. U.				
	War-szawa	Krół-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	104.05	137.40	111.56	81.11	107.69
w II-gim kwartale	104.41	132.50	95.84	83.23	104.05
w m-cu lipcu	84.48	129.41	95.44	83.49	92.61
„ sierpniu	89.91	113.00	82.69	75.59	89.73
„ wrześniu	100.90	112.84	78.87	74.58	93.98
w III-cim kwartale	91.14	118.00	85.55	77.64	92.09
w m-cu październiku	91,14	107.75	77.51	74.25	87.18

Tabl. 6.

Wpływy ze składek

1933 r.	Z a k ł a d y U. P. U.				
	Warszawa	Krół-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	1.883.620,—	674.860,—	642.022,—	594.249,52	3.794.751,52
„ kw. prz. mies.	627.873,33	224.953,33	214.007,33	198.083,17	1.264.917,16
w II-gim kwartale	1.781.794,—	659.178,80	586.761,—	527.441,98	3.555.175,78
„ kw. prz. mies.	593.931,33	219.726,27	195.587,—	175.813,99	1.185.058,59
w m-cu lipcu	649.840,—	277.294,—	186.745,—	173.243,89	1.287.122,89
„ sierpniu	619.053,—	210.314,26	200.209,—	180.015,22	1.209.591,48
„ wrześniu	602.138,—	364.234,32	206.939,—	197.940,98	1.371.252,30
w III-cim kwartale	1.871.031,—	851.842,58	593.893,—	551.200,09	3.867.966,67
„ kw. przec. mies.	623.677,—	283.947,53	197.964,33	183.733,36	1.289.322,22
w m-cu październiku	758.234,—	328.204,75	212.396,—	243.549,80	1.542.384,55
„ listopadzie	676.989,—	372.160,55	211.156,—	199.068,76	1.459.374,31

Tabl. 7.

Zadłużenie w dziale emerytalnym

Na początku	Z a k ł a d y U. P. U.				
	Warszawa	Krół-Huta	Lwów	Poznań	Razem
I-go kwartału	8.365.000,—	600.284,97	1.100.000,—	597.617,83	10.662.902,80
II-go kwartału	9.639.931,97	1.365.501,38	2.350.000,—	1.014.815,98	14.370.249,33
m-ca lipca	11.461.382,62	1.868.877,47	2.970.000,—	1.430.657,19	17.730.917,28
m-ca sierpnia	11.693.021,50	2.001.618,50	3.230.000,—	1.533.831,57	18.458.471,57
m-ca września	12.089.732,—	1.997.181,40	3.450.000,—	1.577.744,68	19.114.658,08
m-ca października	12.139.498,53	2.012.702,43	3.615.000,—	1.765.345,63	19.532.546,59
m-ca listopada	12.181.879,91	2.086.938,56	3.615.000,—	1.861.434,14	19.745.252,61
m-ca grudnia	12.294.484,46	2.067.764,49	3.615.000,—	1.963.615,90	19.940.864,85

jących zasiłki zmniejszyła się również liczba wypłaconych miesięcznych zasiłków (tabl. 3), a mianowicie przeciętnie o 2,487 zasiłków, t. j. o 12,8%.

Suma wypłaconych zasiłków (tabl. 4) uległa również zmniejszeniu, bo z kwoty 6.054.869 zł. wypłaconej w II-gim kwartale spadła do kwoty 4.671.790 zł. w III-cim kwartale, czyli zmniejszyła się o zł. 1.383.079, t. j. o 22,8%.

Przeciętna wysokość miesięcznego zasiłku (tabl. 5) zmniejszyła się o zł. 11,96, t. j. o 11,5%, powiększyły się natomiast wpływy ze składek o zł. 312.790,89, t. j. o 8,8%.

Zmniejszenie się sumy wypłaconych zasiłków, a wzrost wpływów ze składek, które można uważać za jedyne — wobec braku lokat — źródło dochodów Zakładów w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy, wpłynęły na zwolnienie tempa wzrostu zadłużenia działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy w dziale emerytalnym. Gdy bowiem wzrost zadłużenia w I-szym kwartale 1933 r. wyniósł zł. 3.707.346, t. j. 34,8% stanu w dniu 1.I.1933 r., w II-gim zł. 3.360.668, t. j. 31,5% wspomnianego stanu, to w III-cim kwartale wyniósł już tylko zł. 1.801.630, t. j. 16,9% stanu na początku 1933 r., a więc zmniejszył się prawie o połowę.

Główną przyczyną omówionych zjawisk (z wyjątkiem zmniejszenia się liczby ubezpieczonych) są zmiany w rozporządzeniu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy, wprowadzone ustawą z dnia 22 marca 1933 r., rozp. Ministra Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1933 r. oraz rozp. Rady Min. z 17 czerwca 1933 r., z których najważniejsze są następujące:

1) Składka w ubezpieczeniu pracowników umysłowych na wypadek braku pracy została podwyższona od 1 czerwca 1933 r. z 2% do 2,8%.

2) Najwyższa grupa zarobkowa, od której opłacają składki pracodawca i pracownik, została podwyższona od 1.VI.1933 r. z zł. 560.— do zł. 720.—.

3) Przy wynagrodzeniach wyższych od zł. 720.— została wprowadzona od 1.VI.1933 r. — prócz normalnej składki w wysokości 2,8% od zł. 720.—, opłata składek od różnicy pomiędzy faktycznym wynagrodzeniem, a kwotą zł. 720.— w wysokości 1,68%, przypadająca całkowicie na ubezpieczonego.

Te trzy zmiany wpłynęły na powiększenie się dochodów ze składek, przyczem wpływ ich zaznaczyć się mógł dopiero od lipca 1933 r., gdyż składka za czerwiec płatna jest dopiero w lipcu.

4) Dotychczasowa wysokość zasiłków została obniżona przy podstawach wymiaru zasiłku wyższych od 120 zł. w/g skali progresywnej od 5% do 25%, przyczem jednak najwyższa podstawa wymiaru zasiłku została podniesiona do zł. 720.— (dotychczas zł. 560.—). Obniżenie wysokości zasiłków stosuje się do zasiłków należnych za miesiące zasiłkowe, przypadające w całości po 8 lipca 1933 r.

Wpływ ze zmniejszenia wysokości zasiłków zaznaczyć się mógł dopiero od miesiąca sierpnia 1933 r., gdyż zasiłki wypłacane są zdołu, a więc za lipiec w sierpniu, przyczem należy wziąć pod uwagę tę okoliczność, że Zakłady wypłacały jeszcze w sierpniu, wrześniu, a prawdopodobnie i w następnych miesiącach nie tylko zasiłki obniżone, lecz również zasiłki, przypadające za miesiące przed 8 lipca 1933 r., a więc nieobjęte obniżką, a to z tego powodu, że proces przyznawania zasiłków trwa kilka tygodni, a niejednokrotnie nawet kilka miesięcy.

5) Minimalny okres ubezpieczenia, uprawniający do świadczeń z powodu braku pracy (okres wyczekiwania) został przedłużony z dotychczasowych 6 miesięcy składowych do 12 miesięcy, przebytych w ubezpieczeniu w ciągu 24 miesięcy, licząc wstecz od dnia utraty zajęcia.

6) Wprowadzono zastrzeżenie, że ubezpieczony nie może korzystać ze świadczeń na podstawie miesięcy składowych już raz zaliczonych przy przyznawaniu świadczeń.

7) Zostali pozbawieni świadczeń pracownicy sezonowi w okresie sezonu martwego.

Ostatnie trzy zmiany wzgl. ograniczenia przyczyniają się do zmniejszenia się przyrostu osób, uprawnionych do pobierania zasiłków, ale tylko w stosunku do tych osób, które utraciły zajęcie po 8 lipca 1933 r. Do osób, które utraciły zajęcie przed tym dniem, ograniczenia powyższe nie mają zastosowania.

Całkowity wpływ wprowadzenia powyższych zmian ustawowych okaże się dopiero wówczas, gdy pobierający zasiłki z powodu braku pracy rekrutować się będą tylko z pośród osób, do których zastosowano nowe przepisy w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy, co prawdopodobnie nastąpi po upływie najmniej 6-ciu miesięcy od wejścia w życie tych przepisów.

ORGANIZACJA CZYNNOŚCI PORUCZONYCH UBEZPIECZALNIOM SPOŁECZNYM.

Prace nad przygotowaniem ubezpieczalni do rozpoczęcia wykonywania poruczonych im czynności w zakresie wszystkich rodzajów ubezpieczeń rozpoczęte zostały jeszcze przez Komisarza Organizacyjnego Izby, który zorganizował w drugiej połowie grudnia ub. r. 3-dniowy kurs informacyjny dla pracowników zakładów i Kas Chorych, wyznaczonych na ten kurs przez właściwe władze tych instytucyj. Celem tych kursów było zaznajomienie słuchaczy z nowym systemem wymierzania i ściągania składek oraz prowadzenia ewidencji ubezpieczeniowych, jak również z odpowiednimi przepisami ustawy oraz rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej o zgłaszaniu pracowników i uiszczaniu składek. Wykładów na kursie słuchało około 300 osób.

Po tym kursie odbył się jeszcze drugi kurs instrukcyjny, przeznaczony już dla ściślejszego grona pracowników (około 30 osób), desygnowanych na instruktorów do ubezpieczalni. Celem bowiem udzielenia ubezpieczalnom fachowej pomocy w początkowych ich pracach organizacyjnych nad zmontowaniem aparatu biurowego w zakresie pobierania składek i prowadzenia ewidencji ubezpieczonych oraz udzielania świadczeń, Izba Ubezpieczeń Społecznych, opierając się na swych ustawowych uprawnieniach, wydelegowała instruktorów do wszystkich ubezpieczalni. Zakres obowiązków i uprawnień tych instruktorów został szczegółowo określony w instrukcji Izby.

Celem równoczesnego instruowania wszystkich ubezpieczalni zostały one podzielone na 7 rejonów. Na obszarze każdego rejonu działa instruktor główny, który posiada do pomocy potrzebną liczbę instruktorów objazdowych. Instruktorzy objazdowi działają pod kierownictwem i odpowiedzialnością instruktorów głównych. Siedziby instruktorów głównych mieszczą się w: Krakowie, Lublinie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Wilnie i Warszawie.

Do obowiązków instruktorów należy udzielanie ubezpieczalnom rad i wskazówek na podstawie przepisów ustawy, rozporządzeń wykonawczych i tymczasowej instrukcji Izby o zakresie organizacji ewidencji ubezpieczonych i pracodawców oraz wymiaru i ściągania składek ubezpieczeniowych, jak również na podstawie wszelkich dalszych instrukcyj i zarządzeń władz nadzorczych oraz Izby.

Równoległe z czynnościami instrukcyjnymi instruktorzy obowiązani są wykonywać czynności kontrolne, polegające na sprawdzaniu, czy organizacja, tok i sposób wykonywania pracy

w zakresie czynności, podlegających kontroli Izby, są przeprowadzane przez ubezpieczalnie zgodnie z instrukcjami. O sposobie wykonywania i postępie prac, o których wyżej mowa, obowiązani są instruktorzy informować Izbę, celem usuwania drogą odpowiednich zarządzeń ujawnionych braków lub błędów.

ORGANIZACJA ZAKŁADU UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO ROBOTNIKÓW

Wśród zakładów ubezpieczeń społecznych, tworzonych przez ustawę scaleniową, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników jest instytucją w inny sposób powstającą, aniżeli pozostałe zakłady. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, jak również Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, powstają bowiem z przekształcenia dotychczas działających analogicznych instytucji, przyczem ulega zmianie ich nazwa i organizacja wewnętrzna, nie zmienia się natomiast obszar działania. Zakład Ubezpieczenia od Wypadków powstaje już w sposób bardziej skomplikowany, przejmuje on bowiem prawa i obowiązki instytucji, działających na różnych podstawach prawnych, mianowicie — Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie, Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków w Król.-Hucie, Wydziału Ubezpieczeń od Wypadków Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków w Rolnictwie w Poznaniu. W odróżnieniu od tych instytucji, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, równocześnie z przejściem praw i obowiązków Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu (z wyłączeniem pracowników) i Kas Brackich w woj. południowych i na Śląsku Cieszyńskim, powołany jest do wykonywania ubezpieczenia nowego dla całego obszaru Rzplitej poza b. dziel. niemiecką. Z tego względu organizacja tego Zakładu jest trudniejsza i wymaga budowania od podstaw.

Dotychczas w zakresie organizacji Zakładu U. E. R. wydane zostały następujące zarządzenia. Decyzją Komisarza Zakładu dotychczasowy członek zarządu Ubezpieczalni Krajowej p. B. Wybieralski, wyższy radca krajowy, upoważniony został aż do odwołania do prowadzenia z ramienia Zakładu U. E. R. na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego wszystkich czynności z zakresu ubezpieczenia emerytalnego robotników, z wyłączeniem czynności, których wykonywanie ustawa powierza ubezpieczalniom społecznym oraz bez prawa przejęcia zobowiązań i majątku Wydziału Inwalidowego Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, przypadających na Zakład U. E. R. Zastępstwo w powyższym zakresie działania powierzone zostało p. Czesławowi Jagodzińskiemu, wyższemu radcy krajowemu. Analogiczne upoważnienie w stosunku do osób ubezpieczonych przed wejściem w życie ustawy scaleniowej w Kasach Brackich na obszarze woj. południowych i Śl. Cieszyńskiego otrzymał p. inż. Feliks Hess, dotychczasowy dyrektor Bractwa Górniczego w Krakowie, a jako jego zastępca — p. Józef Hamerlak.

Czynności poruczone wyżej wymienionym osobom wykonywać będzie biuro Ubezpieczalni Krajowej i dotychczasowe biuro Bractwa Górniczego w Krakowie w zakresie tu podanym. W szczególności do zakresu działania tych biur należeć będzie pobieranie składek za okres ubezpieczenia przed wejściem w życie ustawy scaleniowej, przyznawanie świadczeń oraz zarządzanie funduszami i zasobami.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej w sprawie zaopatrzenia przewiduje, że Zakład U. E. R. może powierzać właściwym ubezpieczalniom społecznym przyznawanie wszystkich lub niektórych rodzajów zaopatrzeń. Decyzją Komisarza Zakładu powierzone zostało przyznawanie wszelkich zaopatrzeń ubezpieczalniom społecznym, tak, że tymczasowo ubezpieczalnie będą zarówno przyjmować rozszczenia o zaopatrzenia, jak i przyznawać je. Tryb postępowania ubezpieczalni przy załatwianiu tych spraw ustali szczegółowo instrukcja Zakładu.

KRONIKA ZAGRANICZNA

ZASADY I BUDOWA NOWEJ USTAWY O UBEZPIECZENIU NA WYPADEK BEZROBOCIA W ANGLJI.

Bill o bezrobociu, rewolucjonizujący ustawodawstwo społeczne w Anglii, znajduje się obecnie w drugim czytaniu w Izbie Gmin. Minister pracy Sir H. Betterton, wygłosił w parlamencie przemówienie, w którym zanalizował historję ubezpieczeń społecznych w Anglii w ostatnim 30-leciu i wytyczne nowego billu.

Sir Betterton uważa obecny bill za jedno z najbardziej konstruktywnych dzieł ustawodawstwa społecznego w ciągu ostatniego 30-lecia. Zdaniem Ministra, bill w strukturze swej rozwija logicznie politykę społeczną, zainaugurowaną w W. Brytanji w początku XX wieku. Już w pierwszym billu o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia z 1911 roku ujawnił się fakt, że opieka społeczna w Anglii, wyrosła na ustawodawstwie elżbietańskim z XVI wieku, słynnym „Poor Law“ (ustawa o biednych), jest przeżytkiem i nie może sprostać swemu zadaniu w momencie, gdy bezrobocie przybiera w krajach przemysłowych charakter zjawiska chronicznego i obejmuje — w zależności od wydarzeń międzynarodowych — większość ludności w kraju tak przemysłowym, jak W. Brytanja. „Poor Law“ okazało się niewłaściwym środkiem do przyjscia z pomocą materialną kategorii zdrowych bezrobotnych (mężczyzn i kobiet), którzy stracili pracę wskutek przyczyn niezależnych od nich. Precedens stwo-

rzony w ustawodawstwie społecznym z 1911 r., gdy obowiązkowo ubezpieczono 2 i pół miliona osób w W. Brytanji, w okresie wielkiej „prosperity“, okazało się bardzo cennym instrumentem, gdy nadeszła depresja gospodarcza. Gdy rząd narodowy Mac Donalda doszedł do władzy w 1931 r., Fundusz Bezrobocia wykazywał deficyt dwukrotnie wyższy, niż roczne dochody Funduszu (deficyt 115 milionów funtów szterlingów), a zaopatrzenia (transitional benefits) płacone były chaotycznie, często osobom nie posiadającym kwalifikacji, osobom, które nie płaciły — w okresie posiadania pracy — wymaganych składek. „Poor Law“ był jeszcze wtedy deską ratunku dla osób, które nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia.

Problem, przed którym stanął rząd narodowy, sprowadzał się przeto do: a) przywrócenia wypłacalności i stabilizacji Funduszu Ubezpieczeń (Insurance Fund) i b) rozstrzygnięcia zagadnienia, jak zaopatrzyć bezrobotnych, którzy nie byli nigdy ubezpieczeni, lub którzy wyczerпали swe prawa do zasiłków.

Min. Betterton stwierdza, że nowy bill oparty został na fundamentalnej przesłance, iż zasięg ubezpieczeń społecznych musi być radykalnie rozszerzony i że Państwo musi przejąć na siebie odpowiedzialność za przyjscie z pomocą materialną zdrowym bezrobotnym, dotąd podporządkowanym — przez 3 wieki — opiece samorządów, na zasadzie „Poor Law“.

Bill rozpada się zatem na dwie części: jedna traktuje zagadnienie ubezpieczenia, a druga kwestję pomocy materialnej na

rzec bezrobotnych. Bill przewiduje finansowanie pomocy dla bezrobotnych ze składek pracodawców, pracowników i Skarbu Państwa. Zasada zdrowych finansów w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia opierać się musi na regularności wpływu składek. Fundusz Ubezpieczeń jest nietylko wypłacalny w roku obecnym, przy zarejestrowanych 2 i pół miliona bezrobotnych, ale wykazuje nadwyżkę dochodu 8 i pół miliona funtów nad wydatkami. Okres pobierania zasiłków, według nowego billu, uzależniony zostaje od ilości zapłaconych składek. Pracownik ubezpieczony, który zapłacił 30 składek w ostatnich 2 latach, ma prawo do zaopatrzenia w ciągu 26 tygodni, pracownik ubezpieczony, który zapłacił składki wszystkie w ostatnim 5-leciu zatrudnienia, ma prawo do zasiłku przez 52 tygodnie.

Jako jedno z najważniejszych pociągnięć, uważa min. pracy Betterton rozciągnięcie ubezpieczeń społecznych na młodzież opuszczającą mury szkolne. Do tej pory nie było efektywnej kontroli nad dziećmi w wieku lat 14 do 16 i młodzież w wieku od 16 do 18 roku życia. Na podstawie billu, ubezpieczenie na wypadek bezrobocia rozciągnięte zostaje na młodzież, opuszczającą szkoły, przyczem rodzice dziecka, wstępującego do ubezpieczenia, będą zobowiązani płacić składkę w wysokości 2 pensów tygodniowo, jako zabezpieczenie przed ryzykiem przyszłego bezrobocia. Wpłata zasiłków dla bezrobotnej młodzieży rozpocznie się z chwilą osiągnięcia wieku 16 lat. Koszta zorganizowania i utrzymania obozów przeszkolenia fizycznego i pracy dla młodzieży (juvenile training centres), pokryte zostaną w 25% przez samorządy, a pozostałe 75% pokryte zostaną w połowie przez Fundusz Ubezpieczeń i Państwo.

Część I billu wzmacnia zatem system ubezpieczeń społecznych w Anglii.

Część II billu przewiduje przejęcie przez Państwo odpowiedzialności za opiekę nad wszystkimi bezrobotnymi zdrowymi (zdolnymi do pracy) z rąk samorządów. Bill ma na celu usunięcie drażniącego dumę angielską proceduru ujawniania danych stanu osobistego osób, zgłaszających się o pomoc, na zasadzie „Poor Law”, do urzędów opieki społecznej. Wylano morze atramentu w walce o usunięcie przykryj procedury, stosowanej przy ubieganiu się o pomoc na zasadzie „Poor Law”. W parlamencie partja pracy i liberałowie nadal uważają, że przejęcie opieki przez Państwo nad kategorią zdrowych bezrobotnych, nie rozwiązuje zagadnienia, gdyż zachodzi obawa stosowania ponownie zbyt surowej formalistyki i biurokracji przez Fundusz Ubezpieczeń, przy rozpatrywaniu zgłoszeń o opiekę nad tą kategorią nieubezpieczonych bezrobotnych, ludzi pozbawionych środków do życia.

Technika opieki społecznej rozwinięta w ciągu 300 lat przez samorządy zawiodła, zdaniem Ministra — w okresie masowego bezrobocia. Państwo dawało rocznie ze Skarbu na zasiłki 51 milionów funtów, podczas gdy samorządy miały obowiązek dostarczania rocznie 5 milionów funtów. Obecnie, przewidziana w billu, centralna organizacja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia (Unemployment Assistance Board) kontrolować będzie w Whitehall (siedziba gmachów rządowych) całokształt bezrobocia w W. Brytanji. Rada złożona z 5 członków („big five”) administrować będzie Funduszem Ubezpieczeń i udzielać pomocy zdrowym bezrobotnym, przejętym z pod opieki samorządów.

L. Ch.

SWIADCZENIA LEKARSKIE DLA BEZROBOTNYCH W WIELKIEJ BRYTANJI.

W myśl ustawy z r. 1932 o ubezpieczeniu na wypadek choroby¹⁾, osoby, które pozostawały bez pracy w ciągu kilku

¹⁾ patrz w kronice Nr. 8 „Przeglądu” z r. 1932 notatkę p. t. „Zmiany w ubezp. na wyp. choroby i na starość w Anglii.

lat utraciły w końcu 1933 r. prawa do świadczeń lekarskich. Organizacje, którym zostało powierzono stosowanie ubezpieczenia na wypadek choroby, zwróciły się do rządu z prośbą o przedsięwzięcie odpowiednich środków, aby z tego powodu nie nastąpiło zerwanie węzłów między lekarzem a jego pacjentem.

Rzut oka na zagadnienie.

Od roku 1921 zarówno ustawodawstwo stałe, jak tymczasowe, przewidywało na szeroką skalę zabezpieczenie korzyści płynących z rejestracji oraz prawa do świadczeń byłym ubezpieczonym, którzy stali się bezrobotnymi. Nie wchodząc tu w szczegóły odnośnych przepisów, wystarczy wspomnieć, że pod koniec 1932 r. wynikało z nich, iż osoby, które mogły dowiedzieć, że wykonywały normalnie zawód, podlegający ubezpieczeniu, lecz znalazły się w niemożności otrzymania zajęcia, mogły zachować swe prawa do zasiłków pieniężnych według zagwarantowanej wysokości oraz do świadczeń lekarskich, dopóki będą pozostawać bez pracy. Koszty tych świadczeń, przyznanych bezrobotnym, miały być pokrywane z funduszy kasy. Tymczasem w r. 1926 rząd obniżył wysokość subwencji normalnej, jaką dopłacał celem pokrywania świadczeń i kosztów administracji, z $\frac{2}{10}$ na $\frac{1}{2}$ tych obciążeń (dla mężczyzn) i na $\frac{1}{5}$ (dla kobiet). W r. 1931 obliczenie matematyczne środków finansowych i wydatków towarzystw zatwierdzonych²⁾ wykazało, że wskutek wzmoczenia się bezrobocia, finansowa stabilizacja kasy byłaby silnie zachwiana, gdyby miano nadal wypłacać świadczenia całkowite bezrobotnym nie opłacającym składek. To też za zgodą komitetu doradczego przedstawicieli towarzystw, zatwierdzonych ustawą o ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1932 r., obniżyła świadczenia dla kobiet i wprowadziła ściśłą współzależność między normami świadczeń a regularnym opłacaniem składek. Każdy ubezpieczony, który jest bezrobotnym po raz pierwszy, zachowuje swe prawa w ciągu $1\frac{1}{2}$ do 2 lat a nawet w ciągu dalszego jeszcze roku, w tym wypadku jednak o ile może się wykazać okresem wyczekiwania czteroletnim i dowieść, że nie może znaleźć zajęcia, zachowuje on przez ten czas prawa do świadczeń lekarskich, lecz aby zachować uprawnienia do zasiłków pieniężnych, powinien wpłacać nietylko własną składkę, ale i składkę swego pracodawcy w postaci łącznej składki tygodniowej za każde piętnaście dni bezrobocia.

W myśl ustawy z r. 1932 okres ubezpieczenia osób, których liczbę obliczono mniej więcej na 100.000, a które nie były zatrudnione ani jednego dnia w ciągu kilku lat, i które w tym czasie nie wpłaciły ani jednej składki, nie będzie mógł być przedłużany bez końca; ich zasiłki pieniężne powinny być skończyć się w roku 1932, a świadczenia lekarskie w r. 1933.

Ten akt ustawodawczy oznacza, że rząd postanowił powrócić do zasady aktuarjalnej równowagi między składką a ryzykiem. W ciągu dziesięciu lat poprzednich, zasada ta traciła się coraz bardziej tak, że bezrobotni, którzy wyczerpali wszystkie prawa umowne, które im zapewniało opłacanie składek, otrzymywali nadal świadczenia, przeważnie kosztem swych ubezpieczonych towarzyszy, którzy nie byli pozbawieni pracy a także, w pewnej mierze, kosztem państwa. Obecnie, gdy ustawa ustaliła granicę między ubezpieczeniem, a zaopatrzeniem, ubezpieczeni, którzy wyczerpali swe prawa do świadczeń, będą musieli być zdani na opiekę władz miejscowych opieki publicznej.

²⁾ Towarzystwa, które mają prawo prowadzić ubezpieczenie na wypadek choroby (Red.).

Proponowane sposoby rozwiązania zagadnienia.

Ogólne wyniki stosowania ustawy z 1932 r., a zwłaszcza skasowanie świadczeń lekarskich, udzielanych przedtem bezrobotnym, wywołały liczne polemiki i krytykę ze strony sfer zainteresowanych: towarzystw zatwierdzonych wszelkiej kategorii, związków zawodowych, komitetów ubezpieczeniowych i lekarzy.

Każdy uznaje, że niepodobna podwyższać stawek składek i że z drugiej strony obecne finanse kasy państwowej ubezpieczenia na wypadek choroby nie mogłyby wystarczyć na płacenie bezrobotnym świadczeń wyższych niż te, które ustala ustawa z 1932 r. Kwestją jednak zasadniczą do rozstrzygnięcia jest sprawa następująca: Czy słusznym jest, aby bezrobotni, którzy wyczerpali już przysługujące im prawa otrzymywali nadal świadczenia, obciążające budżet państwowy, czy też powinni oni być powierzeni władzom opieki publicznej.

Stanowisko towarzystw wzajemnej pomocy.

Konferencja krajowa towarzystw wzajemnej pomocy, reprezentująca największe z tych towarzystw, uznała słusność ustawy z r. 1932, wyrażając zarazem radość z powrotu do zasady równowagi między składką a ryzykiem. Przewodniczący jej nie widzi żadnej racji w udzielaniu pierwszeństwa dalszemu wypłacaniu świadczeń lekarskich bezrobotnym przed innymi świadczeniami. Stowarzyszenie towarzystw zatwierdzonych, które grupuje liczne osobne towarzystwa różnych kategorii wraz z temi, które stworzyły niektóre związki, skłania się ku tezie nałożenia na państwo składek za bezrobotnych.

Stanowisko związków zawodowych.

Kongres związków zawodowych jest zdania, że ogół powinien wziąć na siebie składki bezrobotnych, którzyby w ten sposób zachowali swe prawa do całkowitych świadczeń. Utrzymuje on, że oszczędności, zrobione przez państwo dzięki zmniejszeniu jego subwencji w r. 1926 powinny być częściowo poświęcone na ten cel.

Zrzeszenie krajowe towarzystw związków zawodowych (National Association of Trade Union Approved Societies) proponuje przynajmniej zachowanie prawa bezrobotnych do świadczeń na wypadek macierzyństwa i świadczeń lekarskich. Koszty powinny być pokryte bądź przez przywrócenie subwencji państwowej do poprzedniej wysokości, bądź przez połączenie środków finansowych wszystkich towarzystw, biednych i bogatych; ponadto państwo powinno skłonić władze opieki publicznej do płacenia składek za bezrobotnych.

Stanowisko komitetów ubezpieczeń.

Administracją systemu świadczeń lekarskich, opartą na podstawie geograficznej, zajmują się komitety ubezpieczeń, złożone z przedstawicieli towarzystw zatwierdzonych, lekarzy i władz miejscowych. Każdy komitet ubezpieczeń otrzymuje dla każdego ubezpieczonego zamieszkałego na terenie jego działania, jednakowe honoraria roczne od towarzystwa, którego członkiem jest ubezpieczony.

Federacja komitetów ubezpieczeń reprezentująca ogół komitetów Wielkiej Brytanji ogłosiła memoriał, formujący jej propozycje co do utrzymania świadczeń lekarskich dla bezrobotnych.

Według tego memoriału większość ubezpieczonych, którzy tracą swe prawa do świadczeń lekarskich w 1934 r. zamieszkują okręgi przemysłowe dotknięte kryzysem i władze miej-

scowe tych kręgów, które to władze już finansowo się przyłożyły do opłat, nie powinny być pociągane do ponoszenia dodatkowych ciężarów, których wymaga opieka lekarska dla bezrobotnych.

„Naskutek bezprzykładnego kryzysu gospodarczego, ci ubezpieczeni zostają pozbawieni opieki lekarzy, którzy ich dotychczas leczyli. Jest nader prawdopodobne, że wielu z tych bezrobotnych, zamiast zwracać się do lekarzy z ramienia opieki publicznej, będzie wolało uciekać się do dobroczynności swych dawnych lekarzy. Ponieważ jednak dochody lekarzy prywatnych w tych miejscowościach bardzo znacznie się zmniejszyły, nie można się spodziewać, aby mogli oni wziąć na siebie tego nowego ciężaru bez żadnego wynagrodzenia. W dodatku uważano od wielu lat za objaw niepożądany, aby opieka lekarska była upodobniona do opieki dla ubogich; przytem propozycja powierzenia opieki nad bezrobotnymi nieinwalidami lekarzom opieki publicznej nie jest zgodna z duchem, w jakim podyktowana została ustawa z r. 1929 o administracji miejscowej. Wreszcie system ubezpieczenia pozostawia ubezpieczonemu wolny wybór lekarza, co jest przywilejem wysoce cenionym”.

Utrzymanie prawa do świadczeń lekarskich wyniosłoby 12 szylingów na osobę rocznie, tak że całkowity wydatek na ten cel dla jakichś 100.000 osób wyniosłby 60.000 funtów sterl.

Obmyślając sposoby otrzymania tej sumy, Federacja przypomina, że państwo uzyskało w r. 1926 oszczędność roczną w wysokości 2.800.000 funt. sterl. przez obniżenie udzielanej subwencji, a ponieważ poza tem od r. 1931 potracąco z honorarjów lekarskich sumę 800.000 funt. rocznie, jeszcze bardziej zmniejszyła się jego subwencja na świadczenia lekarskie.

„Władze opieki publicznej mogłyby być wezwane przez rząd do wpłacenia pewnego udziału komitetom ubezpieczeń dla pokrycia kosztów leczenia zainteresowanych — oświadczając niedawno, że utrzymanie bezrobotnych zdolnych do pracy powinno należeć raczej do władzy centralnej niż do władz miejscowych, władze publiczne wskazały drogę, którą można by pójść. Wystarczyłoby, aby sprostać stosunkowo nieznacznym wydatkom, podwyższyć subwencję skarbu dla władz opieki publicznej”.

Opinia lekarzy.

„British Medical Association” proponowała w r. 1930 zorganizowanie ogólnej służby lekarskiej dla wszystkich osób ubogich, podlegających lub niepodlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby. System ten opiera się na wolnym wyborze lekarza przez wszystkich ubezpieczonych. Już z samej racji własnej doktryny, stowarzyszenie nie może się zgodzić, aby osoby, które przestają być ubezpieczone, były powierzane służbie lekarskiej opieki publicznej, gdzie byłyby leczone przez lekarza wyznaczonego przez władzę miejscową. Stowarzyszenie przywiązuje wielką wagę do wolnego wyboru lekarzy, co uważa za konieczne dla utrzymania normalnych stosunków między lekarzem a chorym i jest zdania, że ubożego nie wolno pozbawiać tego prawa. Proponuje więc zawieranie układów, na mocy których bezrobotni, którzy utracili już prawo do świadczeń lekarskich, będą mogli być nadal leczeni przez lekarzy ubezpieczeniowych.

Stanowisko rządu.

Tezą rządu, wypowiedzianą delegacjom towarzystw zatwierdzonych i lekarzy, którzy złożyli swe wnioski, jest, że sprawa utrzymania świadczeń lekarskich dla bezrobotnych stanowi tylko część całości zagadnienia, które następują

określi dotknięte bezrobociem i na których skupić się musi uwaga. Rząd nie może skutecznie tych propozycji ze względów następujących: 1) 100.000 ubezpieczonych zainteresowanych jest tak równomiernie porozmieszczanych w kraju, że liczba tych, którzyby obciążyli każdą z władz opieki publicznej, byłaby nieznaczna i że nie wartoby zawierać na to specjalnych układów; 2) jest pewna obiektywna zasadnicza co do udzielania nieubezpieczonym takich samych świadczeń, jak ubezpieczonym, którzy w tym celu opłacali składki; a jeżeli świadczenia lekarskie mają być udzielane tym, którzy występują z ubezpieczenia, to nie byłoby żadnej racji nie udzielać ich tym, którzy nigdy nie byli ubezpieczeni; 3) rząd nie posiada potrzebnych uprawnień do zobowiązania władz miejscowych do przyjęcia systemu wolnego wyboru lekarza w udzielaniu świadczeń z tytułu opieki publicznej, ale nie miałby obiektywności do samorządowego przyjęcia tego systemu w poszczególnych wypadkach. Wreszcie rząd nie widzi, skąd można by czerpać potrzebne fundusze na honorarja, którychby wymagał system wolnego wyboru lekarza dla bezrobotnych. („Informations sociales“, XLVIII, Nr. 5/33).

DYREKTYWY W SPRAWIE LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONYCH SPOŁECZNIE W CZECHOSŁOWACJI.

Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalił wytyczne w sprawie leczenia szpitalnego ubezpieczonych społecznie i członków ich rodzin.

Koszty leczenia szpitalnego, obciążające kasy chorych, nie przestają wzrastać w ciągu ostatnich lat. Władze kontroli kas przypisują ten wzrost brakowi racjonalnych zasad co do dopuszczania do leczenia w szpitalu. Aby temu zaradzić, Centralny Zakład postanowił uregulować te świadczenia w sposób następujący:

1) Lekarz, który przepisuje ubezpieczonemu leczenie w szpitalu, powinien zawiadomić o tem kasę chorych i stwierdzić konieczność swego zarządzenia. W wypadkach pilnych zawiadomienie to może nastąpić po przyjęciu do szpitala, w innych wypadkach — kasa powinna być zawiadomiona przedtem.

2) W zawiadomieniu swem lekarz powinien rozróżnić choroby, w których leczenie w szpitalu jest konieczne od chorób, w których tylko warunki poszczególne wskazują na to;

a) Do pierwszej kategorii należą choroby w stanie ostrym, chirurgiczne lub wewnętrzne, choroby zakaźne i wszelkie wypadki, w których zachodzi konieczność operacji. Wytyczne zawierają tytułem przykładowym, wyliczenie wypadków, w których naogół będzie możliwe leczenie w szpitalu.

b) Inne choroby mogą nadawać się do leczenia w szpitalu tylko wówczas, gdy istnieje jeden z następujących warunków: niemożność dostarczenia choremu pomocy lekarza specjalisty, zwłaszcza, jeżeli chory jest niezdolny do pracy; niewystarczająca opieka w domu wskutek złych warunków mieszkaniowych lub z innych powodów; znaczna odległość dzieląca pacjenta od lekarza i niemożność przeprowadzenia systematycznego leczenia u lekarza; konieczność zastosowania specjalnych metod diagnostyki i leczenia; opieranie się pacjenta leczeniu i różnym sposobom kontroli.

Przypadki wchodzące do drugiej kategorii powinny być zbadane przez lekarza kontrolującego kasy chorych przed umieszczeniem chorego w szpitalu. Lekarz leczący i lekarz kontrolujący powinni czuwać, ażeby leczenie w szpitalu nie przedłużało się ponad potrzebę, ale również, aby przedwczesne wypisanie chorego ze szpitala nie wpłynęło źle na zdrowie pacjenta.

c) Nie powinni leczyć się w szpitalu chorzy chronicznie, których stan nie pozwala przewidywać zasadniczej poprawy, ani choroby, którzy mogą leczyć się w domu. Wyłączone są choroby nieuleczalne, pociągające za sobą inwalidztwo chorego.

3) Zawiadomienia lekarzy o przeniesieniu do szpitala składane są lekarzowi kontrolującemu Kasy. Co do decyzji, dotyczących leczenia w szpitalu, kierownictwo i inne organa kasy opierają się na opinii lekarza kontrolującego, który ze swej strony obowiązany jest składać periodycznie właściwym organom kasy raporty o ubezpieczonych, leczących się w szpitalu.

Powinny być przeprowadzane porozumienia między zarządami szpitali a kasami chorych — w celu jaknajszerszego otrzymywania przez kasy nazwisk leczących się w szpitalu. Układy z zarządami szpitali powinny również przewidywać, iż lekarz kontrolujący kasy będzie otrzymywał odpis lub wyciąg karty szpitalnej, prowadzonej dla każdego chorego.

(„Informations sociales“, XLVIII, Nr. 5/33).

STOSOWANIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W BUŁGARJI

W Bułgarii obowiązują dwa systemy ubezpieczeń: obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków, choroby, macierzyństwa, inwalidztwa i na starość na mocy ustawy z dnia 6 marca 1924 r. o ubezpieczeniach społecznych, znowelizowanej ustawą z dnia 2 lutego 1929 r. i z dnia 4 kwietnia 1931 r.; oraz ubezpieczenie obowiązkowe na wypadek bezrobocia na podstawie ustawy z dnia 12 kwietnia 1925 r., dotyczącej pośrednictwa pracy i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

Przeprowadzenie obu systemów tych, obejmujących ogół pracowników najemnych należy do jednej i tej samej instytucji ubezpieczeniowej, której zarząd spoczywa wyłącznie w rękach państwa. Środki finansowe na pokrycie świadczeń w naturze i w gotówce — z wyjątkiem ubezpieczenia wypadkowego — czerpane są z trojakiich składek: ubezpieczonych, pracodawców i skarbu państwa.

Poniżej omawia się stosowanie ubezpieczeń bułgarskich w porządku następującym: zakres stosowania, instytucje ubezpieczeniowe, finanse, świadczenia.

Zakres stosowania.

Ubezpieczenie na wypadek ryzyka fizycznego (choroba, inwalidztwo i t. d.) stosuje się do wszystkich robotników i pracowników umysłowych (employés) zakładów, przedsiębiorstw i eksploatacyj państwowych, publicznych lub prywatnych. Tylko kilka kategorii robotników sezonowych jak kosiarze, żniwiarze i t. p. wyłącza się z zakresu ubezpieczenia obowiązkowego.

Ubezpieczenie fakultatywne otwarte jest dla pracowników niezależnych i dla osób uprawiających wolne zawody, o ile ich dochód nie przekracza 50.000 lewów rocznie oraz dla urzędników państwowych i samorządowych.

Ubezpieczenie obowiązkowe na wypadek bezrobocia (ryzyko gospodarcze) obejmuje poza robotnikami i pracownikami umysłowymi obowiązkowo ubezpieczonymi na mocy ustawy z dnia 6 marca 1924 r. — z wyjątkiem służby domowej — również marynarzy i robotników zakładów i przedsiębiorstw państwowych, departamentalnych, komunalnych oraz zakładów publicznych, którzy nie korzystają z emerytur urzędniczych.

Poniższa tablica wykazuje liczbę pracowników ubezpieczonych na wypadek ryzyka fizycznego w latach 1919 — 1930:

Rok	Liczba ubezpieczonych	Rok	Liczba ubezpieczonych
1919	34.720	1925	241.143
1920	62.364	1926	225.074
1921	97.564	1927	222.043
1922	112.242	1928	243.429
1923	125.680	1929	278.443
1924	167.220	1930	280.811

Instytucja ubezpieczeń.

Prowadzenie ubezpieczenia od ryzyka fizycznego jako też na wypadek bezrobocia należy do kompetencji Funduszu Ubezpieczeń Społecznych Dyrekcji pracy i ubezpieczeń społecznych przy ministerjum handlu, przemysłu i pracy.

Organem doradczym ministerstwa w sprawach ubezpieczeń społecznych jest Wyższa Rada pracy i ubezpieczeń społecznych, składająca się z 42 członków, z których 16 reprezentuje administrację publiczną, 8 — pracodawców, 8 — ubezpieczonych, 8 — specjalistów w sprawach ubezpieczeń społecznych i 2 lekarzy.

Zarząd miejscowy ubezpieczenia spoczywa w rękach inspektorów pracy, ich zastępców i sekretarzy-kasjerów.

Fundusze ubezpieczenia.

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Wydatki na ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych ponoszą wyłącznie pracodawcy. Są one rozłożone pomiędzy nich zależnie od liczby ich robotników i pracowników, sumy wypłacanych płac i stopniu ryzyka zawodowego, związanego z różnymi gałęziami produkcji.

Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa.

Fundusze ubezpieczenia tego, które jest obowiązkowe, czerpane są z różnych składek ubezpieczonych, pracodawców i państwa. Wysokość składek zależy od klasy płac, do której zaliczony jest ubezpieczony.

Klasy płac	Wysokość składki tygodniowej (Lewa)
1. Do 15 lewa dziennie . . .	4.50
2. Od 16 do 30 lewa dziennie	6.—
3. Od 31 do 45 " "	7.50
4. Od 46 do 60 " "	9.—
5. Od 61 i więcej dziennie . .	12.—

Ubezpieczenie inwalidzkie i na starość.

Składki na to ubezpieczenie są takie same, jak na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa.

Bezrobocie.

Srodki na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia składają się ze składek pracodawców, ubezpieczonych i państwa w stosunku 1 lewa na tydzień na każdego ubezpieczonego robotnika lub pracownika podlegającego ubezpieczeniu.

Dwie tablice poniższe wskazują wysokość wpływów Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Pierwsza tablica daje podział ogólnej sumy pomiędzy ubezpieczonych, pracodawców i państwo, druga (na str. 113) — podział według rodzaju ubezpieczenia (ryzyka).

Finanse Funduszu Ubezpieczeń Społecznych bułgarskich od 1919 r. do 1930 r. (W lewach)

Rok	Składki ubezpieczonych	Składki pracodawców	Dopłaty państwa	Procenty od funduszy lokowanych	Kasy i inne dochody	Ogółem
1919	738.388	928.380	1.000.000	267.699	611.118	3.545.585
1920	1.449.837	1.543.649	1.000.000	404.606	492.076	4.890.168
1921	2.333.025	2.349.944	1.000.000	569.427	612.690	6.865.086
1922	2.640.659	2.755.980	1.000.000	748.086	956.667	7.741.592
1923	2.826.567	2.826.567	1.000.000	872.640	783.725	8.309.499
1924	14.343.217	14.343.217	8.000.000	1.523.216	889.953	39.099.603
1925	38.064.361	34.901.455	16.000.000	2.928.819	2.877.256	94.771.819
1926	27.687.692	27.687.892	—	7.355.435	8.624.342	71.355.361
1927	33.770.844	33.770.844	—	6.525.098	3.030.960	77.097.746
1928	33.975.229	35.492.445	—	3.506.592	1.909.785	74.884.051
1929	42.500.010	52.717.696	32.000.500	3.568.241	2.334.670	133.120.617
1930	49.961.509	55.650.222	—	6.848.411	3.771.722	116.231.864

Świadczenia.

Ustawodawstwo bułgarskie przewiduje udzielanie następujących świadczeń:

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

1. Świadczenia lekarskie w naturze aż do wyzdrowienia chorego, w tem leczenie w szpitalu, lekarstwa, zabiegi chirurgiczne, dostarczanie aparatów ortopedycznych i przewożenie chorego.

2. Zasiłek dzienny na czas leczenia, którego wysokość zależy od klasy płac, do której ubezpieczony jest zaliczony.

Zasiłek dzienny wynosi 12 do 30 lewów, jeżeli chory leczy się w domu i 8 do 29 jeżeli leczy się w szpitalu.

3. W razie stałej całkowitej niezdolności do pracy, udzielanie renty w wysokości przeciętnej płacy dziennej pomnożonej przez 300. Jeżeli ofiara wypadku potrzebuje stałej opieki osoby trzeciej, otrzymuje dodatek w wysokości 800 lewów na miesiąc.

W razie częściowej niezdolności do pracy udzielanie renty, odpowiadającej zmniejszeniu stopnia zdolności do pracy. Wysokość renty oblicza się na podstawie przeciętnej płacy dziennej, pomnożonej przez 240. Najwyższa renta wynosi 42.000 lewów rocznie.

Podział według rodzajów ubezpieczeń środków finansowych bułgarskiego funduszu ubezpieczeń społecznych od 1928 — 1929 do 1930 — 1931 r.
(w lewach)¹⁾

Podziały ubezpieczenia i finanse	1928 — 1929	1929 — 1930	1930 — 1931
Ubezpieczenie od wypadków:			
Składki pracodawców, instytucji publicznych i samorządów	2.734.821	11.813.583	2.998.795
Ubezpieczenie na wyp. macierzyństwa i choroby:			
Składki pracodawców i ubezpieczonych	34.345.158	36.952.112	37.621.740
Składki instytucji publicznych ²⁾		2.867.100	3.893.611
Składki przedsiębiorców robót publicznych ²⁾		13.000.000	—
Dopłaty państwa	—	—	—
Ogółem	34.345.158	52.819.212	41.515.351
Ubezpieczenie inwalidzkie i na starość:			
Składki pracodawców i ubezpieczonych	29.759.947	33.997.197	36.153.958
Składki instytucji publicznych ²⁾		4.204.142	5.811.085
Składki przedsiębiorców robót publicznych ²⁾		14.000.000	—
Dopłaty państwa	—	—	—
Ogółem	29.759.947	52.201.339	41.965.643
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia:			
Składki pracodawców i ubezpieczonych	10.675.163	11.527.570	12.002.358
Składki instytucji publicznych ³⁾		1.380.264	1.898.395
Składki przedsiębiorców robót publicznych ³⁾		5.000.000	—
Dopłaty państwa	—	—	—
Ogółem	10.675.163	17.907.834	13.900.753
Dochody nadzwyczajne:			
Kary nakładane za wykroczenia przeciw ustawom społecznym, kary nakładane na robotników i pracowników i tp.	1.623.082	2.086.074	2.776.599
Dochody różne:			
Sprzedaż wydawnictw (teksty ustaw, formularzy, książeczek ubezpiecz. i tp.)	236.908	305.054	1.627.777
Procenty:			
Procenty z kapitałów lokowanych i dochody nieprzewidziane:	3.488.784	13.850.595	23.985.493
Ogółem wszystkie dochody	82.863.863	150.984.691	128.769.811

¹⁾ Ministerjum Finansów: Budżet dochodów i wydatków różnych funduszy publicznych za rok budżetowy 1932—33 str. 22—23.
²⁾ Instytucje publiczne i przedsiębiorcy robót publicznych płacą 2,5% plac.
³⁾ Instytucje publiczne i przedsiębiorcy robót publicznych płacą 1% plac.

4. W razie śmierci, ubezpieczenie udziela rent pozostałym członkom rodziny (40% renty zmarłego, wdowie lub wdowcowi niezdolnym do pracy; 30% sierotom niepełnym; 50% sierotom pełnym; 30% rodzicom zmarłego, braciom i siostram całkowicie przez niego utrzymywanym), oraz kosztów pogrzebowych w wysokości 50-krotnej podstawowej płacy dziennej.

Choroba.

1. Świadczenia lekarskie w naturze, oraz pomoc szpitalna i chirurgiczna i dostarczanie lekarstw przez dziewięć miesięcy w roku, pod warunkiem, że ubezpieczony przebył okres wyczerkiwania, wynoszący osiem kolejnych tygodni.

Wydatki bułgarskiego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych od 1919 do 1930 r.
(w lewach)

Rok	Zasiłki dzienne		R e n t y			Inne wydatki	Ogółem
	za wypadki przy pracy	na wypadek choroby	wypadkowe	inwalidzkie	starcze		
1919	38.385	515.302	71.581	—	—	326.374	952.142
1920	77.012	1.016.011	92.756	—	—	82.250	1.268.029
1921	99.502	1.909.796	113.756	—	—	522.619	2.695.673
1922	298.833	3.574.729	270.082	—	—	786.702	4.930.346
1923	375.058	6.968.010	313.064	—	—	702.234	8.358.366
1924	548.329	9.089.454	371.251	—	—	1.413.353	11.422.387
1925	1.761.848	25.279.861	1.322.720	—	—	5.513.156	33.877.585
1926	1.410.968	13.630.304	2.360.040	—	—	7.043.800	24.445.112
1927	2.357.053	31.370.283	2.440.980	—	—	7.023.817	43.192.133
1928	3.182.267	48.644.874	2.978.543	—	—	17.733.148	72.538.832
1929	2.410.254	49.575.344	7.313.863	59.111	53.862	25.264.758	84.673.192
1930	2.943.216	46.709.961	17.113.149	418.046	157.071	27.877.424	95.218.867

Podział wydatków funduszu ubezpieczeń społecznych według ryzyka od 1928 — 1929 r. do 1930 — 1931 r.
(W lewach)

R y z y k a i w y d a t k i	1928 — 1929	1929 — 1930	1930 — 1931
Ubezpieczenie wypadkowe:			
Honorarja i uposażenie miesięczne lekarzy dentystów	—	1.015.762	678.128
Lekarstwa, materiał sanitarny i środki ortopedyczne	—	344.208	171.290
Opłaty za wizyty w przychodni i za leczenie szpitalne	2.570.412	1.590.074	996.357
Zasiłki pieniężne za leczenie w domu i szpitalu	—	1.547.113	1.503.405
Przewóz ofiar wypadku i zasiłki pogrzebowe	—	—	—
Suma rent i zasiłków wpłaconych w formie kapitałowej	3.186.539	11.706.426	16.501.044
Ogółem	5.786.954	16.203.583	19.810.224
Ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa i choroby:			
a) Pomoc lekarska i zasiłki pieniężne:			
Honorarja i uposażenie miesięczne lekarzy	—	22.318.556	10.306.320
Honorarja i uposażenie miesięczne dentystów	—	—	4.214.704
Honorarja położnych	—	—	644.400
Lekarstwa, materiał sanitarny	—	17.703.411	11.463.272
Opłaty za wizyty w przychodni i za leczenie w szpitalu i sanatorium	45.399.246	—	—
Leczenie w zakładach leczniczych Funduszu	—	—	—
Zasiłki pieniężne w razie leczenia w domu i w szpitalu	—	21.850.769	18.879.452
Koszty podróży chorych, zasiłki umowne, koszty pogrzebowe	—	—	—
Ogółem	45.399.246	81.941.663	57.390.433
b) Wydatki ogólne na zakłady lecznicze funduszu:			
Uposażenie i zasiłki różne	—	1.384.535	2.198.356
Ekwipunek personelu	—	—	23.500
Urządzenie biura, telefon, koszty laboratoryjne	112.342	3.047.813	125.184
Opał, światło, energia elektryczna	—	—	98.865
Koszt druków i t. p.	—	—	16.250
Komorne	—	—	373.836
Ogółem	112.342	4.432.348	2.839.182
Ogółem	45.511.588	86.374.016	60 229.615
Ubezpieczenie inwalidzkie i na starość:			
Renty inwalidzkie	—	119.383	504.398
Renty starcze	—	83.711	172.258
Ogółem	—	203.664	676.656
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia:			
Zasiłki na wyp. bezrobocia i koszty przejazdu bezrobotnych	998.075	1.336.231	3.240.849
Wydatki ogólne:			
Uposażenia i zasiłki	7.356.733	10.033.934	10.253.075
Koszty materiału	2.750.677	2.672.931	3.540.392
Różne koszty (subwencje dla związku postępu społecz.)	1.481	508.325	165 450
Ogółem	10.108.891	13.215.190	13.958.917
Wydatki na umeblowanie i budowę szpitala w Sofji:			
Wydatki nieprzewidziane	115.293	11.150.651	11.479.584
Wydatki przewidziane	3.006.630	92.680	—
Ogółem wszystkie wydatki	65.497.428	128.575.410	109.395.845

2. Zasiłek dzienny od pierwszego dnia choroby w wysokości takiej samej jak zasiłek wypadkowy, pod warunkiem, że ubezpieczony wpłacał składki conajmniej przez osiem tygodni.

3. W razie śmierci naskutek choroby, koszty pogrzebowe w wysokości 50-krotnej podstawowej płacy dziennej.

Macierzyństwo.

- Opieka położnicza i lekarska.
- Dzienny zasiłek chorobowy przez sześć tygodni przed porodem i sześć tygodni po porodzie, pod warunkiem, że ubezpieczona wpłacała składki przez szesnaście tygodni bez przerwy przed okresem połogowym.

Inwalidztwo

Renta inwalidzka, udzielana gdy ubezpieczony stracił więcej niż połowę swej zdolności do pracy i jeżeli płacił składki conajmniej przez 156 tygodni, składa się z części podstawowej wynoszącej, zależnie od klasy płac, 1500 do 6000 lewów rocznie i z dodatku w wysokości 2 lewów za każdy tydzień, za który ubezpieczony płacił składki po wygaśnięciu 156 tygodniowego okresu wyczekiwania.

Starość.

Świadczenia na starość udzielane są, gdy ubezpieczony kończy 60 lat i płacił składki conajmniej 1.040 tygodni.

Renta starcza składa się z podstawowej renty inwalidzkiej, podwyższonej o 1 lewa za każdy tydzień płaconych składek, począwszy od 157 tygodnia składowego.

Bezrobocie.

Prawo do zasiłku na wypadek bezrobocia, udzielanego najwyżej w ciągu 12 tygodni w okresie dwunastu miesięcy, nabywa się przez wpłacenie conajmniej 52 składek tygodniowych w okresie dwuletnim.

Zasiłek wynosi 16 lewów dziennie dla bezrobotnego ojca rodziny i 10 lewów we wszystkich innych wypadkach. Rozporządzenie ministra handlu, przemysłu i pracy z dnia 1 marca 1931 ustaliło zasiłek w wysokości 25 lewów dla głowy rodziny i 15 lewów dla innych ubezpieczonych.

Dwie niżej podane tablice wskazują sumy wydatków Funduszu ubezpieczeń społecznych. Pierwsza podaje podział wydatków według kategorii świadczeń, druga podział według rodzajów ryzyka.

(„Revue internationale du travail”, XXVIII, Nr. 3/33).

REFORMA UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW PRZY PRACY W DANII.¹⁾

Nowa ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu od wypadków przy pracy, wydana 20 maja 1933 r. jednocześnie z ustawami o ubezpieczeniu ludowym i opiece społecznej, weszła w życie 1 października 1933 r.

Poniżej podaje się streszczenie ważniejszych nowych postanowień tej ustawy, która tak jak poprzednia, obejmuje swym zakresem działania wszystkie osoby pracujące na cudzy rachunek, stale lub czasowo, za wynagrodzeniem lub bez wynagrodzenia, również w rolnictwie, i jako personel domowy, ten ostatni, o ile nie pracuje tymczasowo i mniej niż 240 godzin rocznie.

Rodzaje pokrywanego ryzyka. — Podczas gdy poprzednio odszkodowane były tylko wypadki zaszłe podczas pracy lub w związku z pracą, obecnie ubezpieczenie rozciąga się również na następujące choroby zawodowe, nabyte przy pracy w przemyśle wyszczególnionych przez ustawę: ołowica i zatrucia rtęcią i związkami; węglik; chroniczne choroby skóry, nabyte przy obróbce drzew egzotycznych; choroby płucne spowodowane wdychaniem pyłu, kamienia i minerałów.

Świadczenia. — Nowa ustawa przewiduje (podobnie jak poprzednie przepisy) następujące świadczenia w naturze:

Leczenie specjalne, które nie jest udzielane przez kasy chorych; dostarczanie opatrunków, protez, wózków dla kalek, okularów i t. p.

Natomiast wysokość zasiłków pieniężnych udzielanych przez ubezpieczenie obniżono o 10%.

W razie czasowej niezdolności do pracy, wypłacany jest ubezpieczonemu co tydzień za siedem dni **zasiłek dzienny**, równający się $\frac{3}{4}$ zarobku zwykłego, do wysokości 4,75 koron, dopóki ubezpieczony nie może pracować tak jak przed wypadkiem, a jeżeli niezdolność przechodzi w stałą — dopóki zarząd instytucji ubezpieczeniowej nie wyda decyzji, co do stopnia inwalidztwa. Decyzja ta powinna nastąpić w rok, a najpóźniej w trzy lata po wypadku (poprzednie przepisy przewidywały termin dwuletni).

W razie inwalidztwa stałego conajmniej 5%, nowa usta-

wa zmienia dawny system odszkodowania skapitalizowanego, przewidując rentę inwalidzką równą $\frac{3}{4}$ rocznej płacy podstawowej ubezpieczonego przy całkowitem inwalidztwie, a przy częściowem, odpowiednią część poniżej nakreślonej granicy płacy, w stosunku do zmniejszonej zdolności do pracy.

Jednak w razie inwalidztwa stałego poniżej 50% renta powinna być skapitalizowana. Szczegółowe zasady, na podstawie których ma się odbywać kapitalizacja renty, ustalać będzie Minister Przewodności Społecznej. Skapitalizowana renta ofiary wypadku powinna wynosić $7\frac{1}{2}$ razy więcej niż renta roczna przy stopniu inwalidztwa od 5 do 15%, $8\frac{1}{4}$ razy więcej przy 18% i $8\frac{1}{2}$ razy przy 20% inwalidztwa. Jeżeli stopień niezdolności przewyższa 20%, wypłacany kapitał powinien wynosić oprócz $8\frac{1}{2}$ -krotnej sumy renty rocznej, sumę dodatkową, nie przekraczającą sumy, jaka byłaby potrzebna do kupna w Instytucji państwowej ubezpieczenia na życie renty, równającej się tej, którą winno udzielić ubezpieczenie za część inwalidztwa przekraczającego 20%.

W żadnym wypadku, bez względu na stopień inwalidztwa, kapitał wypłacony poszkodowanemu nie powinien wynosić więcej niż sumę potrzebną do kupna w państwowej instytucji ubezpieczenia na życie renty, odpowiadającej rencie inwalidzkiej, udzielanej przez ubezpieczenie.

Renta inwalidzka, która się należy w wypadkach inwalidztwa ponad 50% lub w specjalnych wypadkach, część tej renty może być również skapitalizowana na życzenie ubezpieczonego.

O wszelkiej zmianie w stanie ubezpieczonego, mogącej wpłynąć na zmianę warunków udzielenia zasiłku dziennego lub renty wypadkowej, należy natychmiast zawiadomić zarząd ubezpieczenia, który ma prawo obniżyć lub podwyższyć wysokość odszkodowania.

Wysokość zasiłku dla pozostałych członków rodziny w razie śmierci poszkodowanego wynosi odtąd już tylko dla wdowy (lub wdowca, jeżeli go utrzymywała żona) 3,6-krotną (zamiast 4-krotnej) wysokość rocznej płacy zasadniczej ubezpieczonego, a dla każdego z jego dzieci — sumę zależną od wieku, ale której maksimum ustalono na 1,35-krotną (zamiast 1,5) płacy rocznej ubezpieczonego. To maksimum może być podwyższone do 2,7-krotnej (zamiast 3-krotnej) tej samej płacy, jeżeli ubezpieczony nie pozostawił współmałżonka uprawnionego do zasiłku.

Jeżeli ubezpieczony nie pozostawia ani żony ani dziecka lub gdy zasiłki nie wynoszą ogółem maksimum ustalonego na 6,3-krotną (zamiast 7-krotnej) płacy rocznej, jego rodzice, bracia, siostry lub inni bliscy krewni jakoteż inne osoby, do których utrzymania się on przyczyniał, mają również prawo do zasiłku, przewidzianego dla pozostałych członków rodziny.

Zasiłek pogrzebowy należący się pozostałym członkom rodziny po śmierci ubezpieczonego podwyższono ze 170 do 180 koron.

Administracja ubezpieczenia i instytucje ubezpieczeniowe. Administracja centralna ubezpieczenia należy, jak poprzednio, do dyrekcji i rady ubezpieczenia od wypadków przy pracy, pod kontrolą Ministra Przewodności Społecznej.

Towarzystwa prywatne — towarzystwa wzajemnej pomocy pracodawców i towarzystwa zatwierdzone przez państwo, wykonują nadal ubezpieczenie, ale odtąd dla uzyskania zatwierdzenia powinny skupiać conajmniej 10.000 ubezpieczonych lub pracodawców ubezpieczonych dobrowolnie. To minimum może być obniżone do 5.000, gdy chodzi o towarzystwa, które były już zatwierdzone przed wejściem w życie nowej ustawy. Dyrekcja ubezpieczenia może w takim razie żądać reasekuracji ryzyk; z drugiej strony może być cofnięte zatwierdzenie, jeżeli liczba ubezpieczonych spada poniżej

¹⁾ Patrz w Przeglądzie z r. 1933: „Reforma ustawodawstwa o ubezpieczeniach społ. w Danii” — Nr. 8/33, „Reforma ubez. na wyp. choroby w Danii” — Nr. 10/33, „Ref. ubez. inwalidzkiego w Danii” — Nr. 11/33 i „Reforma systemu rent starczych w Danii” — Nr. 12/33.

5.000. Nowa ustawa przewiduje poza tem, że powinny być wydane przez ministra szczegółowe przepisy, na mocy których conajmniej trzy czwarte sumy składek pobieranych przez towarzystwa ubezpieczeń powinny być przeznaczone na świadczenia.

(„Informations sociales“ XLVIII, Nr. 7/33).

PROJEKT USTAWY O UBEZPIECZENIU NA STAROŚĆ I NA WYPADEK INWALIDZTWA I ŚMIERCI NA ŁOTWIE.

Łotewska partja socjalistyczna i Centralne Biuro Związków Zawodowych opracowały projekt ustawy o ubezpieczeniu na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci, który złożono 28 sierpnia 1933 r. centralnej komisji wyborczej, aby go poddać referendum ludowemu.

Projekt przewiduje utworzenie specjalnego funduszu na renty inwalidzkie i starcze i zasiłki dla bezrobotnych.

Zasoby funduszu pochodzą z subwencji państwowych i władz samorządowych oraz ze składek pracodawców, płatonych w stosunku do wypłacanych zarobków oraz właścicieli nieruchomości i innych osób, których dochód roczny przekracza 5.000 łatów (łat = frankowi szwajcarskiemu).

Prawo do renty starczej i inwalidzkiej, wynoszącej 30 łatów na miesiąc, przysługuje wszystkim obywatelom łotewskim w wieku 65 lat oraz poniżej 65 lat, jeżeli zdolność ich do pracy jest zmniejszona o 50%.

W myśl projektu pracownicy najemni otrzymywać mają na wypadek bezrobocia zasiłek według stawek, ustalanych w stosunku do kosztów utrzymania. Prawo do świadczeń na wypadek bezrobocia przysługuje pracownikom, którzy byli zatrudnieni conajmniej w ciągu trzech miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia lub którzy odbywali w ciągu tego okresu służbę wojskową albo nie są w możności otrzymania zatrudnienia, odpowiadającego ich uzdolnieniom.

Projekt ustawy uzyskał 198.288 podpisów, przekraczając w ten sposób o 122.000 liczbę podpisów, wymaganą do złożenia go do parlamentu przez prezydenta republiki.

Trzeciego listopada 1933 r. projekt został poddany dyskusji w parlamencie, który odesłał go do komisji ustawodawstwa społecznego. Jeżeli projekt nie uzyska większości w parlamencie, będzie musiał podlegać referendum ludowemu i może przejść dopiero 487.411 głosami czyli połową głosów wyborców, którzy uczestniczyli w wyborach do parlamentu w 1931 r.

(„Informations sociales“, XLVIII, Nr. 12/33).

PROGRAM FINANSOWY ZWIĄZKU SZWAJCARSKIEGO A INSTYTUCJE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Władze Związku szwajcarskiego wydały 13 października 1933 r. rozporządzenie, dotyczące tymczasowych środków nadzwyczajnych, mające na celu przywrócenie równowagi finansów związkowych, zachwianych wskutek kryzysu ekonomicznego.

Środki te zmierzają z jednej strony do zmniejszenia wydatków a z drugiej — do zwiększenia dochodów Związku. W zasadzie wszystkie subwencje udzielane przez Związek mają ulec redukcji, o ile to możliwe, jednolitej, w stosunku 20% do stanu z r. 1932.

Następujące ograniczenia dotyczą instytucji ubezpieczeń społecznych.

1. *Ubezpieczenie od wypadków.* — Ustawa z d. 13 czerwca 1911 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu od wypadków zawodowych i niezawodowych obciążała Związek częścią składek, pobieranych na pokrycie ryzyka wypadkowego niezawodowego oraz częściowo kosztami administracyjnymi Kasy krajowej, powołanej do wykonywania ubezpieczenia.

Udział Związku w składkach obowiązkowego ubezpieczenia od wypadków niezawodowych w wysokości 3.394.050 fr. szw. w r. 1932, czyli 25% całkowitej sumy składek, zredukowano do 20%.

Poza tem udział Związku w kosztach administracyjnych, który wynosił w 1932 r. 1.710.010 fr., nie będzie pokrywany od r. 1935. W r. 1934 instytucja ubezpieczeniowa otrzyma jeszcze połowę udziału związkowego, wpłaconego w r. 1933.

2. *Ubezpieczenie na wypadek choroby.* — Pomoc finansowa Związku w ubezpieczeniu chorobowym polega na stałym rocznym subsydlum, obliczonym na każdego ubezpieczonego, jakoteż na udziale w kosztach połogowych i na karmieniu dziecka. Do tych subsydjów podstawowych dodać należy specjalne subwencje Związku, udzielane w celu popierania rozwoju tej gałęzi ubezpieczeń w okolicach górskich i wprowadzenia ubezpieczenia obowiązkowego w kantonach i gminach, przy czem Związek miałby wpłacać 1/3 składek za ubezpieczonych ubogich. Obok tych subwencji zwykłych i specjalnych Związek udzielił kasom chorych subwencji nadzwyczajnych. W r. 1932 udział Związku na rzecz ubezpieczenia chorobowego wynosił około 10 milionów franków.

Rada związkowa postanowiła, że względu na wielkie znaczenie ubezpieczenia chorobowego, odstąpić od zasady przyjętej redukcji subwencji związkowych (20%) i zmniejszyć w ubezpieczeniu chorobowym dopłaty Związku tylko o 5%.

3. *Ubezpieczenie na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci.* — Kasa emerytalna personelu związkowego oraz kasa emerytalna i zapomogowa personelu kolejowego pokrywa ryzyko inwalidztwa, starości i śmierci urzędników, pracowników umysłowych i robotników tych dwóch instytucji o wielkiem znaczeniu, grupujących blisko 60.000 członków, czerpane są od zainteresowanych instytucji i od ubezpieczonych.

Rozporządzenie związkowe postanawia, że ubezpieczenie personelu w kasach związkowych nie ulegnie zmniejszeniu.

4. *Wzajemna pomoc społeczna.* — Po odrzuceniu w grudniu 1931 r. w drodze referendum ludowego ustawy, przyjętej przez Izby związkowe o obowiązkowym ubezpieczeniu na starość i na wypadek śmierci, Rada związkowa (nie zrzekając się zasady ubezpieczenia na rzecz opieki) zajęła się udzieleniem pomocy tymczasowej starcom, wdowom i sierotom. W tym celu rozporządzenie z d. 13 października 1933 r. postanawia, że Związek daje od r. 1934 „Fundacji dla starców“ do rozporządzenia 8 milionów franków rocznie na pomoc dla starców, wdów i sierot ubogich.

Ta subwencja roczna Związku pochodzić ma z dochodów podatku od tytoniu i wódek, których część miała być przeznaczona na ubezpieczenie starców i pozostałych członków rodziny. Nadwyżka dochodów z tych podatków będzie zużytkowana od 1 stycznia 1934 r. prowizorycznie na pokrycie potrzeb budżetowych.

(„Informations sociales“, XLVII, Nr. 11/33).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

GŁOSY PRASY O WEJŚCIU W ŻYCIĘ USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM.

W związku z wejściem w życie ustawy scaleniowej z dn. 28 marca 1933 r. prasa stołeczna i prowincjonalna poświęca tej ustawie sporo uwagi, omawiając bądź poszczególne jej fragmenty, bądź też jej całość.

Przedewszystkiem więc w szeregu dzienników ukazał się wywiad na temat ustawy scaleniowej z Panem Ministrem Opieki Społecznej, dr. St. Hubickim. Jako fakt charakterystyczny można podkreślić, że wywiad ten, udzielony „Iskrze”, dzienniki wydrukowały z dużemi nieraz skrótami, za wyjątkiem jedynie tygodnika „Jutro Pracy”, który umieścił go na pierwszej stronie bez żadnych skrótów. Wszystkie dzienniki opuściły m. in. następujący ustęp z wywiadu z Panem Ministrem:

„Wprowadzenie w życie przepisów nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r. w całej rozciągłości wymaga dużego wysiłku i wylężonej ofiarnej pracy tych wszystkich, którzy będą zatrudnieni w nowoorganizujących się poszczególnych zakładach ubezpieczeniowych. Nie bez wpływu jednak na termin ustalenia się normalnych warunków i normalnego trybu działania w tych instytucjach będzie ustosunkowanie się do nich szerokich mas ubezpieczonych. Należyte zrozumienie i uznanie, że rozwój zakładów ubezpieczeń społecznych leży przedewszystkiem w interesie samych ubezpieczonych, że ochrona dobra tych instytucyj i poszanowanie dla ich własności stanowi bezsprzeczny obowiązek każdego ubezpieczonego — oto momenty, które w dużej mierze będą stanowiły o pomyślnym rozwoju tych instytucyj społecznych”.

Prawie cała prasa polska zamieszcza komunikaty oficjalne, podawane bądź przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych, bądź przez poszczególne Zakłady ubezpieczeń społecznych. Naogół wejście w życie ustawy omawiano dość obiektywnie. Spotyka się jednak i przejawy inne. Tak np.: jeden z dzienników Zagłębia Dąbrowskiego w art. p. t.: „Ograniczone prawa ubezpieczeniowe pracowników umysłowych” zamieścił ustępy z komunikatu Z. U. P. U. oraz kilka ustępów z wywiadu z Panem Ministrem dr. Hubickim. Na czem mianowicie ma polegać ograniczenie prawa — nie wskazuje treści tego artykułu.

Niejednokrotnie uwagi, zamieszczane w prasie, na temat nowej ustawy scaleniowej, zdradzają zbyt daleko posunięte nieorientowanie się zarówno w przepisach nowej ustawy, jak i w tem co było dotychczas.

Jeden np. z dzienników stołecznych podał, że kasy chorych przeznaczały na leczenie maksymalnie 11% wpływów (!?), gdy w rzeczywistości odsetek ten wynosił od 40—50%, a świadczenia lecznicze i gotówkowe wahały się w granicach od 70—80% tych wpływów. Ten sam dziennik podał np., że lekarz kasy chorych przyjmuje w ciągu godziny czasem od 25—35 pacjentów, gdy w rzeczywistości cyfra ta bardzo rzadko przekracza 10 osób, i że Izba Ubezpieczeń Społecznych składa się z 4 rodzajów ubezpieczeń. Autor artykułu nie wysilił się, aby przeczytać chociaż ustawę i przekonać się, że Izba bynajmniej nie składa się z tych ubezpieczeń, lecz jest instytucją nadrzędną, najwyższą komórką, koordynującą działalność poszczególnych instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Dalej należy zaznaczyć, że prasa lwowska i krakowska wystąpiły przeciwko przeniesieniu Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków ze Lwowa do Warszawy, podkreślając, że z takiego przeniesienia wynikną poważne szkody dla Lwowa. Przedewszystkiem miejscowe kasy oszczędności zostaną pozbawione wpływów i obrotu gotówki, lokowanej przez Zakład

Ubezpieczenia od Wypadków, wynoszącej ok. 2 milj. zł. Przeniesienie do Warszawy badań i orzeczeń lekarskich wyrządzi szkodę miejscowym lekarzom, rzemiosło lwowskie zostanie pozbawione wszelkich dostaw dla Zakładu. Wreszcie w Warszawie trzeba będzie wybudować dla Zakładu nowy budynek, przeniesienie personelu pociągnie za sobą nieproduktywny wydatek ok. miliona złotych, a około 200 pracowników z rodzinami utraci pracę, wobec niemożności przeniesienia się do Warszawy.

Jeden z tygodników, służący interesom wyłącznie sfer gospodarczych, zamieszczając wyjaśnienia, jak się będzie przedstawiała sprawa ubezpieczeń społecznych po 1 stycznia 1934 r. pisze, że „nowa ustawa przysporzy zakładom pracy ogrom niesłychanie skomplikowanej pracy pisarskiej i rachunkowej. W większych przedsiębiorstwach będzie trzeba urządzić dla spraw ubezpieczeniowych specjalne biuro z dużym personelem. Bardziej skomplikowanego sposobu nie można było wynaleźć. A ponieważ dzięki tej ustawie sam ciężar składek na ubezpieczenia zostaje poważnie powiększony, to łącznie z ową olbrzymią pracą pisarską i rachunkową, został na pracodawców i na całe życie gospodarze rzucony ciężar nowy i tak wielki, że wiele, bardzo wiele przedsiębiorstw, nie będzie w stanie go udźwignąć”. Jest to oczywiście tendencyjne przedstawienie sprawy, niezgodne z istotnym stanem rzeczy.

Spro miejsca poświęcono w prasie sprawie wprowadzenia dopłat za porady lekarskie i środki lecznicze. Szczególniej ostro występuje przeciwko temu prasa robotnicza, podkreślając, że w obecnych ciężkich czasach robotnik nie będzie mógł leczyć, gdy będzie musiał dopłacać, aby otrzymać świadczenia. Prasa ta występuje również zasadniczo przeciwko wprowadzeniu ustawy od 1 stycznia 1934 r., uważa bowiem, że, nie została ona należycie przygotowana, brak jest instrukcyj i potrzebnych zarządzeń. Urządzone w Warszawie kilkudniowe kursa dla kierowników nowych instytucyj, dały sposobność uczęszczającym na te kursy do starania się o złapanie „jakiejś synekury w nowej instytucji”. Ubolewa dalej, że poczekalnie i biura kasy chorych przemieniły się w prawdziwe piekło. Biedni ludzie pomstują, krzyczą rozpaczliwie, płaczą i zębrzą o pomoc, o swoje ciężko opłacone prawo. Ale wszystko nie pomaga, wydano ustawę taką i wykonuje się ją z żelazną konsekwencją”. Są to oczywiście skargi bardzo przesadne i odbiegające znacznie od istotnego stanu rzeczy. Wprawdzie na terenie kasy chorych we Lwowie musiała interwenjować kilkakrotnie policja z powodu zatargów na tle dopłaty do świadczeń, są to jednak wypadki sporadyczne, które, należy oczekiwać, nie będą się powtarzały w przyszłości.

Niektóre dzienniki omawiając te dopłaty wskazują na ich charakter pedagogiczno-represyjny i podkreślają, że mogą one przynieść korzyść tym, którzy istotnie potrzebują pomocy lekarskiej, gdyż odstreczą od zajmowania lekarzom czasu drobiazgami, które można zlikwidować przy pomocy własnych środków.

W związku z rozporządzeniem o zniesieniu grup zarobkowych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, jeden z dzienników zauważa, że zmiana ta spowoduje nieuzasadnione względami na kalkulację finansową w ubezpieczeniach zwiększenie dotychczasowej składki w granicach do 20%.

Jeden z dzienników lwowskich pisze: „Przy dźwiękach sylwestrowego jazzbandu zmarły w całej Polsce Kasy Chorych. O zmarłych podobno trzeba mówić albo dobrze, albo wcale nie. Nie mówmy więc wcale. Też nocy Sylwestrowej narodziły się w całej Polsce nowe instytucje — ubezpieczalnie społecz-

ne". Nietrudna do stwierdzenia ogólna niechęć do kas chorych i narzekania na ich działalność wśród szerokich mas społeczeństwa łączą się obecnie z nadziejami, że teraz będzie lepiej i wyraz tym nadziejom dał szereg dzienników życząc, by ze śmiercią wyrazów „kasa chorych“ zniknęły też wszelkie jej dotychczasowe niedomagania.

Wreszcie w ostatnich dniach prasa przynosi wiadomości o wypadkach zorganizowanego lub sporadycznie wybuchającego strajku przeciwko ustawie scaleniowej, a w szczególności przeciwko wprowadzeniu opłat za porady lekarskie i lekarstwa. W związku z tem prasa notuje kilka wypadków odsyłania książeczek kas chorych na znak protestu, przyczem podkreśla, że „nie jest to wynik zasadniczego ustosunkowania się do tej instytucji, która mogłaby być pożyteczną, gdyby nie lekceważące traktowanie ubezpieczonych, wybujały biurokracyzm, marna gospodarka, brak zaufania do lekarzy i aptekarzy tej instytucji i t. p. Obecna zmiana warunków ubezpieczenia i świadczeń wyczerpała cierpliwość i tak cierpliwych ubezpieczonych. Masowe odsyłanie książeczek oto odpowiedź na uposzczenie pracownika“.

Nie ulega wątpliwości, że rozwój nowej organizacji ubezpieczeń społecznych będzie i nadal podlegał w prasie krytyce zarówno rzeczowej, podyktowanej względami na dobro publiczne, jak i nierzeczowej, wywołanej względami specjalnymi, zdradzającej brak chęci zaznajomienia się z nowymi przepisami i uznania dla ogromu pracy, jaka musi być dokonana, aby zapanaowały normalne warunki w ubezpieczeniu świata pracy.

K. R.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE Nr. 11—12, grudzień 1933.

Dr. Wł. Zawadzki: „Organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego w ramach ustawy scaleniowej“ (referat zbiorowy).

Sprawa organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego nie schodzi z porządku dziennego od chwili powstania Kas Chorych, ostatnio jednak zyskała ogromnie na aktualności w związku z wprowadzeniem w życie Ustawy Scaleniowej. Tylko te ubezpieczalnie będą sprawnie funkcjonować jako całość, w których lecznictwo zostało właściwie zorganizowane. Przeprowadzając organizację względnie reorganizację tego lecznictwa, należałoby uwzględnić następujące czynniki: 1) moment psychologiczny, 2) współczesność środków i stała gotowość do ich zastosowania — jako rękojmia skuteczności leczenia, 3) indywidualizacja w lecznictwie, 4) ciągłość, dostępność i szybkość akcji leczniczej.

Moment psychologiczny gra rolę niewątpliwą w skuteczności lecznictwa, rola ta, jednakże, została w różnych świadectwach dyskusyjnych nadmiernie wyolbrzymiona. Zaufanie chorego do lekarza może powstać i częstokroć powstaje również na terenie stosunków ubezpieczeniowych, kasowych t. j. w warunkach pewnego skrupowania, przymusu ze strony chorego. O ile, mając na względzie ów moment psychologiczny, należy możliwie zachować atmosferę luźnego stosunku (wolnego wyboru) między chorym a lekarzem, o tyle stosunek ten powinien być ujęty w racjonalne ramy personalne i terenowe, gdyż nieograniczony wybór lekarza demoralizuje chorego i obniża szacunek do lekarza. Na zaufanie chorego do lecznictwa ubezpieczeniowego, poza czynnikiem personalnym, wpływa również poziom środków, służących do wykonywania tego lecznictwa i będących do dyspozycji lekarza w stałej i pełnej gotowości.

Indywidualizacja lecznictwa jest równie podstawową stroną jego organizacji, jak poziom naukowy udzielanych przez lekarzy porad. Indywidualizacja — obok zachowania ciągłości leczenia. Lecznictwo ubezpieczeniowe nie może się obyć bez czyn-

nika kontroli — nie tylko dla uniknięcia pomyłek i prostowania błędów, lecz również dla unormowania i skoordynowania całej akcji. Podstawą lecznictwa ubezpieczeniowego powinien być lekarz domowy. Na pojęcie lekarza domowego składa się przede wszystkim pewne nastawienie psychiczne, wypływające ze świadomości i uznania dla zadań, do których jest powołany lekarz społeczny. Żadna instrukcja nie jest w stanie stworzyć lekarza domowego, którym może być, zresztą, zarówno lekarz wszech nauk lekarskich, jak i lekarz specjalista.

Ze względu na ogrom zadań, oczekujących lekarza domowego, jakoteż duże wymagania, jakie mu się stawia pod względem kwalifikacji zawodowych, najlepiej jest tworzyć w tym celu zespoły lekarzy. Najbardziej typowym zespołem byłoby następujące trio: internista, pediatra i chirurg-ginekolog. Trio to, uosabiające jakoby lekarza domowego, będzie obowiązane do czuwania nad zdrowiem wszystkich ubezpieczonych danego terenu i udzielania porad w razie choroby, bez obowiązku ze strony ubezpieczonych zwracania się zawsze do jednego z tych trzech lekarzy. Poza tem będą istniały „ośrodki większego terytorjum“, zawierające zespoły wytrawnych specjalistów; chorzy albo będą sami się zgłaszać do tych specjalistów (z pominięciem trójosobowego lekarza domowego), albo będą do nich kierowani przez tego ostatniego.

Obłożenie chorych w terenie będą leczyli ci sami specjaliści, co i w ośrodku, każdy swego chorego, którego zaczął leczyć w przychodni. Każda ubezpieczalnia powinna posiadać swój szpital, który — poza leczeniem i obserwacją — byłby jednocześnie najwyższą instancją orzeczniczą. Z tego też względu szpitale te powinny być wyposażone, poza wystarczającą ilością środków technicznych, w wybitnych specjalistów, stanowiących jakby elitę personelu lekarskiego.

Tamże. Dr. H. Wilczyński: „Organizacja lecznictwa i lekarze w ubezpieczeniu na wypadek choroby na tle międzynarodowym“.

Sprawy te w różnych krajach przedstawiają się bardzo różnorodnie, zależnie od specjalnych ustaw, obyczajowych tradycji, lokalnych możliwości i, wreszcie, od skutków obecnego powszechnego kryzysu. W ostatnich latach zaczęły się zaznaczać zdecydowane tendencje do ujednostajnienia i znormalizowania świadczeń społecznych w dziedzinie lecznictwa, do opracowania jednolitego, racjonalnego systemu udzielania tych świadczeń.

Na dotychczasowe formy ubezpieczenia chorobowego w różnych krajach składają się następujące momenty: 1) ubezpieczenie obowiązkowe (olbrzymia większość państw europejskich) i dobrowolne (Szwecja, częściowo Szwajcaria); 2) ubezpieczenie na zasiłek (Szwecja, Francja — częściowy zwrot kosztów leczenia i zasiłek wskutek niezdolności do pracy) i ubezpieczenie na zasiłek i świadczenia w naturze (olbrzymia większość państw); 3) składka stała dla wszelkich grup zarobkowych (Anglja) lub zmienna (Polska); 4) ubezpieczenie dotyczy tylko ubezpieczonego lub też i członków rodzin (większość państw); 5) ubezpieczenie na podstawie wzajemności lub też na podstawie konta osobistego; 6) ubezpieczenie na różne okresy niezdolności do pracy względnie choroby; 7) nieprzerwany okres płacenia składek (Dania) lub przerywany (Polska — przerywany na czas choroby); 8) ubezpieczenie autonomiczne (Polska) lub poruczone kontrolowanym przez Państwo instytucjom (Anglja, Dania); 9) ubezpieczenie powszechne (dobrowolne lub obowiązkowe) albo grupowe (zawodowe, lokalne); 10) ubezpieczenie o stałym zakresie świadczeń w naturze (Polska), albo zmiennym (zależnie od stanu finansowego instytucji — Dania, Anglja).

Stosunek lekarzy do Kas Chorych w państwach europejskich jest różny, mniej lub więcej luźny; wynagrodzenie lekarzy wynosi — zależnie od typu organizacyjnego Kasy od 9 do 13% od wpływu budżetowego Kasy. Wynagrodzenie za punkty czy też od godziny spotyka się tylko w Polsce i w Niemczech.

Gdyby przenieść z obcych terenów do Polski to, co autor uważa za dodatnie i odpowiednie dla naszych warunków, to wówczas organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego w Polsce przedstawiałaby się w sposób następujący:

I. Każdy ubezpieczony ma swego stałego lekarza ogólnego, który rozłącza nad nim i całą jego rodziną opiekę zapobiegawczą i leczniczą.

II. Do lekarza specjalisty względnie szpitala kieruje ubezpieczonego zasadniczo lekarz stały (domowy); ubezpieczony może sam się zwrócić do lekarza-specjalisty, ale ponosi wówczas część kosztów porady. Za leki chory płaci $\frac{1}{3}$ część ich wartości.

III. Lekarz ogólny jest ograniczony w swej działalności granicami swego terenu lub liczbą zapisanych do niego ubezpieczonych (komplet). Wynagradzany jest w formie ryczałtu od każdego ubezpieczonego.

IV. Lekarz specjalista przyjmuje w przychodni kasowej, wynagradzany jest ryczałtem miesięcznym.

V. Lekarz kontroli urzęduje w przychodni, kontrolując niezdolność do pracy i kierując zgłaszających się lub zgłoszonych do specjalistów i szpitali.

VI. Lekarze administracyjni załatwiają zażalenia i odwołania, urzędując w przychodni specjalistycznej.

VII. Lekarz Naczelny przychodni pełni rolę jakby dyrektora szpitala.

VIII. Lekarz Naczelny ubezpieczalni jest członkiem dyrekcji i zastępcą dyrektora; kieruje lecznictwem po zaopiniowaniu odpowiednich zagadnień przez Radę Lekarską ubezpieczalni.

IX. Lekarze zakładów zamkniętych — są to ordynatorzy, asystenci, praktykanci i wolontariusze; odpowiedzialność przed Kasą za całość ponosiłby ordynator.

Wyżej opisany system gwarantowałby maximum sprawności i byłby stosunkowo najekonomiczniejszy dla Kas Chorych.

Tamże. Dr. H. Kluszyński: „Lekarze domowi“.

Celem ubezpieczenia chorobowego jest, w pierwszym rzędzie, zapewnienie ubezpieczonemu szybkiej i przystępnej pomocy lekarskiej. Dotychczasowa organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego była oparta na specjalistycznym zróżniczkowaniu pomocy leczniczej, co doprowadziło do scentralizowania lecznictwa w wielkich ambulatoriach. Była to zasada organizacyjna wysoce niewłaściwa, gdyż doprowadziło do wytworzenia się ogromnie niezdrowych z punktu widzenia ubezpieczeniowo-społecznego, sytuacji: tłoku i rozrostu biurokracji w ambulatoriach, braku ciągłości leczenia, zmuszania chorego do decydowania o rozpoznaniu w swojej chorobie (sam musi sobie wybrać odpowiedniego specjalistę), konieczności szukania pomocy jednocześnie u paru lekarzy (różnych specjalności), wzrostu liczby pseudospecjalistów, nie mówiąc już o znacznym podrożeniu kosztów pomocy lekarskiej. Zamiast powyższej zasady należałoby wprowadzić inną polegającą na decentralizacji pomocy lekarskiej i na zbliżeniu lekarza do chorego, co jedynie może zabezpieczyć choremu pomoc szybką i przystępną. Racjonalna organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego powinna być oparta w pierwszym rzędzie na lekarzu domowym (rodzinnym), posiadającym możliwe wysokie kwalifikacje z różnych dziedzin medycyny (lekarz praktyczny) i swoiste nastawienie ubezpieczeniowo-społeczne. Lekarz ten korzystałby, w miarę potrzeby, z pomocy specjali-

stów jako konsultantów, lub przekazywałby im do stałego leczenia w przychodni lub w domu chorego te przypadki, które ze względu na istotę choroby kwalifikowałyby się do tych specjalistów.

Zaletami systemu lekarza domowego są: łatwy dostęp do chorego, szybka pomoc w przychodni i w domu chorego, bezpośrednia styczność z otoczeniem chorego, możliwość oceny warunków bytu chorego, zabezpieczenie ciągłości leczenia i możliwość prowadzenia racjonalnej akcji zapobiegawczej i uświadamiającej co do zagadnień higieny i eugeniki.

Dotychczasowy stan organizacji lecznictwa jest niemożliwy do utrzymania nietylko ze względów czysto lekarskich i ekonomicznych, ale także ze względu na tendencje państwowe upowszechnienia pomocy leczniczej i udostępnienia jej wszystkim potrzebującym tego obywatelom Państwa. Odnośna reforma jest konieczna i powinna być przeprowadzona ewolucyjnie — w ciągu 3 lat. Potrzebny do tego celu materiał na lekarzy domowych uzyska się przez doszkolenie obecnych licznych (rzekomych) specjalistów w szpitalach i przychodniach kasowych. O pomoc w tym względzie zwrócić się również należy do wydziałów lekarskich naszych uniwersytetów.

Jeśli Polska przeprowadzi wyżej nakreśloną reformę do końca, to będzie pierwszym państwem o wzorowej, celowej organizacji lekarskiej (pomoc lekarska, połączona ściśle z akcją zapobiegawczą.

Cz.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE Nr. 1,
styczeń 1934

Dr K. Ryder: „O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej“.

Opracowana przez Związek Kas Chorych karta zachorowań składa się z dwu części: o k ł a d k i (pomyślanej w kształcie koperty i zawierającej wszelkie personalja ubezpieczonego względnie członka rodziny) i w k ł a d k i — będącej właściwą (prowadzoną przez lekarza) historią choroby. Karta zachorowań zostaje założona dla każdego ubezpieczonego i członka rodziny i stale przechowywana w tej przychodni lub gabinecie lekarza, gdzie chory zgłosił się po raz pierwszy (przychodnia m a c i e r z y s t a). Przez fakt następowego odnotowywania w tej karcie wszelkich zmian, dotyczących ubezpieczonego, staje się ona wiernym odbiciem całej jego historii — pod względem ubezpieczeniowym i zdrowotno-leczniczym.

Wkładka będzie wypełniana przez odnośnego lekarza przez kalkę (przez przebitkę zbiorową). Każdy lekarz ordynujący będzie miał w swym gabinecie aparat przebitkowy, bardzo prosty zresztą i niedrogi. Składa się on z płyty metalowej, zacpatrzonej z boku w mechanizm, przytrzymujący nakładane na nią papiery; na płycie leży arkusz papieru (podkładka), pokryty kalką i zawierający wszystkie te rubryki, które posiada wkładka do karty zachorowań, ale jest od niej znacznie dłuższy (gdyż musi pomieścić szereg zapisów, dotyczących różnych chorych) i nieco szerszy (dla odnotowania uwag).

Wkładkę do karty zachorowania zbadanego chorego umieszcza się na przebitce i wypełnia się ją — jednocześnie otrzymuje się odpis przez kalkę notatki na zbiorowym arkuszu przebitkowym; na marginesie tego arkusza, w miejscu odpowiadającym notatce, dopisuje się (już bezpośrednio, bez kalki): Nr. legitymacji, imię i nazwisko chorego, ubezpieczony czy członek rodziny, wizyta pierwszorazowa czy powtórna — wszystko to, naturalnie w skrótach; poza tem można tu naklejać i kasowac mareczki jako dowód uskutecznienia dopłaty. To samo wykonuje się po zbadaniu następnego chorego; na arkuszu zbiorowym

notatka, odpowiadająca drugiemu choremu, wypadnie bezpośrednio poniżej pierwszej notatki i t. d. Po skończonej ordynacji otrzymuje się na przebitce całkowity obraz wykonanej przez danego lekarza tego dnia pracy. Wypełnione arkusze przebitkowe przesyła się do lekarza obwodowego, a następnie do centralnego biura statystycznego.

System powyższy daje następujące korzyści: 1) odciąża się lekarza ordynującego w jego pracy statystycznej, gdyż odpada przy tym systemie konieczność przygotowywania przezeń wykazów chorych (całą pracę statystyczną wykonuje biuro centralne na podstawie zbiorowych arkuszy przebitkowych); 2) przebitka zbiorowa jest bardzo cennym i dokładnym materiałem statystycznym (w przeciwieństwie do dotychczasowych wykazów, przygotowywanych częstokroć przez personel niewykwalifikowany); 3) lekarz obwodowy i następnie lekarz naczelny Kasy uzyskują bardzo miarodajny materiał do kontroli pracy lekarzy ordynujących pod względem fachowo-lekarskim (klinicznym) i administracyjno-lekarskim; 4) przebitka daje możliwość przeprowadzenia szybkiej i łatwej kontroli wykonania odnośnej części budżetu kasowego; 5) przebitka ta, wreszcie, da możliwość szybkiego obliczania dochodów z dopłat za porady i leki oraz kontroli przepisowego stosowania tych dopłat przez personel lekarski.

Cz.

**NOWA USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZ-
NEM.** W opracowaniu adwokatów J. Blocha i Z. Kopankiewicza. Warszawa, Skład Główny Dom Książki Polskiej.

W związku z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym ukazała się książka, zawierająca tekst ustawy oraz wszystkich rozporządzeń i zarządzeń wykonawczych do tej ustawy. Zbiór ten został poprzedzony obszernym wstępem, podającym wyjaśnienia tekstów oraz praktyczne wskazówki dla osób zainteresowanych, tudzież bardzo szczegółowym skorowidzem do wszystkich zebranych przepisów.

Wydawnictwo to, opracowane przez autorów licznych prac z dziedziny prawa pracy (między innymi Kodeksu Ubezpiecz. Społ.), z pewnością zaspokoi pilną potrzebę udostępnienia nowej, tak poważnej kodyfikacji, jaką jest ustawa o ubezpieczeniu społecznym, potrzebę odczuwaną zarówno przez ubezpieczonych jak i pracodawców.

Cena wydawnictwa w kartonie zł. 8, w opr. płóc. zł. 9.50, dla pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych cena będzie niższa.

**ORDYNACJA UBEZPIECZENIOWA I USTAWA
O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH** wraz z uzupełnieniami i zmianami oraz przepisami o postępowaniu przed instancjami orzekającymi. Dokonał przekładu i uzupełnił przepisami ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz postanowieniami, obowiązującymi obecnie na obszarze Rzeszy Niemieckiej i W. M. Gdańska według stanu z dnia 15 grudnia 1933 r. — Dr. Julian Baumgarten — Stanisław Sasorski. Poznań, 1934, str. 1215 + XII.

Polskiej literaturze ubezpieczeniowej przybyło nowe dzieło. Praca, podjęta przez Dr. Baumgartena oraz p. Dyr. Sasorskiego i w szybkim tempie dokonana, przekracza znacznie ramy zwykłego przyswojenia językowi polskiemu obcych ustaw, stanowi raczej poważny wysiłek kodyfikacji z różnych źródeł pochodzących przepisów, którego potrzebę oddawna odczuwali pracownicy instytucji ubezpieczeń społecznych. Wejście w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym i zastąpienie jej przepisami przepisów obowiązującego dotychczas ustawodawstwa niemieckiego w b. dz. pruskiej, nie zmniejsza wartości pracy, oddanej w ostatnich dniach do użytku publicznego.

Mimo wejścia w życie ustawy o ubezp. społ., przepisy niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej, dotyczące ubezpieczenia inwalidzkiego, będą stosowane jeszcze przez szereg lat, taka bowiem jest konstrukcja przepisów ustawy w zakresie uprawnień do świadczeń osób, które były ubezpieczone na zasadzie ordynacji. Również w zakresie ubezpieczenia od wypadków przy pracy w woj. zachodnich w wielu przypadkach będzie zachodziła konieczność sięgania do odpowiednich przepisów ordynacji. Dalej przepisy ordynacji o organach orzekających będą nadal obowiązywały do czasu wydania specjalnej ustawy o tych organach, przewidzianej w ustawie o ubezp. społ. Wreszcie ordynacja niemiecka w pełnym zakresie obowiązywać będzie nadal na Górnym Śląsku w stosunku do ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia inwalidzkiego robotników; to ostatnie ubezpieczenie normowane będzie zresztą nadal przepisami ordynacji, jeśli chodzi o robotników rolnych, na obszarze woj. poznańskiego i pomorskiego, do czasu wydania ustawy o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość robotników rolnych, zapowiedzianej w ustawie o ubezp. społ. Ten tak szeroki krąg dalszego stosowania niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej i podobna jak ordynacji użyteczność tłumaczenia niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, nadaje wydanej pracy charakter dzieła bardzo pożytecznego i praktycznego.

Tłumacze nie zadowolili się opracowaniem przekładu podanych wyżej ustaw w brzmieniu obowiązującym w chwili objęcia na poszczególnych obszarach władzy przez Rzeczypospolitą Polską, uzupełnili go zmianami wprowadzonymi później bądź przez rozporządzenia Prezydenta Rzplitej, bądź wreszcie, jeśli chodzi o obszar Górnego Śląska, przez ustawy Sejmu śląskiego. Ponadto dla celów porównawczych i praktycznego użytku w związku z wykonaniem polsko-niemieckiej umowy o ubezpieczeniu społecznym i z bliskim zawarciem analogicznej umowy polsko-gdańskiej, tłumacze podali również zmiany w ordynacji ubezpieczeniowej i w ustawie o ubezp. prac. um., wprowadzone w Niemczech i Gdańsku, co umożliwia zapoznanie się z przepisami tych ustaw w brzmieniu obecnie tam obowiązującym. Na końcu wydawnictwa podany został szczegółowy skorowidz rzeczowy, ułatwiający orientowanie się w przepisach prawnych, zamieszczonych w wydawnictwie.

Całość materiału podana w wydawnictwie podzielona została na następujące grupy: A. ordynacja ubezpieczeniowa z dnia 19 lipca 1911 r. wraz ze zmianami wprowadzonymi przez ustawy ogólnopolskie i śląskie, ponadto podane są odpowiednie przepisy ustawy o ubezp. społ. oraz zmiany, wprowadzone przez późniejsze ustawy niemieckie; B. — przepisy uzupełniające do ordynacji, jako ustawa wprowadzająca do ordynacji, rozporządzenia wykonawcze do ordynacji; C. — dodatek, zawierający tekst ważniejszych przepisów ogólnych i śląskich, dotyczących ubezpieczeń społecznych, działających na obszarze woj. zachodnich i Górnego Śląska; D. — przepisy wykonawcze do ordynacji, dotyczące postępowania przed organami orzekającymi; E. — ustawa z dnia 20 grudnia 1911 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych; F. — przepisy zmieniające, uzupełniające i wykonawcze do tej ustawy; G. — przepisy o postępowaniu przed organami orzekającymi w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych; H. — zestawienie zasadniczych zmian, wprowadzonych do przepisów ubezpieczeniowych na obszarze W. M. Gdańska; I. — skorowidz rzeczowy.

Wydana praca zasługuje, by omówić ją szerzej i dokładniej, zanalizować metodę i układ, przyjęte przez tłumaczy, zbadać pod względem językowym i stosowania terminologii ubezpieczeniowej, tak nieskrystalizowanej w języku polskim — objętość pracy nie pozwala jednak uczynić tego już obecnie. Można jednak i należy od razu podkreślić znaczenie wydaw-

nictwa dla praktyków i teoretyków ubezpieczeniowych, oswo-
dzonych dzięki niemu od konieczności posługiwania się teksta-
mi niemieckimi, mało dostępnymi i od trudu wyszukiwania pol-
skich aktów ustawodawczych, rozproszonych po licznych dzien-
nikach ustaw.

SVĚPOMOC. Dwutyg. Praga. 1 styczeń 1934.

K novelisaci sociálního pojisteni (W sprawie nowelizacji
ubezpieczenia społecznego) Dr. Lev Winter.

ARBEIT UND WIRTSCHAFT. Mies. Wiedeń. Zeszyt i.
Styczeń, 1934.

Die Sozialversicherung im dritten Reich (Ubezpieczenie
społeczne w Trzeciej Rzeszy) — Zoltán Rónai.

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE VERSICHE-
RUNGS-WISSENSCHAFT. Kwartalnik. Berlin. Nr. 1 z r.
1934.

Die Sanierung der deutschen sozialen Rentenversiche-
rungen (Sanacja niemieckich społecznych ubezpieczeń rento-
wych) — Dobbennack Wilhelm Dr.

Die Strafrechtliche Behandlung der Sozialversicherungs-
beiträge (Zagadnienia prawa karnego a opłacanie składek) —
Plumeyer Karl Dr.

ARBEITERSCHUTZ. Dwutyg. Wiedeń.

Nr. 22. 15 listopada 1933.

Gesundheitswille und Krankenversicherung (Chęć pod-
trzymania zdrowia a ubez. na wyp. choroby) — Dr. Adolf
Singer.

Nr. 23 z 1 grudnia 1933.

Zur Lage der Pensionsversicherung der Angestellten
(Sytuacja ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysło-
wych w Austrii) — Ernst Lakenbacher;

Sterbehilfe in Deutschland (Pomoc na wypadek śmierci
w Niemczech) — J. Meth.

Nr 24 z 15 grudnia 1933 r.

Neue Wege in der Sozialversicherung? (Czy nowe drogi
w ubezpieczeniu społecznym?);

Die Abänderung der Bergarbeiterversicherung (Zmiana
ubezpieczenia górniczego).

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 22.XI.1933 do 15.I.1934 r.

1) *Umowa między Rzeczypospolitą Polską a Republiką
Austriacką o zapobieżeniu podwójnemu opodatkowaniu w dzie-
dzinie podatków bezpośrednich oraz o pomocy prawnej w spra-
wach danin, podpisana w Wiedniu dnia 22 kwietnia 1932 r.*
(Dz. U. R. P. Nr. 91, poz. 704).

Zaopatrzenia emerytalne, ubezpieczeniowe i t. p., które
są wypłacane z tytułu byłego stosunku służbowego lub z ty-
tułu najmu pracy, podlegają opodatkowaniu wyłącznie w tem
Państwie, w którym ma miejsce zamieszkania osoba uprawnio-
na do pobierania tych zaopatrzeń.

Uposażenia służbowe i wszelkiego rodzaju zaopatrzenia
emerytalne, wypłacane z kas publiczno-prawnych związków
terytorjalnych, podlegają podatkowi bezpośrednim wyłącznie
w tem Państwie, z którego one płyną.

2) *Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z dnia
25 października 1933 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tek-
stu ustawy z dnia 18 grudnia 1919 r. o czasie pracy w przemy-
śle i handlu.* (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 734).

3) *Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 30 listopada
1933 r. o najwyższych granicach odsetek od wkładów i innych
loków pieniężnych w komunalnych kasach oszczędności i spół-
dzielniach.* (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 733).

Rozporządzenie ustala następujące najwyższe granice od-
setek od wkładów i innych loków:

a) dla komunalnych kas oszczędności, Galicyjskiej Kasy
Oszczędności we Lwowie, Centralnej Kasy Spółek Rolniczych,
Ukraińskiej Szczadnicy w Przemyśle i Krajowej Kasy Pożycz-
kowej w Poznaniu — 5½% w stosunku rocznym,

b) dla komunalnych kas oszczędności, o ile suma wkła-
dów oszczędnościowych nie przekracza 500.000 złotych w jed-
nej kasie, spółdzielni, gminnych kas pożyczkowo-oszczędności-
wych — 6½% w stosunku rocznym.

4) *Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej w sprawie
ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy z dnia 16 maja 1922 r.
o urlopach dla pracowników, zatrudnionych w przemyśle
i handlu.* (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 735).

5) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia
6 grudnia 1933 r. w sprawie czasowego zmniejszenia liczby dni
pracy, uważanych za tydzień podlegania obowiązkowi zabez-
pieczenia na wypadek bezrobocia, w odniesieniu do niektórych
kategorij robotników sezonowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 100, poz.
767).

Rozporządzenie zmniejsza do dni 4 liczbę dni pracy,
uważanych za tydzień podlegania obowiązkowi zabezpieczenia
w okresie 12 miesięcy przed dniem zgłoszenia prawa do za-
siłku w stosunku do bezrobotnych robotników sezonowych
wszystkich kategorij, za których wkładka wynosi 4%. Powyż-
szy przepis stosuje się do wszystkich tych robotników sezo-
nowych, którzy zgłoszą swe prawo do zasiłków w okresie od
dnia wejścia w życie rozporządzenia (23.XII.1933 r.) do dnia
31 marca 1934 r.

6) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia
18 listopada 1933 r. w sprawie zmiany i uzupełnienia umowy
między Rzeczypospolitą Polską a Rzeszą Niemiecką o ubezpie-
czeniu społecznym, podpisanej wraz z protokołem końcowym
w Berlinie dnia 11 czerwca 1931 r.* (Dz. U. R. P. Nr. 101, poz.
773).

Rozporządzenie podaje w załączniku treść porozumienia,
zawartego między Ministrem Opieki Społecznej i Ministrem
Pracy Rzeszy w myśl art. 43 umowy między Rzeczypospolitą
Polską a Rzeszą Niemiecką o ubezpieczeniu społecznym z dnia
11 czerwca 1931 r.

7) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia
1933 r. w sprawie wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu spo-
łecznym.* (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 789).

8) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia
1933 r. w sprawie wykonania art. 233 ust. (1) ustawy o ubez-
pieczeniu społecznym.* (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 790).

9) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia
1933 r. w sprawie uprawnień osób, które były ubezpieczone na
zasadzie dotychczas obowiązujących ustaw o ubezpieczeniu na*

wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość. (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 791).

10) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. w sprawie uprawnień osób ubezpieczonych oraz korzystających ze świadczeń na zasadzie dotychczas obowiązujących ustaw o ubezpieczeniu od wypadków.* (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 792).

11) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. w sprawie ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego.* (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 793).

12) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. o uchyleniu grup zarobkowych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 794).

13) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 grudnia 1933 r. w porozumieniu z Ministrem: Spraw Wewnętrznych, Spraw Wojskowych, Sprawiedliwości oraz Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w sprawie czasu pracy osób, zatrudnionych w zakładach leczniczych.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 806).

Czas pracy pielęgniarzy chorych i służby oddziałowej, której praca, związana z obsługą chorych, polega na dozorcze i opiece chorych, nie może przekraczać 10 godzin na dobę i 60 godzin na tydzień. Pracę nieprzekraczającą tych norm, nie uważa się za pracę w godzinach nadliczbowych.

14) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 grudnia 1933 r. w sprawie wypłacania zasiłków, przewidzianych ustawą z dnia 18 lipca 1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia w okresach dwutygodniowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 809).

Od dnia 1 stycznia 1934 r. wypłata zasiłków dla bezrobotnych robotników odbywać się będzie za okresy 2 tygodniowe, podczas gdy do tego terminu zasiłki były wypłacane za 1 tygodniowe okresy czasu.

15) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r., wydane w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu o sposobie uiszczania przez pracodawców wartości kapitałowych rent wypadkowych, przejętych przez Zakład ubezpieczenia od wypadków.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 810).

Wartości kapitałowe rent, których wypłatę Zakład Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie przejął od pracodawców na obszarze b. zaboru rosyjskiego, obliczone na podstawie tablic techniczno-asekuracyjnych Zakładu, powinny być wpłacone Zakładowi do dnia 30 czerwca 1934 r. lub do dnia 30 czerwca 1935 r., w zależności od tego, czy wypłatę rent Zakład przejął od dnia 1 lipca 1924 r., czy też od dnia 1 lipca 1925 r. Zakład Ubezpieczenia od Wypadków może zezwolić na ratalną spłatę powyższych należności pod warunkiem pupilarnego ich zabezpieczenia i opłacania umownych odsetek.

Za okres czasu od 1 stycznia 1925 r. lub od późniejszej daty przejęcia wypłaty rent do terminu spłaty należności lub do wcześniejszej daty jej uregulowania Zakład pobierze odsetki zwłoki od należnych mu kwot w wysokości 4% w stosunku rocznym. Od kwot nieuregulowanych w terminach wyżej podanych Zakład będzie pobierał odsetki zwłoki według norm obowiązujących w stosunku do składek ubezpieczeniowych.

16) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o trybie postępowania w sprawach o świadczenia wypadkowe w przypadku zachorowania na chorobę zawodową.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 811).

Stosownie do przepisów art. 201 ustawy o ubezp. społ. tryb postępowania w przypadku zachorowania na chorobę zawodową, ustala Minister Opieki Społecznej w drodze rozporządzeń.

Wydane na tej podstawie rozporządzenie ustala przede wszystkim, że do trybu postępowania w przypadkach wyżej wymienionych stosują się przepisy art. 200 ust. 3—5 i 202—208, dotyczące ogólnego trybu postępowania w sprawach o świadczenia wypadkowe, a następnie podaje przepisy szczególne.

Rozporządzenie nakłada na powiatową władzę administracji ogólnej (lekarza powiatowego) obowiązek przysyłania do właściwej ubezpieczalni społecznej odpisów zgłoszeń o przypadkach zachorowania na jedną z chorób zawodowych, objętych ustawą, które to zgłoszenia lekarz powiatowy otrzymuje na zasadzie innych przepisów. Ponieważ przypadki zakażenia węglikiem nie są objęte obowiązkiem zgłoszenia do lekarza powiatowego, a ustawa o ubezp. społ. zalicza je do chorób zawodowych, podlegających odszkodowaniu, przeto rozporządzenie obowiązek zgłaszania tych przypadków nakłada na każdego lekarza, który stwierdził zakażenie węglikiem.

Na podstawie otrzymanego zawiadomienia o chorobie zawodowej ubezpieczalnia obowiązana jest w ciągu 3 dni wdrożyć dochodzenia, celem ustalenia rodzaju choroby, związku przyczynowego z zatrudnieniem i innych okoliczności, mających znaczenie dla ustalenia prawa oraz wysokości świadczeń, jak również zakresu osób uprawnionych.

Jeżeli leczenie choroby zawodowej trwa dłużej niż 4 tygodnie, obowiązana jest ubezpieczalnia społeczna zawiadomić o tem Zakład Ubezpieczenia od Wypadków; obowiązek ten ciąży też na pracodawcy, jeśli chorą jest osoba uprawniona do świadczeń od pracodawcy w myśl art. 212 i 213 (pracownicy rolni) ustawy o ubezp. społ.

17) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. w sprawie zaopatrzeń inwalidzkich dla robotników oraz członków ich rodzin.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 812).

18) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o ustaleniu wykazu chorób o dłuższym okresie wylegania.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 813).

19) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o sposobie wydawania leków przez ubezpieczalnie społeczne poza aptekami.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 814).

20) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 815).

21) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o wzajemnych stosunkach i współpracy szpitali publicznych i ubezpieczalni społecznych oraz Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 816).

22) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. w porozumieniu z Ministrem Komunikacji o przekazaniu Kasie Emerytalnej dla robotników Kolei Państwowych w b. dzielnicy pruskiej w Poznaniu wykonywania w zastosowaniu do członków tej Kasy czynności Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 817).

23) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o sposobie dokonywania zgłoszeń w zakresie ubezpieczeń społecznych, uiszczaniu składek i kontroli czynności pracodawców.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 818).

24) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1933 r. o przekształceniu się kas chorych na ubezpieczalnie społeczne i ustaleniu okręgów i siedzib ubezpieczalni.* (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 819).

Treść i omówienie rozporządzeń wykonawczych do ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wymienionych wyżej (p. 7—12, 16—24), podana jest na innym miejscu niniejszego zeszytu „Przeglądu”.

25) Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 29 grudnia 1933 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu w sprawie zastosowania ustawy o ubezpieczeniu społecznym do osób, zatrudnionych w żegludze morskiej. (Dz. U. R. P. Nr. 1, poz. 1).

26) Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1933 r. o wysokości składek za ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, oraz w sprawie

zasad podwyższania lub obniżania tychże składek w poszczególnych przedsiębiorstwach zależnie od warunków higienicznych i bezpieczeństwa pracy, wydane w zakresie podwyższania lub obniżania składek w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu, Ministrem Spraw Wojskowych i Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych. (Dz. U. R. P. Nr. 1, poz. 2).

Treść dwóch ostatnio wymienionych obszernych rozporządzeń, ze względu na przyspieszone wydanie niniejszego zeszytu „Przeglądu”, podana będzie w zeszycie następnym.

K O M U N I K A T

Pragnąc zachęcić pracowników Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia do pracy naukowej w zakresie zagadnień Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Opieki Społecznej podaje do wiadomości, że będzie udzielało nagród autorom z pośród tych pracowników za najbardziej wartościowe prace naukowe, nadesłane do oceny w ciągu 1934 r.

Warunki udzielania nagród.

- I. Tematy prac mogą być dowolne, pod warunkiem żeby:
 - a) dotyczyły one zagadnień Zdrowia Publicznego,
 - b) stanowiły przyczynek naukowy w zakresie tych zagadnień.
- II. Prace należy nadesłać bezpośrednio do Ministerstwa

Opieki Społecznej w trzech egzemplarzach, załączając krótki życiorys autora, dowód zajmowanego stanowiska w Państwowej lub Samorządowej Służbie Zdrowia.

III. Nagrody będą wynosiły od 250 do 1.000 złotych w zależności od oceny przez specjalną komisję w Ministerstwie Opieki Społecznej i zależnie od decyzji Pana Ministra Opieki Społecznej.

IV. Za prace nadesłane w roku 1934 nagrody będą przyznane w lutym 1935 r.

V. Nie będą przyznane nagrody za prace, które już zostały nagrodzone w inny sposób, lub zgłoszone do innej nagrody.

Podsekretarz Stanu

Dr. E. Piestrzyński.

!!! PODRÓŻUJCIE SAMOLOTAMI !!!

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie zł. 30.—

Kwartalnie zł. 7.50

Numer pojedynczy „ 2.50

Dla pracowników instytucji ubezpiecz. społ. i urzędników państwowych cena w prenumeracie zł. 2 mies.

Ceny ogłoszeń:

Na wewnętrznej stronie I okładki, jak również na dwóch ostatnich stronach okładki ceny ogłoszeń wynoszą:

1/1 str. — zł. 350.—
1/2 „ — „ 180.—
1/4 „ — „ 100.—
1/8 „ — „ 50.—

Za tekstem ceny ogłoszeń wynoszą:

1/1 str. — zł. 250.—
1/2 „ — „ 130.—
1/4 „ — „ 70.—
1/8 „ — „ 40.—

Redakcja i Administracja: Nowy Świat 23/25, telefon 5.60-80 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 23-429

Redaktor odpowiedzialny: St. Balcerski.

Redakcja: St. Balcerski i J. Zieliński.

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY W WARSZAWIE

Druk L. Bogusławskiego i Ski, Warszawa, Świętokrzyska 11, tel. 5.95-52.

KONKURS NA NAJLEPSZE ARTYKUŁY

Celem podniesienia poziomu nadsyłanych do „Przeglądu” prac (artykułów, notatek i t. p.) i zachęcenia autorów do samodzielnych obserwacji i studiów nad problemami, dotyczącymi ubezpieczeń społecznych zarówno z dziedziny teorii, jakoteż praktyki, Redakcja ustanawia, w porozumieniu z Komitetem Wydawniczym „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”, trzy nagrody za najlepsze opracowania, wydrukowane w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych” w roku 1934, które będą przyznane niezależnie od zwykłego honorarjum.

Nagrody w wysokości: I — zł. 500; II — zł. 300; III — zł. 200 zostaną przyznane przez specjalny sąd konkursowy po ukazaniu się ostatniego numeru Przeglądu za rok 1934.

Ponadto Redakcja ogłasza następujący

I KONKURS

z nagrodami: I — zł. 500.—, II — zł. 300.—, III — zł. 200.— za trzy najlepsze prace (artykuły), objętości najwyżej 15 stron druku „Przeglądu” (garmondem), napisane w następującym zakresie:

1. *opracowanie dowolnego tematu z zakresu zagadnień unormowanych ustawą scaleniową;*

2. *opracowanie tematu, wybranego z zakresu ekonomicznego (gospodarczego) charakteru ubezpieczeń społecznych lub stosunku ubezpieczeń społecznych do zjawisk życia gospodarczego, bądź w szczególności obecnych zagadnień gospodarczych;*

3. *opracowanie dowolnie ustalonego tematu w zakresie zagadnień stosunku ubezpieczeń społecznych do całokształtu polityki społecznej państwa lub roli ubezpieczeń społecznych w państwowej polityce społecznej;*

4. *opracowanie artykułu na temat możliwości i ew. potrzeb rewizji podstaw lub form ubezpieczeń społecznych, jako urządzenia społeczno-gospodarczego, mającego realizować pewne cele, określone przez politykę społeczną państwa.*

Termin nadsyłania prac do Redakcji (Warszawa, Nowy Świat 23/25) upływa 30 kwietnia 1934 r. Prace winny być opatrzone godłem, a w oddzielnej kopercie należy podać nazwisko autora i jego adres. Nie mogą być nadsyłane prace już drukowane.

O przyznaniu nagród rozstrzygnie Sąd konkursowy, którego skład będzie podany później.

Autorzy prac nagrodzonych otrzymają oprócz nagrody również zwyczajne honorarjum. Prace nagrodzone będą brane pod uwagę także przy przyznawaniu nagród za najlepsze opracowanie, wydrukowane w „Przeglądzie” w r. 1934, przez co mogą być ponownie nagrodzone.

Redakcja zastrzega sobie prawo ogłoszenia prac nienagrodzonych, przyczem będą one opłacone honorarjum, jak zwykle artykuły. Redakcja zastrzega również dla Sądu konkursowego prawo nieprzyznania poszczególnych nagród, jakoteż równego podziału nagród pomiędzy kilka prac.

Chcesz podróżować — Leć samolotem!

S P I S R Z E C Z Y.

Artykuły:

GUSTAW SIMON: Wobec doniosłej reformy	125
Dr. JÓZEF PASTERNAK: Szczególne zagadnienia ubezpieczenia emerytalnego robotników	126
Adw. M. BAUMGART: Zgłoszenia a orzeczenia ubezpieczalni co do obowiązku ubezpieczenia	130
Prof. L. WAŚCISZEWSKI: Analiza kosztów administracji w K. Ch.	133
JERZY WENGIEROW: Kodeks zobowiązań a ubezpieczenia społeczne	135

Orzecznictwo i opinie prawne	143
---	------------

Materiały:

W. MAMROTOWA: Rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu robotników rolnych	148
Dr. JULJAN BAUMGARTEN: Dostosowanie ustawy o ubezpieczeniu społecznym do osób, zatrudnionych w żegludze morskiej	151
ZBIGNIEW ŁOMNICKI: O składce za ubezpieczenie wypadkowe i zaliczaniu zakładów pracy do klas i kategorii niebezpieczeństwa	153
Dr. K. CZYŻEWSKI: W sprawie lecznictwa i orzecznictwa lekarskiego w przypadkach urazowych	158
Dr. A. Łomnicki: Odwołania od orzeczeń w sprawach obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek	160

Zagadnienia praktyczne	161
---	------------

Kronika krajowa:

Umowa o ubezpieczeniu społecznym z Gdańskiem	164
Sprawa okresowych badań lekarskich	167
Spółka Bracka pod koniec r 1933	168
Ubezpieczenia społeczne w świetle ostatnich zmian	169
Umowy o wynagrodzeniu lekarzy w ubezpieczalniach społecznych	169

Kronika zagraniczna:

Najnowsze zmiany w niemieckim ubezpieczeniu górniczym	169
Projekt ogólnej służby lekarskiej w Wielkiej Brytanji	171
Traktat między Niemcami a Czechosłowacją o ubezpieczeniach społecznych	171
Projekt ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w Finlandji	172
Zmiany w ubezpieczeniu społecznym w Urugwaju	173
Sprawa rent bezskładkowych w Nowej Zelandji	173
Układ wzajemności w sprawie ubezpieczeń społecznych między Lotwą a Litwą	174

Książki i czasopisma	174
---------------------------------------	------------

Dział urzędowy	187
---------------------------------	------------

Ruch służbowy	185
--------------------------------	------------

Przegląd ustawodawstwa	184
---	------------

SOMMAIRE.

Articles:

Gustaw Simon: En face d'une reforme importante	125
Dr. J. Pasternak: Quelques questions spéciales en matière de l'assurance-pensions des ouvriers	126
M. Baumgart: L'enrégistrement des assurés et les décisions des institutions d'assurance en matière de l'obligation d'assurance	130

INHALT.

Aufsätze:

Gustaw Simon: Gegenüber der tiefgreifenden Reform	125
Dr. J. Pasternak: Besondere Fragen auf dem Gebiete der Invaliden - Alters - Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter	126
M. Baumgart: Die Anmeldung der Versicherten und die Bescheide der Versicherungsanstalten über die Versicherungspflicht	130

Prof. L. Waściszewski: Les frais généraux des caisses-maladie	133	Prof. L. Waściszewski: Verwaltungskosten der Krankenkassen	133
J. Wengierow: Le code des obligations et les assurances sociales	135	J. Wengierow: Das Recht über Verpflichtungen und Sozialversicherung	135
Jurisprudence et Interprétations	143	Rechtsprechung und Auslegung	143
Notices	148	Notizen:	148
Chronique nationale:		Inlandschronik:	
Le traité avec V. I. Danzig sur les assurances sociales	164	Der Vertrag über Sozialversicherung mit der F. S. Danzig	164
La question des examens médicaux périodiques	167	Die Frage der periodischen ärztlichen Untersuchungen	167
La „Spółka Bracka“ (Institution d'assurance des mineurs) à la fin de l'année 1933	168	Die „Spółka Bracka“ (Versicherungsanstalt der Bergleute) am Jahresende 1933	168
Chronique internationale	169	Auslandschronik	169
Littérature	174	Bücher und Schriften	174
Législation	184	Gesetzgebung	184
Partie officielle	187	Amtlicher Teil	187

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA WE WŁOCŁAWKU

o g ł a s z a

K O N K U R S

na stanowisko lekarza obwodowego na powiat nie-szawki z siedzibą w Aleksandrowie-Kuj.

Kandydaci na to stanowisko powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

- metrykę urodzenia,
- dowód obywatelstwa polskiego,
- świadczenia z poprzednich prac,
- dypłom lekarski,
- dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych“ ogłoszonych w Nr. 9 Dziennika Urzędowego Izby Lekarskiej z 1933 r., oraz przynajmniej rok pracy na stanowisku lekarsko-administracyjnym w Kasie Chorych.

Warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy.

Objęcie pracy winno nastąpić z dniem 1 kwietnia 1934 r. Podania wraz z wyżej określonymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej we Włocławku, w terminie do dnia 15 marca 1934 r. godz. 12 w południe.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 30-tu od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Włocławek, dnia 26 lutego 1934 r

Lekarz Naczelny:
(—) Dr. St. Dembecki

Dyrektor:
(—) T. Witkowski

NAKŁADEM IZBY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

u k a z a ły s i ę o s t a t n i o
n a s t ę p u j ą c e w y d a w n i c t w a :

CO KAŻDY UBEZPIECZONY WIEDZIEĆ POWINIEN?

W opracowaniu WACŁAWA BRUNERA
Nacz. Wydziału w Ministerstwie Opieki Społecznej,
i ZYGMUNTA KOPANKIEWICZA, adwokata.

Warszawa, 1934. Stron 39. Cena gr. 20.

NOWE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

W opracowaniu WACŁAWA BRUNERA
Nacz. Wydziału w Ministerstwie Opieki Społecznej,
i ZYGMUNTA KOPANKIEWICZA, adwokata.

Warszawa, 1934. Cena zł. 1,80,
dla pracowników inst. ubezpiecz. zł. 1,50.

Do nabycia we wszystkich księgarniach,
oraz w instytucjach ubezpieczeń społecznych.