

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

M A R Z E C

1934 R.

Z E S Z Y T 3

GUSTAW SIMON

WOBEC DONIOSŁEJ REFORMY

Spośród licznych reform, zawartych w ustawie z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, wprowadzenie na całym obszarze Rzplitej jednolitego ubezpieczenia emerytalnego robotników jest z punktu widzenia społecznego faktem niewątpliwie najdonioślejszym. Doczekał się nareszcie urzeczywistnienia stary postulat polskiego świata pracy i wszystkich światlejszych polskich polityków społecznych, oparty na głębokim przeświadczeniu, iż w istniejącym ustroju gospodarczym napewno, a przy bliższych jego przeobrażeniach z wielkiem prawdopodobieństwem, — jedynie przymusowe ubezpieczenie społeczne może zapewnić robotnikowi, pozbawionemu wskutek przedwczesnego lub starczego inwalidztwa zdolności do samodzielnej pracy zarobkowej, choćby minimalne środki egzystencji. Ubezpieczeniu tego rodzaju podlegała, jak wiadomo, na ziemiach polskich dotychczas tylko warstwa robotnicza w b. zaborze pruskim oraz, w zakresie ograniczonym do górników, w b. zaborze austriackim, natomiast najrozleglejsza, najludniejsza i najbardziej przemysłowiona część Polski, t. j. cała dzielnica b. zaboru rosyjskiego była tego ubezpieczenia zupełnie pozbawiona.

Nie zaprzeczając, iż świadczenia materialne przewidziane w ustawie marcowej są nader skromne i że należy dążyć do ich rozszerzenia, stwierdzić jednak wypada z największym naciskiem, iż z dniem 1 stycznia r. b. polski pracownik fizyczny, aż do chałupnika i służby domowej włącznie, utracił zdolność do zarabkowania przestał być ostatnim nędzarzem, skazanym wyłącznie na łaskę rodziny lub na kołatanie do wiecznie pustych kas opieki dobroczynnej, a najczęściej na wyciąganie ręki po jałmużnę żebracza. Dlatego, bez względu na braki nowej ustawy, ubezpieczenie emerytalne, odtąd na ziemiach polskich obowiązujące, traktować należy jako doniosły i wysoce dodatni fakt, któremu chyba nikt, komu dobro warstwy robotniczej jest istotnie bliskie i drogie, zarówno z

punktu widzenia humanitarnego, jak społecznego i państwowego, przeciwstawiać się nie będzie.

Powyzsza ocena jest jednak w zastosowaniu swem życiowem uzależniona od dwóch kardynalnych warunków, którym nowe ubezpieczenie sprostać musi, jeżeli ma ono spełnić zawarte w sobie posłannictwo.

Warunkami temi są: 1) by organizacja tego ubezpieczenia, na wszystkich jego szczeblach, działała od pierwszej chwili jego powstania bez zarzutu; 2) by przewidziane w ustawie, lecz w fazie początkowej jego funkcjonowania niemożliwe do natychmiastowej realizacji, przepisy stały się w niezbyt odległej przyszłości rzeczywistością.

W zakresie pierwszego z powyższych postulatów najistotniejszym staje się należyte funkcjonowanie Ubezpieczalni Społecznych, jako tej komórki ubezpieczenia, z którą ubezpieczony niemal wyłącznie będzie miał do czynienia. Każde uchybienie manipulacyjne, każda opieszałość, każdy błąd popełniony w Ubezpieczalni, najdrobniejsze zlekceważenie ubezpieczonego uderzyć może w najistotniejsze jego interesy życiowe, zohydzić całą reformę, uczynić z niej nie przedmiot życzliwej troski, jaką się stać winna, lecz ciężar odczuwany boleśnie i nienawistnie. Personal Ubezpieczalni, aż do najskromniejszego woźnego włącznie, zrozumieć musi, iż ubezpieczony nie domaga się łaski czy przysługi, lecz dobrego swego prawa, zagwarantowanego ustawami Rzplitej. Dokładne i, zwłaszcza w okresie początkowym po wejściu w życie reformy, bardzo cierpliwe informowanie ubezpieczonych, szybkie załatwianie wszelkich czynności manipulacyjnych, rozumny ich podział i rozkład — oto warunki, pozornie błahe, lecz w rzeczywistości bardzo istotne, od których zależy niemal cały stosunek społeczeństwa do reformy, nakładającej dzisiaj na to społeczeństwo, a na świat pracy w szczególności, nowe ciężary, które dopiero w dalszej przyszłości znajdą swój pełny równoważnik świadczeniowy. Nie wolno nam dopuścić do tego, co

się dzieje w wielu wypadkach, zarówno zagranicą jak i u nas, że w istocie swej bardzo ważne i pożyteczne urządzenia społeczne natrafiają przez długi czas wskutek wadliwości w ich wykonaniu na niechęć tych, dla których są przeznaczone.

Rzeczą jest oczywistą, że i nadrzędne w stosunku do Ubezpieczalni lokalnych organa ubezpieczenia funkcjonować muszą bez zarzutu. Czynnikiem jednak w praktyce najważniejszym będą Ubezpieczalnie, więc na ich władze i personel spada w stopniu największym faktyczna odpowiedzialność za właściwe spełnienie powierzonych zadań.

W stosunku do drugiego z wymienionych przeze mnie zagadnień, t. j. do urzeczywistnienia wszystkich w ustawie przewidzianych przepisów, wysuwa się na pierwszy plan trudna i skomplikowana sprawa bezpośredniego udziału ubezpieczonych i ich pracodawców w organach zarządzających ubezpieczeniem. Ustawę ujęto w formę systemu, opartego na dość zawitych przepisach wyborczych i, z natury rzeczy znacznie prostszych, nominacjach. W okresie organizacyjnym, a wskutek specyficznych warunków polskich może jeszcze przez czas dłuższy, realizacja ustalonego w tekście ustawy sposobu powołania władz instytucji ubezpieczenia emerytalnego nie może być dokonana. Wszystkie obowiązki i cała odpowiedzialność spadła na nominatów i przez nich powołanych kierowników aparatu wykonawczego. Ani ubezpieczeni, ani ich pracodawcy na czynniki te wpływu organi-

zacyjnie nie posiadają. Fakt ten zmniejsza oczywiście kontakty zainteresowanych kół społeczeństwa z instytucjami ubezpieczeniowymi, o ile te go osobiście nie posiadają lub do jego posiadania dążyć nie będą. A że jednym z oddawna i wszędzie sprawdzonych warunków dobrego rozwoju ubezpieczeń społecznych jest bliski stosunek pomiędzy ogółem ubezpieczonych i kierownictwem instytucji ubezpieczeniowych, stan więc obecny wytwarza pewną pustkę do której wypełnienia dążyć należy. Stać się to winno we właściwym momencie, na podstawie odpowiednich przepisów ustawy marcowej, — a gdyby to przez czas dłuższy okazało się niemożliwym, należałoby rozważyć zagadnienie stworzenia formy przejściowej, któraby istniejącą lukę chociaż w pewnym stopniu wypełniła. W stosunku do ubezpieczenia emerytalnego pracowników fizycznych jest to sprawa szczególnie ważna, a zarazem trudna. Znacznie mniej liczna warstwa pracowników umysłowych, w dodatku jednolitej zorganizowana, może o wiele łatwiej utrzymać kontakt ze swymi instytucjami ubezpieczeniowymi, aniżeli milionowe rzesze robotnicze.

Oto, spośród ogromnej liczby zagadnień, wiążących się z wprowadzeniem robotniczego ubezpieczenia emerytalnego, te, które w chwili obecnej uważałem za konieczne poddać szczególnej uwadze i rozważyć wszystkich czynników, pragnących uczynić z tej nowej tak doniosłej instytucji społecznej wzór należytego i w najdalszą przyszłość sięgającego rozwoju.

Dr. JÓZEF PASTERNAK

SZCZEGÓLNE ZAGADNIENIA UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO ROBOTNIKÓW W OKRESIE WSTĘPNYM DZIAŁALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO ROBOTNIKÓW

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła nowy dla województw centralnych i wschodnich, a zasadniczo także i dla województw południowo-wschodnich i cieszyńskiej części województwa śląskiego, rodzaj ubezpieczenia społecznego, a mianowicie ubezpieczenie emerytalne robotników. Do dnia wejścia w życie tej ustawy ubezpieczenie takie obowiązywało tylko w górnośląskiej części województwa śląskiego i w województwach poznańskim i pomorskim; w województwach południowo-wschodnich i cieszyńskiej części województwa śląskiego z ubezpieczenia takiego korzystali tylko górnicy. W górnośląskiej części województwa śląskiego obowiązuje, poza ogólnym ubezpieczeniem inwalidzkim robotników, ponadto specjalne ubezpieczenie pensyjne górników.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym pozostawia stan dotychczasowy w górnośląskiej części województwa śląskiego, natomiast na pozostałym obszarze Rzeczypospolitej wprowadza ubezpieczenie emery-

talne robotników na jednolitych zasadach, ustalonych w ustawie, uchylając obowiązujące dotychczas w tym zakresie przepisy niem. ordynacji ubezpieczeniowej z r. 1911 na obszarze wojew. poznańskiego i pomorskiego, oraz przepisy austrj. ustawy z r. 1889 o urządzeniu stosunków bractw górniczych, obowiązujące na obszarze b. dzielnicy austrjackiej, — poza wypadkami, w których chodzi o ustalenie świadczeń na podstawie ubezpieczenia, przebytego do dnia wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Dla instytucji, powołanej w celu wykonywania tego ubezpieczenia, wyłaniają się w okresie wstępnym jej działania szczególne problemy rzeczowe, związane z uprawnieniami ubezpieczonych; z zagadnień organizacyjnych, które, wobec jednolitości systemu organizacyjnego ubezpieczeń społecznych, stanowią zresztą w przeważnej mierze zagadnienia wspólne instytucji ubezpieczeń społecznych, organizowanych w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, na szczególną uwagę zasługują te, których rozstrzygnięcie de-

cyduje o szybkiej wypłacie świadczeń, przypadających do wypłaty już w pierwszym okresie działania ustawy.

I. Wśród tych zagadnień na czoło wysuwa się sprawa ustalenia, których robotników uważać należy za zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie idzie w ślady wzorów państw zachodnich, w których obowiązuje odrębne ubezpieczenie emerytalne górników obok ogólnego ubezpieczenia robotników, obejmującego również z odpowiedniami zastrzeżeniami, regulującymi zbieg świadczeń z obu ubezpieczeń. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie tworzy odrębnego działu ubezpieczenia górników, lecz z drugiej strony nie przechodzi do porządku nad szczególnymi zjawiskami, nieodłącznymi od pracy w górnictwie i hutnictwie, stanowiących rację odrębnego ubezpieczenia pracowników tych zawodów w innych państwach, oraz stanu istniejącego w górnośląskiej części województwa śląskiego. Ten ostatni zwłaszcza musiał być niewątpliwie szczególnie brany pod uwagę ze stanowiska dalszej przyszłej unifikacji.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym stwarza szczególne warunki ubezpieczenia w obrębie ogólnego ubezpieczenia emerytalnego robotników dla robotników, zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie, ustalając dla tej grupy szczególne normy zarówno składek ubezpieczeniowych, jak i w zakresie warunków, wymaganych dla świadczeń na rzecz ubezpieczonego i członków jego rodziny.

I tak:

- 1) składka ubezpieczeniowa za tych robotników wynosi 5,8% podczas gdy składka ogólna wynosi 5,2%; robotnik płaci 3,6% a pracodawca 2,2%, podczas gdy w stosunku ogólnym obowiązuje podział 3,3% — 1,9%;
- 2) za inwalidę uważa się robotnika, zatrudnionego w górnictwie lub hutnictwie:
 - a) przy niezdolności z powodu choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej bądź wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych — do zarobienia własną pracą połowy tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu, jeżeli przebył w ubezpieczeniu 600 tygodni składkowych ze składką, ustaloną dla tej grupy robotników (50 tygodni składkowych musi przypadać na okres 4-ch ostatnich lat); według normy ogólnej musiałaby być wykazana niezdolność zarobienia jednej trzeciej;
 - b) który ukończył 60 rok życia i przebył w ubezpieczeniu ze składką specjalną 750 tygodni składkowych, podczas gdy wedle normy ogólnej dopiero osiągnięcie wieku 65 lat uzasadnia uznanie za inwalidę bez badania lekarskiego i bez zastosowania kryteriów, wskazanych pod lit. a);
- 3) wdowa po robotniku, który przebył w ubezpieczeniu ze składką specjalną 600 tygodni składkowych, ma prawo do renty wdowiej bez względu na zdolność do zarabkowania z chwilą ukończenia 50 roku życia, podczas

gdy wedle normy ogólnej wdowie przysługuje to prawo pod warunkiem inwalidztwa, ocenianego w myśl kryteriów ogólnych, obowiązujących dla ubezpieczonego, bądź pod warunkiem ukończenia 60 lat życia;

- 4) prawo do zredukowanej renty inwalidzkiej, przysługujące ubezpieczonym, nie będącym inwalidami w rozumieniu ustawy, pod warunkiem przebycia 750 tygodni składkowych i ukończenia 62 lat życia, — przysługuje robotnikom, którzy przebyli powyższy okres ubezpieczenia ze składką specjalną, już po ukończeniu 57 lat życia.

Powyższe warunki zasadnicze zostały pozatem złagodzone przepisem przejściowym (art. 307), w myśl którego ubezpieczony zatrudniony w górnictwie lub hutnictwie, który nie przebył 750 tygodni składkowych a wypełnia inne warunki, uprawniające do uzyskania renty inwalidzkiej, uzyskuje prawo do renty inwalidzkiej z ukończonym 60 rokiem życia, jeżeli liczba tygodni składkowych przebytych w ubezpieczeniu stanowi co najmniej $\frac{2}{3}$ liczby tygodni kalendarzowych, jakie upłynęły między dniem wejścia w życie ustawy a spełnieniem się warunków, uprawniających do uzyskania renty inwalidzkiej.

Na wskazany wyżej (pkt. 2a i pkt. 3) okres 600 tygodni składkowych, warunkujących uprawnienia do świadczeń na poszczególnych warunkach, zalicza się okresy pracy, przebyte w górnictwie i hutnictwie przed wejściem w życie ustawy (niezależnie od tego czy dana osoba podlegała w tych okresach ubezpieczeniu).

Odrębne potraktowanie przez ustawę o ubezpiec. społ. warunków pracy w górnictwie i hutnictwie w sposób wyżej przedstawiony uwidoczni aktualność i znaczenie określenia, które osoby należy uważać za zatrudnione w górnictwie i hutnictwie.

Według ustawy austriackiej o urządzeniu stosunków bractw górniczych z 1889 r., zmienionej rozp. Prez. Rzplitej z 22.III.1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 339), ubezpieczenie w kasach brackich obejmuje wszystkich górników, zatrudnionych w przemyśle górniczym lub w przedsiębiorstwach, wydobywających wosk kopalny i asfalt.

Wyłączone jednakże z tego ubezpieczenia mają być osoby, zatrudnione w powyższych przedsiębiorstwach tylko przy pewnej przemijającej pracy, która tylko pośrednio pozostaje w związku z właściwym przedsiębiorstwem (np. budowa budynków, dróg, mostów, kolei, kanałów, przy montowaniu maszyn i t. d.).

Robotnicy, zajęci w przedsiębiorstwach, eksploatujących naftę, nie byli wogóle objęci ubezpieczeniem w kasach brackich. Austr. ustawa naftowa (z 1884 i 1908 r.) upoważniała jednakże Min. Przem. i Handlu do rozciągnięcia w drodze rozporządzenia ubezpieczenia brackiego również na robotników przedsiębiorstw naftowych.

Uprawnienie to powtórzone zostało w noweli z 22.III.1928 r. w odniesieniu do Ministra P. i O. S. w porozumieniu z Min. P. i H., nie zostało jednakże wykorzystane.

W związku z powyższym zróżniczkowaniem należy mieć na uwadze, że obowiązujące prawo górnicze z 1930 r. daje w art. 75 właścicielowi pola górniczego

czego prawo wykonywania wszelkiego rodzaju robót górniczych, budowli i urządzeń, niezbędnych dla poszukiwania i wydobywania minerałów, wyliczonych w art. 1 prawa górniczego. Wchodzą tu zatem w grę również prace tylko pośrednio związane z właściwym prawem górniczym.

Ważny jest również przepis art. 77 prawa górniczego, stanowiący, że urządzenia te stanowiąc będą część składową wzgl. przynależność pola górniczego, któremu będą służyły.

Pod uwagę muszą być wzięte również przepisy obowiązującej w górnośląskiej części województwa śląskiego pruskiej ustawy o bractwach górniczych z dnia 17 czerwca 1912 r. (zb. ust. pr. str. 137). Ustawa ta przewiduje obowiązek utworzenia bractw górniczych dla robotników, którzy pracują w podlegających powszechnej ustawie górniczej z r. 1865 kopalniach, zakładach dla obróbki, salinach i w należących do nich pomocniczych zakładach ruchu.

Robotnicy ci, jak również robotnicy, zajęci w hutach i innych zakładach przemysłowych, należących do bractwa górniczego, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu i pensyjnemu, z wyjątkiem robotników zatrudnionych niestale.

Pruska ustawa górnicza daje właścicielom kopalni prawo stosowania potrzebnych urządzeń pod ziemią i na powierzchni, urządzenia i prowadzenia potrzebnych dla obrabiania produktów kopalni, oraz prawo zakładania budowy pomocniczej, która uważana jest za część składową kopalni. Ubezpieczeniem brackiem mogą być przeto objęci robotnicy, których praca nie jest bezpośrednio związana z górnictwem.

Zarówno ustawa pruska, jak i austriacka przewidują możliwość przystąpienia do ubezpieczenia brackiego także robotników zakładów przemysłowych, połączonych z przedsiębiorstwem górniczym, ale nie podlegających nadzorowi władz górniczych.

Na tle powyższego powstaje kwestja ustalenia kryterjów dla określenia koła osób, które mają być objęte wyższą składką (5,8%). Kryterja te musiałyby uwzględnić istniejące dotychczas różniczkowanie i odrębne warunki zatrudniania pewnej ilości robotników, zajętych przy urządzeniach pomocniczych wobec rozszerzających tendencji jaka wynika ze sformułowania art. 220 (przepis mówi nie o górnikach i hutnikach sensu stricto, a o robotnikach, zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie) i w związku z tem ewentualnie umożliwić objęcie przepisem art. 220 robotników, zajętych w przedsiębiorstwach naftowych.

Przy określaniu pojęcia hutnictwa można mieć na uwadze tylko momenty natury gospodarczej i obecne warunki produkcji.

1. Z działów przemysłu hutniczego wysokie piece, stalownie, walcownie bezspornie uzasadniają podciągnięcie pracy w tych działach pod pojęcie hutnictwa, jeżeli natomiast chodzi o młotownię i odlewnię — to warunki pracy w tych działach są odrębne i praca ta z właściwym hutnictwem nie jest bezpośrednio powiązana.

Jeżeli jednak wszystkie powyższe działy istnieją w obrębie jednego przedsiębiorstwa, to powstaje kwestja, czy celowe byłoby wyłączenie z ubezpieczenia na warunkach szczególnych robotników, zajętych w młotowni i odlewni, a z drugiej strony powsta-

je pytanie, jaką składką (5,8 czy 5,2) obciążyć robotników przedsiębiorstw, składających się tylko z młotowni i odlewni.

2. Poza tą zasadniczą kwestją istnieje w zakresie hutnictwa odrębne pytanie, czy składka 5,8% ma być stosowana do hut, których produkcja wchodzi w zakres przemysłu chemicznego (farb. kwasu siarkowego).

II. Aktualnym zagadnieniem jest również kwestja ustalenia zasad lecznictwa zapobiegawczego (niezdolności do zarobkowania) i lecznictwa zmierzającego do przywrócenia zdolności zarobkowej osobom, uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego.

Jakkolwiek działalność Zakładu Ub. Em. Rob. w pierwszych latach po wejściu w życie ustawy będzie ograniczona wobec tego, że uprawnienia do rent będą przysługiwały tylko osobom, ubezpieczonym w myśl ustaw dotychczasowych, niemniej jednak akcja lecznicza Zakładu powinna być uruchomiona już w pierwszym okresie działania Zakładu.

Przemawia za tem dążność do zmniejszenia liczby inwalidów przyszłych oraz podniesienia stanu zdrowotnego wśród robotników w dzielnicach, w których ubezpieczenia inwalidzkiego nie było; pozatem kontynuowania wymaga akcja powyższa prowadzona dotychczas na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego.

Celowość tej akcji wymaga rozgraniczenia a raczej skoordynowania lecznictwa, wykonywanego przez ubezpieczalnie społeczne w ramach ubezpieczenia na wypadek choroby, z lecznictwem prowadzonym z ramienia Zakładu Ub. Em. Rob. Rozgraniczenie to powinno opierać się na zasadzie ustalenia grup i stanów chorobowych, które ze stanowiska ubezpieczenia emerytalnego robotników są szczególnie groźne, ze względu na konsekwencje finansowe i społeczne interesujące to ubezpieczenie, a którym przy zastosowaniu metod leczenia, wykraczających poza możliwości i obowiązki ubezpieczenia chorobowego, można zapobiec w ramach środków prawnych i finansowych, będących w tym celu w dyspozycji ubezpieczenia emerytalnego robotników.

Zasada chronologicznego działania interesowanych instytucyj wydaje się niewskazaną, jako mogącą opóźnić i utrudnić uzyskanie rezultatów oczekiwanych przez instytucję ubezpieczenia emerytalnego.

W przypadkach, w których Zakład Ub. Em. Rob. dopiero po przejściu leczenia na swój rachunek, jako ustawowego obowiązku, nieograniczonego co do czasu (art. 171), uwarunkowanego uprzedniem wyczerpaniem świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, miałby czynić kosztowne i wątpliwe w swej skuteczności wysiłki, zmierzające do przywrócenia zdolności do zarobkowania, powinny być w zasadzie wykluczone. Stan bowiem chorego w początkowym okresie choroby wykazywał większe możliwości w tym względzie i po zastosowaniu przez Zakład we właściwym czasie odpowiedniego leczenia chory zostałby wyleczony, zanim miałby się stać objektem obowiązkowego leczenia ze strony Zakładu; w przypadku zaś, gdy przejęte we właściwym czasie, leczenie trwające ponad okres obowiązkowej pomocy z ubezpieczenia chorobowego jeszcze nie osiągnęłoby swego celu przed upływem

okresu należytej pomocy z ubezpieczenia chorobowego, nie byłoby zmiany ze stanowiska metody leczenia stosowanej względem chorego, który już przed tym okresem korzystał z odpowiedniego leczenia.

Wypadki chorób, wykluczające rezultaty oczekiwane przez Zakład i nie wchodzące w orbitę jego zainteresowań ze stanowiska ubezpieczenia emerytalnego, powinny być zasadniczo po powstaniu warunków obowiązkowego leczenia na koszt tego ubezpieczenia leczone i nadal w ramach ustalonych dla ubezpieczenia chorobowego.

Ustawa zmierza do racjonalnego powiązania lecznictwa, leżącego w sferze działania poszczególnych instytucji, nadając kwestji, która instytucja i w jakim okresie podejmie inicjatywę, znaczenie w zakresie wewnętrznych rozrachunków między interesowanymi instytucjami; nie naruszając obowiązków ustawowych i właściwych zadań każdej instytucji, ustawa umożliwia a nawet popiera wkraczanie w każdym momencie instytucji ubezpieczeń długoterminowych z racjonalną inicjatywą, zapewniającą osiągnięcie celów, pożądaných ze stanowiska tych ubezpieczeń.

Pewną trudność wytwarza postanowienie, że członkom rodziny osoby poddanej leczeniu należy przyznać zasiłek w wysokości renty, jaką pobieraliby na wypadek śmierci ubezpieczonego (art. 175).

Pomijając wątpliwość, czy przepis powyższy dopuszcza wogóle zasiłki dla rodziny osoby poddanej leczeniu, jeśli ta nie przeżyła okresu wyczekiwania (co musiałoby całkowicie zahamować akcję leczniczą w pierwszych latach w b. dzielnicach ros. i austr.), przepis ten stanowi w stosunkach robotniczych poważną przeszkodę w racjonalnem uregulowaniu zagadnienia lecznictwa zapobiegawczego ubezpieczenia emerytalnego.

Robotnicy korzystają z urlopów krótkich, nie otwierających możliwości wyzyskania okresu urlopowego dla przeprowadzenia leczenia; okres choroby, w ciągu którego pracodawcy nie przysługuje prawo rozwiązania umowy o pracę z powodu choroby, jest również za krótki, by dawał te możliwości. Stąd więc udzielanie zasiłków w czasie zarządanego leczenia jest regułą w stosunku do robotników, podczas gdy stanowi zjawisko względnie rzadkie w stosunku do pracowników umysłowych.

Zasiłki dla rodziny leczonego określone zostały w ustawie zbyt nisko i zachodzi obawa, że robotnicy nie będą mogli decydować się na rozpoczęcie leczenia, w czasie którego rodziny ich otrzymywałyby nieznaczną część zarobków ubezpieczonego. Praktycznie zaznaczyła się ta trudność już na obszarze wojew. poznańskiego i pomorskiego, na którym w myśl dotychczasowych przepisów członkowie rodziny ubezpieczonego, podlegającego ubezpieczeniu na wypadek choroby, otrzymywali w razie leczenia ubezpieczonego przez instytucję ubezpieczenia inwalidzkiego, zasiłek domowy (t. j. połowę zasiłku chorobowego).

Ewentualne wyjście z tej sytuacji w sposób wskazany w art. 172 ustawy, w myśl którego Zakład przejmujący leczenie od ubezpieczalni społecznej, przejmuje w stosunku do chorego obowiązki ubezpieczalni (a zatem i wypłatę zasiłku domowego), jest o tyle utrudnione, że w tym przypadku ubezpieczalnia obowiązana jest do zwrotu zasiłku, udzielanego zresztą podczas choroby pod warunkiem, że chory nabył w ubezpieczalni prawo do tego zasiłku i został przez lekarza ubezpieczalni uznany za niezdolnego do pracy. Przy zastosowaniu tego przepisu zasiłki obciążałyby zatem ubezpieczalnię, a nie Zakład Ub. Em. Rob., a zatem ewentualne szukanie wyjścia na podstawie tego przepisu musiałoby być połączone z rozszerzeniem zainteresowania Zakładu Ubezpiecz. Emer. Robot. na grupy chorób względnie stany chorobowe, które wchodziłyby pod uwagę raczej ze względu na dążność do wzajemnego wyrównania obciążeń interesowanych instytucji, ponoszących wzajemnie pewne ofiary w interesie drugiej instytucji (współdziałającej).

W tej czy innej drodze kwestja wyżej zaznaczona musi być w krótkim czasie rozstrzygnięta przez właściwe instytucje.

III. Na uwagę szczególną zasługują pozatem postanowienia art. 304 i 313 ustawy, umożliwiające unormowanie uprawnień osób, które należały bądź do organizowanych dobrowolnie instytucji ubezpieczenia emerytalnego, bądź do instytucji zaopatrzeniowych, w szczególności na obszarach, na których nie było ustawowego obowiązku ubezpieczenia, oraz postanowienia ustawy umożliwiające przywrócenie uprawnień, nabytych poprzednio przez osoby ubezpieczone na podstawie ustaw państw zaborczych, utraconych bez własnej winy z mocy zbyt rygorystycznych przepisów dotychczasowych, uchylonych przez ustawę o ubezpieczeniu społecznem.

IV. Z zagadnień organizacyjnych, mających znaczenie dla osób uprawnionych do świadczeń, najważniejszą sprawą jest szczegółowe i wyczerpujące ustalenie przez regulaminy Izby Ubezpieczeń Społecznych i przez instrukcje Zakładu Ub. Em. Rob., wydane w ramach tego regulaminu — postępowania ubezpieczalni społecznych przy opracowywaniu przygotowawczem wniosków w sprawach dotyczących świadczeń ubezpieczeniowych, w sposób zapobiegający przewlekaniu załatwiania tych najpilniejszych spraw przez jedną lub drugą z instytucji współdziałających.

Szczegółowe wytyczenie współdziałającym instytucjom czynności przypadających na każdą z nich w zakresie trybu postępowania w sprawie roszczeń o świadczenia ubezpieczeniowe, powinno być przeprowadzone z możliwie szerokiem zastosowaniem upoważnienia instytucji przygotowującej decyzję w sprawie roszczenia do wypłaty zaliczkowej z ramienia instytucji decydującej, w wypadkach niecierpiących zwłoki i w przekonaniu instytucji pierwszej — niespornych; przedewszystkiem wchodzi tu pod uwagę sprawy zapomóg pośmiertnych.

ZGŁOSZENIA A ORZECZENIA UBEZPIECZALNI CO DO OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA I CO DO WYMIARU SKŁADEK

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym zawiera bardzo nieliczne i bardzo ogólnikowe przepisy zarówno co do zgłoszeń do ubezpieczalni społecznej, na podstawie których ustala się wszystkie istotniejsze kwestje stosunku ubezpieczeniowego, jak co do orzeczeń ubezpieczalni w tych kwestjach. Niepodobna więc znaleźć w samej ustawie materiału dla wniosków, jaki jest wzajemny stosunek zgłoszeń do orzeczeń ubezpieczalni wydawanych na ich podstawie. Czy w szczególności orzeczenia ubezpieczalni społecznej o obowiązku ubezpieczenia i o wymiarze składki mają być wydawane *dla każdego stosunku ubezpieczeniowego co do każdej z tych dwóch kwestyj, czy też tylko w niektórych przypadkach i w jakich mianowicie; czy prawidłowe zgłoszenia, w następstwie których nie wydano orzeczeń, podlegających odwołaniu do władz, rozstrzygających spory, są podobnie jak orzeczenia wiążące dla osób interesowanych i dla instytucyj ubezpieczeń społecznych i t. p.* Wszystkie te zagadnienia mogą być bliżej zbadane dopiero na podstawie rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dn. 28 grudnia 1933 r. (Dz. Ust. Nr. 103, poz. 818) o dokonywaniu zgłoszeń, uiszczaniu składek i kontroli czynności pracodawców.

I. *Przepisy ustawy.* Co do zgłoszenia stosunku ubezpieczeniowego do ubezpieczalni społecznej wskazówki ustawowe ograniczają się do art. 21, który w ustępach 4 i 5 przekazuje całe szczegółowe uregulowanie tej materji (zarówno co do zgłoszeń przyjęcia pracownika, jak co do zgłoszeń zmian wysokości zarobków i zmian w stanie zatrudnienia) rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej. Nadto art. 112 ust. 3 dotyczy specjalnej kwestji zgłaszania dalszych członków rodziny oraz osób nienależących do rodziny, a będących na utrzymaniu ubezpieczonego, celem zapewnienia tym osobom uprawnień członków rodziny w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Art. art. 269, 270 i 279 ustawy określają kary za niedokonywanie zgłoszeń lub podanie w nich faktów nieprawdziwych.

Kwestja kompetencji do wydawania przez ubezpieczalnię społeczną orzeczeń co do podstaw stosunku ubezpieczeniowego (obowiązek ubezpieczenia i wymiar składki) uregulowana jest w skrócie w art. 23 ust. 1 punkty 1 — 3, 46 ust. 2 pkt. 6 oraz 60 ust. 2 punkty 9 i 11 (a także art. 57 pkt. 7). Art. 23 stwierdza tylko, że do ubezpieczalni społecznej należy ustalanie obowiązku ubezpieczeniowego i uprawnień do kontynuowania poszczególnych ubezpieczeń oraz wymierzanie składek ubezpieczeniowych, *nie przesądzając w jakiej formie ma to nastąpić — w formie orzeczeń, podlegających odwołaniu, czy też wewnętrznych zarządzeń i obliczeń ubezpieczalni.*

Art. 46 ust. 2 punkt 6 ustanawia kompetencję dyrektora ubezpieczalni do orzekania w sprawach usta-

lenia stosunku ubezpieczeniowego, co nie ogranicza możliwości przekazania tych uprawnień innym kierowniczym pracownikom ubezpieczalni na podstawie jej statutu (art. 46 ust. 6). Art. 60 ust. 2 w punktach 9 i 11 powierza Izbie Ubezpieczeń Społecznych opracowywanie przepisów o sposobie wykonywania przez ubezpieczalnię ich uprawnień z art. 23 co do ustalania obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składki dla wszystkich ubezpieczeń społecznych oraz kontrolę nad wykonywaniem przez ubezpieczalnię tych czynności. Art. 57 pkt. 7 zastrzega na rzecz Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków udzielanie ubezpieczalniom wiążących instrukcyj w należącej do jego bezpośrednich zadań kwestji zaliczania przedsiębiorstw i zakładów pracy do stopni niebezpieczeństwa oraz ustalanie odpowiedniej wysokości składki ubezpieczeniowej.

Wreszcie art. 218 ust. 1, 272 oraz 226 — 228 ustawy scaleniowej zawierają pewne najogólniejsze zasady co do wymiaru składek.

Określenie sposobu uiszczania składek i ich prostowania jest znowu przekazane rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej (art. 218 ust. 1). Ubezpieczalniom społecznym powierzona jest kontrola nad prawidłowością uiszczania składek przez pracodawców (art. 226), a także zastrzeżono, że, pomimo dokonanego zgłoszenia zarobków jako podstaw wymiaru składki, wymiar ten może nastąpić na podstawie własnych dochodzeń ubezpieczalni, zaś w braku zgłoszeń wymiar zarówno składki, jak ewentualnej opłaty dodatkowej, może nastąpić z urzędu (art. 227 — 228). Wreszcie przewidziane są sankcje karne za niewpłacanie składek ubezpieczalni w części, potrąconej pracownikom z ich zarobków (art. 272). Na tem zamyka się w ustawie scaleniowej cała kwestja zgłoszeń i orzeczeń ubezpieczalni co do istnienia stosunku ubezpieczeniowego i wymiaru składki. Dalsze uregulowanie jej nietylko co do technicznych szczegółów, ale także co do podstawowych zasad pozostawione jest rozporządzeniem wykonawczym i praktyce.

II. *System, wprowadzony przez rozporządzenie Ministra O. S. z 28.XII.1933.*

Główne zagadnienie stosunku zgłoszeń do orzeczeń o obowiązku ubezpieczenia i o wymiarze składki jest zupełnie jasno uregulowane w §§ 40 i 41 powyższego rozporządzenia wykonawczego. Z zestawienia tych przepisów wynika, że cała działalność ubezpieczalni opiera się *na dokonanych zgłoszeniach, które ubezpieczalnia uznała za prawidłowe i co do których nie wynika spór pomiędzy ubezpieczalnią a osobami, dokonywającymi zgłoszenia (§ 40).* W tych normalnych przypadkach ubezpieczalnia „na podstawie otrzymanych zgłoszeń” prowadzi swą ewidencję i dokonywa adnotacyj co do wszelkich danych, rozstrzygających o stosunku ubezpieczeniowym (zakres ubezpie-

czenia, okresy policzalne, podstawy wymiaru składek i świadczeń), a także wymierza składki bez wydawania formalnych orzeczeń z § 42 (§ 41 pkt. 2, zakończenie). Całe to oparcie się na zgłoszeniach ma miejsce z tem oczywiście, że dane, zawarte w zgłoszeniach, podlegają własnej ocenie ubezpieczalni i sprawdzeniu przez nią w sposób, jaki uzna ona za stosowny, i że wszystkie czynności ewidencyjne mają być dokonywane wtedy tylko, gdy dla ubezpieczalni jasne jest zarówno istnienie obowiązku ubezpieczenia określonych osób, jak i zakres tego obowiązku (§ 40 ust. 2).

Orzeczenia mają być *obowiązkowo* wydawane przez ubezpieczalnię tylko w przypadkach, ściśle określonych w § 41. W pozostałych przypadkach wydanie orzeczenia zależy od uznania ubezpieczalni, *niczem nieskrępowanego*, § 41 da się sprowadzić do ogólnych zasad następujących: wydanie orzeczenia formalnego (§ 42) jest dla ubezpieczalni obowiązujące: 1) jeżeli nie było wogóle zgłoszenia, przynajmniej zaś jeżeli nie było zgłoszenia z podpisami wszystkich osób, których udział jest z reguły wymagany, 2) o ile treść zgłoszenia jest nie do przyjęcia dla ubezpieczalni, zawiera ono wyraźne zastrzeżenia i wątpliwości, lub co do danych, zawartych w zgłoszeniu, wynika spór pomiędzy ubezpieczalnią a osobami, dokonywającymi zgłoszenia, 3) o ile zgłoszenie dotyczy okoliczności, których ocena jest zasadniczo trudniejsza i dla których orzeczenie ubezpieczalni jest wymagane zawsze, bez względu na dokonanie zgłoszenia i na bezsporność zawartych w nim faktów i ocen. Do pierwszej grupy — *orzeczeń w braku zgłoszenia* — zaliczyć należy przypadki z § 41 pkt. 1 — stwierdzenie obowiązku ubezpieczenia z urzędu, pkt. 4 — zgłoszenie, pochodzące od samego pracownika, bez podpisu pracodawcy, gdy z reguły jest wymagane zgłoszenie z podpisami ich obydwu i pkt. 5, o ile chodzi o art. 228 ust. 2 ustawy scaleniowej — uchylanie się od zgłoszeń przez pół roku. Do grupy drugiej — *orzeczeń przy zgłoszeniach wątpliwych i spornych* — należą przypadki z § 41 pkt. 3 — zgłoszenie zawiera zastrzeżenia co do poszczególnych punktów, pkt. 2 i pkt. 5 co do art. 227 ust. 2 — ubezpieczalnia nie zgadza się na ocenę obowiązku ubezpieczenia, jego zakresu lub na wymiar składki, wynikający ze zgłoszenia oraz punkty 7 i 8 — wynika wyraźny spór o wymiar składki lub o treść wpisu podstawowych danych co do stosunku ubezpieczeniowego do legitymacji ubezpieczeniowej. Wreszcie do grupy trzeciej — *orzeczenia, wymagane zawsze, wobec bardziej złożonego ich przedmiotu i niezbędności oceny fachowej* — należy § 41 pkt. 6 — zaliczenie zakładu pracy do kategorii i klasy niebezpieczeństwa w zakresie ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych oraz pkt. 5 co do art. 10 — 12 i 293 ustawy scaleniowej oraz art. 9, 119, 120 rozp. Prez. o ubezp. pracowników umysłowych (kontynuowanie ubezpieczenia, ubezpieczenie dobrowolne, przejście z ubezpieczenia emerytalnego robotników do ubezpieczenia pracowników umysłowych i odwrotnie).

Jak z powyższego zestawienia wynika, § 41 rozporządzenia stanowi wyraźnie, że wydanie orzeczenia co do obowiązku ubezpieczenia i co do wymiaru składki jest wymagane *tylko w braku zgłoszenia normalnie przepisanego, przy wątpliwościach i sporach co do treści zgłoszenia oraz w szczególnych przypadkach,*

wskazanych w obowiązujących przepisach. Wynika stąd, że poza przypadkami § 41, w których zgłoszenie traci znaczenie prawne wobec wydawania w następstwie przez ubezpieczalnię formalnego orzeczenia, podlegającego odwołaniu, *samo zgłoszenie, niezakwestionowane przez ubezpieczalnię społeczną, jest aktem prawnym, regulującym stosunek ubezpieczeniowy.* Wobec tego zgłoszenie nie może być w następstwie zaprzeczane lub obalane przez ubezpieczonego lub przez pracodawcę, jeżeli nie zachodzą warunki wznowienia postępowania, zakończonego prawomocnym orzeczeniem (art. 290 ustawy scaleniowej; do czasu zaś wydania ustawy o organach sądowno-ubezpieczeniowych posiłkowo art. 95 rozp. Prez. o postępowaniu administracyjnym z 22.III.1928) lub jeżeli nie chodzi o sprostowanie zwykłej omyłki pisarskiej czy rachunkowej (art. 81 prawa o postępowaniu administracyjnym). Spory na tle dotychczasowych przepisów o ubezpieczeniu społecznym, jakie jest znaczenie zgłoszenia do ubezpieczenia, przyjętego bez zastrzeżeń przez instytucję ubezpieczeniową i nieraz przez lata stanowiącego podstawę zarówno uiszczania składek, jak nawet uzyskanych świadczeń ubezpieczeniowych, a *po którym nie nastąpiło wydanie formalnego orzeczenia o obowiązku ubezpieczenia czy też o wymiarze składki,* nie miałyby poważniejszych podstaw na tle nowych przepisów. Zwłaszcza, iż także § 22 pkt. 3 rozp. z 28.XII.1933 r. jasno ustala znaczenie niezakwestionowanych przez ubezpieczalnię społeczną zgłoszeń. Podział pracowników na kategorie według zakresu ubezpieczenia dokonywany jest bowiem *na podstawie zgłoszeń do ubezpieczenia,* dopóki ubezpieczalnia nie wydała *odmiennego orzeczenia* co do zakresu obowiązku ubezpieczenia zgłoszonych pracowników, a takie odmienne orzeczenie nigdy nie będzie wydane w myśl § 41, gdy ubezpieczalnia nie uzna go za potrzebne. Przeto zgłoszenie stanowi niewzruszalną podstawę oceny stosunku ubezpieczeniowego przynajmniej co do zakresu ubezpieczenia, gdyż co do składek w myśl § 34 rozporządzenia wykonawczego wymagane jest *zawsze wypowiedzenie się na piśmie ubezpieczalni społecznej* choćby w najprostszej formie potwierdzenia obliczenia pracodawcy na wykazie stanu zatrudnienia.

W § 41 nie jest całkowicie jasne końcowe postawienie punktu 2-go co do wydawania orzeczeń o wymiarze składki, gdy ubezpieczalnia przyjmuje inną podstawę wymiaru, niż zgłoszenie, choć nie wpłynęło jeszcze żądanie sprostowania wymiaru składek ze strony pracodawcy, którego to żądania dotyczy dalszy punkt 7 tegoż §-u. W myśl bowiem § 35 ust. 1 rozporządzenia pracodawca w ciągu miesiąca od otrzymania rachunku lub zawiadomienia o wymiarze składek może reklamować, żądając od samej ubezpieczalni sprostowania pierwotnego wymiaru, i na skutek tego sprzeciwu pracodawcy ubezpieczalnia wydaje formalne orzeczenie co do wymiaru składki (§ 42), jeżeli odmawia żądaniu sprostowania pierwotnego wymiaru (§ 41 pkt. 7). Nie jest przeto dostatecznie zrozumiałe, dlaczego już *pierwotny wymiar, który jest zależny od zgody nań pracodawcy, mogącego zawsze żądać wymiaru ponownego,* ma być dokonywany w postaci formalnego orzeczenia, jeżeli tylko jest ze zgłoszeniem niezgodny, zwłaszcza, że wymagania formalnego orzeczenia (w myśl § 42 faktyczne i prawne uzasadnienie

i pouczenie o środkach prawnych) trudno jest pogodzić z dopuszczalnym według § 34 wymiarem przez *potwierdzenie obliczenia składki na wykazie książkowym stanu zatrudnienia*. Zdawałoby się, że wobec specjalnego sposobu dokonywania wymiaru składki, pierwotny wymiar z § 34, podlegający sprostowaniu na żądanie pracodawcy, nie wymaga formalnego orzeczenia *bez względu na to, czy jest on zgodny czy niezgodny ze zgłoszeniem*. Natomiast wymagałoby formalnego orzeczenia — poza odmową sprostowania z § 41 pkt. 7 — sprostowanie przez ubezpieczalnię już dokonanego wymiaru *bez żądania pracodawcy, a więc z urzędu* w myśl § 35 ust. 2 i do tego tylko przypadku należałoby ograniczyć końcowe postanowienie punktu 2 § 41.

III. Uwagi szczegółowe co do zgłoszeń.

Technika zgłoszeń, szczegółowo uregulowana rozporządzeniem z 28.XII.1933 r. i załączonymi do niego formularzami, nastrocza wątpliwości przede wszystkim co do okresu, w którym wymagane są podpisy ubezpieczonego na zgłoszeniach, i co do pewności, że ubezpieczony zapozna się z temi zgłoszeniami. Zgłoszenie o wstąpieniu do pracy (formularz 1) ma podpisywać pracownik *tylko w części, dotyczącej członków rodziny ubezpieczonego na jego wyłącznym utrzymaniu* (dział III formularza oraz § 7 ust. 2 i 3 rozporządzenia o zgłoszeniach). Pracownik nie podpisuje natomiast takich rubryk formularza Nr. 1, jak wykonywane czynności, wyliczenie wynagrodzenia we wszystkich jego częściach składkowych, czy zgłaszany do ubezpieczenia był poprzednio ubezpieczony w instytucji ubezsp. społ. i w której, czy pobierał rentę lub emeryturę, czy, będąc sprzedawcą lub ekspedjentem sklepowym, ma przepisane wykształcenie i praktykę handlową. A przecież są to dane najistotniejsze i bądź mogą być dokładnie znane tylko samemu pracownikowi (wykształcenie, praktyka, poprzednie ubezpieczenie), bądź też, jeżeli nawet znane są także i pracodawcy, często mogą być przedstawione przezeń w sposób niedokładny, stroniczniej i wywołujący w następstwie poważne spory (np. wykonywane przez pracownika czynności, jego wynagrodzenie). Zamiast podpisywania przez pracownika całości zgłoszenia o wstąpieniu do pracy rozporządzenie wprowadza *podawanie przez pracodawcę do wiadomości pracownika całkowicie wypełnionego zgłoszenia, co pracodawca potwierdza swoim podpisem* (§ 7 ust. 3). Wątpliwe jest, czy pracodawca dopełni tego obowiązku i jak go dopełni skoro żadnej istotnej kontroli być tu nie może. Następnie zaś, jakie będą skutki niedopełnienia tego obowiązku i niepodania pracownikowi do wiadomości zgłoszenia całkowicie wypełnionego. Art. 270 ustawy scaleniowej, wprowadzający odpowiedzialność karną pracodawcy za podanie w zgłoszeniach do ubezpieczalni nieprawdziwych danych, może tu mieć zastosowanie, gdyż pracodawca będzie pod zarzutem, że jego oświadczenie w zgłoszeniu o podaniu do wiadomości pracownika zgłoszenia wypełnionego jest nieprawdziwe. Ustalenie wszakże, czy pracodawca istotnie podał do wiadomości pracownika całkowite już wypełnione zgłoszenie, będzie bardzo trudne, skoro pracodawca powie z reguły w spornym wypadku, że podał, a pracownik, że nie podano mu do wiadomości *tej właśnie części zgłoszenia, która jest sporna*. Pracownik zaś, który wszystkich

danych zgłoszenia sam nie podał, będzie karnie odpowiedzialny z art. 279 ustawy scaleniowej tylko za część zgłoszenia, którą sam podpisał, t. j. za dane o członkach rodziny, wspólnym zamieszkiwaniu z nimi i wyłącznym ich utrzymywaniu.

§ 8 ust. 2 rozporządzenia nadaje także pracownikowi prawo wyrażenia swoich zastrzeżeń co do treści każdego wypełnionego formularza, a zatem także formularza Nr. 1 o wstąpieniu do pracy, ale formularz Nr. 1 nie zawiera rubryki „Zastrzeżenia pracownika”, czy nawet wogóle „Zastrzeżenia”, a w pouczeniu nie ma żadnej wzmianki o tem uprawnieniu. Pracownik więc, który całości tego formularza nie podpisuje, musi dopiero z *praktyki własnej* dowiedzieć się o swem prawie zgłoszenia zastrzeżeń na formularzu lub w osobnym oświadczeniu.

Dalej pracownik nie podpisuje również zgłoszenia indywidualnego o wystąpieniu z pracy dla drobnych pracodawców (formularz Nr. 6), którego treść wymaga również jego udziału. Zgłoszenie to zawiera bowiem takie rubryki, jak powód wystąpienia z pracy, otrzymanie wynagrodzenia lub odszkodowania przy zwolnieniu, dane co do nowego pracodawcy, co do których trudno polegać na oświadczeniu samego tylko dawnego pracodawcy. Gdyby obowiązywał tu podpis pracownika, zgłoszenie o wystąpieniu z pracy musiałoby być przygotowane zawczasu, nie zaś już po zaprzestaniu pracy, kiedy niektórych danych pracodawca wogóle już nie uzyska od pracownika, z którym nie ma już kontaktu (np. dane co do nowego pracodawcy). Niepodpisywanie przez pracownika zgłoszenia o wystąpieniu (formularz Nr. 6) jest tem dziwniejsze, że podpisuje on zgłoszenie indywidualne zmian w wynagrodzeniu (formularz Nr. 5), przeznaczone dla tej samej kategorii drobnych pracodawców (poniżej 4 pracowników), którzy nie dokonywają zbiorowych zgłoszeń zmian zarobkowych i zbiorowych wymeldowań z pracy zapomocą wykazu stanu zatrudnienia.

Co do wykazu stanu zatrudnienia u większych pracodawców — brak przepisu, ułatwiającego interesowanemu pracownikowi zapoznanie się z nim choćby w drodze wyłożenia go w biurze pracodawcy do przejrzania po godzinach pracy w pewnym określonym z góry dniu każdego miesiąca, poprzedzającym dzień wysłania wykazu do ubezpieczalni. W braku takiego przepisu pracownik, który chce się zapoznać z treścią tego wykazu i sprawdzić, czy zmiany zarobku albo data ustąpienia z pracy są zgłoszone prawidłowo do ubezpieczalni, może mieć nieraz duże trudności.

Wreszcie w pouczeniu na formularzu Nr. 1 nie ma żadnych wskazówek co do nowowprowadzonych w ubezpieczeniu chorobowem, a ważnych dla ubezpieczonego uprawnień z art. 112 ust. 3 co do zgłaszania dalszych członków rodziny, a nawet osób obcych, utrzymywanych przez ubezpieczonego, i mogących korzystać z praw członków rodziny tylko w razie zgłoszenia ich w określonych terminach.

IV. Kwestje techniczne co do wymiaru składki.

§34 rozporządzenia przewiduje, że wymiar składki, którego sprostowania przez samą ubezpieczalnię pracodawca żądać może w ciągu miesiąca, następuje między innymi także bez osobnego pisma ubezpieczalni, w drodze potwierdzenia na wykazie książkowym t. j. rocznym obliczenia składek przez pracodawcę.

Wzoru takiego potwierdzenia formularze, załączone do rozporządzenia, nie zawierają. Należałoby także ustalić, jak stwierdza się datę, kiedy tego rodzaju potwierdzenie obliczenia składek, dokonywane w biurze ubezpieczalni pod nieobecność pracodawcy, podawane jest do wiadomości pracodawcy t. j. datę zwracania pracodawcy wykazu książkowego dla dalszego prowadzenia go, gdyż od tej daty liczy się miesięczny termin dla żądania sprostowania wymiaru przez pracodawcę.

Sprostowanie wymiaru składki przez ubezpieczalnię bez żądania pracodawcy, z urzędu (§ 35 ust. 2), nie jest ograniczone żadnym terminem w samym rozporządzeniu. Wynikałoby stąd, że takie sprostowanie może być dokonywane aż do upływu przedawnienia 3-letniego lub 5-letniego prawa ściągania składki (art. 231 ustawy scaleniowej). Wydaje się, że jest to okres zbyt długi, gdyż w zasadzie już przy dokonywaniu wymiaru składki (zawsze pismem, wystosowanym do pracodawcy — § 34 rozporządzenia) ubezpieczalnia

powinna sprawdzać jego podstawy; nie powinna zaś korzystać z każdej nadarzającej się sposobności do rewizji składki w ciągu szeregu lat. Prostowanie z urzędu dokonane już wymiaru składki nie powinno być dopuszczalne dłużej, niż w ciągu roku od zawiadomienia pracodawcy o wymiarze. W tym sensie należałoby uzupełnić rozporządzenie wykonawcze (§ 35 ust. 2). Nadto sprostowanie z urzędu wymiaru składki nie jest moim zdaniem wogóle dopuszczalne już w obecnym stanie rzeczy, o ile pracodawca zażądał sprostowania wymiaru składki (§ 35 ust. 1) i na skutek tego żądania dokonano ponownego wymiaru składki, czy to w postaci formalnego orzeczenia (§ 41 punkt 7), czy też bez takiego orzeczenia, gdyż uwzględniono żądanie pracodawcy. Przy rozpatrywaniu żądania pracodawcy sprostowania wymiaru ubezpieczalnia powinna bowiem zbadać kwestję wymiaru *gruntownie i wyczerpująco*, a zatem późniejsze dalsze badania tej samej kwestji i dokonywanie na ich podstawie *sprostowania dokonanego wymiaru po raz drugi* byłoby niestosowne.

Prof. LEON WAŚCISZEWSKI

ANALIZA KOSZTÓW ADMINISTRACJI W KASACH CHORYCH

Różnorodność warunków przyrodniczych i społeczno-ekonomicznych na obszarze naszego Państwa stwarzała dla b. Kas Chorych tę sytuację, że główne składowe części działalności, a więc zarówno świadczenia dla ubezpieczonych i ich rodzin, jakoteż koszty administracji i koszty ogólne Kas Chorych ulegały znacznym wahaniom w stosunku do przekroju ogólnopolskiego. Na podstawie danych statystycznych dotyczących obszaru w klm², liczby ludności, gęstości zaludnienia, ludności miast, proc. ludności miejskiej, liczby ubezpieczonych, skupienia ubezpieczonych w siedzibach obwodów leczniczych i w ośrodkach leczniczych — zrobiliśmy próbę rozklasyfikowania Kas Chorych na grupy zbliżone do siebie warunkami ogólnymi¹⁾. Przytaczamy podział.

Grupa I — najniższa: Brodnica, Grodzisk, Kowel, Leszno, Lida, Rawa Ruska, Równe, Rzeszów, Pińsk, Szamotuły, Złoczów.

Grupa II — niska: Baranowicze, Chojnice, Czortków, Kołomyja, Krosno, Łuck, Ostrów, Pułtusk, Siedlce, Starogard, Stryj, Wągrowiec, Zamość.

Grupa III — średnia: Biała, Brześć n./Bugiem, Gniezno, Grodno, Grudziądz, Inowrocław, Kalisz, Kielce, Lublin, Łomża, Nowy Sącz, Nowy Targ, Płock, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol, Tarnów, Wilno, Żyrardów.

Grupa IV — wysoka: Białystok, Bielsko, Bydgoszcz, Chrzanów, Częstochowa, Drohobycz, Ostrowiec, Pabjanice, Radom, Toruń, Wejherowo, Włocławek.

Grupa V — najwyższa: Kraków, Lwów, Łódź, Poznań, Sosnowiec.

Grupa VI — indywidualna: Warszawa.

Koszty administracji składają się z pozycji kosztów osobowych i rzeczowych. W I półroczu 1933 r. te pozycje w stosunku do wszystkich kas chorych miały się do siebie jak 87.3% i 12.7%. Widzimy, że gros kosztów administracyjnych — to są koszty personalne. W szczegółowym rozbiću jednych i drugich kosztów wydatki na administrację w Kasach Chorych za I półroczu 1933 r. przedstawiają się jak niżej.

Wyszczególnienie kosztów administracji w I półr. 1933 r.

A. Osobowe.

1. Odszkodowanie członków org. kasy (z wył. dyrekcji)	165.275,29	1,6
2. Płaca dyrektora	365.024,65	3,4
3. Płace personelu	7.284.145,56	68,7
4. Ubezpieczenia	1.181.932,78	11,2
5. Koszty podróży, delegacyj itp.	253.176,94	2,4
Razem A	9.249.555,22	87,3

B. Rzeczowe.

1. Komorne	336.528,23	3,1
2. Opał	72.410,11	0,7
3. Światło	45.076,16	0,4
4. Druki i materiały biurowe	337.413,99	3,2
5. Poczta, telegraf, telefon	412.060,84	3,9
6. Różne	145.934,61	1,4
Razem B	1.349.423,94	12,7
Razem A i B	10.598.979,16	100,0

W stosunku do przypisu składek koszty administracji wynosiły 12.6%, na 1 ubezpieczonego 5,56 zł.

Powyższe dane, globalnie przedstawione dla całej Polski, spróbujemy rozbić na grupy kas według przytoczonego na wstępie schematu. Otrzymamy następującą tablicę liczb względnych.

¹⁾ P. artykuł w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych” Nr. 1, p. t. „Próba oznaczenia rzeczywistego poziomu świadczeń w ubezpieczeniach chorobowych na podstawie danych statystycznych z działalności Kas Chorych”.

1. Koszty administracji w I półr. 1933 r. w grupach Kas we wzajemnym stosunku

(średnie arytmetyczne)

Grupa	osobowe w % do wszystkich koszt. adm.						rzeczowe w % do wszystkich koszt. adm.						
	Odszkodowanie członków ogr. kasy	Płaca dyrektora	Płace personelu adm.	Ubezpieczenia	Koszty podróży delegacji	Razem	Komorne	Opał	Światło	Druki i materiały	Poczta, telegraf, telefon	Różne	Razem
I	3.4	7.5	59.2	9.8	4.2	84.1	3.7	1.0	0.5	3.5	5.8	1.4	15.9
II	3.2	6.8	61.9	10.3	2.7	84.9	3.4	1.1	0.6	3.2	5.3	1.5	15.1
III	2.0	5.1	65.1	11.1	2.5	85.8	3.1	1.0	0.5	3.6	4.9	1.1	14.2
IV	1.7	3.7	66.8	11.0	3.0	86.2	3.3	0.8	0.5	3.2	4.0	2.0	13.8
V	0.7	1.8	75.2	11.6	1.2	90.5	2.7	0.4	0.4	2.7	2.1	1.2	9.5
VI	0.5	0.3	72.9	11.8	2.4	87.9	3.5	0.3	0.2	3.2	3.6	1.3	12.1

Tabelka powyższa daje nam obraz wzajemnego procentowego ustosunkowania się poszczególnych elementów kosztów administracji w grupach Kas — od najniższej do najwyższej. Zauważamy niektóre elementy sztywne, do nich należą: ubezpieczenia pracowników administracyjnych, komorne, opał, światło, druki i materiały piśmienne i t. zw. różne. Nie ulegają one znacznym zmianom, zachowując te same stosunkowe wielkości. Natomiast inne są elastyczne. Tu wymienić należy: odszkodowanie członków organów Kas, płace dyrektorów, płace personelu administracyjnego, koszty podróży i delegacji, opłaty pocztowe. Mamy tu do czynienia jak gdyby ze stałymi i zmiennymi kosztami administracji, przytem za stałe należy uważać te, które bądź są sztywne, bądź stosunkowo zmniejszają się ze wzrostem wielkości kas, to jest z przejściem z niższej grupy do wyższej, za zmienne — te, które powiększają się wraz ze wzrostem działalności kasy. Odpowiada to w pewnej mierze prawu relatywności kosztów produkcji przemysłowej, rolniczej, komunikacji i t. d. Naogół biorąc, za stałe elementy kosztów administracji kas chorych należy uważać koszty rzeczowe oraz niektóre z osobowych: odszkodowanie członków organów kas, płaca dyrektora, ubezpieczenia, koszty podróży i delegacji. Za zmienne — przede wszystkim płace personelu administracyjnego, wogóle — koszty osobowe. Zrozumienie powyższej okoliczności mogłoby nasunąć myśl rozwiązania następującego zagadnienia: przy jakiej wielkości kas ustosunkowanie kosztów osobowych do rzeczowych jest najkorzystniejsze, to znaczy, przy jakiej liczbie ubezpieczonych natrafimy na optimum warunków, przede wszystkim z punktu widzenia wzrostu kosztów osobowych, jeżeli założymy możność dowolnego organizowania jednostek kasowych, względnie ubezpieczalni społecznych, pod względem układu terenowego? Odnalezienie punktu równowagi między kosztami stałymi a zmiennymi administracji, sądziłoby duże znaczenie dla obniżenia kosztów administracyjnych. Wchodzi to w zakres rachunkowego zadania, zgóry powiedzmy nietrudnego.

Wzajemny stosunek poszczególnych elementów kosztów administracji oraz ustalenie zmiennych i stałych kosztów administracji nie tłumaczy nam jednak wszystkiego. Ważny jest względny koszt administracji

do przypisu składek i w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego. Jako miary porównania użyjemy średniej topologicznej dla naszych grup kas. Przedtem jednak, celem zarysowania obrazu dolnych i górnych granic, przytoczymy skalę rozpiętości spotykanych w kasach chorych danych statystycznych.

2. Max i min kosztów administracji w % przypisu i na 1 ubezpieczonego w I półr. 1933 r.

Koszty administracji	w % przypisu składek		na 1 ubezpieczonego	
	max	min	max	min
Osobowe . .	17.6	8.5	7.17	2.88
Rzeczowe . .	3.5	0.9	1.46	0.39
Ogólnie . .	21.1	9.7	8.31	3.86

Max wydatków osobowych najczęściej nie odpowiada max wydatków rzeczowych i również min jednych nie odpowiada min drugich, stąd max i min razem nie stanowią ściśle sumy powyższych składników, lecz cyfry zbliżone. Tabelka ilustruje w jakich granicach wahają się koszty administracji. Musimy przyznać, że wahania są bardzo znaczne i zastanawiające. Nie ulega wątpliwości, że znajdują się one w koniecznym związku z warunkami społeczno-gospodarczymi Kas. Byłoby niesprawiedliwością uzasadniać tak znaczne różnice wyłącznie nieudolnością lub zasadniczymi brakami organizacji ubezpieczenia chorobowego. Szukanie poza tem przyczyny tam, gdzie jej niema, chybiałoby właściwego celu.

Dlatego zwracamy się do warunków społeczno-gospodarczych Kas, t. j. do grup Kas według schematu przez nas ustalonego, bowiem zgrupowanie to miało na celu odzwierciedlenie warunków społeczno-gospodarczych. Im zgrupowanie to jest prawidłowsze, a więc grupy Kas pod względem warunków gospodarczo-społecznych zupełnie jednorodne, oraz o ile przypuszczenie o zależności kosztów administracji od poziomu społeczno-gospodarczego jest słuszne, to cyfry we właściwy sobie przekonywający sposób do nas przemówią.

3 Koszty administracji w Kasach Chorych w I półr. 1933 r.
w % % przypisu oraz na 1 ubezpieczonego.
(średnie topologiczne).

Grupy kas	Osobowe		Rzeczowe		Ogółem	
	w % ⁰ / ₀ ⁰ / ₀ przypisu	na 1 ubezpiecz.	w % ⁰ / ₀ ⁰ / ₀ przypisu	na 1 ubezpiecz.	w % ⁰ / ₀ ⁰ / ₀ przypisu	na 1 ubezpiecz.
1	2	3	4	5	6	7
I	13.6	3.45	2.8	0.74	16.3	4.18
II	12.7	3.94	2.4	0.70	14.9	4.62
III	12.7	4.66	1.9	0.68	14.9	5.19
IV	11.1	5.07	1.8	0.78	12.9	5.83
V	10.5	5.07	1.3	0.59	11.4	5.37
VI	8.5	6.32	1.2	0.87	9.7	7.19
Przy średniej arytmetycznej dla całej Polski i wszystkich kas:						
Wszystkie grupy przeciętnie	11.0	4.85	1.6	0.71	12.6	5.56

Przytoczona tableka mówi nam, co następuje. Koszty administracji w stosunku do przypisu zmniejszają się w miarę wzrostu wielkości Kas i ich zamożności, wynikającej z warunków społeczno-gospodarczych. Przytem zauważamy spadek % przypisu dla wszystkich grup Kas zarówno w dziale wydatków osobowych, jak i rzeczowych. Natomiast koszty administracji w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego niemal zupełnie prawidłowo ze wzrostem Kas zwiększają się.

Mamy tu, niestety, do czynienia ze zjawiskiem podroźnienia administracji. Oczekiwaliśmy czegoś wręcz przeciwnego: mianowicie tańszej kalkulacji kosztów administracji na 1 ubezpieczonego przy większej liczbie ubezpieczonych. Ale tak nie jest. Zjawisko to niewątpliwie wiąże się z rozbudową świadczeń w większych kasach, wymagającą rozszerzonego aparatu administracyjnego, co staje się zbędne w kasach mniejszych, które z racji ograniczonych możliwości finansowych udzielają świadczeń w małym zakresie. Te małe kasy — zarazem najbiedniejsze — stanowczo mają za kosztowną administrację, jeżeli brać stosunek kosztów administracji do przypisanych składek, ale ostatecznie kalkulującą się w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego stosunkowo nieźle. W kasach dużych administracja kalkuluje się źle, zwłaszcza w dziale osobowym, co stwierdziły cyfrowe dane w poprzednich tabelkach. To naprowadza na myśl, że mamy tu do czynienia prócz wymienionej rozbudowy świadczeń ze swoistym przerostem aparatu kasowego. Spadek stałych kosztów administracji w dużych kasach przestaje odgrywać jakąkolwiek rolę, na plan pierwszy wybijają się koszty zmienne działu osobowego: wzrastają one szybciej, aniżeli to, czego wymaga racjonalna kalkulacja. Dlatego łączenie kas, względnie Ubezpieczalni społecznych, w większe konglomeraty może być usprawiedliwione względami wyraźnej konieczności, a niczem innym. *Optimum* warunków dla *taniej* administracji leży poza sferą zarówno małych, jak i dużych kas.

Powstające na miejsce dawnych Kas Chorych Ubezpieczalnie społeczne sprawie kosztów administracji będą musiały poświęcić sporo uwagi.

JERZY WENGIEROW

KODEKS ZOBOWIĄZAŃ A UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

(DOKONCZENIE)

VIII.

W zakresie zagadnień świadczeniowych posiada doniosłe znaczenie kwestja *przedawnienia praw ubezpieczeniowych*. Kwestje te kodeks zobowiązań ujmuje w osobnym dziale, obejmującym art. 273 — 287. Natomiast ustawa o ubezpieczeniu społecznym normuje kwestje przedawnienia w osobnych przepisach art. 184 — 186 bez odsyłania do przepisów prawa o zobowiązaniach. Natomiast w dalszym ciągu pozostaje w mocy odesłanie do materialnego prawa cywilnego o przedawnieniu, zawarte w przepisach rozporządzenia Prez. Rzpl. z dn. 24XI.1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Należy przedewszystkiem porównać zasady rozwiązania zagadnień, dotyczących przedawnienia, w ustawie o ubezpieczeniu społecznym i w kodeksie zobowiązań. Otóż w myśl kodeksu „dłużnik może uchylić się od świadczenia, gdy powoła się na upływ czasu, pociągający za sobą według ustawy przedawnienie wierzytelności. Sad nie może z urzędu uwzględnić przedawnienia”. W przeciwieństwie do powyższej zasady kodeksu przedawnienie w myśl ustawy o ubez-

pieczeniu społecznym następuje z mocy samego prawa — bez potrzeby składania osobnego oświadczenia ze strony dłużnika — w danym razie instytucji ubezpieczeniowej. Innemi słowy — o ile sad z urzędu nie może uwzględnić przedawnienia, o tyle instytucja ubezpieczeniowa obowiązana zawsze jest z urzędu zbadać i stwierdzić, czy nie zachodzi przedawnienie.

W dalszym ciągu należy wskazać, że wprawdzie art. 184 ust. 1 p. 3 ustawy z 23.III.33 ustala zasadę, że „prawo do świadczeń, przewidzianych w niniejszym rozdziale, ustaje... przez przedawnienie”, to jednak dalsze ustępy tego artykułu wymieniają tylko terminy przedawnienia rent i jednorazowej zapomogi pośmiertnej, natomiast nie jest ustalony termin przedawnienia świadczeń, które art. 134 i 135 p. 2 włączają do grupy „lecznictwo i świadczenia w naturze”, rozumieć bowiem należy, że ustawodawca nie widział możliwości zamknięcia ubezpieczonemu prawa dochodzenia tych świadczeń w ramach jakiegokolwiek okresu prekluzyjnego.

Co do terminu przedawnienia praw do świadczeń, nie pokrywa się on całkowicie z terminami, przewidzianymi w kodeksie zobowiązań. W szczególności

dla wszystkich rodzajów rent ustawa o ubezpieczeniu społecznym ustala termin przedawnienia 3-letni od chwili, w której prawo to powstało. Inne wypadki przedawnienia (jednorazowa zapomoga — jeden rok) nie mają większego znaczenia. Otóż w myśl art. 283 kod. zob. wierzytelności z tytułu naprawienia szkody, wyrządzonej czynem niedozwolonym, ulegają przedawnieniu z upływem lat pięciu. Można poniekąd uważać świadczenia w ubezpieczeniu wypadkowym jako podpadające pod ten właśnie przepis. Ponadto w myśl art. 282 p. 2 ulegają przedawnieniu z upływem lat pięciu „wierzytelności z zaległych świadczeń okresowych, powstałe z mocy ustawy lub umów, jeżeli ustawa nie przewiduje innego terminu”. Otóż jeżeli uważać świadczenia ubezpieczeniowe, jako należące do tej właśnie grupy, wówczas okaże się, że ustawa o ubezpieczeniu społecznym ustanowiła krótszy okres przedawnienia aniżeli kodeks zobowiązań. Można jednak stanąć na stanowisku, że niezależnie od kwestji przedawnienia prawa do świadczeń wogóle, przepis o świadczeniach okresowych dotyczy poszczególnych rat renty — to znaczy renta przyznana a niepodjęta przez okres lat pięciu przedawnia się, co nie podważa jednak obowiązku zapłaty następnych rat tejże renty. Zasadę tę uświęca dalszy art. 286 kod. zob., w myśl którego „przedawnienie następuje... chociażby świadczenia okresowe... trwały w dalszym ciągu”.

Z kolei wymienić należy kwestje, związane z przerwaniem biegu przedawnienia. Otóż w tym zakresie ustawa o ubezpieczeniu społecznym przewiduje znacznie szersze możliwości, aniżeli kodeks zobowiązań. Istotna różnica może być sprowadzona do tezy, że dla przerwania biegu przedawnienia w sensie kodeksu zobowiązań konieczne są pewne obiektywne fakty prawne, natomiast ustawa ubezpieczeniowa wymaga jedynie subiektywnej niemożności dochodzenia świadczeń. Kodeks zobowiązań rozróżnia wogóle „przerwanie przedawnienia” i „zawieszenie biegu”. Natomiast ustawa o ubezpieczeniu społecznym posiada taką budowę odnośnych przepisów, jakgdyby zachodziło tu nie przedawnienie, lecz t. zw. prekluzja dochodzenia roszczenia, co oczywiście jest kwestją prawnie zupełnie odrębną. Dla przykładu wskazać należy, że np. kodeks zobowiązań niezależnie od art. 284 w myśl którego „z upływem lat trzech ulegają przedawnieniu wierzytelności pracowników z tytułu wynagrodzenia za pracę...” zawiera przepis art. 473, w myśl którego „pracodawcy i pracownicy nie mogą dochodzić sądowo roszczeń wynikających z umowy o pracę, po upływie roku od dnia zakończenia stosunku pracy”. Otóż przepis ten zawiera zasadę terminu prekluzyjnego. Analogiczną budowę posiada art. 185 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, w myśl którego „po upływie czasu, wymienionego w art. 184 może być roszczenie zgłoszone tylko wówczas a) gdy istniała przeszkoda do zgłoszenia roszczenia niezależna od osoby uprawnionej, b) gdy w razie wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej uszkodzowany dopiero po upływie okresu przedawnienia stwierdził nowe objawy choroby...” A więc przepis ten daje wskazówkę, kiedy nie ma zastosowania prekluzja — termin przedawnienia.

Z kolei należy powiązać pojęcia ustawy o ubezpieczeniu społecznym i kodeksu zobowiązań.

Wydaje się koniecznym przedewszystkiem zidentyfikowanie pojęć. Otóż niewątpliwie „przerwaniem” przedawnienia w rozumieniu kodeksu jest tylko złożenie roszczenia o świadczenia. Rodzi się tu zaraz pytanie, czy złożenie roszczenia o rentę niewłaściwą przerywa bieg przedawnienia — innymi słowy, czy ubezpieczony ma przerwane przedawnienie, o ile ubiegał się o rentę inwalidzką robotniczą, a przysługuje mu renta wypadkowa lub z tytułu choroby zawodowej. Należy mieć na względzie, że nie tylko sam ubezpieczony, ale nawet ubezpieczalnia często na podstawie powierzchownego badania nie będzie mogła przeprowadzić rozróżnienia, czy zachodzi tu inwalidztwo czy też np. choroba zawodowa. Ponieważ uznajemy obecnie jedność systemu ubezpieczeniowego, przeto wydaje się zupełnie słusznym przyjęcie zasady — zresztą nie wyrażonej w ustawie o ubezpieczeniu społecznym, że zgłoszenie roszczenia o świadczenia rentowe przerywa bieg przedawnienia dla wszystkich rodzajów świadczeń rentowych. Dla porządku stwierdzić jednak należy, że w praktyce ubezpieczenia pracowników umysłowych stosowano dotychczas zasadę odwrotną, przyczem żądano dla każdego rodzaju świadczenia innego roszczenia (np. roszczenie o rentę odrzucone nie przekształcano automatycznie w roszczenie o odprawę i t. d.).

W odniesieniu do świadczeń, przewidzianych ustawą o ubezpieczeniu społecznym może zachodzić wątpliwość, czy będzie miał do nich zastosowanie przepis art. 278 kod. zob., który ustala szczególny tryb biegu przedawnienia przeciwko osobom pozbawionym zdolności do działań prawnych lub w niej ograniczonym. Otóż na początku uwag niniejszych odnośnie przedawnienia podkreśliliśmy, iż ustawa o ubezp. społ. rozwija szczegółowo zasady przedawnienia, wskutek czego przypuszczaćby można, że przepisy zob. nie mają tu zastosowania. Otóż wypadek, który wskażemy, będzie należało uznać za wyjątek od zasady ogólnej, gdyż przepis poniższy będzie niewątpliwie dotyczył również zakresu świadczeń ubezpieczeniowych, albowiem ma on zastosowanie do pewnej grupy osób — w zakresie wszelkich ich należności — i niema podstawy prawnej, aby wyłączyć świadczenia ubezpieczeniowe nawet publiczno-prawne z pod ogólnej reguły (jest to wyjątek osobowy, a nie rzeczowy). W myśl powołanego art. 278 „przedawnienie biegnie przeciwko osobom pozbawionym zdolności do działań prawnych lub w niej ograniczonym, chociażby osoby te nie miały przedstawiciela ustawowego. Jednakże termin przedawnienia nie może się skończyć wcześniej, niż po upływie dwóch lat od chwili, gdy ustanowiono przedstawiciela, albo gdy ustała przyczyna jego ustanowienia”. Przepis ten niewątpliwie będzie miał zastosowanie do świadczeń ubezpieczeniowych w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jako zasada uzupełniająca przepisy o przedawnieniu, rozstrzygnięte w tej ustawie.

O ile kwestje, związane z przedawnieniem na odcinku ustawy o ubezpieczeniu społecznym są skomplikowane, o tyle w odniesieniu do rozp. Prez. o ubezp. prac. umysł. kwestja przedawnienia daje się rozstrzygnąć w sposób prosty. Dekret — jak wiadomo w art. 56 zawiera odwołanie się do ustaw cywilnych, a tem samym kodeks zobowiązań będzie miał tu zastosowa-

nie z mocy samego powołania prawa. A więc będzie w szczególności miał zastosowanie przepis art. 278 co do zawieszenia biegu przedawnienia przeciwko osobom pozbawionym zdolności do działań prawnych. Przerwanie przedawnienia dokonywane będzie przez zgłoszenie roszczenia. Termin przedawnienia — ustalony jest w art. 56 dekretu. Zachodzić będzie jedynie dość istotna trudność w odniesieniu do wypadków, kiedy uprawniony do świadczeń znajduje się w subiektywnej niemożności zgłoszenia świadczenia. Otóż w wypadkach tych Zakład Ubezpiecz. Prac. Umysł. w Warszawie (opierając się na orzecznictwie do odnośnych przepisów Kodeksu Napoleona, które traktowało przerwanie przedawnienia w sposób liberalny i rozszerzający) uznawał dotychczas subiektywną niemożność zgłoszenia roszczenia jako powód dopuszczający przerwanie biegu przedawnienia i przyznawał świadczenie. W odniesieniu do byłej dzielnicy pruskiej przepis ust. 2 § 203 B. G. B. również dawał pewną możliwość stosowania wykładni rozszerzającej o przerwaniu biegu przedawnienia w wypadkach siły wyższej. Natomiast obecnie kodeks zobowiązań ogranicza wypadki siły wyższej (art. 277 p. 4) do wąskiej względnie grupy, kiedy siła wyższa uniemożliwia dochodzenie wierzytelności przed sądami polskimi (w danym wypadku — ubezpieczalni), a więc niemożność musi być powszechna a nie subiektywna. Nie jest jednak wykluczone, że i obecnie wskazana zasada zostanie rozszerzona w drodze orzecznictwa. Jednak do czasu ukazania się takich orzeczeń Zakład U. P. U. będzie musiał wypadki przedawnienia rozstrzygać bardziej rygorystycznie niż dotychczas.

IX.

Art. 212 — 214 kod. zob. poświęcone są zagadnieniu zarachowania zapłaty, jeżeli dłużnik ma wobec tego samego wierzyciela kilka długów. Kwestja ta ma swoje bardzo doniosłe znaczenie w zakresie wymiaru i ewidencji wpłaconych przez pracodawcę składek, występując szczególnie dobitnie w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych; będzie ono miało również pewne znaczenie i w zakresie ubezpieczenia robotniczego; ostatnio sporadycznie kwestja ta nabrała znaczenia w związku z rozkładaniem zaległych składek za czas do dn. 31 października 1931 r. na raty. Należy objaśnić przedewszystkiem na czem polega istota zagadnienia.

Kodeks zobowiązań Polski, a zresztą i kodeksy poprzednio obowiązujące, ustalają pewne zasady zarachowania zapłaconych sum na poczet różnych długów równocześnie istniejących, zasady kodeksowe są następujące. Dłużnik w zasadzie może wskazać przy zapłacie, który dług chce uiścić. Jednak nawet i w tym wypadku wierzyciel ma prawo zaspokoić przedewszystkiem zaległe koszty, odsetki lub raty (art. 212). Jeżeli dłużnik nie wskazał, który dług chce zaspokoić i przyjął pokwitowanie, w którym wierzyciel zarachował zapłatę na jeden lub niektóre z długów, dłużnik nie może żądać zarachowania na inny dług (art. 213), a więc kodeks zezwala zarachowywać niedeklarowane opłaty wierzycielowi. W braku jakiegokolwiek oświadczenia zarachowuje się zapłatę naprzód na poczet długu wymagalnego; jeżeli jest kilka długów wymagalnych, na poczet tego, który jest najmniej zabezpieczo-

ny; jeżeli jest kilka długów jednakowo zabezpieczonych, na poczet długu najbardziej uciążliwego dla dłużnika, jeżeli jest kilka długów również uciążliwych — na poczet najdawniejszego; przy długach w jednakowych pod każdym względem okolicznościach — na poczet wszystkich długów stosunkowo.

W zakresie opłaty składek kwestje zawarte w wyliczonych przepisach zmuszają do postawienia następujących pytań:

1) Czy i w jaki sposób winny być zarachowywane wpłaty dokonane przez pracodawcę, np. na jednego z pośród kilku pracowników,

2) czy można księgować wpłaty na jeden z rodzajów ubezpieczenia,

3) czy można księgować wpłaty na długi nowsze z pominięciem starszych.

Przedewszystkiem należy stwierdzić, że w zakresie sposobu spłaty składek nie może być zawarta pomiędzy ubezpieczalnią a pracodawcą żadna umowa — z wyjątkiem t. zw. umowy ratalnej. (Układ ratalny nie ma charakteru ściśle umownego w sensie cywilnym, lecz stanowi system odroczenia płatności długu pracodawcy z tytułu składek). Składki pracodawcy są należnościami prawno-publicznymi i z tego względu bez osobnego przepisu ustawowego nie jest dopuszczalna jakakolwiek redukcja sumy składek, lub jakakolwiek inna umowa cywilna co do sposobu zapłaty składek — poza umowami dopuszczalnymi przez prawo publiczne — jak np. ostatnio wprowadzone przejmowanie gruntów za należności publiczno-prawne. Dlatego te przepisy kodeksu, które przewidują cywilne porozumienie się pomiędzy wierzycielem a dłużnikiem co do sposobu spłaty kilku długów nie mają do ubezpieczeń społecznych zastosowania. Natomiast mają zastosowanie przepisy kodeksu co do zaliczania długów w wypadku braku porozumienia, gdyż systemy zarachowania mają charakter powszechny i w braku odpowiednich przepisów specjalnych w całej pełni mogą być zastosowane do t. zw. umowy publiczno-prawnej ubezpieczenia społecznego.

W dalszym ciągu należy wyjaśnić, że system zarachowania długów ma szczególne znaczenie w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, w myśl którego (art. 112) miesiąc składkowy jest policzalny ubezpieczeniowo tylko wówczas (w razie niezgłoszenia pracownika w terminie), jeżeli był opłacony. Dlatego ważne było — a zresztą pozostało ważne i obecnie, ustalenie, czy składka za danego pracownika została opłacona przez pracodawcę. Natomiast kwestja ta jest obojętna dla ubezpieczenia w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, ponieważ w myśl art. 155 „tygodniami składkowymi są te tygodnie, za które zostały uiszczone składki ubezpieczeniowe oraz tygodnie, za które ubezpieczalnie społeczne składki wymierzyły”. A więc nie jest konieczne opłacenie składki, aby tydzień był uznany za tydzień składkowy i ubezpieczeniowo policzalny. Z tego względu w sensie ubezpieczeniowym dla pracodawcy robotnika jest raczej obojętne, jak zaliczy ubezpieczalnia wpłacone sumy na składki robotników.

Po tych wyjaśnieniach wstępnych należy z kolei zanalizować samo pojęcie składki jako pewnego gatunku długu, gdyż oczywiście może być mowa tylko o zarachowywaniu długów oddzielnych, a nie części

poszczególne długi. Komentatorowie do przepisów kodeksowych o zarachowywaniu tworzą tu pojęcie t. zw. „unité d'obligation”, o czym zresztą nie będziemy szczegółowo na tem miejscu wspominali, ponieważ temat ten dokładnie opracowaliśmy w swoim czasie na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” („Składka ubezpieczeniowa jako dług pracodawcy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych” — Nr. 3 z r. 1932 str. 76 i nast.). Obecnie należy jedynie ustalić, czy w zakresie składek ubezpieczeniowych w tej postaci prawnej, jaką nadała im ustawa o ubezpieczeniu społecznym, istnieje jakakolwiek podzielność, czy też nie.

Otóż przedewszystkiem stwierdzić należy, że w myśl art. 219 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym „składki... pracodawca opłaca tylko łącznie za wszystkie rodzaje ubezpieczeń...” — a więc kwestja łączności składki na wszystkie rodzaje ubezpieczeń jest przez ustawę wyraźnie i definitywnie rozstrzygnięta. Nie może pracodawca opłacić za pracownika składki za ubezpieczenie na wypadek choroby, nie opłacając jednocześnie składki na inne rodzaje ubezpieczenia. Sumy wpłacane przez pracodawcę na poczet salda są dzielone pomiędzy poszczególne rodzaje ubezpieczenia pro rata parte.

Natomiast ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie dała żadnej wskazówki co do kwestji, czy mogą być składki opłacane za poszczególnych pracowników z pominięciem innych pracowników i czy mogą być wpłaty zarachowywane na dług późniejszy z pozostawieniem nieopłaconego długu wcześniejszego.

W zakresie kwestji, czy można opłacać składkę za jednego pracownika z pominięciem innych, należy ustalić czy zapłata przez pracodawcę składki za poszczególnego pracownika stanowi uiszczenie odrębnego długu, czy też należność z tytułu składek za wszystkich pracowników stanowi jako całość odrębny dług pracodawcy. Otóż należy w zasadzie wypowiedzieć się za brakiem łączności pomiędzy należnościami za poszczególne pracowników. Cała konstrukcja ustawy o ubezpieczeniu społecznym polega na zindywidualizowaniu kwestji ubezpieczenia poszczególnych pracowników (inaczej niż np. w zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia). Każdy pracownik osobno nabywa tygodniowe składkowe i prawa ubezpieczeniowe, osobno jest notowana jego ewidencja i prowadzenie łącznego salda konta pracodawcy ma znaczenie tylko rachunkowe, a nie ubezpieczeniowe, wskutek czego sądzić należy, że pracodawca może wskazać, za którego pracownika opłaca składkę.

Natomiast składka jest niepodzielna na przestrzeni okresu czasu. Poszczególne okresy płatnicze jest tylko konwencjonalnym odstępem pomiędzy poszczególnymi wpłatami. Całość długu stanowi zobowiązanie pracodawcy do płacenia składki za cały czas, w jakim pracownik podlegał obowiązkowi ubezpieczenia. W długi tym zachodzi nieprzerwana tożsamość stron, tożsamość podstawy prawnej i tożsamość przedmiotu długu. Niema pomiędzy poszczególnymi okresami płatniczymi jakichś przegród, rozbiwiających je na oddzielne długi; mamy tu do czynienia z ciągłością stosunku prawnego analogicznego zresztą do czynszów i opłat prywatno-prawnych, wynikających z umowy jak np. wynagrodzenie za poszczególne okresy czasu

pracy, należne na podstawie trwającego nieprzerwanie stosunku roboczego. Stanowisko takie zresztą znajduje pewne oświetlenie w orzecznictwie najwyższych instancji sądowych w odniesieniu do analogicznych rodzajów świadczeń. Z tych względów dojsć należy do wniosku, że suma wpłacona na poczet salda może być zarachowana tylko na należność wcześniejszą. Tę zasadę zresztą uświęciła kilkuletnia praktyka Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, która nigdy nie została podważona, natomiast znalazła potwierdzenie w szeregu orzeczeń instancji odwoławczych.

Kwestja wskazana w ustępie poprzednim stała się ostatnio przedmiotem sporu w związku z zarządzeniami moratoryjnymi. W szczególności okólniki Pana Ministra Opieki Społecznej i Pana Ministra Skarbu oraz projekt ustawy o ulgach w spłacie zaległych należności publiczno-prawnych znajdujący się obecnie w Sejmie, zawierają postanowienia, iż przedmiotem moratorium są zaległe składki za czas do dn. 1 października 1931 r. Wynikła kwestja, czy pojęcie „składek zaległych za czas do dn. 1.X.31” należy rozumieć w tym sensie, iż przedmiotem moratorium jest suma zaległości, która była niespłacona w dn. 1.X.31, czy też suma powyższa, pomniejszona o sumy wypłacone po tej dacie. Przy pierwszej koncepcji (oczywiście lansowanej przez sfery gospodarcze) moratorium stosowane byłoby bardzo szeroko. W praktyce oznaczałoby to, że moratorium udzieliłoby się dla należności płatnej w dn. 1.X.31, przyczem wpłaty późniejsze byłyby zarachowane na późniejsze należności z pozostawieniem nieopłaconych długów wcześniejszych. Osobnym reskryptem Ministerstwa Opieki Społecznej kwestja ta została rozstrzygnięta jednak w ten sposób, iż dokonywane wpłaty podlegają zaliczeniu w chronologicznej kolejności powstania zadłużenia, wskutek czego nie może być należności nieopłaconych wcześniejszych ani t. zw. opłacania składek bieżących. Innymi słowy zostało potwierdzone stanowisko o ciągłości zobowiązania składki jako jednego długu niepodzielnego płatnego w kolejnych ratach.

X.

1. Art. 2 ust. 1 ustawy o ubez. społ. postanawia, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają „...wszystkie osoby... pozostające w stosunku pracy najemnej...” Kodeks zobowiązań zawiera osobny tytuł XI poświęcony „umowom o świadczenia usług”, przyczem tytuł ten wylicza jako dział I — umowę o pracę, do której zresztą w rozdziale IX włączona jest umowa o naukę, dział II — umowa o dzieło, dział III — zlecenie, dział IV — pośrednictwo, dział V — przechowanie. Poza tem w myśl art. 498 § 2 „umowy o świadczenie usług, nieuregulowane jako szczególny rodzaj umowy podlegają przepisom o zlecenie” — innymi słowy każda umowa o świadczenie usług, której nie można zakwalifikować do jednego z pięciu rodzajów umów wyliczonych w tym tytule winna być traktowana jako zlecenie.

2. W związku z wyliczeniem tem należy zwrócić uwagę na odmienny sposób traktowania instytucji pełnomocnictwa w kodeksie zobowiązań aniżeli w kodeksach zaborczych, w szczególności w kodeksie Napoleona. Jak wiadomo, pełnomocnictwo w Kodeksie Napoleona było traktowane jako jeden z rodzajów umo-

wy (art. 1984 K. N.). Obecnie Kodeks zobowiązań takiego rodzaju umowy nie przewiduje, zaliczając widocznie najbardziej typowy rodzaj pełnomocnictwa do umowy o zlecenie, natomiast przewiduje skutki prawne pełnomocnictwa jako samego umocowania prawnego do czynności i aktów prawnych, przyczem uznaje zasadę, że pełnomocnictwo może być połączone z różnymi stosunkami prawnymi (vide art. 98: „Jeżeli nie sprzeciwia się temu stosunek prawny będący podstawą pełnomocnictwa...”). Konstrukcja ta jest zupełnie celowa i w obecnych warunkach słuszna, gdyż z istoty swej pełnomocnictwo cywilne może być połączone z różnymi rodzajami umów — np. z umową o pracę, może stanowić część np. umowy przechowania — jeżeli oddający na przechowanie udziela szczególnych poruczeń biorącemu na przechowanie co do wykonywania aktów prawnych, związanych z rzeczami oddanymi na przechowanie i t. d. Analogiczną zresztą konstrukcją w kodeksie handlowym posiada prokura, która jest szczególnym rodzajem ogólnego pełnomocnictwa handlowego. Również rozdział kodeksu handlowego o prokurze obejmuje jedynie omówienie skutków prawnych umocowania do aktów handlowych, natomiast pozostawia uznaniu stron — do jakiego rodzaju umowy ma być prokura przywiązana — a więc np. może być prokura udzielona spółnikowi, pracownikowi, agentowi, żonie i t. d.

Oczywiście nowy sposób ujęcia pełnomocnictwa w kodeksie zobowiązań odbija się na sposobie oceny obowiązku ubezpieczenia różnego rodzaju pełnomocników. Nowa konstrukcja pełnomocnictwa pozwoli z całą swobodą wnikać w istotną treść więzi prawnej, łączącej pełnomocnika z mocodawcą i w zależności od rodzaju tego stosunku uznać istnienie lub nieistnienie obowiązku ubezpieczenia.

3. Należy pozatem zwrócić uwagę na bardzo istotne zwężenie pojęcia umowy o pracę na skutek zmiany konstrukcji tej umowy w kodeksie cywilnym. Chodzi w szczególności o to, że o ile np. w myśl Kodeksu Napoleona przy umowie świadczenia usług nie było konieczności zastrzeżenia odpłatności, a w każdym razie musiała ona być wyraźnie zastrzeżona i nie domniemywała się, o tyle obecnie z samej konstrukcji wszystkich rodzajów umowy o usługi w myśl kodeksu zobowiązań wynika, że umowy usług są zawsze lub w myśl domniemania odpłatne (umowa o pracę zawsze). Tymczasem ustawa o ubezpieczeniu społecznym przewiduje wypadki ubezpieczenia osób, które wcale wynagrodzenia za pracę nie pobierają. Rodzi się pytanie, czy może istnieć stosunek „pracy najemnej” przy pracy bezpłatnej, a jeżeli tak, w takim razie, jaki stosunek prawny łączy osobę pracującą darmo z tym swoistym pracodawcą? Kwestje te już ostatnio wywołały pewne kłopoty w instytucjach filantropijnych opartych na dobrowolnej pracy honorowej członków. Otóż stwierdzić należy, że obecnie praca bezpłatna w myśl kodeksu zobowiązań nie będzie oparta na umowie o pracę. Umowa o pracę bezpłatną jest poza-kodeksowym *contractus innominatus*. Musimy dopuścić prawnie jej istnienie, gdyż nie jest sprzeczna z prawem. Oczywiście charakter tej pracy może być bardzo różnorodny. Kiedy pracownik uprawiający „pracę bezpłatną” podlega obowiązkowi ubezpieczenia? Prawo nie przewiduje tu żadnych kryteriów. Co

do nas skłonni bylibyśmy ustalić jako zasadę, że jeżeli pracownik taki podlega „służbowo” zwierzchnictwu pracodawcy, wówczas winien być ubezpieczony (a więc jeżeli ktoś kieruje jego pracą, jeżeli pracownik posiada stałe godziny pracy i ustalony zakres czynności i t. d.), jeżeli natomiast dorywczo i bez żadnej zależności od kogokolwiek spełnia jakies czynności honorowo, wówczas raczej należy przyjąć, że o pracy najemnej nie może być mowy.

4. Rodzi się z kolei pytanie, jak w świetle przepisów o różnych rodzajach „usług” należy rozumieć przepis art. 2 ust. 1 ustawy o ubez. społ. — a mianowicie, czy zaliczać jako podlegających ubezpieczeniu tylko osoby, których umowa odpowiada tylko przepisom działu o umowie o pracę, czy też poza temi ramami należy zaliczać również i pewne kategorie osób zatrudnionych na podstawie innego rodzaju umów — jak np. umowy o zlecenie, o pośrednictwo, a nawet umowy o dzieło. Kwestje te nabierają tem bardziej skomplikowanego znaczenia, że obowiązek ubezpieczenia pracowników umysłowych jest ujęty w art. 2 p. 1 rozp. Prez. Rzpl. z 24.XI.27 r. w innych nieco wyrazach, a mianowicie w odniesieniu do osób, które „są zatrudnione u innych osób...”. Należy więc ustalić, czy pojęcia te prawnie są identyczne, czy też zachodzą pomiędzy nimi rozbieżności.

Wydaje się celowym zastosować tu analizę eliminacyjną przez kolejne wyłączenie grup osób, które niewątpliwie należą do wszystkich pojęć jednocześnie, poczem pozostaną grupy t. zw. wątpliwe, które — każdą z osobna należy omówić.

Otóż przedewszystkiem pozostaje poza wszelką dyskusją, że osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę w sensie kodeksu niewątpliwie podlegają wszelkiemu ubezpieczeniu — a więc zarówno w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jak i w myśl rozp. z 24.XI.27 r. Do osób tych kodeks zobowiązań zalicza również osoby zatrudnione na podstawie umowy o naukę, przyczem osoby te wylicza również ustawa o ubezpieczeniu społecznym dla uniknięcia wszelkiej wątpliwości w osobnym przepisie („uczniowie, terminatorzy, wolontariusze i praktykanci”).

Musimy z natury rzeczy pozostawić tu na uboczu wszystkie wypadki, kiedy zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z umową o pracę, czy też z innego rodzaju stosunkiem. Analizowanie takich wypadków granicznych jest wogóle bezcelowe, gdyż w każdym z osobna wypadku należy rozważyć całość okoliczności i wysnuć ocenę, biorąc pod uwagę, czy w danym stosunku przeważają cechy, które orzecznictwo uznało za istotne dla stosunku pracy najemnej. Natomiast w rozważaniach naszych należy analizować nie wypadki graniczne i sporne, lecz zupełnie określone grupy osób.

5. Pierwszą taką grupą są członkowie rodziny pracodawcy. Współpraca członków rodziny z pracodawcą w teorji i w orzecznictwie bywa oceniana w sposób dość rozmaity. Niektórzy teoretycy stoją na stanowisku, że praca członka rodziny na rzecz pracodawcy wynika wogóle nie ze stosunku umownego, lecz ze stosunku rodzinnego, jako obowiązek pewnych świadczeń na rzecz bliskich, oparty na przepisach prawa osobowego. Stanowisko to z punktu widzenia prawa osobowego wydaje się wątpliwe, ponieważ prawo

osobowe przewiduje obowiązek udzielania „mieszkania i utrzymania”, ale nigdzie nie wspomina o pracy na rzecz bliskich. Wydaje się bardzo racjonalne uważać, że w wypadku pracy na rzecz osoby bliskiej mamy do czynienia z *sui generis* kontraktem pracy, przy którym członek rodziny pracujący darowuje swemu bliskiemu nie samą pracę lecz wynagrodzenie na pracę którego się zrzeka („tyle ile praca jest warta”). Tak zresztą w stosunkach praktycznych układają się z reguły warunki współpracy członków rodziny, ponieważ przy założeniu darowizny samej „pracy” — czyli wykonywania czynności nie może być mowy oczywiście o podległości służbowej, tymczasem z reguły pracujący członek rodziny jest podporządkowany swemu „pracodawcy” — „ojcu rodziny”. Pomijając zresztą te subtelne rozważania, należy stwierdzić, że zarówno ustawa o ubezpieczeniu społecznym dla uniknięcia wszelkich wątpliwości wymieniła osobno „zatrudnionych przez pracodawcę jego krewnych i powinowatych z wyjątkiem małżonka” jako podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, jak rozp. z 24.XI.27 r. wprawdzie nie wymieniło ich wprost, uznając iż należą oni do grupy osób, objętych pojęciem „zatrudnieni u innej osoby”, jednak z przepisu art. 6 p. 7 wnioskowo należy niewątpliwie, że osoby te podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, chociaż mogą się od niego zwolnić.

5. Co do osób, których stosunek usług opiera się na umowie o dzieło wydaje się słusznym zajęcie następującego stanowiska. W myśl art. 478 kod. zob. „przez umowę o dzieło przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania zamówionego dzieła, zamawiający zaś do zapłaty wynagrodzenia”. Otóż umowa o dzieło nie stanowi „stosunku pracy najemnej” w myśl art. 2 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym ani nie jest zatrudnieniem u innej osoby” jak wymienia to art. 2 p. 1 rozp. z 24.XI.27 r.. Osoba podejmująca się wykonania dzieła jest więc *sui generis* samodzielnym przedsiębiorcą, który nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia. Od tej ogólnej zasady ustawa o ubezpieczeniu społecznym przewiduje jedno odstępstwo, a mianowicie w odniesieniu do chałupników, którzy wprawdzie są pozornie samodzielnymi przedsiębiorcami, jednak znajdują się w takiej zależności ekonomicznej od zleceniodawcy, iż ustawa ze względów społecznych uznaje ich za podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. W rozumieniu ustawy pracodawcą chałupnika jest niewątpliwie przedsiębiorca, na rzecz którego chałupnik pracuje.

Należy z kolei wyjaśnić, że przy obecnej konstrukcji pojęcia umowy o dzieło w kod. zobowiązań obok osobnego rodzaju umowy zlecenia, jako obejmującego wszelkie niesprecyzowane rodzaje umowy usług — stać można na stanowisku, że umowa o dzieło zachodzi tylko tam, gdzie mamy do czynienia z podjęciem fizycznego opracowania pewnego dzieła — w rozumieniu klasycznym, natomiast mogą być zaliczane do umów zlecenia inne, pewne rodzaje stosunków, które przez analogię dawniej włączano również do umowy o dzieło, które w praktyce jednak z umową o dzieło w ścisłym tego słowa znaczeniu nie miały wiele wspólnego — jak np. umowa z lekarzem o przeprowadzenie kuracji, umowa z adwokatem o przeprowadzenie sprawy i t. d.

6. Czy osoby, które zawarły umowę o zlecenie

podlegają obowiązkowi ubezpieczenia? W myśl art. 498 kod. zob. „przez umowę zlecenia przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do dokonania określonej czynności dla dającego zlecenie. W myśl art. 502 § 1 „przyjmujący zlecenie powinien je wykonać sumiennie i ze starannością, jakiej wymaga rodzaj czynności”. Otóż z przepisów tych wynika, że skala różnorodnych czynności, które mogą być przedmiotem zlecenia, jest bardzo szeroka, a tem samem w ramach tego pojęcia mogą mieścić się czynności bardzo różne. Będzie więc zleceniem zwrócenie się do znajomego, znajdującego się w innym mieście, z prośbą o kupienie książki. Oczywiście byłoby zupełnym absurdem pociąganie zleceniobiorcy tego typu do obowiązku ubezpieczenia. Ale w pewnych warunkach może być zawarta umowa o zlecenie pomiędzy właścicielem nieruchomości a administratorem i wówczas ocena obowiązku ubezpieczenia nie jest prosta. Umowa z administratorem domu będzie z reguły umową o pracę, w pewnych jednak warunkach szczególnych, kiedy z umowy wynika dalekoidająca samodzielność administratora, którą sobie zastrzeże (zastrzeżenie administratora w umowie, że właściciel domu nie będzie mu udzielał wskazówek co do sposobu gospodarowania domem albo, że udziela mu prawa samodzielnego wynajmowania mieszkań i t. d.), będzie mogła być uznana umowa tego typu za umowę zlecenia, i wówczas administrator nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia. Ogólnie więc przyjmując należy za zasadę, że przy umowie o zlecenie obowiązek ubezpieczenia nie zachodzi, aczkolwiek od tej ogólnej zasady mogą zachodzić pewne wyjątki, o ile w umowie tej da się stwierdzić istnienie elementów cechujących „stosunek najmu lub stosunek służbowy” (np. komisaryczny zarządca stowarzyszenia, pobierający wynagrodzenie, mianowany przez Min. Skarbu likwidator b. rosyjskiej osoby prawnej i t. d.). Analogiczny pogląd wypowiadają J. Bloch i Z. Kopankiewicz w przedmowie do książki „Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym” — str. XIV: „...nie będą podlegały ob. ubezp. osoby zatrudnione na podstawie umowy o dzieło..., umowy pełnomocnictwa..., umowy zlecenia lub innej umowy nienazwanej, o ile w umowie tej nie da się stwierdzić istnienia stosunku najmu lub służbowego”.

7. Co do członków władz osób prawnych stosunek ich do osoby prawnej oparty jest z reguły na szczególnego rodzaju umowie zlecenia (dawniej pełnomocnictwa). Należy stać na stanowisku, że o ile osoby te spełniają konkretne i stałe czynności i wzajemnie za te czynności pobierają stałe wynagrodzenie, wówczas podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia. Natomiast w wypadkach, gdy czynności swe członkowie władz spełniają sporadycznie i honorowo albo za doraźnym zwrotem wydatków (np. żetony za posiedzenia), wówczas nie podlegają oni obowiązkowi ubezpieczenia.

8. Osobno należy zatrzymać się na umowie o pośrednictwo i instytucji t. zw. agentów. Otóż z chwilą wejścia w życie kodeksu handlowego i cywilnego sytuacja agentów ulegnie pewnej zmianie. Kodeks zobowiązań zawiera przepisy o pośrednictwie cywilnym, polegającym na „nastreczaniu sposobności do zawarcia umowy z inną osobą...” Z natury rzeczy przy sporadycznej czynności tego typu albo nawet przy maso-

wych czynnościach na rzecz różnych osób nie może być mowy o jakimkolwiek obowiązku ubezpieczenia. Natomiast może rodzić się pytanie co do obowiązku ubezpieczenia pośrednika (agenta), który stale „nastręcza sposobność” na rzecz jednej i tej samej osoby wzamian za wynagrodzenie. Otóż znowu, tak jak przy zleceniu, jeżeli jest udowodnione, że w stosunku pomiędzy agentem a zleceniodawcą istnieje stała zależność służbowa, agent taki podlegać będzie ubezpieczeniu. Zaznaczyć należy, że ajenci, których umowy oparte będą na przepisach kodeksu handlowego o umowie ajencyjnej (art. 214) raczej na przyszłość nie będą podlegali obowiązkowi ubezpieczenia, gdyż w myśl pojęć tej umowy agent musi być „kupcem”, zaś „kupcem”, w myśl art. 2 kod. handl. jest, „kto we własnym imieniu prowadzi przedsiębiorstwo zarobkowe”. Otóż będzie należało uważać, że prowadzenie własnego przedsiębiorstwa zarobkowego nie może być w łączności z pojęciem „pracy najemnej”, którego wymaga ustawa o ubezpieczeniu. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że w myśl też Ministerstwa Opieki Społecznej (co prawda opartych na dawnym prawie handlowym) „agent handlowy... chociażby posiadał cechy samodzielnego kupca, będzie podlegał ubezpieczeniu jeżeli...” — więc tezy te dopuszczają możliwość ubezpieczenia agentów będących samodzielnymi kupcami. Obecnie jednak pojęcie kupca ulegnie zmianie i raczej będzie należało stać na stanowisku, że umowa ajencyjna, przewidziana w kodeksie handlowym, wyklucza obowiązek ubezpieczenia. Dotyczy to w równej mierze umowy cywilnej o pośrednictwo.

W ten sposób wyczerpujemy przegląd najistotniejszych typów umów cywilnych według nowego kodeksu zobowiązań w zastosowaniu do prawa ubezpieczeniowego.

XI.

Dział o umowie o pracę, zawarty w kodeksie zobowiązań, zawiera postanowienia odnośnie obowiązku udzielania pomocy przez pracodawcę pracownikowi w okresie choroby. Przepisy te ściśle zająbiają się z postanowieniami ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wskutek czego wymagają dokładnego omówienia.

Jak wiadomo w myśl art. 95 ustęp 4 ustawy z 28. III.33 „robotnicy nie mają prawa do zasiłku chorobowego w okresie czasu, w którym w myśl przepisów służbowych lub umowy zbiorowej otrzymują od pracodawcy całkowite wynagrodzenie”, natomiast „pracownicy umysłowi... nie mają prawa do zasiłku chorobowego w okresie czasu, w którym w myśl przepisów prawnych przysługuje im prawo do całkowitego wynagrodzenia do pracodawcy”.

Zasiłek chorobowy — jeżeli wogóle się należy — przypada, „poczynając od czwartego dnia niezdolności do pracy, gdy jednak niezdolność ta wystąpi później, niż w trzecim dniu choroby — od pierwszego dnia niezdolności do pracy”. Z przepisów tych wynika, że im dłużej obowiązuje jest płacić wynagrodzenie pracodawca, tem mniej płaci zasiłku ubezpieczalnia.

Otóż w myśl art. 458 i 459 kodeksu zobowiązań pracownicy niektórych kategorii mieli uzyskać zwiększenie uprawnień do zapłaty wynagrodzenia od pracodawcy w porównaniu do uprawnień przewidzianych

w rozporządzeniach Prezydenta Rzeczypospolitej z d. 16 marca 1928 r. o umowie o pracę. W szczególności „pracownik, dla którego stosunek pracy stanowi wyłączne lub główne źródło utrzymania, zachowuje prawo do wynagrodzenia, chociażby w pełnieniu pracy doznał bez swej winy przeszkody skutkiem choroby, wypadku, powołania go na ćwiczenia wojskowe albo z innych podobnych ważnych przyczyn. Jeżeli ustawa lub umowa nie zawiera korzystniejszych dla pracownika postanowień, prawo określone w... „zdaniu poprzedniem... służy mu tylko przez okres dwóch tygodni i jedynie wówczas, gdy stosunek pracy trwał już pół roku przed powstaniem przeszkody... Jeżeli stosunek pracy trwał mniej niż pół roku pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia w razie niemożności pełnienia pracy z ważnej przyczyny przez krótki okres czasu”. Jednak przepisy przejściowe do kodeksu zobowiązań powyżej zacytowane postanowienia art. 458 i 459 w praktyce zupełnie uchylły, albowiem w myśl art. X przepisów wprowadzających powołane artykuły 459 i 459 nie stosują się: do robotników, do pracowników umysłowych, do pracowników zatrudnionych na statkach morskich, do robotników portowych w Gdyni i wogóle do wszystkich pracowników, podlegających ubezpieczeniu w myśl ustawy z dn. 28 marca 1933 o ubezpieczeniu społecznym, lub korzystających z pomocy w myśl układów zbiorowych (robotnicy rolni). Innymi słowy powołane art. 458 i 459 w najmniejszej mierze nie przyczyniają zwiększenia ciężarów pracodawcom zatrudniających pracowników, podlegających ubezpieczeniu w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, a tem samem w niczem nie zmniejszają obowiązków ubezpieczalni społecznych. Należy tu stwierdzić, że przepis wprowadzający w rzeczywistości całkowicie przekreślił postanowienia art. 458 i 459, gdyż wogóle nie wiadomo, kogo dotyczyć mogą art. 458 i 459 kodeksu zobowiązań po dokonaniu wyłączeń z art. X przepisów przechodnich.

XII.

W związku z rozdziałem kodeksu zobowiązań, poświęconym umowie o pracę, zwrócić należy uwagę na zająbienie się przepisu art. 445, dotyczącego „układu zbiorowego co do warunków umów indywidualnych o pracę” z przepisami art. 122, 129 i nast. ustawy o ubezpieczeniu społecznym, dotyczącym ustalania warunków umowy dla lekarzy ubezpieczalni społecznych. W szczególności zachodzi pytanie, czy skutki prawne „ustalonych warunków umowy dla lekarzy” względnie zastępujących te umowy orzeczeń osobnych komisji rozjemczych są analogiczne, jak skutki prawne „układów”, przewidzianych w art. 458 kod. zob. Przepisy art. 122, 129, 130, 133 ustawy o ubezpieczeniu społecznym są wogóle dość niejasne. Nie jest w szczególności dostatecznie wyjaśnione, czy komisje rozjemcze, o których przepisy te wspominają, mają za zadanie rozstrzyganie sporów indywidualnych (jak to było według ustawy dawnej), czy też zbiorowych. Bliższa analiza tych przepisów każe jednak przypuszczać, że intencją ustawodawcy jest powierzenie komisjom rozjemczym załatwiania tylko sporów zbiorowych. W tym wypadku rodzi się pytanie, jaki jest stosunek prawny pomiędzy takim rozstrzygnięciem zbiorowym a indywidualną umową o pracę, zawartą pomiędzy

ubezpieczalnią a lekarzem. Kwestję tę rozstrzyga art. 132 ustawy z 28.III.33, w myśl którego „ustalone w orzeczeniach rozjemczych warunki umowy o pracę wiążą obie strony narówni z umowami indywidualnymi”. Przepis ten należy rozumieć w ten sposób, że orzeczenie wywiera z mocy samego prawa skutki prawne na umowy indywidualne, przekształcając automatycznie ich treść. (Oczywiście redakcja nie jest ścisła — przez orzeczenie samo nikt nie może np. zostać lekarzem ubezpieczalni bez osobnej umowy, a więc orzeczenie nie jest „narówni” z umową). A więc np. jeżeli orzeczenie ustala jakiś dodatkowy obowiązek nałożony na lekarza, którego przedtem nie obejmowała umowa o pracę, zawarta z tym lekarzem, to obowiązek ten automatycznie ciąży na lekarzu. Zachodzi tu jednak różnica pomiędzy brzmieniem art. 132 ustawy o ubezp. społ., a art. 458 kodeksu zobowiązań, albowiem w myśl art. 132 ustawy z 27.III.33 oddziaływanie orzeczenia na umowy indywidualne jest bezwzględne — a więc niezależnie od tego, czy umowa z lekarzem jest korzystniejsza od orzeczenia, czy też nie, o tyle art. 458 kod. zob. postanawia, że tylko postanowienia umowy indywidualnej o pracę mniej korzystne dla pracowników niż postanowienia układu zbiorowego są nieważne, natomiast postanowienia więcej korzystne pozostają w mocy. Różnica ta oczywiście w danym wypadku ma tylko znaczenie teoretyczne, gdyż ubezpieczalnia społeczna, jako instytucja prawa publicznego, skoro jest związana z treścią orzeczenia, prosto ze względów budżetowych nie może płacić poszczególnemu lekarzowi więcej, niż to wynika z orzeczenia, niezależnie od treści odpowiednich przepisów, w myśl zaś art. 132 ustawy o ubezpieczeniu społecznym ta życiowa zasada znalazła potwierdzenie.

Kwestja poruszona zresztą będzie mogła być rozstrzygnięta w rozporządzeniu wykonawczem do art. 129 — 132, które wydać ma Minister Opieki Społecznej. Rozporządzenie to rozwinie zasady postępowania rozjemczego w osobnych komisjach lekarskich, przewidzianych w powołanych artykułach i wypełni luki ustawowe, oparte będzie bowiem na szerokiej delegacji ustawowej.

XIII.

Stosunek pomiędzy ubezpieczalnią społeczną a ubezpieczonym jest oczywiście oparty na przymusie prawa stosunkiem publiczno-prawnym. Teoria prawa administracyjnego nazywa takie stosunki „umowami prawnopublicznymi”, aczkolwiek rozwinięcie tego pojęcia w polskim prawie administracyjnym właściwie prawie nie istnieje. Jednak niewątpliwie zachodzi przy ubezpieczeniu stosunek synalagmatyczny, to znaczy, że przy wykładni poszczególnych przepisów uznawana być winna zasada, że wzamian za opłacaną składkę ubezpieczony nabywa pewne ekspektatywy ubezpieczeniowe, które w momencie zajścia wypadku ubezpieczeniowego może przekształcić w prawo do świadczenia.

Można sobie jednak zadać pytanie, jaki charakter ma dobrowolne kontynuowanie ubezpieczenia i ubezpieczanie się dobrowolne, w szczególności, czy ubezpieczenie to jest ubezpieczeniem w dalszym ciągu publiczno-prawnym, czy też rodzajem ubezpieczenia prywatnego opartego na umowie, w tym bowiem wy-

padku miałyby do tej umowy ubezpieczenia zastosowanie przepisy kodeksu zobowiązań, dotyczące umowy ubezpieczenia. Otóż wyjaśnić należy przedewszystkiem, że kodeks zobowiązań właściwie nie zawiera postanowień o umowie ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia prywatnego jest swego rodzaju umową handlową i dlatego rozwinięcie jej pozostawił kodeks zobowiązań kodeksowi handlowemu. Polski kodeks handlowy jest jednak dotychczas fragmentaryczny i obejmuje jedynie część pierwszą, do której umowa ubezpieczenia nie weszła. Będzie ona zawarta w części drugiej kodeksu handlowego. Do czasu wejścia w życie przepisów polskich obowiązują w dalszym ciągu przepisy o umowie ubezpieczenia, istniejące w kodeksach zobowiązań. Natomiast kodeks zobowiązań w art. 592—598 zawiera postanowienia dotyczące „umowy o rentę”.

O ile ubezpieczenie zawsze jest umową losową i prawo do świadczenia jest uzależnione zawsze od zajścia wypadku losowego (istnieje więc zawsze ryzyko ubezpieczeniowe), o tyle przy „umowie o rentę” ustala się z góry prawo strony do otrzymywania świadczeń ściśle określonych, niezawisłe zupełnie od jakichkolwiek warunków lub wypadków losowych. Z tego względu umowa o rentę, wspomniana w kodeksie, nie posiada pozornie związku z umową ubezpieczenia. Jednak w momencie, kiedy w umowie ubezpieczeniowej następuje wypadek losowy, ekspektatywa ubezpieczeniowa przekształca się w zobowiązanie do zapłacenia świadczenia. Jeżeli świadczeniem tem w myśl umowy ma być renta, wówczas wykonywanie obowiązku płacenia renty, powstałej wskazanym sposobem, dokonywa się w myśl zasad art. 592 — 598 kodeksu zobowiązań z zastrzeżeniem, że pierwszeństwo mają przepisy szczególne, dotyczące ubezpieczenia („przepisy działu niniejszego nie uchybiają przepisom, dotyczącym ubezpieczenia na życie w zakładach ubezpieczeń”). Poza tem przepisy kodeksu stosuje się (art. 597 kod. „...w braku odmiennych przepisów również do wszelkich rent, powstałych z tytułów innych niż umowne”). Z przepisu tego wynika, że postanowienia o rentach mają zastosowanie np. do rent płaconych tytułem spełnienia obowiązku udzielania utrzymania najbliższym członkom rodziny w myśl prawa osobowego, ponadto mogłyby mieć zastosowanie również do świadczeń ubezpieczeń społecznych. Jednak zupełnie postanowienia rozdziału o rencie nie zawierają żadnych przepisów, któreby nie znalazły swego odpowiednika w odnośnych postanowieniach o wykonywaniu uprawnień emerytalnych w ubezpieczeniach społecznych (np. art. 594 kod. zob. odpowiada art. 181 ust. 1 ustawy z 28.III.33), wskutek czego przepisy te dla ubezpieczeń społecznych są bez znaczenia.

XIV.

Kodeks zobowiązań w myśl art. L przepisów wprowadzających wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1934 r. W odniesieniu do umów o pracę, zawartych po wejściu kodeksu w życie, będzie on miał zastosowanie natychmiast. Natomiast do istniejących w dn. 1 lipca 1934 r. zobowiązań, wynikających z umowy o pracę, w myśl art. XLII, przepisy kodeksu zobowiązań będą stosowane dopiero po upływie roku od wejścia w życie kodeksu, czyli od dn. 1 lipca 1935 r.

Przepisy wprowadzające w art. III p. 14 zastrzegają utrzymanie w mocy ustaw o ubezpieczeniach, zaś w art. II p. 7 przepisy ustaw szczególnych, dotyczące obowiązku naprawienia szkody.

Niewątpliwie wejście w życie kodeksu nastęrczy szereg trudności prawnych dających pole do wdzięcznej pracy komentatorów i orzecznictwa. W przyczynku naszym staraliśmy się zebrać zagadnienia najistotniejsze, kiedy, na podstawie dotychczasowego doświadczenia instytucji ubezpieczeń społecznych, zachodziły wypadki opierania się prawa ubezpieczeniowego o prawo cywilne.

Prawo ubezpieczeń społecznych jest prawem publicznym. Jednak odgradzanie prawa publicznego od pojęć prawa prywatnego—szczególnie w obecnym stadium pojęć prawnych—wydaje się zupełną niemożliwością. Jesteśmy dziś świadkami nieustannego przeni-

kania wzajemnego elementów prawa publicznego do prawa prywatnego i odwrotnie, i dlatego do zbyt stanowczego różniczenia skutków prawnych umów cywilnych i umów publiczno-prawnych nie należy przywiązywać nadmiernej wagi. Nie idziemy tak daleko, jak przedstawiają to niektórzy teoretycy, którzy podział prawa na publiczne i prywatne odrzucają bez reszty jako wogóle bezużyteczny. Jednak stosując ustawę, musimy zawsze pamiętać, że istnieje wielki gmach pojęć prawnych, oparty na całym ustawodawstwie, reprezentującym porządek prawny w życiu Narodu.

Winniśmy dążyć, aby wśród powodów przepisów i ustaw nie zginęło Prawo.

Stosowanie pojęć cywilistycznych przy wykładni prawa ubezpieczeniowego niewątpliwie będzie doniosłym środkiem dla osiągnięcia wskazanego celu.

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

OBOWIAZKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADK CHOROBY.

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 17 października 1933 r. L. Rej. 613/31.

Niebezpieczeństwo, o którym mowa w przepisie art. 42 ust. III ustawy z dnia 19 maja 1920 r o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) dotyczyć może tylko zdrowia lub życia członka Kasy Chorych, nie zaś jego stosunków materialnych¹⁾.

Powody:

„Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie zatwierdził decyzję Komisarza Kasy Chorych m. Lwowa, odmawiającą Józefowi H. zwrotu kosztów sztucznego uzębienia, wykonanego przez prywatnego dentystę-technika, a to zgodnie z art. 42 III ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. U. R. P. Nr. 44 p. 272, z braku nagłości wypadku, w którymby zwłoka groziła niebezpieczeństwem dla życia i ponieważ mostek wykonany ze szlachetnego kruszcu u prywatnego dentysty nie był konieczny dla celów zawodowych, tembardziej, że mostek ten mógł być dobrze zastąpiony protezą zębną, wykonaną w Instytucie Stomatologicznym Kasy Chorych m. Lwowa.

Główny Urząd Ubezpieczeń nie uwzględnił odwołania H. z powodów podanych w decyzji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń oraz wobec opinii kierownika Instytutu Stomatologicznego Kasy Chorych m. Lwowa według której H. nie zasięgając porady u lekarzy dentystów Kasy Chorych działał samowolnie a do gry na oboju nie jest konieczne posiadanie mostków stałych, w którym to wypadku dobrze wykonana proteza zębowa zupełnie spełnia to zadanie.

Na to orzeczenie wniósł H. skargę do N. T. A., który rozważył co następuje:

Skarżący zarzuca zaskarżonemu orzeczeniu obrazę art. 42 III ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272, gdyż przepis ten nie wymaga by dany wypadek był tak nagłym, ażeby zwłoka groziła niebezpieczeństwem dla życia, lecz wystarcza zdaniem skarżącego, by groziło niebezpieczeństwo natury materialnej, jak

¹⁾ Teżę powyższą można analogicznie zastosować do przepisów art. 123 ust. (1) ustawy z dnia 28 marca 1933 r o ubezpieczeniu społecznym. (Red.).

w jego wypadku niebezpieczeństwo utraty stanowiska oboisty-solisty w operowej orkiestrze teatru miejskiego we Lwowie.

Zarzut ten jest nieuzasadniony.

Art. 42 ustęp III ustawy z 19 maja 1920 r., postanawia, że, gdy do udzielenia pomocy członek Kasy Chorych wezwał lekarza pozakasowego, Zarząd Kasy obowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków w takim razie, jeżeli stało się to za zezwoleniem Zarządu Kasy lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem.

Ponieważ chodzi tu wyłącznie o pomoc lekarską, niebezpieczeństwo, o którym w tym przepisie mowa i które w nagłych wypadkach może być spowodowane zwłoką w udzieleniu pomocy lekarskiej, z natury rzeczy dotyczyć może tylko zdrowia lub życia członka Kasy Chorych nie zaś jego stosunków materialnych.

Skargę należało przeto oddalić, jako nieuzasadnioną“.

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dn. 19 września 1933 r. L. Rej. 4915/31.

Ubezpieczony ma prawo do zasiłku na wypadek niezdolności do pracy, przewidzianego w art. 23 p. b) ustawy z dnia 19 maja 1920 r., tylko za ten okres czasu, w którym był uznany za niezdolnego do pracy przez lekarzy Kasy Chorych“.

Powody:

„Rozpatrując sprawę w ramach skargi, N. T. A. rozważył co następuje:

Według załączonej do akt w wierzytelnym odpisie notatki lekarza Kasowego dr. K., T. zgłosił się do niego jako chory dn. 21 maja 1930 r. i został przekazany do Komisji lekarskiej, która jak również widocznie z akt sprawy w dn. 24 maja 1930 r. zbadała T., a nie stwierdziwszy żadnej ujemy na zdrowiu, uznała go z tym dniem za zdolnego do pracy. W związku z tym stanem faktycznym Komisja lekarska przyznała T. zasiłek za czas od dnia 21 maja 1930 r., jako dnia zgłoszenia się jego u lekarza Kasowego, do dnia 24 maja 1930 r., w którym uznany został za zdolnego do pracy.

W powyższym materiale faktycznym władza pozwana miała dostateczną podstawę do odmownego załatwienia w zaskarżonem orzeczeniu odwołania T. z dalej idącym roszczeniem do świadczeń z Kasy Chorych.

Wobec tego należało skargę oddalić jako nieuzasadnioną“

²⁾ Wyrok powyższy ma analogiczne zastosowanie do art. 95 ust. 1 p. 2 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r., który normuje udzielanie świadczeń przez Ubezpieczalnię Społeczną.

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

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 11 stycznia 1933 r. L. III 1 Rew. 1487/32.

Pracownik, zatrudniony w przemyśle naftowym w charakterze oddawcy ropy, którego czynność polega na obchodzeniu rurociągu ropnego, badaniu stanu rurociągu, kontrolowaniu suwaków, zawiadamianiu kopalni o ukończeniu przygotowań do tłoczenia ropy, odczytywaniu skali o pojemności, gęstości i temperaturze ropy, nie jest pracownikiem umysłowym, któryby podlegał obowiązkowi ubezpieczenia.

Z uzasadnienia:

„Istotne w tym sporze jest zbadanie jakie czynności powód pełnił oraz prawna ocena, czy czynności te podpadają pod ustawowe określenie urzędnika, względnie pracownika umysłowego wedle § 1 ustawy L. 1/907 Dz. p. p. (austr.) i art. 3 rozporządzenia Nr. 911/27 Dz. U. R. P.

Wyrok zaskarżony jest prawnie trafny.

Ustalone przesłanki wykazują, że powód zajęty był oddawaniem ropy, wyprodukowanej przez pracodawcę i przy tem czuwać miał nad aparatem przenoszącym produkt na miejsce odania, zatem nad mechanizmem niewielej skomplikowanym niż motor samochodu, nad którym czuwa kierowca, niebędący pracownikiem umysłowym. Odczytanie dat miernika pojemności (zwykłej skali metrycznej), miernika gęstości (areometru), miernika ciepła (termometru) ani zdanie sprawy w drodze raportu nie jest również, łącznie z poprzednią czynnością w rozumieniu powołanych na wstępie przepisów, pracą którąby nadawała powodowi charakter urzędnika względnie pracownika umysłowego.

Zadna z tych ustaw nie łączy też pojęcia urzędnika czy pracownika umysłowego ze sposobem wypłaty wynagrodzenia, z trzynastą pensją, sposobem korzystania z urlopu, okolicznościowym nazwaniem zatrudnionego urzędnikiem i wypłatą bilansowego, wszelkie zatem wywody rewizji w tym kierunku, jeśli chodzi o określenie zajęć powoda, są bez znaczenia, podobnie jak na określenie to nie wpływa też szczegół, że powoda prowadzono na liście robotniczej¹⁾.

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 17 października 1933 r. L. Rej. 3568/31.

U pracownika umysłowego, który dla pełnienia służby wojskowej zmuszony był porzucić zajęcie, bieg okresu, uprawniającego do żądania świadczeń na wypadek braku pracy rozpoczyna się nie od dnia utraty zajęcia, lecz od dnia zwolnienia ze służby wojskowej (art. 17, 46 i 57 rozp.).¹⁾

„N. T. A. rozważył co następuje:

Według art. 57 ust. 1 rozporządzenia z 24.XI.1927 r. prawo do świadczeń z powodu braku pracy ustaje, niezależnie od wypadków, przewidzianych w art. 56 — z upływem sześciu miesięcy od dnia jego powstania. Co się tyczy powstania rzeczonych prawa art. 46 tego rozporządzenia postanawia, że prawo do świadczeń, przewidzianych w tem rozporządzeniu powstaje w razie ziszczenia się wszystkich warunków, od których rozporządzenie to uzależnia uzyskanie prawa do świadczeń. W myśl art. 17 cytowanego rozporządzenia jednym z istotnych warunków dla zrealizowania prawa do świadczeń na wypadek braku pracy jest by ubezpieczony pozostawał nieprzerwanie bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia. Otóż jeżeli chodzi o pracownika, który powołany został do służby wojskowej w czasie posiadania zajęcia i dla tej służby zmuszony był porzucić zatrudnienie, należy uznać, że u takiego pracownika aż do czasu opuszczenia służby wojskowej nie spełnia się powyższy warunek, albowiem nie znalazł się on w sytuacji poszu-

¹⁾ Teza oficjalna N. T. A. Wyrok dotyczy stanu prawnego przed wejściem w życie ustawy z dnia 22/3 1933 r. (Dz. U. 27/229), gdzie sprawa ta została wyraźnie unormowana. (Red).

kiwania zajęcia dopóki był w wojsku i przez cały ten czas nie mógł oczywiście żądać skutecznie świadczeń z tytułu braku pracy. Skoro zaś w tym okresie czasu nie powstało dla danej osoby prawo do świadczeń, nie mogło ono tem samem ustać, z czego wynika, że wśród tych okoliczności nie wchodzi w zastosowanie ani art. 56 ani art. 57 cytowanego rozporządzenia.

W niniejszym przypadku niespornem jest, że skarżący utracił swoje zajęcie dnia 4 maja 1929 r. wskutek powołania go do pełnienia służby wojskowej, w której pozostawał do dnia 4 listopada 1930 r., a po ukończeniu tej służby nie mógł znaleźć pracy. Stosownie do powyższych rozważań zatem bieg okresu, uprawniającego do żądania świadczeń na wypadek braku pracy rozpoczął się dla skarżącego nie od dnia utraty zajęcia, lecz dopiero od dnia zwolnienia z czynnej służby wojskowej.

O ile zaś władza pozwana dopatruje się w danej sprawie przeszkody w zrealizowaniu prawa do świadczeń z powodu braku pracy również w art. 16 ust. 2 rozp. z dnia 24.XI.1927 r., zauważyć należy, że okres czasu, potrzebny do uzyskania prawa do świadczeń z powodu braku pracy wynosi według wzmiankowanego przepisu sześć miesięcy składkowych, przebytych w ciągu ostatniego roku, licząc wstecz od dnia utraty zajęcia, rozumie się zajęcia, powodującego obowiązek ubezpieczenia na wypadek braku pracy; tym zaś dniem jest w niniejszej sprawie dzień 4 maja 1929 r., a nie — jak mylnie przyjmuje władza pozwana — dzień 4 listopada 1930 r., gdyż służba wojskowa nie może być zaliczona do zajęcia, powodującego obowiązek ubezpieczenia.

Z tych zasad należało zaskarżone orzeczenie, zatwierdzające odmowę świadczeń dla skarżącego ze strony Zakładu Ub. Pracowników Umysłowych we Lwowie uchylić jako prawnie nieuzasadnione“.

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 6 grudnia 1933 r. L. Rej. 1265/31.

Wadliwość decyzji, spowodowana tylko brakiem prawnego i faktycznego uzasadnienia, w żadnym wypadku nie wstrzymuje rozpoczęcia biegu terminu dla wniesienia odwołania, ile że ten brak decyzji wlicza się wobec przepisu art. 85 rozp. Prez. Rzplitej z dn. 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnym (Dz. U. poz. 341) nie uniemożliwia stronie odwołania już choćby tylko z powodu wadliwości.

Jeżeli jednak strona nie wniesie odwołania, lecz zażąda od władzy, która decyzję wydała, uzupełnienia tej decyzji przez podanie motywów, i władza temu żądaniu uczyni zadość, czy to przez wydanie nowej decyzji, czy też przez formalne uzupełnienie poprzedniej decyzji, natenczas władza otwiera stronie nowy termin do wniesienia odwołania, który winien być liczony od dnia doręczenia tej nowej względnie uzupełnionej decyzji.

Powody.

„Na skutek odwołania Firmy B. G. od orzeczenia Z. U. P. U. z dnia 24 czerwca 1929 r., którem uznano, że zatrudnieni w charakterze majstrów w tej firmie M. K i K. P. podlegają obowiązkowi ubezpieczenia. Urząd Wojewódzki w Białymstoku wydał w dniu 12 czerwca 1930 r. za Nr. P. O. 8/52 decyzję tej treści: Po rozpoznaniu odwołania na podstawie art. 130 przy zastosowaniu art. 164 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. Dz. U. p. 911 oraz zważywszy: że według opinii Inspektora Pracy 32 Obwodu w Białymstoku, wyrażonej w piśmie z dnia 4 kwietnia 1930 r. Nr. 204 na podstawie przeprowadzonej inspekcji w fabryce, czynności P. nie posiadają cech pracy umysłowej, natomiast K. jako „spielmajster“ kierownik przedsiębiorstwa, jest pracownikiem umysłowym w rozumieniu art. 3 p. 1 powołanego rozporządzenia — postanawiam zaskarżone orzeczenie Zakładu odnośnie do K. zatwierdzić, odnośnie zaś P. uchylić. Od decyzji niniejszej przysługuje prawo wniesienia odwołania za mojem pośrednictwem do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w ciągu jednego miesiąca od daty doręczenia.

Pismem z dnia 27 czerwca 1930 roku zwrócił się Z. U. P. U. do Wojewody Białostockiego powołując się na art. 75 p. 2

rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym z prośbą o nadesłanie do powyższej decyzji prawnego i faktycznego uzasadnienia, zaznaczając, że do czasu otrzymania powyższego uzasadnienia Zakład będzie uważał bieg terminu przysługującego Zakładowi do zaskarżenia wspomnianej decyzji, za przerwany.

Pismem z dn. 4 lipca 1930 r. Nr. P. O. 8/4/30 zawiadomił Wojewoda Białostocki Z. U. P. U., że faktyczne uzasadnienie wydanej decyzji z 12 czerwca 1930 r. polega na opinii Obwodowego Inspektora Pracy, który na podstawie przeprowadzonego badania w fabryce uznał, że wykonywanie czynności danego pracownika daje podstawę do zaliczania go do kategorii pracowników umysłowych, względnie, że charakter tych czynności nie posiada cech pracy umysłowej, a tem samem nie daje podstawy do zaliczenia do kategorii pracowników umysłowych w rozumieniu art. 3 p. 1 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. Dz. U. poz. 911.

Pismem z dnia 9 sierpnia 1930 r. Z. U. P. U. zwrócił się ponownie do Wojewody Białostockiego z prośbą o nadesłanie uzasadnienia względnie odpisów protokółów z przeprowadzonych badań przez Obwodowego Inspektora Pracy, ponieważ Zakład nie znając motywów, które doprowadziły Obwodowego Inspektora Pracy do takiej, a nie innej opinii, którą Wojewoda podzielił uchylając orzeczenie Zakładu, nie ma możliwości udowodnienia niesłuszności tej konkluzji.

W odpowiedzi na to Wojewoda Białostocki pismem z 18 września 1930 r. Nr. P. U. 8/4/30 uzupełnił swój reskrypt z 4 lipca 1930 r. Nr. P. U. 8/4/30 tem, że w sprawach, gdzie orzeczenia Z. U. P. U. zostały uchylone, Inspektor Pracy dochodził do swych konkluzji na podstawie okoliczności, że „dany pracownik z reguły obowiązany był spełniać czynności fizyczne równorzędnie z czynnościami spełnianymi przez osoby nadzorowane, a tylko obok tego miał nadzór nad innymi współpracującymi”. Tej właśnie kategorii pracownicy, zdaniem Inspektora Pracy, które całkowicie Urząd Wojewódzki podziela, niesłusznie zaliczeni zostali przez Zakład do kategorii pracowników umysłowych.

W dniu 9 października 1930 r. wniósł Z. U. P. U. do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej rekurs od decyzji Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku z 12 czerwca 1930 r. Nr. P. U. 8/52 „uzupełnionej w dniu 18 września 1930 r.”, który to rekurs Ministerstwo orzeczeniem z dnia 4 grudnia 1930 r. Nr. 2316/U. IV. odrzuciło jako spóźniony, gdyż decyzję Urzędu Wojewódzkiego otrzymał Z. U. P. U. w dniu 16 czerwca 1930 r.

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

Skarżący zarzuca naruszenie art. 164 rozp. Prez. Rzplitej P. z dnia 24 listopada 1927 roku Dz. Ust. poz. 911, gdyż zdaniem jego decyzja Wojewody z 12 czerwca 1930 r. była niekompletna, nie zawierała bowiem faktycznego i prawnego uzasadnienia, wobec czego skarżący do czasu uzupełnienia tej decyzji nie miał możliwości skorzystać z prawa odwołania. Dopiero pismem z dnia 18 września 1930 r. Nr. P. U. 8/4 uzupełnił Wojewoda swą decyzję z dnia 12 czerwca 1930 r., tem samem ją zmienił, wobec czego bieg terminu miesięcznego dla odwołania zaczął się od 18 września 1930 r.

Otóż według art. 164 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. Dz. Ust. p. 911, jak i według art. 83 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym z dnia 22 marca 1928 r. Dz. U. p. 341 termin do wniesienia odwołania liczy się od dnia doręczenia odnośnej decyzji. To ostatnie rozporządzenie przewiduje tylko jeden wyjątek od tej zasady a mianowicie w wypadku, gdy władza wbrew przepisowi art. 75 ust. 1 wogóle zaniecha objaśnić stronie o przysługującym jej prawie wniesienia odwołania i strona w ciągu 2 tygodni od chwili doręczenia jej decyzji zażąda przesłania jej takiego objaśnienia. W tym wypadku termin dla wniesienia odwołania liczy się według wyraźnego przepisu art. 77 ust. 2 cytowanego rozporządzenia od dnia otrzymania przez stronę objaśnienia.

Natomiast wadliwość decyzji, spowodowana tylko brakiem prawnego i faktycznego uzasadnienia, w żadnym wypadku nie wstrzymuje rozpoczęcia biegu terminu dla wniesienia odwołania, ileż ten brak w decyzji zwłaszcza wobec przepisu art. 85 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym nie uniemożliwia stronie wniesienia odwołania już choćby tylko z powodu wadliwości.

Jeżeli jednak strona w tym ostatnim wypadku nie wniesie odwołania, lecz zażąda od władzy, która decyzję wydała, uzupełnienia tej decyzji przez podanie motywów i władza temu żądaniu uczyni zadość, czy to przez wydanie nowej decyzji,

czy też przez formalne uzupełnienie poprzedniej decyzji, nateczas władza otwiera stronie nowy termin do wniesienia odwołania, który winien być liczony od dnia doręczenia tej nowej względnie uzupełnionej decyzji.

N. T. A. pomija kwestję, czy decyzja Wojewody Białostockiego z dnia 12 czerwca 1930 r. zawierała prawne i faktyczne uzasadnienie i czy żądanie skarżącego zakomunikowania mu tego, zdaniem jego, brakującego uzasadnienia było słuszne. Wojewoda uwzględnił bowiem to żądanie, oparte wyraźnie na przepisie art. 75 ust. 2 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym o tyle, że oznajmił mu pismem z dnia 4 lipca 1930 r. na czym „polega faktyczne uzasadnienie decyzji z dnia 12 czerwca 1930 r.”, a na dalsze podanie skarżącego w tej kwestji „uzupełnił swój reskrypt z dnia 4 lipca 1930 r.” pismem z dnia 18 września 1930 r., w którym zakomunikował skarżącemu stanowisko Inspektora Pracy, „które całkowicie Urząd Wojewódzki podziela”.

Jak wynika z aktów sprawy, skarżący w odwołaniu swem z dnia 9 października 1930 r. wyraźnie zaznaczył, że wnosi je od decyzji Wojewody z dnia 12 czerwca 1930 r. uzupełnionej w dniu 18 września 1930 r. i przedstawił przebieg sprawy. Pozwana władza odrzucając zaskarżonem orzeczeniem to odwołanie jako spóźnione, ograniczyła się tylko do stwierdzenia, że skarżący otrzymał decyzję Wojewody z dnia 12 czerwca 1930 r. w dniu 16 czerwca 1930 r., co było bezspornem, nie zajęła jednak stanowiska wobec twierdzenia skarżącego, że decyzja ta została uzupełniona pismem Wojewody z dnia 18 września 1930 r., a pośrednio, że odwołanie wniesione zostało w terminie, który się ma liczyć zdaniem skarżącego od doręczenia pisma Urzędu Wojewódzkiego z dnia 18 września 1930 r. W myśl powyższych wywodów twierdzenie skarżącego w odwołaniu, że pismo Urzędu Wojewódzkiego z dnia 18 września 1930 r. jest uzupełnieniem decyzji z dnia 12 czerwca 1930 r., gdyby było słusznem, czego N. T. A. w odniesieniu do konkretnego wypadku nie rozstrzygnął właśnie — z powodu pominięcia tej kwestji w zaskarżonem orzeczeniu — miałoby istotne znaczenie dla kwestji zachowania terminu do wniesienia odwołania. Nierozprawienie się z tem twierdzeniem w zaskarżonem orzeczeniu należy zatem uznać za naruszenie form postępowania administracyjnego ze szkodą skarżącego, gdyż utrudniło mu obronę przed N. T. A. jako instancją kasacyjną. Tego braku zaskarżonego orzeczenia nie usuwają wyjaśnienia, zawarte w odpowiedzi na skargę, gdyż skarżący winien już w chwili wniesienia skargi mieć możność należytego sformułowania swych zarzutów.

Kierując się temi rozważaniami uchylił N. T. A. zaskarżone orzeczenie na zasadzie art. 84 prawa o N. T. A. z powodu wadliwego postępowania”.

UBEZPIECZENIE BRACKIE NA GÓRNYM ŚLĄSKU (USTAWA PRUSKA O BRACTWACH GÓRNICZYCH Z 17 CZERWCA 1912 R.).

Z orzeczeń Wyższego Sądu Rozjemczego dla spraw górnośląskich bractw górniczych w Warszawie.

1. Orzeczenie z 30 listopada 1933 r.

Za składki brackie odpowiada wyłącznie każdorazowy posiadacz zakładu brackiego; właściciel zakładu brackiego nie ponosi tu subsydjarnej odpowiedzialności.

Z uzasadnienia:

Właściciel kopalni „S. A.”, Ks. R., sprzedał wymienioną kopalnię niejakiemu B. i to kontraktem notarialnym z 27/III. 1929 r. Nowonabywca zobowiązał się, ponieść wszystkie ciężary i podatki, a więc również składki brackie; nadto zobowiązał się przedłożyć poświadczenie, że zapłacił wszystkie podatki, które za czas do 1.IV.1929 r. ewentl. jeszcze zaistnieć mogły, i na poczet tego zobowiązania złożył B. zabezpieczenie w kwocie 3500 marek niem.

B. eksploataował kopalnię przez pewien czas, nie płacąc jednak składek brackich. Aktem notarialnym z dn. 15.X.1929 r. B. sprzedał kopalnię Sp. z ogr. o. „Kop. S. A.”, która została zapisana w rejestrze handlowym właściwego sądu grodzkiego pod datą 12.X.1929 r. Mimo, że w ten sposób kopalnia S. A.

przeszła już w trzecie ręce, figurował w księdze wieczystej jako wierzyciel kopalni nadal Ks. R. i dopiero dnia 8.IX.1932 r. została nowo utworzona Spółka zapisana w księdze wieczystej jako właścicielka tejże kopalni.

Sprzedając kopalnię Spółce, B. zastrzegł sobie prawo wydzierżawienia kopalni, z którego prawa to skorzystał, jednak nie, ażeby sam kopalnię eksploatować, lecz ażeby oddać ją w dalszą dzierżawę niejakiemu K. Tak samo jak B. nie płacił również K. składek brackich. Ponieważ wszelkie starania skierowane do B. i K. były bezskuteczne, domagała się Spółka Bracka uiszczenia ich przez Ks. R. jako właściciela kopalni, zapisanego w tym charakterze w księdze wieczystej. Bracki Sąd Rozjemczy uznał pretensję Spółki Brackiej i zasądził Ks. R. na zapłatę spornych składek. Przeciwko wyrokowi temu wniósł Ks. R. rewizję do Wyższego Sądu Rozjemczego, który zniósł wyrok uprzedniej instancji i zaprzeczył subsydjarnej odpowiedzialności właściciela zakładu brackiego, motywując swoje stanowisko jak następuje:

...Przechodząc do kwestji zasadniczej prawnej stwierdzić należy, że wyrażenie pruskiej ustawy górniczej właściciel kopalni (Bergwerkseigentümer) w przeciwstawieniu do posiadacza kopalni (Bergwerksbesitzer) względnie posiadacza zakładu (Werksbesitzer), nie są identyczne. Niespornem jest, że z brzmienia § 43 ust. z 17.6.1912 r. wynika, iż posiadacz zakładu jest obowiązany ściągać z zajętych u niego osób, składki członkowskie i doręczać je, gdzie należy, wraz ze swojemi składkami. Przepis tego paragrafu przy gramatycznej i logicznej interpretacji jest jasny, bo przecież o ile nie właściciel kopalni, lecz posiadacz zakładu zajmuje robotników, to zajmuje ich u siebie, a nie u właściciela, jego łączy kontrakt najmu usług z robotnikami, a nie właściciela, on a nie właściciel jest obowiązany ze składkami robotników odprowadzać i swoje składki, a nie składki właściciela.

Dlatego błędne jest zapatrywanie, jakoby do § 43 ust. o br. gór. należało per analogiam zastosować przepis § 148 pruskiej ustawy górniczej odnośnie do którego tak judykatura jak i teoria uznają, że tak właściciel jak i posiadacz nie tylko mogą każdy osobno, ale i solidarnie odpowiadać w myśl § 421 k. c., albowiem paragrafowi 148 pr. ust. gór. przyświeca inny cel, a mianowicie odpowiedzialność za szkody górnicze wobec osób trzecich, bez względu na fakt, czy kopalnia jest w ruchu, czy nie, więc stosownie do okoliczności faktycznych mogą odpowiadać bądź właściciel, bądź posiadacz, bądź obaj solidarnie za szkodę górniczą. Tak więc trudnym i niemożliwym jest przeprowadzić analogię tak daleko idącą wbrew tekstowi ustawy i z powyższych względów musi się przyjąć, że przepis § 43 ust. o br. gór. przez wyraz posiadacz zakładu ma na myśli wyłącznie tego, który kopalnię posiada, w rozumieniu § 868 k. c., jak np. dzierżawcę, użytkownika a nawet i samego właściciela, o ile posiadacz kopalnię prowadzi. Błędem jest stanowisko uprzedniej instancji, że B. był tylko dzierżycielem, a posiadaczem był Ks. R. bowiem nabył kopalnię, a więc posiadał ją na podstawie tytułu prawnego, jakim był kontrakt kupna i posiadał kopalnię w dobrej wierze, natomiast niewątpliwie byłby uzyskał wpis do księgi gruntowej, gdyby temu nie przeszkadzały inne względy, a mianowicie fakt, że kopalnia należała do fideikomisu, która to przeszkoda z czasem została usunięta.

To samo odnosi się do Sp. z ogr. odp., która również była posiadaczem kopalni w dobrej wierze i dopiero dnia 8.IX.1932 r. stała się właścicielką, zaś K. uzyskał dzierżawę od B. względnie Spółki z ogr. odp., był więc również jako dzierżawca posiadaczem kopalni w rozumieniu § 868 k. c. i § 43 ust. o br. gór. tak jak nim był B. przedtem, ale nigdy nie był posiadaczem w rozumieniu § 43 ust. o br. gór. Ks. R. w czasie, o który chodzi, bo kopalni nieprowadził.

Tak więc właściciel kopalni nie odpowiada w myśl § 43 ust. o br. gór. za składki posiadacza kopalni osobiście, natomiast jeszcze wypada rozpatrzyć czy z uwagi na przepis art. 17 pr. ustawy wykonawczej do ustawy o przymusowym przetargu właściciel nie odpowiada rzeczowo za zaległe składki. Artykuł ten brzmi: Składki, które posiadacz kopalni ma płać do Spółki Brackiej, lub do Kasy Chorych uważa się za ciężary publiczne po myśli art. 1 Nr. 2 tej ustawy. Ostatni zaś artykuł opiewa: Publicznymi ciężarami gruntu po myśli § 10 ust. 1 Nr. 3 i § 156 ust. 1 o przymusowym przetargu są opłaty i świadczenia niepolegające na tytule prywatno-prawnym, które ciążyą na gruncie na podstawie ustawy lub statutu.

Z tego wynika, że tylko w razie wdrożenia przymusowego przetargu składki, które ma właściciel płać, traktuje się na równi z ciężarami publicznymi, czyli, że składkom tym przysługuje prawo pierwszeństwa po myśli § 10 ust. 3 i § 156 ust. o przy-

musowym przetargu. Natomiast nie wynika z tego, że składki te są bezwzględny ciężarem rzeczowym gruntu, gdyż do tego jest potrzebny, jak to wynika z art. 1 ust. 1 Nr. 2, wyraźny przepis ustawy lub statutu, a takiego przepisu nie ma. Postanowienie, że w razie przymusowego przetargu składki uważa się za ciężar gruntu, nie może być aż tak rozszerzająco traktowane, że składkom tym przysługuje bezwzględne prawo rzeczowe na gruncie i to nawet wtedy, gdy nie ma przetargu, lub gdy posiadacz kopalni, obowiązany do zapłaty składek, nie jest równocześnie właścicielem tej kopalni.

Stwierdza się w końcu, że jest postanowienie pozytywne, iż składki do Kasy Brackiej nie mogą być wpisane jako ciężar gruntowy do księgi gruntowej, a mianowicie art. 11 ust. wykonawczej do ordynacji gruntowej (II Ausführungsgesetz zur Grundbuchordnung) z 26.IX.1899 r., który brzmi, że ciężary publiczne, które przy przymusowej sprzedaży albo przy przymusowym zarządzie mają pierwszeństwo na gruncie, są wykluczone od wpisu do księgi gruntowej, z czego wynika niezbicie, że składkom tym nie przysługuje prawo rzeczowe na gruncie, że więc jako ciężar gruntowy nie mogą być wpisane do księgi gruntowej, w przeciwnym razie, gdyby były ciężarem rzeczowym, ord. gruntowa zezwoliłaby na ich wpis.

Takie samo stanowisko zajął Sąd Kameralny w Berlinie w uchwałach z 1.VIII.1925 r., cytowanej in extenso z motywami w „Zeitschrift für Bergrecht“ tom 67 strona 112 do 113.

Błędne są w powyższym stanie rzeczy wywody uprzedniej instancji, jakoby względy słuszności przemawiały za odpowiedzialnością Ks. R. za składki jako właściciela kopalni, skoro przemawiają przeciw temu przepisy ustawy....

Również błędne jest zapatrywanie uprzedniej instancji, jakoby powodowa strona uważała się za osobiście odpowiedzialną do zapłacenia składek za B., skoro zatrzymała mu kaucję w kwocie 3500 Mk.

Jak to na wstępie uzasadnienia zaznaczono, B. zobowiązał się przejąć wszelkie ciężary związane z kopalnią, a nawet zapłacić podatki do 1.IV.1929 r. i w tym celu złożył zabezpieczenie. Nie przejmowała powodowa strona obowiązku płacenia podatków i ciężarów po 1.IV.1929 r., a rozchodzi się o składki po tym czasie, za które w danym wypadku B. odpowiada.

2. Z orzeczenia z 1 grudnia 1933 r.

W razie dodatkowego podwyższenia renty wypadkowej podwyższa się również ta część renty wypadkowej i statutowych przy zbiegu z pensją bracką ulega zaliczeniu na pensję i to wstecz od chwili podwyższenia renty.

Z uzasadnienia:

„Spółka Bracka zaliczała na mocy przedmiotowego przepisu statutowego powodce, pobierającej równocześnie rentę wypadkową w wysokości 20 zł. miesięcznie, połowę tejże renty t. j. 10 zł. na bracką pensję wdowią, skracając pensję tę o 10 zł. Gdy później z mocą od 1.X.1926 r. renta wypadkowa została podwyższona na 32,95 zł., Spółka zarządziła podwyższenie zaliczanej na pensję bracką części renty wypadkowej t. j. w niniejszym wypadku na 15,65 zł. albo połowę pensji brackiej i to nie tylko na przyszłość lecz również za czas wstecz od 1.X.1926 r., potrącając przepłacone za czas ubiegły kwoty z bieżących pensyj. Bracki Sąd Rozjemczy, do którego się powódka odwołała, uznał uprawnienie Spółki Brackiej do potrącenia kwoty 15,65 zł. tylko na przyszłość t. j. od 6.VIII.1929 r. począwszy. Przeciwko temu wyrokowi wniosła Spółka Bracka rewizję, którą należało uznać na uzasadnioną i to z następujących powodów:

Stanowisko pozwanej, że po myśli § 35 ust. 3 i 1, 4 ustawy o bractw. gór. pozwana jest uprawniona do potrącenia świadczeń wypłaconych bez podstawy prawnej z świadczeń kasy pensyjnej uważa Sąd rewizyjny za słuszne. Kwoty, przewyższające połowę pensji wdowiej za czas od 1.X.1926, wypłacone zostały powodce bez podstawy prawnej, skoro według § 76 ust. 2 statutu z 28.II.1925 r. pozwana ma prawo zaliczyć połowę renty wypadkowej na połowę pensji wdowiej. Według § 35 ust. 3 ustawy o bractw. gór. prawo potrącenia pozwanej, o ile chodzi o potrącenie z świadczeń kasy pensyjnej, nie jest ograniczone, co wynika stąd, że w ostatnim zdaniu § 35 ustawy o bractw. gór. tylko potrącenia z grosza chorego są ograniczone do połowy grosza chorego, co do potrącenia zaś z świadczeń kasy pensyjnej ustawa nie zawiera żadnej wzmianki.

Przepis § 35 ust. 3 ustawy o bractw. gór. jest dalszym wyjątkiem od zasady, wyrażonej w § 394 k. c., że potrącenie jest dopuszczalne tylko do tej wysokości, do jakiej dopuszczalne jest zajęcie. Według § 394 k. c. zaległe składki do bractw górniczych mogą być potrącone ze świadczeń tych bractw bez ograniczenia, przepis tej samej treści co do zaległych składek jest powtórzony w § 35 ust. 3 1, 2 ustawy o bractwach górniczych, a ponieważ o potrąceniu kwot wypłaconych bez podstawy prawnej jest mowa pod 1, 4 w tym samym ustępie § 35 ustawy o bractw. gór., należy prawo pozwanej do potrącenia takich kwot przyznać pozwanej w tej samej mierze co przy potrąceniu składek.

Badanie niniejszej sprawy ze względu na przepisy o niesłusznym wzbogaceniu się (§§ 812 i nast. k. c.) jest zbyteczne, ponieważ nie chodzi tu o wydanie przez powódkę otrzymanych kwot tylko o potrącenie, co do którego należy stosować wyżej powołane specjalne przepisy".

3. Orzeczenie z 29 grudnia 1933 r.

Urlopy turnusowe są równoznaczne z rozwiązaniem umowy o pracę, wobec czego okres tych urlopów nie uzasadnia obowiązku opłacania w tym czasie składek ubezpieczeniowych.

Z uzasadnienia:

„Kopalnia B. Zastosowała jako pierwsza na Górnym Śląsku tak zwane urlopy turnusowe, polegające na tym, że zwolniła na pewien z góry określony czas część swej załogi, przyrzekając równocześnie ponowne przyjęcie urlopowanych po upływie tego czasu do pracy, ażeby w ich miejsce urlopować nową partję robotników i t. d. Urlopowania wzgl. zwolnienia te nastąpiły z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia, za zgodą Komisarza Demobilizacyjnego. Przedmiotowe obwieszczenia zarządu kopalni opiewały, że odnośnych robotników „urlopuje się na przeciąg dwóch miesięcy” i że robotnicy w czasie urlopu nie będą otrzymywali zarobku.

Spółka Bracka zażądała od zarządu kopalni uiszczenia za czas turnusowych urlopów obustronnych składek brackich, opierając się przytem na postanowieniach §§ 8 i 51 statutu z 28 lutego 1925 r., według których osoba, urlopowana przez posiadacza zakładu brackiego z zatrudnienia, uzasadniającego członkostwo, pozostaje członkiem z wszystkimi z tego dla posiadacza zakładu i dla niej samej wynikającymi prawami i obowiązkami najdłuższej do końca trzeciego miesiąca od początku urlopu, poczem stosunek członkostwa uważa się za rozwiązany.

Przeciwko wymiarowi składek brackich zarząd kopalni odwołał się do Brackiego Sądu Rozjemczego w K., który odwołanie oddalił, zasądzając powódkę na zapłacenie składek do brackiej Kasy Pensyjnej, odraczając rozstrzygnięcie co do składek do brackiej Kasy Chorych.

Przeciwko rozstrzygnięciu temu wniosła powódka w terminie rewizji do Wyższego Sądu Rozjemczego dla spraw górnośląskich bractw górniczych, który przychylił się do wywodów rewizji i zniósł wyrok poprzedniej instancji jako też wymiar składek za czas urlopów turnusowych.

Zdaniem Wyższego Sądu Rozjemczego należy charakter członkostwa za czas urlopu turnusowego ocenić przede wszystkim według stosunku, jaki powstał między pracodawcą a ubezpieczonym w czasie trwania urlopu. Jeżeli urlop będzie płatny, to członkostwo w czasie urlopu będzie miało ten sam charakter co członkostwo obowiązkowe z §§ 49/5 lit. a statutu, gdyż zasadniczym warunkiem członkostwa obowiązkowego jest pobieranie wynagrodzenia (§ 5 lit. a statutu i § 9 ust. 3 wzgl. § 27 ustawy o bractwach górniczych). Jeżeli jednak urlop będzie bezpłatny, to wobec braku podstawowego wymogu wynagrodzenia nie może być mowy o członkostwie obowiązkowym w rozumieniu § 5 lit. a statutu i § 9 ust. 3 wzgl. § 27 ustawy o bractwach górniczych. W takim razie istnieje w czasie urlopu członkostwo nieobowiązkowe a przy takim członkostwie pracodawca nie jest

obowiązany do uiszczania składek za ubezpieczonych, jak to wynika wyraźnie z § 36 ust. 3 ustawy o bractwach górniczych. O ile zaś chodzi o ściąganie składek od ubezpieczonych, to przeciw odpowiedzialności pracodawcy przemawiają względy praktyczne, gdyż pracodawca, nie wypłacając ubezpieczonemu żadnego wynagrodzenia, nie ma możliwości ściągnięcia od ubezpieczonego przypadającej na niego składki. Według § 43 ust. 2 ustawy o bractwach górniczych członkowie są zobowiązani zezwolić na potrącenie składek z ich zarobku, innego sposobu ściągania składek przez pracodawcę ani ustawa o bractwach górniczych ani statut Spółki Brackiej nie przewiduje, wobec czego nie może być mowy o obowiązku ściągania składek bieżących przez pracodawcę, jeżeli pracownik nie otrzymuje wynagrodzenia.

Choćby nawet turnusowo urlopowanych uważać za nadal pozostających w stosunku pracy z stroną powodową, to wobec tego, że chodzi o urlopy bezpłatne nieuzasadniające członkostwa obowiązkowego, odpowiedzialność strony powodowej jak pracodawcy nie zachodzi, gdyż strona powodowa, według § 36 ust. 3 ustawy o bractwach górniczych, nie jest obowiązana opłacać składek pracodawcy za członków nieobowiązkowych, a o ile chodzi o odpowiedzialność za składki robotników, to według § 43 ust. 2 ustawy o bractwach górniczych strona powodowa nie była obowiązana do ściągnięcia składek od robotników, gdyż ściągnięcie to było możliwe tylko w drodze potrącenia z zarobku, a takiego zarobku robotnicy urlopowani nie otrzymywali.

Sąd rewizyjny poza to nie podziela stanowiska Sądu Brackiego, że przez urlopowanie na przeciąg dwóch miesięcy stosunek pracy nie został rozwiązany.

Umowa o pracę składa się z dwóch istotnych elementów, obowiązku pracy i obowiązku zapłaty (§ 611 k. c.). Jeżeli więc oba te istotne wymogi odpadną choćby tylko na czas przejściowy, o trwaniu umowy o pracę nie może być mowy. Urlop jest prawem pracownika i nie może być przez pracodawcę narzucony zwłaszcza jeżeli pracodawca nie chce płacić pracownikowi w czasie urlopu wynagrodzenia. Przymusowy urlop bezpłatny jest równoznaczny z rozwiązaniem umowy o pracę, choćby tylko był przejściowy. Urlop taki mógłby być narzucony pracownikowi wbrew jego woli tylko po formalnym wypowiedzeniu umowy, co w niniejszym wypadku miało miejsce, skoro urlopy turnusowe wyznaczono bez zgody robotników za zgodą Komisarza Demobilizacyjnego. Urlop turnusowy stanowi zatem przerwę w stosunku pracy, podczas której umowa o pracę nie istnieje. Analogji ze stosunku urzędniczego nie można tu stosować, gdyż stosunek urzędniczy różni się od umowy o pracę momentem stałości względnie dożywności, którego przy zwykłej umowie o pracę niema. Strony nie twierdzą, że robotnicy, o których składki tu chodzi, pozostawali w takim stosunku pracy, że wypowiedzenie było wykluczone.

Wyrażenie urlop turnusowy posiada jedynie znaczenie eufemistyczne, podczas gdy w rzeczywistości chodzi o rozwiązanie umowy o pracę na czas określony. Jednakże takie czasowe zawieszenie umowy o pracę jest równoznaczne z jej rozwiązaniem. Jeżeli więc strona powodowa użyła przy zwolnieniu wyrażenia, że „urlopuje” robotników w ogłoszeniu wymienionych, to wyrażenia tego nie można brać dosłownie, gdyż przy interpretacji oświadczenia woli należy po myśli § 133 k. c. zbadać rzeczywistą wolę, a nie trzymać się dosłownego brzmienia.

W danym wypadku za rozwiązaniem stosunku pracy przemawia, że zwolnienie z pracy nastąpiło z dotrzymaniem umownego terminu wypowiedzenia za zgodą Komisarza Demobilizacyjnego, że w czasie zwolnienia „urlopowani” nie pobierali wynagrodzenia i że ani umowa taryfowa ani regulamin pracy, ani ustawa cywilna tego rodzaju „urlopu” nie przewidują. Z tych powodów „urlopowanie” należało rozumieć w sensie rzeczywistym, t. j. że „urlopowanie” było równoznaczne z rozwiązaniem umowy o pracę.

Ponieważ zaś rozwiązanie stosunku pracy powoduje według § 53 ust. 1 statutu zakończenie członkostwa, nie może też pozwana domagać się składek, które według § 85 ust. 1 statutu mają obowiązek opłacać tylko członkowie kasy pensyjnej”.

WANDA MAMROTOWA

RZĄDOWY PROJEKT USTAWY O UBEZPIECZENIU ROBOTNIKÓW ROLNYCH NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO ZAROBKOWANIA I NA WYPADEK ŚMIERCI

I.

Ze względu na specjalne stosunki pracy w rolnictwie ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (dalej cytowana jako ustawa scaleniowa) poddała robotników rolnych jedynie obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych, równocześnie jednak, uwzględniając konieczność zapewnienia im dobrodziejstw ubezpieczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek wszelkich przyczyn, nałożyła w art. 7 obowiązek na Ministra Opieki Społecznej opracowania i wniesienia do Sejmu odrębnej ustawy, normującej ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych.

Projekt takiej ustawy, opracowany przez Ministerstwo Opieki Społecznej i przyjęty przez Radę Ministrów wniesiony został do Sejmu ¹⁾ w dniu 1 lutego b. r.

Przy opracowywaniu projektu przyjęto zasadę, że ubezpieczenie robotników rolnych winno być możliwie jak najbardziej zbliżone do analogicznego ubezpieczenia robotników przemysłowych, normowanego ustawą scaleniową, ze względu zwłaszcza na możliwość częstego przechodzenia ubezpieczonych z jednego ubezpieczenia do drugiego. Odrębności projektu podyktowane zostały jedynie specjalnymi stosunkami w rolnictwie. Takie momenty, jak: wyraźny podział robotników rolnych na kategorie stałych, sezonowych i dorywczych, umowy zbiorowe, zawierane corocznie, wypłacanie dużej części zarobków w naturaljach, ogólny niski poziom zarobków i fakt, że robotnicy sezonowi i dorywczy posiadają częstokroć, poza pracą najemną, jeszcze inne źródła utrzymania w postaci chaty czy kawałka gruntu — wszystko to wpłynąć musiało na wprowadzenie do projektu poważnych niejednokrotnie zmian w porównaniu z przepisami ustawy scaleniowej.

O ile chodzi o stronę techniczną projektu to, wzorując się na układzie ustawy scaleniowej, daje on ogólne zasady ubezpieczenia, oraz omawia szczegółowo te kwestje, które unormowane są odrębnie, niż w ustawie scaleniowej. W innych kwestiach, o ile to tylko było możliwe ze względu na jasność układu, odsyła projekt do odpowiednich przepisów ustawy scaleniowej. Odsyłanie to jest dopuszczalne ze względu na upoważnienie Ministra Opieki Społecznej do włączenia tekstu ustawy o robotnikach rolnych do tekstu ustawy scaleniowej.

II.

Projekt reguluje ubezpieczenie emerytalne, określając je tak samo, jak ustawa scaleniowa, jako ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania i ubezpieczenie na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej.

Zakres osób objętych tem ubezpieczeniem, ujęto jako odwrotność odpowiednich przepisów ustawy scaleniowej, mianowicie osoby, wyjęte z pod działania tej ustawy poddano ubezpieczeniu emerytalnemu według przepisów projektu. Obowiązki ubezpieczenia podlegają zatem osoby, zatrudnione w gospodarstwach rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych i rybnych, jak również w zakładach pracy, ściśle z temi gospodarstwami związanymi, a nie posiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego oraz przy robotach

meljoracyjnych i t. p., przyczem obowiązek ubezpieczenia obejmuje robotników stałych, sezonowych i zatrudnionych dorywczo dłużej niż 25 dni bez przerwy u jednego i tego samego pracodawcy oraz służbę domową. Jedynie osoby „dla których praca najemna nawet podczas jej wykonywania nie jest źródłem utrzymania, a stanowi dochód uboczny, nie przekraczający 50 gr. dziennie”, znalazły się całkowicie poza ubezpieczeniem emerytalnym (chodzi tu o t. zw. dójki), co było intencją ustawodawcy już przy określaniu zakresu ubezpieczenia ustawy scaleniowej.

Projekt, określając gospodarstwa w ten sam sposób jak ustawa scaleniowa, nie rozróżnia ich również co do wielkości. Czynią to dopiero przepisy przejściowe. Projekt, przewidując w pewnych wypadkach tak jak i ustawa scaleniowa maksymalną granicę wieku (60 lat) dla objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, wprowadza również w tym celu dolną granicę wieku — lat 16. Projekt wyłącza z pod obowiązku ubezpieczenia krewnych pracodawcy, do których zalicza małżonka, wstępnych, zstępnych, rodzeństwo oraz rodziców małżonka; wyłączone więc rodziców małżonka, którzy, jako powinowaci nie są zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia w myśl ustawy scaleniowej. Wyłączenie funkcjonariuszów państwowych uwarunkowano, podobnie jak w ustawie scaleniowej, posiadaniem uprawnień do zaopatrzenia emerytalnego. Forma i wysokość wynagrodzenia nie ma wpływu na obowiązek ubezpieczenia.

Projekt zastrzega warunki kontynuowania ubezpieczenia, a to dla uchronienia od niego osób, mających zbyt mało szans do nabycia prawa do renty. W ubezpieczeniu dobrowolnym obniżona została maksymalna granica rocznego dochodu z uwagi na niższy poziom zarobków na wsi, do 2400 zł. rocznie.

W przeciwieństwie do ustawy scaleniowej projekt przewiduje, jako zasadę, operowanie zarobkami nie rzeczywistymi a przeciętnymi. Władze wojewódzkie ustalać mają corocznie przeciętne zarobki poszczególnych kategorii robotników rolnych. Stosownie do tych przeciętnych zarobków ubezpieczeni będą należeli do jednej z 5-ciu grup zarobkowych:

- I grupa do 7 zł. przeciętnego zarobku tygodniowego.
- II grupa ponad 7 zł. do 11 zł.
- III grupa ponad 11 zł. do 15 zł.
- IV grupa ponad 15 zł. do 21 zł.
- V grupa ponad 21 zł. przeciętnego zarobku tygodniowego.

Płaca podstawowa wynosi w:

I grupie	5 zł.
II	9 „
III	13 „
IV	18 „
V	24 „

System powyższy ułatwi pracodawcom i robotnikom rolnym orjentowanie się w obowiązkach, wynikających z ubezpieczenia; uzyskanie przez grupy zarobkowe paru zaledwie wymiarów składek znacznie ułatwi ich opłacanie; uproszczony również zostanie system obliczania świadczeń. Za wprowadzeniem przeciętnych zarobków przemawia także fakt otrzymywania przez robotników rolnych zarobku w dużej części w na-

¹⁾ Druk sejmowy Nr. 840. Sesja zwyczajna 1933/34.

turaljach. Każdorazowe obliczanie rzeczywistych zarobków, a zatem i składek byłoby wręcz niemożliwe do przeprowadzenia. Jedyne wyjątkiem przewidziano dla wykwalifikowanych rolników, pracujących w rolnictwie. Niski poziom przeciętnych zarobków tygodniowych, stanowiących granice grup zarobkowych spowodowany jest niskim poziomem rzeczywistych zarobków w rolnictwie.

III.

Wykonywanie ubezpieczenia powierza projekt instytucjom ubezpieczeń społecznych, utworzonym przez ustawę scaleniową. Dzięki temu zachowana została jednolitość organizacyjna ubezpieczenia emerytalnego ogółu robotników. Zakres działania Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników oraz ubezpieczalni społecznych rozszerzony został na ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych. Przy podziale funkcji między instytucje kierowano się zasadami ustawy scaleniowej. I tak do kompetencji Zakładu należy będzie przyznawanie świadczeń, współdziałanie w akcji leczniczej, zarządzanie funduszami, sporządzanie bilansów asekuracyjno-technicznych i prowadzenie statystyki. Do kompetencji ubezpieczalni społecznych będzie należało orzekanie o obowiązku ubezpieczenia, ustalanie uprawnień do kontynuowania ubezpieczenia, pobieranie składek przez pracodawców, kontrola osób, pobierających świadczenia, przeprowadzanie czynności przygotowawczych do udzielania świadczeń, udzielanie na zlecenie Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przyznanych przez ten Zakład świadczeń. Dla większej elastyczności przewidziano, czego niema w ustawie scaleniowej, że Minister Opieki Społecznej może przekazać pewne czynności Zakładowi — ubezpieczalniom społecznym.

W celu ułatwienia zainteresowanym załatwianie spraw, związanych z ubezpieczeniem, projekt nakłada obowiązek wykonywania najprostszych czynności w dziedzinie ubezpieczenia gminom. Gminy mają przyjmować zgłoszenia do ubezpieczenia (sprawa zgłoszenia, z uwagi na znaczkowy system pobierania składek odesłana jest do rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej) oraz wnioski o świadczenia. Pomiędzy ubezpieczalniami społecznymi i gminami podzielone będzie, stosownie do miejscowych warunków, przeprowadzanie czynności przygotowawczych do udzielania świadczeń i prowadzenie wykazów i kontroli osób, pobierających świadczenia. Zakres czynności gmin może być jeszcze dalej rozszerzony w miarę potrzeb i w miarę przystosowywania się gmin do nowych obowiązków. Wciągnięcie gmin do organizacji ubezpieczenia umotywowane jest bliskim kontaktem ludności wiejskiej z organizacją gminną, czego niema w miastach, a możliwe było ze względu na to, że ubezpieczenie odciąża gminy od wielu świadczeń z tytułu opieki społecznej. Gminy otrzymają zresztą wynagrodzenie za wykonywane czynności.

Organizacja i funkcjonowanie Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i ubezpieczalni społecznych nie ulegnie zmianom po objęciu ubezpieczenia robotników rolnych. Jedyne dla nadzoru i orzekania w sprawach świadczeń dla robotników rolnych przewidziane są odrębne komisje rentowe, w których zasiadać mają przedstawiciele robotników i pracodawców rolnych. Ponadto, z uwagi na powierzenie Zakładowi wykonywania ubezpieczenia robotników rolnych, projekt ustawy rozszerza czynne i bierne prawo wyborcze do rady Zakładu na osoby, objęte projektem oraz przewiduje zapewnienie im odpowiedniej reprezentacji w radzie Zakładu w drodze rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej. Rozszerzenie praw wyborczych dotyczy również rady zarządzającej Izby Ubezpieczeń Społecznych, której działalność rozszerzona będzie na ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych.

IV.

Część trzecia projektu ustawy poświęcona jest świadczeniom i tutaj znajdujemy najbardziej zasadnicze różnice w porównaniu z ustawą scaleniową. Zmiany te spowodowane zostały specjalnymi warunkami pracy w rolnictwie, gdzie nie istnieje rejestrowanie bezrobocia, natomiast mamy do czynienia z kategoriami pracowników, zatrudnionych nieregularnie, częstokroć w sumie nie więcej, jak kilkanaście tygodni w ciągu roku. Gdyby do pracowników tych kategorii zastosować przepisy analogiczne, jak do robotników przemysłowych, byłiby oni obciążeni składkami bez żadnej dla siebie korzyści. Wyłączenie tych kategorii z pod obowiązku ubezpieczenia byłoby jednakowoż niewskazane, ponieważ część tych pracowników przez zmianę charakteru swej pracy lub przez dodatkowe dorywcze zatrudnienie przy robotach, podpadających pod ustawę scaleniową, może uzyskać warunki do świadczeń. Wobec powyższego należało przewidzieć nowy rodzaj świadczeń — zwrot składek (odprawy). Ze względu na gorszy rozkład wiekowy osób, zatrudnionych w rolnictwie, niż zatrudnionych w przemyśle oraz na poważne przerwy w pracy u robotników sezonowych obniżyć musiano poziom świadczeń, a wymiar świadczeń bardziej związany z przebiegiem ubezpieczenia konkretnej osoby. Ze względu na powyższe przyjęto, jako zasadę, iż do świadczeń perjodycznych (rentowych) poza koniecznością posiadania 200 tygodni składkowych uprawnień będą ci ubezpieczeni, którzy przebyli w ubezpieczeniu nie mniej niż $\frac{1}{4}$ okresu kalendarzowego od początku ubezpieczenia do dnia powstania inwalidztwa. Osoby, które nie osiągnęły wyżej wskazanej $\frac{1}{4}$ tygodni — otrzymują zwrot uiszczonych składek, podczas gdy w ustawie scaleniowej robotnicy przemysłowi, jeśli nie utrzymają ciągłości ubezpieczenia — tracą wszelkie uprawnienia ubezpieczeniowe. Zwolnienie robotników rolnych od wymogu ciągłości ubezpieczenia byłoby niemożliwe, gdyż robotnicy pracujący w roku mniej niż 4 miesiące, względnie pozostający dłuższe okresy czasu bez pracy stanowią tak złe ryzyko ubezpieczeniowe, że przyznanie im prawa do renty podniosłoby niewspółmiernie składkę, nie zapewniając im przytem żadnego rozsądnego minimum wysokości rent.

Ubezpieczonym odpowiadającym wszystkim warunkom do uzyskania renty z wyjątkiem przebycia w ubezpieczeniu $\frac{1}{4}$ tygodni w okresie o którym wyżej była mowa oraz pozostającym po nich członkom rodzin projekt ustawy przyznaje odprawę w wysokości składek, opłaconych za ubezpieczenie danej osoby. Projekt ustawy za inwalidę uważa osobę w dwóch trzech niezdolną do zarobkowania na wsi lub która ukończyła 65 lat życia.

W ten sposób projekt, tak jak i ustawa scaleniowa, nie przewiduje odrębnej renty starczej, udostępniając zato starcom rentę inwalidzką.

Od jakichkolwiek wymogów co do ilości opłaconych składek zwolnione są osoby, które stały się inwalidami wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej.

Konstrukcja renty inwalidzkiej, a w szczególności konstrukcja kwoty zasadniczej i kwoty wzrostu odbiega również od zasad ustawy scaleniowej. Jako renty początkowe wypłacane będą kwoty zasadnicze, których procent (w granicach 20% — 26%) ustalać ma Minister Opieki Społecznej.

Wzrost rozpoczyna się dopiero po 8 latach ubezpieczenia i podnosi się progresywnie.

Podstawę wymiaru kwoty zasadniczej stanowi suma płac podstawowych, odpowiadających przebytem przez ubezpieczonego tygodniom składkowym, podzielona przez ilość ty-

godni kalendarzowych, które upłynęły od chwili rozpoczęcia ubezpieczenia do chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Przy ustalaniu więc podstawy wymiaru kwoty zasadniczej uwzględnia się, podobnie jak w ustawie scaleniowej wszystkie tygodnie kalendarzowe od początku do końca ubezpieczenia, przyczem przerwy w składkowaniu przyjmuje się za okres ubezpieczenia z zarobkiem zerowym, co obniża oczywiście podstawę wymiaru. Otrzymujący rentę inwalidzką ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości $\frac{1}{10}$ kwoty zasadniczej.

Podstawę wymiaru kwoty wzrostu ustala się natomiast jedynie na podstawie istotnie przebytych tygodni składkowych, dzieląc sumę plac podstawowych z tych tygodni przez ich liczbę. Wysokość kwoty wzrostu wynosi miesięcznie po przebyciu w ubezpieczeniu 416 tygodni składkowych $\frac{1}{2}\%$ miesięcznej podstawy wymiaru za każde następne 52 tygodnie składkowe aż do osiągnięcia 832 tygodni składkowych, poczem wzrost za każde następne 52 tygodnie składkowe wynosi 1% miesięcznej podstawy wymiaru aż do osiągnięcia 1248 tygodni składkowych; po osiągnięciu tej ostatniej liczby tygodni składkowych wzrost wynosi $1\frac{1}{2}\%$ miesięcznej podstawy wymiaru za każde następne 52 tygodnie składkowe i dochodzi po przebyciu w ubezpieczeniu 1872 tygodni składkowych do 30% miesięcznej podstawy wymiaru, poczem dalszy wzrost ustaje.

Osobna zmiana należy się dopłatą Skarbu Państwa. W odróżnieniu od ustawy scaleniowej dopłaty do rent ustalane są w dwóch wysokościach: dla rent inwalidzkich i wdowich — 24 zł. rocznie, dla rent sierocych 12 zł. rocznie i nie są zależne od wysokości indywidualnego zarobku. Dopłata Skarbu Państwa dla Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników odpowiada ściśle wypłacanym przez Zakład dopłatom do rent. Wysokość dopłat spowodowana jest ciężkim położeniem Skarbu Państwa.

Projekt, podobnie do ustawy scaleniowej, przewiduje renty wdowie i sieroce. Konstrukcja ich jest analogiczna (renta wdowa $\frac{1}{2}$, sieroca $\frac{1}{3}$ renty dla ubezpieczonego), z tą różnicą, że wiek sierot, bez względu na płeć, obniżony został na 15 lat. Po tym okresie prawo do renty przysługuje tylko sierotom niezdolnym do zarobkowania. Powyższe ograniczenie usprawiedliwione jest wcześniejszym rozpoczynaniem pracy przez dzieci na wsi. Nie przewidziano również podwyższenia sumy rent sierocych w wypadku, gdy wdowa żyje, a nie otrzymuje renty.

Obok powyższych świadczeń perjodycznych oraz omówionych już wyżej odpraw — projekt przewiduje zapomogi pośmiertne, przysługujące jednak tylko rodzinom po rencistach w wysokości 30 zł. Powodem takiego uregulowania sprawy jest fakt, iż umowy zbiorowe w rolnictwie przewidują świadczenia dla rodzin po zmarłych czynnych robotnikach. Nie wprowadzanie więc takich świadczeń do ustawy ubezpieczeniowej jest spowodowane tem, iż świadczenia pracodawców są wyższe od ewentualnych zapomóg i uzyskiwanie ich szybsze i łatwiejsze.

O ile chodzi o świadczenia w naturze to projekt przewiduje jedynie fakultatywną pomoc leczniczą, która polega na przywracaniu zdolności do zarobkowania inwalidów lub zapobieganiu powstaniu inwalidztwa.

Sprawy powstania i realizacji prawa do świadczeń, ustania, wstrzymania i ograniczenia praw do świadczeń oraz bezprawnego korzystania ze świadczeń, potrącenia, zapowiedzenia i zajęcia reguluje projekt analogicznie do ustawy scaleniowej. Dotyczy to również postępowania w sprawach o świadczenia z tą różnicą, że projekt przewiduje tu współdziałanie gmin, do których będą zgłaszane wnioski o świadczenia.

V.

Wysokość składki ustala projekt ustawy na 5% płacy podstawowej. Składkę powyższą opłacać będą, pracodawca w $\frac{2}{3}$ i robotnik w $\frac{1}{3}$, a więc robotnik opłaca 3% zarobków, a pracodawca 2%. Nierówny ten podział spowodowany został nie możliwością obciążania pracodawców rolnych składką wyższą, niż 2%owa, projekt jednak przewiduje, że Rada Ministrów może zmienić podział składki na korzyść robotnika, aż do opłacania składki po połowie. Ponadto Rada Ministrów może obniżać lub podwyższać składkę o 5% jej wysokości.

O ile chodzi o system pobierania składek, to w przeciwieństwie do ustawy scaleniowej, projekt wyraźnie przewiduje system znaczkowy. System ten uznano za jedynie odpowiedni dla rolnictwa ze względu na prostotę czynności pracodawców przy opłacaniu składek. Wprowadzenie innego systemu składkowania i ewidencji nie byłoby możliwe ze względu na to, że robotnicy rolni nie podlegają ubezpieczeniu chorobowemu i ich ewidencjonowanie wyłącznie tylko dla ubezpieczenia emerytalnego byłoby zbyt drogie i uciążliwe. Pracodawcy rolni nie byłoby zresztą w stanie sprostać wymaganiom innego systemu ewidencji, jak szczegółowe zgłoszenia, prowadzenie list płacy i t. p. Ścisłe ewidencjonowanie robotników rolnych jest wogóle niezmiernie trudne, ponieważ stanowią oni o wiele bardziej, niż robotnicy przemysłowi, płynny element zmieniający często miejsce zatrudnienia.

Sprawy odpowiedzialności pracodawcy za opłatę składek, opłacania przez nich składek za ubezpieczonych, nie pobierających żadnego wynagrodzenia lub jedynie utrzymanie, opłacania składek przez osoby, kontynuujące ubezpieczenie, postępowania egzekucyjnego i odpowiedzialności pracodawcy za świadczenia, utracone z powodu niezgłoszenia robotnika do ubezpieczenia lub nieuiszczenia składek we właściwych terminach — reguluje projekt analogicznie do ustawy scaleniowej. To samo dotyczy również kontroli nad prawidłowością uiszczania składek, którą wykonywają ubezpieczalnie społeczne.

VI.

Część piąta projektu zawiera przepisy majątkowe i finansowe. Na ich zasadzie Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przejmuje majątek i zobowiązania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, z tytułu ubezpieczenia robotników rolnych, wyłączone dotąd od przejęcia w myśl ustawy scaleniowej. Pozostałe przepisy finansowe (również sprawa lokat) unormowane są analogicznie do przepisów, zawartych w ustawie scaleniowej z tem zastrzeżeniem, że Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników za zobowiązania każdego ze swych działów ubezpieczenia (robotników przemysłowych i rolnych) odpowiada jedynie w granicach funduszów i zasobów tego działu. W ten sposób, o ile projekt wprowadza jedność organizacyjną obu ubezpieczeń, o tyle przestrzega surowo zasady całkowitej odrębności finansowej. Ubezpieczenie robotników rolnych ma partycypować w kosztach administracyjnych Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników oraz ponosić opłaty na rzecz Izby Ubezpieczeń Społecznych.

VII.

Część szóstą projektu dotyczy nadzoru nad ubezpieczeniem emerytalnym robotników rolnych i powołuje się na odpowiednie przepisy ustawy scaleniowej. Uregulowanie sposobu i zakresu wykonywania nadzoru nad czynnościami gmin, odesłane jest do rozporządzenia.

VIII.

Sprawę rozstrzygania sporów omawia siódma część projektu i odsyła jej uregulowanie do osobnej ustawy, przewidzianej w art. 268 ust. 1 ustawy scaleniowej. Spory między in-

stytucjami ubezpieczeniowymi również i w zakresie ubezpieczenia emerytalnego robotników rolnych rozstrzygać ma Minister Opieki Społecznej. (Przepisy przejściowe unormowane są analogicznie do ustawy scaleniowej). Sposób rozstrzygnięcia sporów, wynikłych z działalności gmin odesłany jest do rozporządzenia.

Część ósma projektu sprawę przepisów karnych odsyła do ustawy scaleniowej, z tą tylko różnicą, że, w braku sądów pracy dla rolnictwa, zastępuje je sądami grodzkimi.

Część dziewiąta projektu zawierająca przepisy ogólne — sprawy zwolnienia od podatków i opłat, pomocy władz państwowych i komunalnych, pism, doręczeń i terminów, ponownego rozpatrywania orzeczeń oraz nieważności umów odsyła do odpowiednich przepisów ustawy scaleniowej. To samo dotyczy unormowania wzajemnych stosunków uprawnień, nabytych z różnych tytułów w tych przypadkach, gdy dla osoby, podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia w myśl projektu, powstaną warunki ubezpieczenia według obowiązujących przepisów o ubezpieczeniu pracowników umysłowych lub gdy przejdzie ona do służby państwowej, zapewniającej zaopatrzenie emerytalne, oraz do przypadków odwrotnych. Sprawa uprawnień ubezpieczeniowych osób, podlegających kolejno lub z tytułu różnych zatrudnień równocześnie, ubezpieczeniu na zasadach projektu i ubezpieczeniu inwalidzkemu w myśl ustawy scaleniowej — odesłana została do rozporządzenia Rady Ministrów.

IX.

Obszerna dziesiąta część projektu zawiera przepisy przejściowe i wykonawcze. O ile chodzi o obszary, na których już obecnie robotnicy rolni posiadają ubezpieczenie emerytalne, a więc o województwa poznańskie i pomorskie (projekt nie dotyczy górnośląskiej części województwa śląskiego, ponieważ nie zapewnia świadczeń wyższych niż dotychczasowe) to projekt postanawia, że Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przejmuje prawa i obowiązki Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu w zakresie ubezpieczenia robotników rolnych i w związku z tem Ubezpieczalnia Krajowa ulega ostatecznej likwidacji. Wobec uprawnień osób ubezpieczonych oraz korzystających ze świadczeń przed wejściem w życie projektu w myśl IV Księgi ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy analogiczne zastosowanie ma mieć art. 301 ustawy scaleniowej; zapewniający, że nikt na podstawie ubezpieczenia w myśl projektu nie może otrzymywać świadczeń mniejszych od tych, jakie otrzymywałby, gdyby był nadal ubezpieczony w myśl ustaw dotychczasowych, oraz przewidujący możliwość podniesienia rent dotychczasowych o niższym wymiarze.

O ile chodzi o obszary na których nie było dotychczas ubezpieczenia emerytalnego robotników rolnych, to projekt

zawiera analogiczne do ustawy scaleniowej przepisy o zaopatrzeniu inwalidzkim dla osób, które w chwili wejścia w życie projektu będą miały ukończony 65 rok życia, oraz dla rodzin pozostałych po osobach, pobierających zaopatrzenie. Warunki uzyskania zaopatrzenia są przewidziane te same co w ustawie scaleniowej, wysokość jego jedynie jest niższa z uwagi na niższy poziom zarobków i świadczeń w rolnictwie.

Projekt reguluje również sprawę stosunku do ubezpieczenia osób, które ze względu na wiek (60 lat) nie byłyby objęte ubezpieczeniem i, tak jak ustawa scaleniowa, przewiduje obowiązek ubezpieczenia przed 65 rokiem życia, zaopatrzenie inwalidzkie dla starców bezrobotnych lub inwalidów oraz tych, którzy nie przebędą okresu wyczekiwania wzgl. zwrot składek a wreszcie zaopatrzenie dla wdów i sierot.

Poza przepisami powyższymi zawiera projekt zupełnie specjalny przepis, dotyczący uprawnień z tytułu umów zbiorowych. Umowy zbiorowe w rolnictwie gwarantują długoletnim robotnikom rolnym nieusuwalność z pracy, względnie połowę wynagrodzenia w razie zupełnej niezdolności do pracy; ponieważ pracodawcy mogliby zacząć odmawiać tych świadczeń robotnikom, którzy otrzymaliby zaopatrzenie inwalidzkie, a świadczenia, otrzymywane od pracodawców, są wyższe od tych zaopatrzeń — przeto projekt daje Ministrowi Opieki Społecznej uprawnienie do ustalenia dla tych osób wyższych zaopatrzeń. Utrzymuje również projekt w mocy nieusuwalność z pracy dla robotników czynnie pracujących, a to dla uniknięcia masowych zwolnień i umożliwienia tym robotnikom nabycia praw do świadczeń ubezpieczeniowych.

Na uwagę zasługuje powołanie się projektu na art. 313 ustawy scaleniowej. Dzięki temu możliwe będzie przywrócenie utraconych uprawnień robotnikom rolnych na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego, którzy utracili swe uprawnienia ubezpieczeniowe wskutek surowych przepisów ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy. Chodzić tu będzie w szczególności o § 1280 ordynacji, dotyczący utrzymania praw do świadczeń.

Termin wejścia w życie projektu określić mają dla obszarów poszczególnych województw rozporządzenia Rady Ministrów.

Specjalnie ważny jest przepis, który ze względu na specjalne stosunki pracy w gospodarstwach rolnych poniżej 30 ha, odracza wobec nich z wyjątkiem województw poznańskiego i pomorskiego, wprowadzenie ubezpieczenia emerytalnego robotników rolnych. Rada Ministrów uprawniona będzie wprowadzać to ubezpieczenie na obszarze poszczególnych województw w odniesieniu do poszczególnych kategorii gospodarstw poniżej 30 ha. Do tego czasu praca w tych gospodarstwach uważana będzie za pewnego rodzaju okres zastępczy.

Dr. JULJAN BAUMGARTEN.

DOSTOSOWANIE USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM DO OSÓB, ZATRUDNIONYCH W ŻEGLUDZE MORSKIEJ

Artykuł 312 ustawy o ubezpieczeniu społecznym zawiera daleko idącą delegację dla Ministra Opieki Społecznej, dając mu pełnomocnictwa w dwóch kierunkach: a) przeprowadzenia zmian w ustawie, stosownie do potrzeb osób, zatrudnionych w żegludze morskiej i b) pełnomocnictwo a zarazem obowiązek unormowania stosunku ubezpieczeniowego pewnej kategorii osób, zatrudnionych w żegludze morskiej nie na podstawie stosunku umowy najmu pracy. Przepis ten jest dowodem tro-

ski miarodajnych czynników o rozwój młodej, polskiej żeglugi morskiej i zrozumienia jej potrzeb. Zgodnie ze strukturą ustawy „scaleniowej“ i jej dążnością nie obrano drogi, którą poszły ustawodawstwa zagraniczne, wyodrębniające żeglugę morską z systemu organizacyjnego ubezpieczeń społecznych, lecz stworzono możliwość dostosowania istniejącego ustawodawstwa do odmiennych warunków pracy, nie kępując zresztą Ministra Opieki Społecznej żadnymi ograniczeniami i zezwalając

mu na dokonanie — w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu — takich zmian, jakie będą wskazane.

Pierwszym aktem na tej podstawie jest 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). Jako zasadę przyjęto (§ 1), że rozporządzenie omawiane normuje tylko odchylenia od ustawy o ubezpieczeniu społecznym, której przepisy mają pełne zastosowanie, jeśli ich rozporządzenie nie zmienia. Osoby, podlegające przepisom rozporządzenia, podzielono na dwie kategorie (§ 3): 1) osoby, zatrudnione na statkach polskich, w rozumieniu odnośnych przepisów i na statkach, zarejestrowanych przez władze polskie oraz osoby, zatrudnione przy czynnościach dorywczych, wykonywanych na statkach obcych, na obszarze polskich wód terytorjalnych. Wyłączono zatem załogę statków obcych, nie było natomiast powodu do wyłączenia osób, które nie należąc do załogi statku obcego — wykonują na nim czynności dorywcze np. prace przy drobnym remoncie, bunkierce i t. p. Ta kategoria osób podlegała już na zasadzie przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym obowiązkowi ubezpieczenia w pełnym zakresie. 2) Drugą kategorię tworzą osoby, któreby na podstawie ustawy nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia a które winny być zgodnie z postulatem art. 312 ubezpieczone; są to osoby, wykonywujące samodzielnie, na własny rachunek, zawód żeglarski na statkach małych (nieprzekraczających 50 m³ pojemności) a więc w pierwszym rzędzie rybacy i właściciele kutrów i małych żaglowców. Art. 312 zaleca przystosowanie zasad ustawy o ubezpieczeniu społecznym od potrzeb tych osób, pozostawia zatem Ministrowi ocenę zakresu „przystosowania” a zatem również obowiązku ubezpieczenia; rozporządzenie poddaje te osoby jedynie obowiązkowi ubezpieczenia, objętego art. 1 pkt. 2 lit. a) ustawy a więc wypadkowego; co do ubezpieczenia chorobowego i emerytalnego stwarza łagodniejsze warunki, umożliwiające przystąpienie z własnej woli na warunkach ulgowych. Takie unormowanie jest zgodne „z potrzebami tych osób” — instytucja ubezpieczeniowa przewiduje wypadek losowy najdotkliwszy, lecz niedający się przewidzieć a powodujący duży wydatek dla tego, kogo dotknie. Ubezpieczenie chorobowe i emerytalne nie zawiera już tej bezpośredniości, a mimo to zagadnienie to nie jest obce tej kategorii osób, ponieważ rybacy na wybrzeżu polskim posiadają już kasy wzajemnej pomocy, to też niewątpliwie skorzystają z ulgowych warunków dobrowolnego ubezpieczenia, jakie im stwarza rozporządzenie.

Dalsze przepisy rozporządzenia (§§ 4 do 7 i § 9) dostosowują przepisy ustawy do odmiennych warunków pracy marynarza lub do warunków lokalnych (uwzględnienie umowy żeglarskiej, praca bez względu na niedzielę i święta, odmienne normowanie zarobku i wynagrodzenia w naturze).

§ 8 rozporządzenia, ustalający właściwość ubezpieczalni społecznej w Gdyni, ogniskuje w jednej ubezpieczalni sprawy, związane z ubezpieczeniem osób, zatrudnionych w żegludze morskiej i zapewnia im, przez wyspecjalizowanie pracowników ubezpieczalni, fachowe ujęcie zagadnienia, należyłą opiekę i zrozumienie ich potrzeb.

Odrębnego unormowania wymagało przyznawanie świadczeń na wypadek choroby, wobec istniejących przepisów ordynacji żeglarskiej (ustawy o służbie marynarza), których ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie uchylili a rozporządzenie nie mogło tego uczynić. Przepisy te zobowiązują armatora do udzielania świadczeń w razie zachorowania członka załogi w czasie podróży — należało zatem wykluczyć na ten czas świad-

czenia, do których byłaby zobowiązana ubezpieczalnia społeczna, by nie stwarzać podstaw do podwójnego odszkodowania za jeden wypadek losowy. W związku z tem pozostaje przepis § 14 omawianego rozporządzenia: równie sprawiedliwym było udzielenie bonifikaty armatorowi, który odciąża ubezpieczalnię społeczną, udzielając zamiast niej świadczeń; zamiast zwrotu tych świadczeń względnie ich wartości armatorowi (co jest połączone z trudnościami i może powodować spory) obniżono mu składkę za ubezpieczenie chorobowe, wzorując się na dotychczasowej praktyce, przyjętej na podstawie umowy między kasą chorych w Gdyni a związkiem armatorów, mianowicie część składki na ubezpieczenie chorobowe, przypadające na pracodawcę obniżono o 30% pełnej składki. Przewidziana w § 8 omawianego rozporządzenia wyłączna właściwość terytorjalna ubezpieczalni społecznej w Gdyni pozwala na kontrolę słuszności przyjętego opustu i umożliwia kalkulację.

W rozporządzeniu dano przepis (§ 11), chroniący przed utratą praw do świadczeń tych marynarzy, którzy zachorowali przed ukończeniem podróży i po powrocie zostali zwolnieni, jakoteż takich, którzy z powodu choroby zostali wykreślowani zagranicą i powrócili do kraju wolnym transportem. Oczywiście przepis ten, ze względu na swój cel oraz użyte w tekście w ostatnim zdaniu słowa „jeszcze”, dotyczy tylko tej samej choroby.

Przepisy §§ 12 i 17 mają na celu dostosowanie przepisów do warunków pracy osób, zatrudnionych w żegludze morskiej, wzrost rent, będący utrzymaniem dotychczasowego stanu (przewidywały go postanowienia ordynacji ubezpieczeniowej), nie jest obcy ustawie o ubezpieczeniu społecznym (art. 139 ust. 6).

Postanowienie § 13 omawianego rozporządzenia przyznaje pewnej kategorii osób, zatrudnionych przez dłuższy okres czasu w żegludze morskiej, ulgi w uzyskaniu praw do świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego, skracając w stosunku do nich okresy, które gwarantują utrzymanie uprawnień z tego ubezpieczenia; przepis, wzorowany na ustawodawstwie włoskim, jest uzasadniony ciężką służbą marynarza oraz krótszym, niezależnym od niego zatrudnieniem w ciągu roku kalendarzowego.

§§ 15 i 16 oraz 18, 19 i 20 zawierają przepisy, odnoszące się do statków detaszowanych; założeniem jest, że statek, który pozostaje dłuższy czas poza portem ojczystym, nie może utrzymać z nim regularnego kontaktu. Powodowałoby to niedomagania w zgłoszeniach (mimo przepisu § 9), których skutkiem mogłoby być opóźnienie przyznania świadczeń, niedopuszczalne zwłaszcza w ubezpieczeniu chorobowym. Podczas gdy naogół rozporządzenie przyjmuje zasady ustawy o ubezpieczeniu społecznym — z koniecznymi modyfikacjami — a więc w pierwszej linii rzeczywiste zarobki jako podstawę obliczenia składki i wymiaru renty, odnośnie do statków detaszowanych odstępuje od tej zasady i stwarza fikcję, w celu umożliwienia obliczenia składki bez indywidualnych zgłoszeń (§ 16) i przyznania świadczeń (§ 15). Przepisy podobne zawierała dotychczas obowiązująca ordynacja ubezpieczeniowa i ustawodawstwo zagraniczne. Ustalenie załogi szacunkowej nie natrafia na trudności, ponieważ każda jednostka ma pewien etat stanowisk, koniecznych do uruchomienia statku, zależnie od pojemności i celu, któremu statek służy. Konsekwencją przyjęcia zasady załogi szacunkowej jest przepis § 18 nadający księżce żeglarskiej charakter legitymacji ubezpieczonego, przepis konieczny wobec braku indywidualnego zgłoszenia do ubezpieczalni społecznej. § 19 zawiera przepisy dotyczące martwej konserwacji: często się zdarza, że armator unieruchamia sta-

tek; unieruchomienie może być dwojakiego rodzaju, na dłuższą metę t. zn. z pozostawieniem po wygaszeniu maszyn tylko personelu dozoru (zimna martwa konserwacja) a więc zupełne wycofanie statku na dłuższy okres czasu (ponowne uruchomienie pociąga za sobą znaczne koszty) — albo pozostawienie statku niejako w rezerwie t. zn. z ogniem w kotle (ogrzewanie, oświetlenie) i z zmniejszoną załogą, potrzebną do wszystkich czynności prócz nawigacji (ciepła martwa konserwacja). Skutkiem konserwacji jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego, zatem słusznym jest odpowiednie obniżenie składki (nie należy zapominać, że chodzi o załogę szacunkową w razie detaszowania statku), przyczem przyjęto pewną przeciętną na podstawie dotychczasowych doświadczeń.

Przepisy omówione powyżej, dotyczące martwej konserwacji statków detaszowanych nie będą miały w danej chwili znaczenia praktycznego, ponieważ flota polska posiada obecnie tylko jeden statek detaszowany (s/s Polonja na linii palestyńskiej) i w razie zakonserwowania go uczynionoby to prawdopodobnie w Gdyni, przestałby zatem być detaszowany, lecz przepisy te mogą się stać aktualne w razie skorzystania przez Ministra Opieki Społecznej z upoważnienia z § 20 ust. 3, mocą którego może Minister uznać za statek detaszowany każdy inny statek a więc zmienić podstawę obliczania składek i wymiaru świadczeń z zarobków rzeczywistych na fikcyjne. Przepis ten stanowi sui generis delegację dla Ministra zastosowania takich przepisów, które okażą się praktyczniejsze w wykonaniu.

Rozporządzenie omawiane stara się dostosować przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym do warunków pracy marynarzy i uwzględnić techniczne odchylenia w porównaniu do innych zakładów pracy. Dotychczas obowiązujące ustawy (ordynacja ubezpieczeniowa i ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby) nie zawierały odrębnych przepisów dla osób, zatrudnionych w żegludzie morskiej, za wyjątkiem: a) przepisu o uznaniu za zaginionego, który został uwzględniony w ustawie o ubezpieczeniu społecznym; b) odmiennego sposobu obliczania składki za ubezpieczenie inwalidzkie — przepis obecnie nieaktualny wobec przyjęcia zasady zarobków rzeczywistych; wreszcie c) odrębnych przepisów dla ubezpieczenia wypadkowego, co jednak było wynikiem odmiennej struktury i tem wywołaną koniecznością: zasada spółek zawodowych przemysłowych, rolniczych i morskich z dalszym jeszcze podziałem według gałęzi i zasadą obowiązku ubezpieczenia zakładu pracy (w danym przypadku statku) i dopiero pochodnie obowiązek ubezpieczenia osób w nim zatrudnionych a więc ubezpieczenie zbiorowe a nie — jak dziś — indywidualne na podstawie zgłoszenia. Tego rodzaju ujęcie było niewskazane i sprzeczne z przyjętą zasadą „scalenia”. Obrano drogę oryginalną i mimo skodyfikowania przepisów znaleziono możliwość odrębnego traktowania ubezpieczenia osób, związanych z morzem, przy uwzględnianiu słusznych postulatów tego ubezpieczenia, bez uciekania się wzorem zagranicy do wyodrębnienia tego ubezpieczenia.

ZBIGNIEW ŁOMNICKI

O SKŁADCE ZA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE I ZALICZANIU ZAKŁADÓW PRACY DO KLAS I KATEGORIJ NIEBEZPIECZEŃSTWA¹⁾

W myśl art. 221 ustawy o ubezpieczeniu społecznym składkę za ubezpieczenie wypadkowe ustala się co trzy lata tak, aby poszczególne grupy pracodawców, określone według gałęzi rozporządzeniami Ministra Opieki Społecznej, pokrywały składkami swoje ryzyko (ust. 2) — w obrębie tych grup składka jest uzależniona od stopnia niebezpieczeństwa danego rodzaju przedsiębiorstw (ust. 3). Ponadto każdy pracodawca opłaca jednolity dodatek w wysokości 0,3% zarobków ubezpieczonych z wyjątkiem pracodawców rolnych, którzy płacą od ścinki i obróbki drzewa taki sam dodatek, od innych zaś pracowników 0,2% (ust. 2). Wysokość składki dla poszczególnych rodzajów przedsiębiorstw ustala się co trzy lata na zasadzie obliczeń techniczno-ubezpieczeniowych, których zasady określa rozporządzeniem Minister Opieki Społecznej — gdy obliczenia te wskazują na potrzebę zmiany ich wysokości, zmiany te zatwierdza Minister na wniosek Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków

(ust. 4). Rada Ministrów może na wniosek Ministra Opieki Społecznej równomiernie obniżyć lub podwyższyć wszystkie składki bez zmiany ich wzajemnego rozkładu (ust. 5). Na pierwszy trzyletni okres obowiązuje rozkład składek ustalony przez Ministra Opieki Społecznej na podstawie danych dotychczasowych.

Art. 222 ust. (1) ustawy ustala, że składka właściwa dla danego rodzaju przedsiębiorstw, może być obniżona lub podwyższona dla takiego zakładu pracy, w którym warunki higieniczne i bezpieczeństwa pracy wydatnie różnią się od przeciętnych tego samego rodzaju. Rozporządzenie w tej sprawie ma być wydane w porozumieniu z innymi zainteresowanymi Ministrami.

Całokształt spraw, odnoszących się do wysokości składki za ubezpieczenie wypadkowe normuje na pierwszy trzyletni okres obowiązywania ustawy rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1933 r. o wysokości składek za ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr. 1, poz. 2). Wydanie tego rozporządzenia poprzedzone były długotrwałymi pracami badawczymi, przeprowadzonymi przez Ministerstwo Opieki Społecznej i b. Zakład Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie, pracami, których wyczerpujące omówienie będzie przedmiotem innego artykułu. Obecnie wypadałoby omówić szczegółowo przepisy tego rozporządzenia, zwrócić uwagę na sposób stosowania go w praktyce, bez głębszego wnikania w całokształt prac przygotowawczych.

Przewidziany w ustawie rozkład na grupy pracodawców

¹⁾ Artykuł ten zawiera omówienie rozporządzenia 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 i 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. z 1934 r. Nr. 1, poz. 2). Wskazaniem zatem jest zapoznać się z brzmieniem poszczególnych §§ tego rozporządzenia.

dawców i rodzaje zakładów pracy zawiera załącznik 1 do rozporządzenia. Obejmuje on 297 pozycji (odpowiadających rodzajom przedsiębiorstw), ujętych w 61 podgrup oraz XVI grup i uporządkowanych w ten sposób, że na początku umieszczono uzyskiwanie surowców (rolnictwo, leśnictwo, górnictwo, kamieniołomy), następnie przemysł przetwórczy od hutnictwa do przemysłu konfekcyjnego, później budownictwo, zakłady użyteczności publicznej (zakłady elektryczne, wodociągowe i t. p.), wreszcie transport, handel i wszelkie usługi. Pojęcie zakładu pracy jest w myśl § 1 rozporządzenia wyżej podanego nie zależy od tego, jaką pracę wykonuje ubezpieczony, tylko jest uzależniony od ryzyka, związanego z danym zakładem pracy, jako całością. W ubezpieczeniu wypadkowym, obowiązującym do końca roku 1933 zarówno w dzielnicach zachodnich, jak i na pozostałym obszarze Państwa, jednostką, podlegającą ubezpieczeniu od wypadków i do tego ubezpieczenia zgłaszaną było przedsiębiorstwo; składka za wszystkich pracowników, zajętych w niem, była obliczana łącznie, nie było więc różnic w składce za poszczególnych pracowników. Ten stan rzeczy został utrzymany mimo, że nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym przeszła na ubezpieczenie indywidualne pracowników.

I tak np. ślusarnia, zatrudniająca 2 robotników w warsztacie, dozorcę i jednego kasjera-księgowego opłaca od wszystkich tych pracowników składkę, właściwą całemu zakładowi pracy, a nie odmienną za poszczególnych pracowników.

Dla każdego zakładu pracy przewidziana jest w załączniku 1 jedna z dwunastu kategorii niebezpieczeństwa (I — XII). Każdej kategorii odpowiada (załącznik 2) pewna liczba, t. zw. średnia klasa niebezpieczeństwa oraz szereg kolejno po sobie następujących liczb, t. zw. klas niebezpieczeństwa. Klasa najniższa danej kategorii jest liczbą o 25% niższą, a klasa najwyższa o 25% wyższą od klasy średniej tej kategorii (§ 2). Składkę procentową w danej klasie niebezpieczeństwa otrzymuje się, mnożąc liczbę, oznaczającą klasę, przez t. zw. jednostkę taryfową, która została ustalona na 0,06 (§ 3). Tablica umieszczona poniżej daje schemat kategorii i klas niebezpieczeństwa z uwzględnieniem wysokości składek procentowych w poszczególnych klasach.

W rozporządzeniu przyjęto taką właśnie konstrukcję składki, aby ułatwić przewidziane art. 222 ust. (1) obniżanie i podwyższanie składki w granicach 25%-owych. Ponadto w razie zarządzenia przez Radę Ministrów równomiernej obniżki lub podwyżki składek, da się to łatwo dokonać zapomocą odmiennego ustalenia jednostki taryfowej.

Rozporządzenie stanowi w § 4, że wszelkie części przedsiębiorstwa, nawet bardzo znacznie różniące się stopniem niebezpieczeństwa, należy traktować łącznie, o ile stanowią one normalnie część składową zakładów pracy danego rodzaju.

I tak w powyższym przykładzie ślusarni należy przypuszczać, że zazwyczaj przedsiębiorstwo o takiej liczbie robotników posiada siłę kancelaryjną i dozorcę, że prace, wykonywane przez te osoby są normalnymi czynnościami, związanymi z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa, że więc składka powinna być obliczona według kategorii niebezpieczeństwa, odpowiadającej ślusarniom. (W tym wypadku, ponieważ pozycji 65 odpowiada kategoria VII zaliczamy przedsiębiorstwo do klasy 32, średniej (§ 9 ust. 1). Składka w klasie 32 wynosi 1,92%, co powiększone o 0,3% (§ 16) wynosi 2,22%.

Tak ma się rzecz, gdy owe prace poboczne służą własnym celom zakładu pracy i nie przekraczają zwykłych rozmiarów.

Stolarnię, wyrabiającą modele przy odlewni żelaza (modelarnia) należy uważać za integralną część odlewni, jakkolwiek odpowiadałaby jej (poz. 161) składka wyższa, niż odlewni (poz. 30). Natomiast inaczej miałaby się sprawa, gdyby

w stolarni tej wytwarzano skrzynie dla sąsiadującej przędzalni. Te prace nie służą już własnym celom odlewni, ponieważ przekraczają zwykle rozmiary prac w modelarni.

Podobnie ust. 3 i 4 § 4 rozporządzenia ustalają, co należy uważać za część składową gospodarstwa rolnego oraz gospodarstwa leśnego. Zwrócić należy uwagę, że w myśl tego przepisu przy ustalaniu składki wypadkowej nie uważa się za część składową gospodarstwa rolnego gorzelnia, młyn, krochmalnia i t. p., a także i innych zakładów o charakterze (częściowo, mniej lub więcej) przemysłowym, chyba, że jest to zakład, przetwarzający jedynie plody danego gospodarstwa rolnego i to jedynie do użycia w danym gospodarstwie. Ponieważ takich zakładów pracy jest bardzo niewiele, przeto naogół za pracowników tych przedsiębiorstw będzie się płacić składkę, odpowiadającą danemu rodzajowi zakładów pracy. Należy zaznaczyć, że ustawa o ubezpieczeniu społecznym w art. 6 ust. (3) pkt. 1 wprowadza podobne pojęcie, określając „zakład pracy, ściśle z rolnictwem związany, a nie posiadający przeobrażającego charakteru przemysłowego lub handlowego“; w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 95), wydanym na podstawie tego artykułu, pojęcie to zostało ściślej sprecyzowane. Zostało ono wprowadzone dla ustalenia, którzy pracownicy na równi z pracownikami rolnymi nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia emerytalnego robotników — natomiast fakt, że jakiś zakład pracy pod to pojęcie podpada nie ma wpływu na wysokość składki wypadkowej za zatrudnionych w nim pracowników.

Bardzo często zdarza się, że zakład pracy składa się z kilku części, różniących się od siebie mniej lub więcej wyrażnie tak, że proste zaliczenie go jako całości według jednej pozycji załącznika 1 jest niemożliwe, ponieważ załącznik ten nie przewiduje specjalnej pozycji dla przedsiębiorstw o takim właśnie skomplikowanym składzie. W tym znaczeniu można mówić o „złożonym“ zakładzie pracy. Jak należy w takim przypadku postąpić przy zaliczaniu go, ustalają przepisy §§ 6, 7 i 10 rozporządzenia; sprawę tę postaramy się omówić szczegółowiej i zilustrować przykładami.

Jeżeli przedsiębiorstwo składa się z kilku części, różniących się wyraźnie między sobą i to tak dalece, że w zakładzie pracy nie zatrudnia się wspólnych pracowników tych części i prowadzi się dla tych działów odrębne listy płatnicze — wtedy w myśl § 6 można je zaliczyć oddzielnie.

I tak, mając zaliczyć np. gospodarstwo leśne, które prowadzi w danym okresie czasu budowę nowych gajówek, stwierdzamy łatwo, że takie gospodarstwo nie da się zaliczyć poprostu do poz. 7. Gdyby to były roboty nad konserwacją budynków, sprawa przedstawiałaby się inaczej, prace bowiem konserwacyjne uważa się za normalną część składową gospodarstwa leśnego (§ 4, ust. 3); ponieważ jednak w przykładzie powyższym ma się do czynienia z wznoszeniem budynków nowych, przeto stwierdzić jedynie trzeba, czy zatrudnia się tych samych robotników przy budowie, co w gospodarstwie leśnym. Zazwyczaj są to pracownicy inni, zatem w tym wypadku należy zaliczyć oddzielnie i wydać w myśl § 6 dwa orzeczenia: na gospodarstwo leśne i na roboty budowlane.

W zakładach pracy, złożonych z kilku działów brak jednak najczęściej warunków, wymaganych w § 6 do oddzielnego zaliczenia poszczególnych części zakładu pracy, ponieważ zazwyczaj, oprócz osób, zatrudnionych wyłącznie w tym lub innym dziale przedsiębiorstwa, istnieje wielu pracowników wspólnych, o których trudno orzec, do jakiego działu przynależą (kierownictwo, robotnicy „placowi“ i t. d.). Takie przedsiębiorstwo nakazuje § 7, ust. 1 zaliczać jako „mieszany zakład pracy“ — sposób, w jaki tego zaliczenia dokonać, podaje § 10. (Oczywiście postępuje się tak, o ile w załączniku 1 nie ma odpowiedniej pozycji; np. fabryka zapalek z wyrobem drewniak

Taryfa składek za ubezpieczenie wypadkowe ¹⁾

Kategoria	Klasa	Składka		Kategoria	Klasa	Składka		Kategoria	Klasa	Składka		Kategoria	Klasa	Składka		Kategoria	Klasa	Składka					
		bez dodatku jednolitego	z dodatkiem jednolitym			bez dodatku jednolitego	z dodatkiem jednolitym			bez dodatku jednolitego	z dodatkiem jednolitym			bez dodatku jednolitego	z dodatkiem jednolitym			bez dodatku jednolitego	z dodatkiem jednolitym				
I.	3	0,18	0,48	VI.	18	1,08	1,38	VIII.	30	1,80	2,10	X.	45	2,70	3,00	XI.	54	3,24	3,54	XII.	66	3,96	4,26
	4	0,24	0,54		19	1,14	1,44		31	1,86	2,16		46	2,76	3,06		55	3,30	3,60		67	4,02	4,32
	5	0,30	0,60		20	1,20	1,50		32	1,92	2,22		47	2,82	3,12		56	3,36	3,66		68	4,08	4,38
					21	1,26	1,56		33	1,98	2,28		48	2,88	3,18		57	3,42	3,72		69	4,14	4,44
					22	1,32	1,62		34	2,04	2,34		49	2,94	3,24		58	3,48	3,78		70	4,20	4,50
II.	6	0,36	0,66	23	1,38	1,68	35	2,10	2,40	50	3,00	3,30	59	3,54	3,84	71	4,26	4,56		72	4,32	4,62	
	7	0,42	0,72	24	1,44	1,74	36	2,16	2,46	51	3,06	3,36	60	3,60	3,90	72	4,32	4,62		73	4,38	4,68	
	8	0,48	0,78	25	1,50	1,80	37	2,22	2,52	52	3,12	3,42	61	3,66	3,96	73	4,38	4,68		74	4,44	4,74	
	9	0,54	0,84	26	1,56	1,86	38	2,28	2,58	53	3,18	3,48	62	3,72	4,02	74	4,44	4,74		75	4,50	4,80	
	10	0,60	0,90	27	1,62	1,92	39	2,34	2,64	54	3,24	3,54	63	3,78	4,08	75	4,50	4,80		76	4,56	4,86	
III.	9	0,54	0,84	28	1,68	1,98	40	2,40	2,70	55	3,30	3,60	64	3,84	4,14	76	4,56	4,86		77	4,62	4,92	
	10	0,60	0,90	29	1,74	2,04	41	2,46	2,76	56	3,36	3,66	65	3,90	4,20	77	4,62	4,92		78	4,68	4,98	
	11	0,66	0,96	30	1,80	2,10	42	2,52	2,82	57	3,42	3,72	66	3,96	4,26	78	4,68	4,98		79	4,74	5,04	
	12	0,72	1,02	24	1,44	1,74	43	2,58	2,88	58	3,48	3,78	67	4,02	4,32	79	4,74	5,04		80	4,80	5,10	
	13	0,78	1,08	25	1,50	1,80	44	2,64	2,94	59	3,54	3,84	68	4,08	4,38	80	4,80	5,10		81	4,86	5,16	
IV.	14	0,84	1,14	26	1,56	1,86	45	2,70	3,00	60	3,60	3,90	69	4,14	4,44	81	4,86	5,16		82	4,92	5,22	
	15	0,90	1,20	27	1,62	1,92	46	2,76	3,06	61	3,66	3,96	70	4,20	4,50	82	4,92	5,22		83	4,98	5,28	
				28	1,68	1,98	47	2,82	3,12	62	3,72	4,02	71	4,26	4,56	83	4,98	5,28		84	5,04	5,34	
				29	1,74	2,04	48	2,88	3,18	63	3,78	4,08	72	4,32	4,62	84	5,04	5,34		85	5,10	5,40	
				30	1,80	2,10	49	2,94	3,24	64	3,84	4,14	73	4,38	4,68	85	5,10	5,40		86	5,16	5,46	
V.	12	0,72	1,02	31	1,86	2,16	50	3,00	3,30	65	3,90	4,20	74	4,44	4,74	86	5,16	5,46		87	5,22	5,52	
	13	0,78	1,08	32	1,92	2,22	36	2,16	2,46	66	3,96	4,26	75	4,50	4,80	87	5,22	5,52		88	5,28	5,58	
	14	0,84	1,14	33	1,98	2,28	37	2,22	2,52	67	4,02	4,32	76	4,56	4,86	88	5,28	5,58		89	5,34	5,64	
	15	0,90	1,20	34	2,04	2,34	38	2,28	2,58	68	4,08	4,38	77	4,62	4,92	89	5,34	5,64		90	5,40	5,70	
				35	2,10	2,40	39	2,34	2,64	69	4,14	4,44	78	4,68	4,98	90	5,40	5,70		91	5,46	5,76	
VI.	16	0,96	1,26	36	2,16	2,46	40	2,40	2,70	70	4,20	4,50	79	4,74	5,04	91	5,46	5,76		92	5,52	5,82	
	17	1,02	1,32	37	2,22	2,52	41	2,46	2,76	71	4,26	4,56	80	4,80	5,10	92	5,52	5,82		93	5,58	5,88	
	18	1,08	1,38	38	2,28	2,58	42	2,52	2,82	72	4,32	4,62	81	4,86	5,16	93	5,58	5,88		94	5,64	5,94	
	19	1,14	1,44	39	2,34	2,64	43	2,58	2,88	73	4,38	4,68	82	4,92	5,22	94	5,64	5,94		95	5,70	6,00	
	20	1,20	1,50	40	2,40	2,70	44	2,64	2,94	74	4,44	4,74	83	4,98	5,28	95	5,70	6,00		96	5,76	6,06	
VII.	15	0,90	1,20	41	2,46	2,76	45	2,70	3,00	75	4,50	4,80	84	5,04	5,34	96	5,76	6,06		97	5,82	6,12	
	16	0,96	1,26	42	2,52	2,82	46	2,76	3,06	76	4,56	4,86	85	5,10	5,40	97	5,82	6,12		98	5,88	6,18	
	17	1,02	1,32	43	2,58	2,88	47	2,82	3,12	77	4,62	4,92	86	5,16	5,46	98	5,88	6,18		99	5,94	6,24	
	18	1,08	1,38	44	2,64	2,94	48	2,88	3,18	78	4,68	4,98	87	5,22	5,52	99	5,94	6,24		100	6,00	6,30	
	19	1,14	1,44	45	2,70	3,00	49	2,94	3,24	79	4,74	5,04	88	5,28	5,58	100	6,00	6,30		101	6,06	6,36	
VIII.	20	1,20	1,50	46	2,76	3,06	50	3,00	3,30	80	4,80	5,10	89	5,34	5,64	101	6,06	6,36		102	6,12	6,42	
	21	1,26	1,56	47	2,82	3,12	51	3,06	3,36	81	4,86	5,16	90	5,40	5,70	102	6,12	6,42		103	6,18	6,48	
	22	1,32	1,62	48	2,88	3,18	52	3,12	3,42	82	4,92	5,22	91	5,46	5,76	103	6,18	6,48		104	6,24	6,54	
	23	1,38	1,68	49	2,94	3,24	53	3,18	3,48	83	4,98	5,28	92	5,52	5,82	104	6,24	6,54		105	6,30	6,60	
	24	1,44	1,74	50	3,00	3,30	54	3,24	3,54	84	5,04	5,34	93	5,58	5,88	105	6,30	6,60		106	6,36	6,66	
IX.	25	1,50	1,80	51	3,06	3,36	55	3,30	3,60	85	5,10	5,40	94	5,64	5,94	106	6,36	6,66		107	6,42	6,72	
				52	3,12	3,42	56	3,36	3,66	86	5,16	5,46	95	5,70	6,00	107	6,42	6,72		108	6,48	6,78	
				53	3,18	3,48	57	3,42	3,72	87	5,22	5,52	96	5,76	6,06	108	6,48	6,78		109	6,54	6,84	
				54	3,24	3,54	58	3,48	3,78	88	5,28	5,58	97	5,82	6,12	109	6,54	6,84		110	6,60	6,90	
				55	3,30	3,60	59	3,54	3,84	89	5,34	5,64	98	5,88	6,18								

¹⁾ W tablicy podano wysokość składki z dodatkiem jednolitym dla przedsiębiorstw przemysłowych, t. j. z dodatkiem 0,3%.

nie jest „mieszanym zakładem pracy“, złożonym z fabryki chemicznej i warsztatów obróbki drewna, ponieważ przewidziana jest dla takich przedsiębiorstw oddzielna pozycja 71).

Celem ustalenia kategorii i klasy niebezpieczeństwa „mieszanego zakładu pracy“ § 10 rozporządzenia nakazuje ustalić naprzód w myśl §§ 5, 8 i 9 (które to paragrafy omówimy poniżej) kategorie i klasy odpowiadające poszczególnym częściom, wchodzącym w skład tego „mieszanego zakładu pracy“, a następnie utworzyć średnią ważoną¹⁾ tych klas, używając jako wag sum rocznych zarobków, wypłacanych osobom, zatrudnionym w poszczególnych częściach zakładu pracy. Ta średnia ważona daje właściwą klasę niebezpieczeństwa, można brać średniej arytmetycznej (1½), tylko średnią ważoną przy użyciu liczby dni, jako wag:

$$\frac{0 \times 3 + 1 \times 9 + 2 \times 1 + 3 \times 1}{3 + 9 + 1 + 1} = \frac{14}{14} = 1.$$

Znaczy to, że dziennie notowano przeciętnie 1 wypadek śmiertelny.

Mając zaliczyć młyn, połączony z mechaniczną piekarnią, widzimy, że jednej pozycji na takie przedsiębiorstwo w załączniku I niema. Oddzielnie zaliczyć tych dwóch działów nie można, jeżeli istnieje cały szereg robotników, o których nie wiadomo, gdzie ich przydzielić. W myśl § 10 zarobki tych wspólnych robotników wyliczamy. Młynowi odpowiada poz. 169 z kategorią X, klasą średnią 60, piekarni poz. 179 z kategorią VI, klasą średnią 24. Jeżeli zarobki roczne robotników zajętych przemiałem zboża wynoszą 9.200 Zł, a zatrudnionych w piekarni 12.000 Zł, to średnią ważoną otrzymujemy z rachunku

$$\frac{9200 \times 60 + 12000 \times 24}{21200} = \frac{840000}{21200} = 39,6.$$

Oznacza to, że przedsiębiorstwo takie należy zaliczyć do VIII kategorii, 40 klasy niebezpieczeństwa.

W braku sumy zarobków rocznych można jako wag użyć liczby pracowników (§ 10, ust. 2) lub liczby „robotników normalnych“, przyczem „robotnik normalny“ jest to odpowiednik 300 dni roboczych.

Jeżeli np. zakład wędliniarski (poz. 189) połączony jest z restauracją (poz. 278) i sumy zarobków rocznych nie dadzą się ustalić, to wystarczy wiadomość, że w wędliniarni zajętych jest 2, a w restauracji 3 ubezpieczonych. Ponieważ wytwórni wędlin odpowiada kategoria V o średniej klasie 20, a restauracji kategoria II o klasie średniej 8, to z obliczenia otrzymujemy:

$$\frac{20 \times 2 + 8 \times 3}{5} = \frac{64}{5} = 12,8$$

i przedsiębiorstwo zaliczamy do klasy 13 kategorii III. Jeżeli jednak przedsiębiorstwo takie, położone np. w miejscu klimatycznym ma przez cały rok czynny jedynie zakład wędliniarski, a w restauracji zatrudnia się tylko pracowników przez 3 miesiące sezonu letniego, to wówczas należy jako wag użyć liczby „robotników normalnych“. Przypuśćmy, że zatrudnionych jest 8 pracowników w restauracji przez sezon. Odpowiada to 2 pracownikom, zajętem przez cały rok, czyli stanowi to 2 „robotników normalnych“. Ponieważ w zakładzie wędliniarskim praca nie doznaje przerwy, przeto 2 zajęci tam robotnicy stanowią 2 robotników normalnych. Mamy więc z obliczenia:

$$\frac{20 \times 2 + 8 \times 2}{4} = \frac{56}{5} = 14.$$

¹⁾ Średnią arytmetyczną kilku wielkości otrzymujemy, dzieląc sumę tych wielkości przez ich liczbę. Aby wyliczyć średnią ważoną tych wielkości przy użyciu wag w_1, w_2, \dots , należy pomnożyć te wielkości przez w_1, w_2, \dots , otrzymane iloczyny dodać, a rezultat podzielić przez $w_1 + w_2 + \dots$. Np. w ciągu dwóch tygodni w Zakładzie Ubezpieczenia od Wypadków przez 3 dni nie notowano wypadków śmiertelnych, przez 9 dni notowano po jednym wypadku, w jednym dniu zaś były dwa i w jednym trzy wypadki śmiertelne. Chcąc otrzymać średnią liczbę wypadków śmiertelnych w tym czasie, nie

Jasnym jest, że do takich samych rezultatów dojdziemy, używając jako wag zamiast sum zarobków ich wzajemnego stosunku procentowego, albo (w razie stałości zarobków) sum zarobków miesięcznych, czy tygodniowych.

Np. blacharz warsztatowo-budowlany ma 2 robotników, których zatrudnia w miarę przeprowadzonych prac budowlanych na budowie, a zresztą w warsztacie. Jeżeli na prace budowlane przypada 30% zatrudnienia, to w tym samym stosunku należałoby na te dwie czynności rozdzielić też płace tych 2 ubezpieczonych. Ponieważ prace warsztatowe zalicza się według poz. 51 do kategorii II klasy 8, a budowlane według poz. 215 do kategorii XII, klasy 88, to średnią ważoną przy użyciu procentowego stosunku robocizny jako wag daje:

$$\frac{88 \times 30 + 8 \times 70}{100} = 32.$$

W myśl § 7 ust. 2 należy zaliczać jako „mieszane zakłady pracy“ nie tylko przedsiębiorstwa „złożone“ w sensie powyżej omawianym, ale i przedsiębiorstwa „o składzie nienormalnym“ w rozumieniu § 4. W tym ostatnim wypadku mamy do czynienia z zakładem głównym i jakąś częścią przedsiębiorstwa, wykraczającą poza rozmiary normalne (lub z kilkoma takimi działami przedsiębiorstwa). Wtedy należy stwierdzić, czy klasa niebezpieczeństwa otrzymana dla danego zakładu pracy przy zastosowaniu przepisów § 10, mieści się w granicach kategorii, przepisanej dla zakładu głównego, czy nie. Jeżeli tak, to w myśl § 7 ust. 2 zaliczamy takie przedsiębiorstwo według pozycji przewidzianej dla zakładu głównego do kategorii, odpowiadającej temu rodzajowi przedsiębiorstw: „nienormalny skład“ tego zakładu pracy znajduje swój wyraz w zaliczeniu do tak otrzymanej klasy niebezpieczeństwa, wyższej lub niższej, niż średnia. — Jeżeli otrzymana klasa wychodzi poza ramy kategorii zakładu głównego, traktujemy przedsiębiorstwo jako „mieszany zakład pracy“, powołując przy zaliczeniu właściwe pozycje.

I tak np. gdy wypada zaliczyć centralne biuro handlowe koncernu naftowego, położone poza obrębem zagłębia naftowego, koncernu, który w tej samej miejscowości posiada również magazyny i sprzedaż materiałów pędnych, wówczas nie można zastosować ani poz. 280 (centralne biura handlowe), ponieważ magazynu i sprzedaży materiałów pędnych nie można uważać za normalną część składową biura handlowego, ani poz. 267, ponieważ biuro jest nadmiernie wielkie, załatwiająca sprawę całego koncernu, a nietylko sprawy związane ze sprzedażą materiałów pędnych w tem mieście. Jeżeli zarobki roczne personelu urzędniczego wynoszą 90%, a w magazynach i przy sprzedaży 10% (po wylączeniu pracowników wspólnych), to mamy:

$$\frac{4 \times 90 + 32 \times 10}{100} = 6,8$$

i nadajemy przedsiębiorstwu klasę 7, kategorii II, powołując przy zaliczaniu poz. 280 i 267. (Ważne jest dla celów statystyki utrzymanie kolejności, pozycja odpowiadająca zakładowi głównemu, t. zn. większej sumie zarobków, czy większej liczbie pracowników powinna być powołana naprzód). Jeśli zarobki te kształtują się inaczej i wynoszą odpowiednio np. 96% i 4%, to mamy:

$$\frac{4 \times 96 + 32 \times 4}{100} = 5,12$$

Klasa 5 leży w granicach kategorii I — można więc biuro to zaliczyć do kategorii I, klasy 5, powołując jedynie poz. 280; zaliczenie wyższe, niż do klasy średniej uzasadnić należy istnieniem magazynu i sprzedaży materiałów łatwopalnych.

Przy wielu pozycjach załącznika I spotyka się, jako cechę, odróżniającą od siebie dwa podobne rodzaje przedsiębiorstw, używanie maszyn o napędzie mechanicznym; tym po-

zycjom odpowiada prawie zawsze wyższa kategoria niebezpieczeństwa. Dokładne wyjaśnienie, co przy zaliczaniu należy uważać za zakład zmechanizowany zawiera § 5. W myśl tego paragrafu zakłady pracy, w których łączna moc silników nie przekracza 2 KM (koni mechanicznych) i w których silniki te są połączone z maszyną roboczą bezpośrednio lub wąskim paskiem (do 25 mm), nie uważa się za zakłady, używające maszyn o napędzie mechanicznym. Praktyka okaże, czy granice, przyjęte tutaj przez rozporządzenie, będą odpowiednie — w każdym razie postanowienie takie należy uważać za bardzo celowe, bo jasnym jest, że zakładu pracy, używającego maszyny do liczenia, napędzanej motorkiem elektrycznym, czy maszyny do strzyżenia i t. p., nie można uważać za zakład zmechanizowany o powiększonym ryzyku wypadkowym.

Pozatem § 5 zawiera przepis, że naczynia pod ciśnieniem (od ½ atmosfery naciśnienia wzwyż) wpływają na zaliczenie przedsiębiorstwa do przedsiębiorstw zmechanizowanych.

Celem § 8 rozporządzenia jest umożliwienie zaliczenia takich przedsiębiorstw, których nie przewiduje podział, podany w załączniku 1. Mogą to być przedsiębiorstwa drobne i rzadko występujące, rozmyślnie nieuwzględnione w załączniku 1 — może też zająć wypadek, że szybki rozwój przemysłu doprowadzi do takich form produkcji, jakich w rozporządzeniu nie przewidziano. Także rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia wypadkowego, dokonane nową ustawą na wszelkie przedsiębiorstwa, nieobliczone na zysk, dotychczas temu obowiązkowi niepodlegające, będzie częstokroć wymagało zaliczenia takich przedsiębiorstw, których dotychczas nie rejestrowano, a zatem nie uwzględniono w podziale. Pomyślany jest ten przepis tak, że po okresie rewizyjnym na zasadzie zdobytych dat statystycznych o ryzyku wypadkowym jakiegoś nowego, nie występującego w załączniku 1 rodzaju przedsiębiorstw, będzie można stworzyć nową pozycję, nadając jej właściwą kategorię niebezpieczeństwa.

W myśl § 9 ust. 1 zakład pracy należy zaliczać zasadniczo do średniej klasy niebezpieczeństwa, a do klasy niższej lub wyższej w obrębie danej kategorii, gdy ryzyko wypadku w stosunku do przeciętnego jest mniejsze lub większe. Bliższe sprecyzowanie tego przepisu zawierają ustępy dalsze. I tak ust. 2 orzeka, że należy zawsze przyjąć mniejsze lub większe niebezpieczeństwo, gdy zachodzą znamiona, umieszczone przy poszczególnych pozycjach załącznika 1.

W myśl tego przepisu dwa przedsiębiorstwa splawu drzewa, podpadające pod poz. 255, zostaną zaliczone do kategorii X; to, które wykonuje splaw na Niemnie do klasy 60, a przedsiębiorstwo splawu drzewa na Czeremoszu do klasy wyższej. Obok bowiem poz. 255 znajduje się znamię większego niebezpieczeństwa: splaw na rzekach górskich.

Ust. 3 i 4 zawierają cały szereg okoliczności, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu klasy niebezpieczeństwa, okoliczności zmniejszających i zwiększających niebezpieczeństwo. Różnią się one tem od znamion niebezpieczeństwa, że tamte są ściśle związane z całą konstrukcją rozkładu składek i są dla różnych pozycji różne, podczas gdy okoliczności wymienione w ust. 3 mogą być uwzględnione przy zaliczaniu zakładów pracy do najrozmaitszych gałęzi. Ustalenie tych okoliczności jest możliwe tylko przez zbadanie na miejscu przez fachowca-inżyniera urządzeń technicznych zakładu pracy i stosowanych w nim metod pracy i w konsekwencji będzie stosowane na ogół do przedsiębiorstw większych. Ponieważ decyzja co do zaliczenia takich większych przedsiębiorstw będzie należała do Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków, przeto przepisy te, przy odpowiednim zorganizowaniu w Zakładzie wydziału zaliczeń i bezpieczeństwa pracy, mogą stanowić znakomity środek do uzgodnienia polityki składkowej Za-

kładu z wymogami bezpieczeństwa pracy. Tutaj bowiem, jeszcze większą rolę niż w ubezpieczeniu chorobowym, gra czynnik finansowego zainteresowania pracodawcy akcją bezpieczeństwa pracy.

Podobne zadanie spełnia również ust. 5. Przewiduje on możliwość uwzględnienia przy wyznaczaniu klasy niebezpieczeństwa dla przedsiębiorstw większych, które stanowią obiekt obserwacyjny tak wielki, że błędy przypadkowości są już nieznaczne, rodzaju i liczby zaszłych wypadków oraz spowodowanych niemi obciążeń. Dla takich bowiem zakładów pracy dane o liczbie i obciążeniu wypadkowym odzwierciedlają dość ściśle istotne warunki bezpieczeństwa i mogą być użyte jako wskaźnik przy zaliczaniu do niższej, czy wyższej klasy.

Omówimy jeszcze pokrótce okoliczności, zmniejszające oraz zwiększające niebezpieczeństwo, podane w ust. 3 (§ 9) 1).

Przez służbę bezpieczeństwa pracy należy rozumieć stałe działającą w obrębie przedsiębiorstwa organizację, w której skład wchodzi: naczelny kierownik techniczny, część personelu kierowniczego i wyznaczony inspektor bezpieczeństwa tego zakładu pracy. Pożądanym jest również wciągnięcie do tej akcji robotników zakładu pracy przez ich przedstawicieli. Zadaniem służby bezpieczeństwa byłoby okresowe przeprowadzanie rewizji i utrzymywanie w porządku stanu wszelkich urządzeń zakładu pracy, tworzenie nowych, dla bezpieczeństwa danego zakładu celowych urządzeń technicznych, wydawanie regulaminów ochronnych, zapewnienie fachowej i natychmiastowej pomocy w razie wypadku, przeprowadzanie systematyczne akcji wychowawczej i propagandowej wśród pracowników i t. p. Oczywiście zrozumiałym jest, że nie wystarczy tutaj stworzenie jakiejś fikcji tej służby, ograniczającej się do wywieszania plakatów bezpieczeństwa i żądania obniżki składek; dopiero bowiem systematyczna i poważnie traktowana działalność takiej organizacji zapewnić może pomniejszenie częstości i ciężkości wypadków.

Dlatego też zupełnie słusznie istnienie takiej służby bezpieczeństwa pracy uważa rozporządzenie za okoliczność, zmniejszającą niebezpieczeństwo dopiero wtedy, gdy organizacja ta zostanie uznana przez Zakład Ubezpieczenia od Wypadków i gdy daje trwałe wyniki. Wynika z tego, że punkt ten na razie znajdzie zastosowanie tylko zupełnie wyjątkowo, ponieważ organizacje takie istnieją w Polsce zaledwie w kilku zakładach pracy. Natomiast w niedalekiej przyszłości Zakład Ubezpieczenia od Wypadków będzie musiał sprecyzować w porozumieniu z Instytutem Spraw Społecznych, który jest instytucją, powołaną do zajmowania się sprawą bezpieczeństwa pracy, jakie warunki powinna spełniać taka organizacja i ustalić, co będzie sprawdzianem pozytywnych i trwałych wyników jej działalności. Sprawa nie wydaje się zbyt trudną, jeżeli chodzi o przedsiębiorstwa wielkie — natomiast należałoby pomyśleć, czy można rozszerzyć to pojęcie również na przedsiębiorstwa mniejsze, zastępując taką organizację utworzoną wewnątrz przedsiębiorstwa, przez jakies zrzeszenie przy związkach pracodawców, które byłoby wyposażone w odpowiednie uprawnienia i gwarantowałoby również trwałe wyniki, prowadzonej przez nie akcji bezpieczeństwa, już nie dla indywidualnych przedsiębiorstw, bo to byłoby trudne do sprawdzenia, ale dla wszystkich swych członków.

Za przedsiębiorstwo o przeciętnym stopniu niebezpieczeństwa uważa się to, które posiada przepisowe urządzenia ochronne; obowiązujące jednak przepisy nie stawiają zbyt wysokich wymagań w dziedzinie zabezpieczeń fizycznych

1) Korzystam tu z protokółów prac organizacyjnych Izby Ubezpieczeń Społecznych w Organizacji.

(osłon, zabezpieczeń i t. p.). Stąd też wydatne stosowanie urządzeń ochronnych specjalnych (sygnalizacja przy przenoszeniu siły i przy transporcie, wybitne zautomatyzowanie przy wyrażnym uwzględnieniu wymagań bezpieczeństwa pracy i cały szereg specjalnych urządzeń przy poszczególnych maszynach roboczych) w myśl pktu 2) znajduje odpowiednie uwzględnienie.

Same urządzenia napędowe, produkcyjne i pomocnicze nie stanowią wyłącznego źródła wypadków przy pracy. Jak się okazuje z badań nad wypadkowością brak dbałości o stan i konserwację budynków i urządzeń fabrycznych, niedostateczne utrzymanie porządku na całym terenie przedsiębiorstwa, zwłaszcza przy wadliwych warunkach oświetlenia okazuje się bardzo często przyczyną nieszczęśliwych wypadków. Pkt 3) § 9 zezwala na podwyższenie klasy niebezpieczeństwa w razie stwierdzenia zaniedbań.

Rozważenie okoliczności podanych w pktcie 4) § 9 zezwala zaliczyć różnie dwa zakłady pracy tego samego rodzaju, jeżeli jeden był zbudowany wadliwie lub przebudowywany stopniowo, a drugi stanowi przedsiębiorstwo nowe, zbudowane celowo, w którym od założenia przestrzegano zbieżności interesów produkcji i bezpieczeństwa pracy.

Punkt 5) § 9 zapewnia obniżenie składki zakładom pracy, posiadającym zelektryfikowane maszyny robocze o napędzie indywidualnym.

Pkt 6) § 9 nakazuje w razie stwierdzenia, że generator gazowy ustawiony jest w pomieszczeniu nieotwartym, nawet przy użyciu go do motorów na gaz ssany, podwyższyć klasę niebezpieczeństwa.

Nadmierne, a nieuzasadnione warunki produkcji zakurzenie, zamglenie lub zadymienie pomieszczeń roboczych, powstałe stąd zmniejszenie pola widzenia oraz zwiększenie uciążliwości pracy, są w myśl pktu 7) § 9 okolicznościami, sprzyjającymi powstawaniu wypadków.

Zatrucie ołowiem i rtęcią przy pracy stanowi w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym ryzyko finansowe dla Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków; ponieważ niebezpieczeń-

stwo to zagraża we wielu różnych gałęziach produkcji przeto w pktcie 8) § 9 znalazło to ogólne ujęcie.

W sformułowaniu pktu 9) § 9 podkreślona jest konieczność stosowania środków ochrony indywidualnej, ponieważ bardzo często zakład pracy środki te posiada, ale nie są one przez robotników metodycznie używane przy pracy.

W myśl pktu 10) § 9 zatrudnienie robotników niefachowych nawet przy takich czynnościach, których wykonawcy nie są poddawani egzaminom przed władzami państwowymi, ale co do których nie ulega wątpliwości, że powinni posiadać kwalifikacje fachowe, wpływa na podwyższenie klasy niebezpieczeństwa.

Za okoliczność, zmniejszającą niebezpieczeństwo uważać należy w myśl pktu 11) § 9 większy zakres prac biurowych i handlowych poza obrębem terytorjalnym głównego zakładu pracy. To ostatnie zastrzeżenie należy rozumieć w tym sensie, że klasę niższą należy stosować jeśli biuro oraz główny zakład pracy znajdują się w jednej i tej samej miejscowości, a nie na tym samym terenie; w razie, gdy biuro znajduje się poza miejscem wykonywania przedsiębiorstwa, można biuro zaliczyć osobno według poz. 280 do I kategorii.

Przepisy § 11 stanowią, że, jeżeli w „złożonym“ zakładzie pracy niebezpieczeństwo wypadku, połączone z jedną jego częścią, zagraża również innym pracownikom zakładu pracy, to należy to uwzględnić przez przyjęcie odpowiednio wyższej klasy niebezpieczeństwa.

Współpracę Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków i ubezpieczalni z inspektorami pracy i władzami górnictwa zapewnia § 12. Otrzymanie danych o rodzaju i urządzeniu zakładu pracy, potrzebnych do zaliczenia zapewniają dalsze trzy paragrafy (13 — 15).

W ten sposób możnaby uważać za wyczerpane omówienie zasadniczych przepisów rozporządzenia o wysokości składek za ubezpieczenie wypadkowe. Omówienie całego szeregu szczegółów, wynikających z redakcji poszczególnych pozycji załącznika 1, mogłoby być interesujące, wykracza jednak daleko poza ramy tego artykułu.

Dr. KAZIMIERZ CZYZEWSKI

Chirurg Ubezpieczalni Społecznej
we Lwowie.

W SPRAWIE LECZNICTWA I ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO W PRZYPADKACH URAZOWYCH

Scalenie ubezpieczeń jest zapoczątkowaniem racjonalnej organizacji. W wykonaniu ustawy przewidującej scalenie musi być zwrócona baczna uwaga na racjonalizację pracy.

W naszym artykule zajmiemy się tylko wąskim odcinkiem uszkodzeń urazowych. Jak poważna jest ich ilość, jak wysokie sumy pochłania leczenie i renty, wykazuje statystyka Zakładów Ubezpieczenia od Wypadków, Kas Chorych i Z. U. P. U. Ze względów społecznych chodzi tu zwykle o jednostki w pełni sił, które w wypadku kalectwa pobierają rentę przez długie lata, opuszczając równocześnie pracę produkcyjną. Przyczynę stanowią rzadko ciężkie okaleczenia jak strata ręki lub nogi, znacznie częściej widzimy zeszytywnienie palców, zły zrost złamanej kości i t. p. „drobne“ uszkodzenia.

Ustawa scaleniowa stwarza daleko idące możliwości. Nie tylko wypadki przy pracy, ale wszystkie urazy powodujące

kalectwo mają zapewnioną rentę. Instytucje ubezpieczeń sprawują opiekę nad chorym od chwili uszkodzenia do wyleczenia względnie do śmierci.

Należycie fachowo postawione orzecznictwo lekarskie może i musi wnikać nietylko w szczegóły stanu chorobowego, w szczegóły ochrony i higieny pracy, ale także w cały przebieg leczenia. W krajach o rozwiniętej opiece nad chorymi urazowymi przekonano się, że racjonalne leczenie zmniejsza liczbę inwalidów pracy, ilość dni niezdolności i koszt leczenia.

W leczeniu chorych urazowych grzeszy się bardzo wiele u nas i zagranicą. Oto kilka przykładów:

1). Złamanie szyjki kości udowej u młodego robotnika, rozpoznano zrazu jako zwykle stłuczenie; dopiero po pół roku rozpoczęto trudne i długie leczenie właściwe w czasie,

kiedy chory powinien wracać do pracy. Powód: mało znane uszkodzenie w młodym wieku, oparcie się na zdjęciach rentgenowskich, które tu w pierwszych tygodniach mogą zawodzić.

2) Złamanie kości promieniowej masuje się przez kilka tygodni zamiast należytego unieruchomienia, aż na kliszy rentgenowskiej wychodzi obraz ręki skręconej o 90° w stosunku do przedramienia. Powód: hołdowanie przestarzałej zasadzie leczenia świeżych urazów masowaniem.

3) Uraz ręki u starszej kobiety rozpoznany mylnie, jako złamanie kości promieniowej ustala się w gipsie, potem stosuje 62 nagrzewañ gorącym powietrzem, 14 diatermij, 18 naswietlañ „Solluxem“ 24 masaży, by po kilku miesiącach nastąpiła trwała niezdolność do pracy, wywołana zeszczywnieniem unieruchamianego stałe stawu łokciowego i barkowego, które żadnych urazów nie doznały. Powód: brak organizacji w leczeniu; chorą leczyły 4 instytucje oddzielne komunikujące się pisemnie: pogotowie, zakład rentgenowski, przychodnia chirurgiczna, zakład przyrodolecznicy.

Podane przykłady nie są nadzwyczajnymi wyjątkami. Dlaczego? Leczenie urazów było do niedawna po macoszemu traktowane w wielkich klinikach i szpitalach i taki stan utrzymał się w znacznej ich części po dziś dzień. Młodzież lekarska zapatrzona w zadania wielkiej chirurgji operacyjnej nie ma zrozumienia i przygotowania do lecznictwa urazowego. Ubezpieczalnie posiadają kosztowne urządzenia, ale nie umieją ich często wykorzystać z powodu braku organizacji na tem polu.

W wielkich ośrodkach zagranicą powstały fachowe czasopisma i podręczniki, specjalne zakłady lecznicze, a nawet myśli się o osobnych katedrach uniwersyteckich, na naszym natomiast terenie dość glucho w tej sprawie. Tu i ówdzie skupia się przypadki urazowe w pewnych oddziałach: Kraków, Łódź, Toruń, Warszawa. Kilkanaście publikacyj, także ze szpitali wojskowych, ogłoszono w prasie fachowej. Ostatnio ukazała o się świetna dzieło wiedeńskiego docenta Böhlera „Technika leczenia złamañ“ w tłumaczeniu Dra Sokołowskiego, kierownika Oddziału Wypadkowego Kasy Chorych w Toruniu, gdzie przejawiał się najbardziej zdecydowany kierunek w organizacji lecznictwa urazowego. Przejawy te świadczą o zrozumieniu wagi zagadnienia u jednostek. Daleko jeszcze do racjonalnej organizacji tego działu na terenie całego Państwa.

Znamienny przykład stanowi Poznań. Posiada świetną chirurgiczną klinikę, duży i dobrze wyposażony Oddział chirurgiczny w Szpitalu miejskim, specjalnie wysoko postawiony Zakład ortopedyczny im. Gąsiorowskich, który ogłosił wiele prac z działu chirurgji urazowej, Kasa Chorych ma własny szpital ortopedyczny, ale przypadki urazowe błakają się po wszystkich zakładach. Kasa Chorych nie może korzystać ze swego zakładu w przypadkach nagłych urazowych, gdyż leży on kilkanaście km. za miastem. Brak organizacji i jednolitego kierunku w lecznictwie urazowym przy doskonałych warunkach.

Ugorem leży orzecznictwo wypadkowe. W określeniu niezdolności stosuje się normy zupełnie dowolne. Spotkałem orzeczenie 90% niezdolności przy mocnym choć nieidealnie ustawionym zroście złamania podudzia i 20% przy złamaniu kręgu z postępującym zmniejszaniem kręgosłupa. Minał bezpowrotnie czas gdy „sumienie“ lekarskie wystarczało w orzecznictwie. Ścisłej wiedzy trzeba w wypadkach, gdy renty z powodu niezdolności do pracy otrzymują szerokie masy uszkodzonych i gdy wymiar ich bezwątpienia będzie często przedmiotem sporu między ubezpieczonymi i ubezpieczalnią. Pod-

czas, gdy dzieło np. Kaufmanna o blisko 2000 stron p. t. „Handbuch der Unfallmedizin“ doczekało się 5 wydania, rozporządzenia zupełnie niedostatecznymi dla celów ubezpieczeń społecznych normami dla określania inwalidztwa wojskowego bez uwzględnienia zawodu uszkodzonego, normami przyjętymi w kolejniictwie, praktyką Zakładów Ubezpieczenia od Wypadków, nieuporządkowaniem orzecznictwem sądowym. Na wybitne niedociągnięcia w naszym orzecznictwie lekarskiem ogólnem w porównaniu w francuskim zwracał uwagę swego czasu Minister Spraw Zagranicznych w osobnym okólniku.

Wnioski nasze prowadzą do przyjęcia postulatów nowoczesnej opieki nad przypadkami urazowymi przez nowo powstające instytucje ubezpieczeń społecznych; chodzi nam o zorganizowanie racjonalnego lecznictwa na terenie wszystkich ubezpieczalni, o wychowanie zastępu chirurgów dla których złamanie uda u młodego silnego pracownika, nie będzie mniej ważnem schorzeniem niż rak żołądka u osobnika schodzącego z pola pracy produktywnej; o stworzenie podstaw orzecznictwa lekarskiego.

Zadania te spełnić można tylko przez organizację osobnych oddziałów urazowych, które połączą pracę chirurga, rentgenologa i zakładu przyrodoleczniczego. Pracować mogą one narazie tylko w wielkich ośrodkach, ewentualnie dla kilku ubezpieczalni łącznie, gdzie skupić powinny wszystkie przypadki urazowe danego terenu. Nie można ich łączyć z istniejącymi szpitalami chirurgicznymi. Nieliczne szpitale kasowe nie wykazały dotychczas zrozumienia dla lecznictwa urazowego i zawałone materiałem operacyjnym nie mogły zająć się organizacją obchodzącego nas działu ani teoretycznie ani praktycznie. Ogólne szpitale państwowe i samorządowe nie weszły zupełnie w zrozumienie życia i potrzeb ubezpieczalni i z organizacją lecznictwa ubezpieczalni są związane bardzo luźno.

W dobie kryzysu gospodarczego żadna instytucja nie ma zbytnej chęci do tworzenia nowych placówek. Sądzimy jednak, że jeżeli nawet w obecnym trudnym okresie będziemy się powodowali twórczością rozumną, nowa organizacja powstanie bez wielkich nakładów a przyniesie w krótkim czasie duże oszczędności, jak dowodzą zestawienia zagraniczne po latach praktyki.

Wspomniana książka Böhlera w tłumaczeniu Dr. Sokołowskiego daje wzór kilku bardzo prostych i taniach urządzeń, które zupełnie wystarczą do leczenia urazów. W okresie zwijania zbytlicznych placówek, znajduje się wszędzie lokal odpowiedni np. we Lwowie po zwiniętej Lecznicy Okręgowego Związku Kas Chorych. Personal leczniczy da się wyeliminować z dotychczasowego w proporcjonalnej ilości do liczby chorych urazowych wyjętej z ogólnego ruchu. Zrazu stworzona choćby przychodnia urazowa pod dobrem kierownictwem, spełni bez trudu zakreślone tu zadania i stanie się zawiązkiem szpitalnego oddziału urazowego.

Należyte zorganizowanie orzecznictwa lekarskiego rozpocząć można od wydania przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych przyjętych norm, choćby na razie niedoskonałych. Materiał do opracowania ich podaliśmy wyżej. Zaznajomienie lekarzy z temi normami da się przeprowadzić drogą dotychczas praktykowanych kursów w Państwowej Szkole Higjeny, rozporządzeń i okólników. Normy te nie mogą być sztywne i powinny się rozwijać w miarę narastającego doświadczenia. Pracom teoretycznym z tej dziedziny należy ułatwić druk i rozpowszechnienie z myślą stworzenia dzieła opartego na polskim ustawodawstwie i polskich warunkach życiowych.

ODWOŁANIE OD ORZECZEŃ W SPRAWACH OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA I WYMIARU SKŁADEK

Pod tym tytułem ukazał się w Nrze 2 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ z r. b, artykuł p. K. Horskiego. Na poglądy prawne wyrażone przez autora nie można się w całości zgodzić.

W szczególności autor, interpretując przepis art. 309 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, dochodzi do wniosku, że obecnie, odwołania od orzeczeń ubezpieczalni społecznych w kwestji obowiązku ubezpieczenia, zaliczania zakładów pracy do kategorii niebezpieczeństwa i wymiaru składek w stosunku do ubezpieczenia wypadkowego na obszarze byłego zaboru austriackiego i rosyjskiego rozstrzygać będą w pierwszej instancji władze administracji ogólnej pierwszej instancji t. j. starostwa.

Wedle art. 309 ustawy, „odwołania od orzeczeń w sprawach obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składki i zaliczania do poszczególnych kategorii niebezpieczeństwa, rozstrzygać będą te organa, które były właściwe do rozstrzygania tych odwołań w chwili wejścia w życie ustawy niniejszej“.

Do rozstrzygania tych odwołań w zakresie ubezpieczenia wypadkowego właściwe były w chwili wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym w pierwszej instancji województwa, a w drugiej Ministerstwo Opieki Społecznej. Interpretując zatem gramatycznie przepis art. 309 ustawy dojść musimy do wniosku, że i obecnie **te same organy** t. j. województwa i Ministerstwo rozstrzygać będą te odwołania.

Za tem samem stanowiskiem przemawia też i interpretacja logiczna tego przepisu. Pamiętać bowiem należy o tem, że przepis art. 309 ustawy o ubezpieczeniu społecznym jest **przepisem przejściowym**, którego zadaniem jest uregulowanie przejściowych stosunków, jakie zapanowały w związku z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Z natury rzeczy przepis przejściowy stara się jaknajprostszą drogą uregulować stosunki, bez stwarzania nowych, a niepotrzebnych komplikacji. Jeżeli do dnia 1 stycznia 1934 odwołania, o których wyżej mowa, rozstrzygały województwa, to przekazywanie tych spraw obecnie powiatowym władzom administracji ogólnej niepotrzebnie komplikowałoby sytuację. Wynikałaby stąd konieczność stwarzania w starostwach nowych referatów, zapoznawania urzędników z nowym działem ustawodawczym, który dotychczas był dla nich nieznanym, a w stosunku do dawnej ustawy stanowiłoby to nowość, mającą obowiązywać przez względnie krótki czas, „aż do czasu utworzenia orzekających organów ubezpieczeń społecznych“.

Z drugiej jednak strony nie można zamilczeć, że ścisłe stosowanie przepisu art. 309 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, stworzyłoby przecież pewną trudność. Wedle dawnej ustawy o ubezpieczeniu od wypadków, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków wydawał orzeczenia, tak co do obowiązku ubezpieczenia, co do zaliczenia do poszczególnych kategorii niebezpieczeństwa, jak i co do wymiaru składek. Orzeczenia te, jako tyżące się jedynie ubezpieczenia wypadkowego, były zaczepiane odwołaniem do województwa. Obecnie w związku z nową ustawą o ubezpieczeniu społecznym, sprawa przedstawia

się nieco odmiennie. Ubezpieczalnie społeczne wydają wspólne orzeczenia, w których orzekają jednocześnie o obowiązku ubezpieczenia w zakresie wszystkich poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i wymierzają **wspólną składkę** za wszystkie ubezpieczenia łącznie; w sprawie zaliczenia zakładów pracy do kategorii i klas niebezpieczeństwa dla celów ubezpieczenia wypadkowego wydają one osobne orzeczenia. Wskutek tego w wypadku wymiaru składki (czyto z powodu przyjęcia mylnej wysokości policzalnego zarobku, czyto z powodu zastosowania złego mnożnika), lub też obowiązku ubezpieczenia, orzeczenie ubezpieczalni należałoby zaczepić dwoma odwołaniami, jednym do starostwa, o ile chodzi o wymiar składki np. za ubezpieczenie chorobowe, lub o obowiązek tego ubezpieczenia, a drugim do województwa, o ile chodzi o wymiar tej samej łącznej składki za ubezpieczenia wypadkowe lub o obowiązek ubezpieczenia od wypadków tej samej osoby.

Wobec tego przyjąć należy, że o ile chodzi o zaliczenie do poszczególnych kategorii niebezpieczeństwa, lub o obowiązek samego ubezpieczenia wypadkowego, to wedle art. 309 powołanej ustawy, odwołania wnosić należy jedynie do województwa; natomiast, o ile chodzi o wymiar składki, to ponieważ ten wymiar jest wspólny, tak za ubezpieczenie chorobowe i inne, jak i za ubezpieczenie wypadkowe, to te odwołania należałoby może traktować jako odwołania od orzeczeń ubezpieczalni, wydanych we własnym zakresie działania, i w następstwie odwoływać się od tych orzeczeń do starostwa. (Podobnie z obowiązkiem ubezpieczenia w zakresie kilku rodzajów ubezpieczeń). Ta kwestja jest w każdym razie otwarta.

P. Horski interpretację swoją, że odwołania od orzeczeń ubezpieczalni w zakresie ubezpieczenia wypadkowego załatwiać mają władze powiatowe uzasadnia tem, że obecnie wymiar składek, orzekanie o obowiązku ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia od wypadków i zaliczanie zakładów pracy do kategorii niebezpieczeństwa należy do ubezpieczalni społecznych, że ubezpieczalnie społeczne są bylemi kasami chorobowych, od orzeczeń których odwoływano się do starostwa, że wobec tego i obecnie od orzeczeń ubezpieczenia wypadkowego należy się odwoływać do starostwa.

Ta interpretacja jest jednak nieprzekonywująca, gdyż art. 309 podkreśla identyczność władz odwoławczych **w stosunku do poszczególnych rodzajów odwołań**, a nie identyczność władz odwoławczych **w stosunku do poszczególnych instytucji wydających orzeczenie**.

Dlatego też ubezpieczalnie społeczne, wydając orzeczenia co do zaliczania do kategorii niebezpieczeństwa zakładów pracy lub co do obowiązku samego ubezpieczenia wypadkowego powinny pouczać pracodawców, że od orzeczeń tych przysługuje im odwołanie do właściwego województwa.

Natomiast oczekiwać należy jakiegoś autentycznego wyjaśnienia, jak się przedstawia sprawa w zakresie odwołań od wymiaru składki łącznej za wszystkie rodzaje ubezpieczeń i odwołań od ustalenia obowiązku ubezpieczenia w zakresie kilku rodzajów ubezpieczeń.

ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

UWAGI NA TEMAT REWIZJI TYMCZASOWEJ INSTRUKCJI DLA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH

Tymczasowa instrukcja z r. 1933, ustalająca organizację ewidencji ubezpieczonych i pracodawców, oraz wymiaru i ścisłości składek ubezpieczeniowych, jest bezsprzecznie dobra choćby już z tego względu, iż — biorąc nazawsze rozbrat z zakorzenionymi w b. Kasach Chorych różnolitymi metodami i systemami pracy, wprowadza na całym obszarze jedną myśl i jedno wykonanie. Nie mniej jednak uderzają w tejsze instrukcji pewne niedomówienia natury formalnej i rzeczowej, które wstrzymują częściowo tempo prac organizacyjnych, dopuszczając zarazem do swobodnego rozwiązywania tych wszystkich czynności techniczno-manipulacyjnych, o których niema wzmianki w przepisach instrukcji.

Już w Iszej części tymcz. instrukcji zastanowić mogą niejednego zasady przyjęte w organizacji ubezpieczalni społecznej. Chodzi mianowicie o to, którym działem miałby kierować bezpośrednio dyrektor ubezpieczalni?

Instrukcja tymczasowa przemawiałaby za oddaniem dyrektorowi kierownictwa działu ubezpieczeniowego, gdyż w skład tego działu wchodzi sekretarjat, związany nieodłącznie z funkcją dyrektora, podczas gdy w interpretacji art. 46 ustawy z dnia 28 marca 1933 r., dyrektor miałby stać na czeluście działu finansowego, co znowu pozbawiałoby dyrektora bezpośredniego wpływu na sekretarjat. Który więc z tych działów przydzielić dyrektorowi, byłoby to kwestią wolnego wyboru. Czy jednak nie ucierpi na tem sama instytucja, jako też autorytet dyrektora, będącego już „z imienia i z prawa“ odpowiedzialnym kierownikiem wszystkich działów — czas swoje pokaże.

Rodzi się jednocześnie pytanie, czy w ubezpieczalniach społecznych niższego rzędu, w których odpowiednikiem działu jest wydział, wzgl. sekcja, miałby kierować poszczególne wydziałami, a nawet sekcjami również członkowie dyrekcji?

Zgodnie z zasadami tymcz. instrukcji — tak, co jednak z punktu widzenia ekonomicznego nie miałoby dostatecznego usprawiedliwienia.

Mimo swej drobiazgowości pominęła tymczasowa instrukcja również milczeniem kwestję prowadzenia ewidencji członków rodzin, uprawnionych do świadczeń ubezpieczalni. Z uwagi zaś na to, że stan członków rodzin jest w wielu ubezpieczalniach wyższy cyfrowo od stanu samych ubezpieczonych, i że członkowie rodzin nawiedzają ambulatorja i punkty lekarskie liczniej od samych ubezpieczonych, potrzeba zaprowadzenia jednolitej kartoteki członków rodzin, uprawnionych do świadczeń, zdaje się nie ulegać najmniejszemu zastrzeżeniu. Ubezpieczalnie, pozbawione wskazówek co do sprawy prowadzenia rejestru członków rodzin, zaproczą, rozumie się, byle jaką ewidencję, lub może spróbują obejść się bez niej zupełnie, w ślad za czem świadczenia będą udzielane po omacku, a budżetowanie opierać się będzie w dziale świadczeń na błędnej i fikcyjnej statystyce członków rodzin.

Omawiając dość dokładnie sposób ewidencjonowania druków i formularzy, nie wspomina natomiast instrukcja tymczasowa ani słowem o sposobie i środkach pobierania opłat za porady, zabiegi i leki. Wobec tego, że w materji tej zaabsorbowane są bezwarunkowo wszystkie działy Ubezpieczalni Społecznej (lecznictwo, świadczenia, rachunkowość i apteka),

przyczem — co ważniejsza — wpływ z opłat za leki i t. d. jest stosunkowo znaczny, ustalenie jednolitych przepisów i środków dla sprawowania omawianych czynności należy do rzędu zagadnień, nad którymi nie można przejść do porządku dziennego.

Na stronie 39 wyjaśnia tymczasowa instrukcja, że wykazy stanu zatrudnienia nadsyłać będą ci pracodawcy, którzy zatrudniają powyżej 4-ch pracowników. Art. 20 rozporządzenia Ministra Opieki Społ. z dnia 28 grudnia 1933 r. o sposobie dokonywania zgłoszeń (Dz. U. Nr. 103/818), postanawia natomiast, że do zgłaszania pracowników zapomocą wykazu stanu zatrudnienia obowiązani są pracodawcy zatrudniający „co najmniej“ 4-ch pracowników. Różnica pomiędzy jedną a drugą tezą jest wcale wyraźna. Czy jednak obowiązywać będzie liczba 4, czy też od niej mniejsza, nie będzie to nigdy obojętnem ani dla płatnika, ani dla potrzeb sekcji składek deklarowanych, wzgl. dla sekcji nakazów płatniczych. Zasada musi być w danych razach niewzruszona, gdyż od niej zależy sposób ułożenia rejestru płatników i prowadzenia aktualnych kart ewidencyjnych ubezpieczonych, oraz etat pracowników poszczególnych sekcji wymiaru składek.

Ważnym miejscem i uwagi poświęca tymczasowa instrukcja koncepcji wprowadzenia w sekcji rachunkowości ksiąg pomocniczych. Myśl ta, bezsprzecznie realna, nie może spotkać się w praktyce ze szczerym aplauzem, ponieważ mimowoli każdy zapyta się, po co księgować te same pozycje po włosku, gdy czynności te zostały już raz wcale poprawnie i przejrzysto zaksięgowane systemem przebitkowym? Ileż czasu, ręk i kosztów pociągnie za sobą to zbędne i niczem naprawdę nieusprawiedliwione dublowanie jednej i tej samej pracy? Nie wchodząc w celowość wprowadzenia ksiąg pomocniczych, utrzymuję jednakże, że skutkiem dwutorowej księgowości (system przebitkowy i włoski) — sekcja rachunkowości będzie zmuszona poświęcić bardzo dużo czasu uzgadnianiu jednych pozycji z drugimi i bezproduktywnemu wyszukiwaniu błędów, których prawdopodobieństwo wzrośnie w dwójnasób.

Nie dowiedzieliśmy się również z instrukcji tymczasowej, jak ostatecznie przedstawia się kwestja Funduszu Pracy? Z druku „deklaracja opłat...“ wnioskować należy że Fundusz Pracy potraktowany został jako jeden z dalszych rodzajów ubezpieczenia, wobec czego zasada repartycji dokonanej przez pracodawcę wpłat musi objąć zarazem opłaty na rzecz F. P. Czy da to Funduszowi Pracy oczekiwane wpływy gotówkowe, przyszłość pokaże.

Miałbym jeszcze do podniesienia to, że wobec reorganizacji struktury wewnętrznej b. Kas Chorych i wprowadzenia szeregu nowych i dość skomplikowanych czynności techniczno-manipulacyjnych, przepisy biurowości, wydane nakładem Związku Kas Chorych, straciły częściowo na swej aktualności, nie mając pełnego zastosowania w dzisiejszych ubezpieczalniach.

Nawiązując do nielicznych powyższych uwag i wywodów, jestem zdania, że każda uwaga uczyniona na temat tymczasowej instrukcji przyczynia się w mniejszym lub większym stopniu do rewizji przepisów, które, nosząc najwyraźniej charakter zarządzeń „tymczasowych“, okazać się mogą doskonałymi dopiero po upływie okresu doświadczeń i prób.

A. Popowicz

PRZEPISY O ŚWIADCZENIACH NA WYPADEK CHOROBY W NOWEJ USTAWIE UBEZPIECZENIOWEJ.

Rejestracja ubezpieczonych i pracodawców, jako pierwszy i najbardziej pilny etap pracy reorganizacyjnej, jest już na ukończeniu. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28.XII.1933 r. o sposobie dokonywania zgłoszeń w zakresie ubezpieczeń społecznych, uiszczaniu składek i kontroli czynności pracodawców (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 818) — unormowało kwestję rejestracji w sposób rzeczowy i wyraźny. O ile na tym odcinku pracy są i będą trudności, to wyłącznie chyba natury technicznej, gdyż odnośne przepisy prawne, dotyczące rejestracji, nie nasuwają na razie poważniejszych wątpliwości interpretacyjnych.

Tego niestety nie można powiedzieć o następnym, a mianowicie o organizacji świadczeń chorobowych. Tutaj będziemy mieli do czynienia z całym szeregiem luk, niedomówień i niejasności, tkwiących w samej wykładni odnośnych przepisów ustawowych.

Nie jest przedewszystkiem unormowaną wyraźnie kwestja maksymalnego 26-tygodniowego okresu korzystania z pomocy leczniczej w jednym wypadku choroby (art. 95). Co należy uważać za wypadek choroby? Wytycznych dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia, które, jak przypuszczał oficjalny komentator ustawy, będą zawarte w statucie Ubezpieczalni, dotychczas nie mamy. Statut powtarza jedynie tekst ustawy bez żadnego wyjaśnienia co do nowego zachorowania w okresie korzystania przez ubezpieczonego ze świadczeń z tytułu innej choroby, lub też po wyczerpaniu pełnego okresu 26-tygodniowego w razie powtórzenia się choroby, niepołączonej z niezdolnością do pracy. W ten sposób kwestja uprawnień do nowego okresu świadczeń, po wykorzystaniu poprzedniego okresu, względnie po przerwie w korzystaniu — pozostaje otwarta.

Jednym z warunków, uprawniających członka rodziny do świadczeń jest wyłącznie i całkowite utrzymywanie go przez ubezpieczonego (art. 112).

Niema więc żadnych zastrzeżeń co do konieczności utrzymywania członka rodziny z zarobku, rozumianego w znaczeniu art. 14 ustawy, t. j. z zarobku, od którego się płaci składki ubezpieczeniowe. Wnioskować z tego należy, że posiadanie przez ubezpieczonego innych źródeł dochodu, bez względu na wysokość tego dochodu, nie pozbawia go prawa do świadczeń dla członków rodziny. Formalnie rzecz biorąc, jest wszystko w porządku. Praktyczne jednak zastosowanie tego przepisu budzi poważne zastrzeżenia. Naprzykład: adwokat zarabia prywatnie 1000 zł. miesięcznie. Będąc jednocześnie radcą prawnym w przedsiębiorstwie handlowym otrzymuje z tego tytułu 200 zł. miesięcznie i od tej sumy jest ubezpieczony. Rodzina znajduje się na jego wyłącznym i całkowitym utrzymaniu. Jasnym jest, że rodzinie jego należy udzielać świadczeń. Pominąwszy kwestję fikcyjnych zgłoszeń w celu rozmyślnego wykorzystania dobrodziejstw lecznictwa ubezpieczeniowego, co znakomicie ułatwia omawiany przepis ustawy — podobne ujęcie sprawy świadczeń dla rodzin nie jest również słusznym z punktu widzenia społecznego. Jeśli ubezpieczony zarabia 100 zł., a jeden z jego członków rodziny ma uboczne źródło dochodu w wysokości 25 zł. miesięcznie, to takiemu członkowi rodziny odmówi się świadczeń. A jak postąpić w wypadku, gdy zarobek uboczny członka rodziny będzie wynosił wszystkiego 10 lub 5 zł.? Czyżby rodzina zarabiająca wspólnie 105 zł. miała być więcej ograniczona w swoich uprawnieniach do świadczeń, niż pierwsza rodzina, która się utrzymuje z zarobku w wysokości 1200 zł.? Przypuszczać należy, że intencja ustawodawcy była inną, i miarodajna interpretacja, raczej ewentualna nowelizacja, skoryguje to wyraźne przeoczenie. Przypomnijmy sobie, że art. 33 starej usta-

wy o ubezpieczeniu na wypadek choroby również mówił o utrzymaniu rodziny z zarobku ubezpieczonego, przyczem z tekstu tego przepisu bynajmniej nie wynikało, że należy zarobek rozumieć w znaczeniu art. 19 powołanej ustawy. Mając jednak na względzie tę słuszną społeczność, o której już była nowa, Ministerstwo Opieki Społecznej uważało wówczas za stosowne reskryptem z dn. 21.X.1924 r. Nr. 4906:VII ograniczyć pojęcie zarobku do wynagrodzenia, otrzymywanego na podstawie stosunku służbowego lub roboczego. Nie było to wprawdzie wyczerpującym rozwiązaniem zagadnienia tembardziej, że nie miało ono należytego uzasadnienia pod względem prawnym (vide wyrok N. T. A. z dn. 25.IX.1933 r. L. rej. 3732/31 ogłoszony w Nr. 12 Przeglądu w r. 1933 str. 639), w każdym bądź razie rozwiązanie to szło po linii interesów instytucji ubezpieczeniowej i, nie będąc krzywdzącym dla uboższej warstwy ubezpieczonych, nie stwarzało przywileju i nie ułatwiało nadużyć dla warstwy zamożniejszej. Nie są zatem słuszne obawy, że uprawnienia płynące dla członków rodzin z art. 112 nowej ustawy, stałyby się iluzorycznymi, gdyby znać za trafną przytoczoną interpretację M. O. S. Wystarczy, naszym zdaniem, dokładnie określić wysokość tego dochodu ubocznego (dajmy na to 50% zasadniczego zarobku ubezpieczonego), i członkowie rodziny będą pozbawieni świadczeń nie we wszystkich, a tylko w niektórych wypadkach, z tem jednak koniecznym zastrzeżeniem, że o ile ogólny zarobek ubezpieczonego nie przekracza pewnej normy (np. 100 — 150 zł.), to jego rodzinie należałoby udzielać świadczeń bez powyższych ograniczeń. Obecnie ta kwestja pozostaje nadal nieunormowana, i wieloletnie doświadczenie b. Kas Chorych nie przyczyniło się do jej wyjaśnienia. Należałoby przynajmniej narazie ściśle określić wysokość zarobku ubocznego dla członka rodziny, jako podstawę do pozbawienia go świadczeń.

Art. 110 ustawy wprowadza dla członków rodziny maksymalny 13-tygodniowy okres świadczeń w danym roku kalendarzowym. Statut Ubezpieczalni nie określa bliżej, jak w praktyce okres ten ma być stosowany. O ile żadnych trudności nie przedstawia ustalenie okresu świadczeń przy chorobie trwającej bez przerwy, to trudnym jest ustalenie tego okresu przy jednorazowych pojedynczych wizytach i zabiegach w wypadkach chorób krótkotrwałych i leczeniu dentystycznym. Kwestja ta wymaga ujednostajnienia i bardzo szczegółowego opracowania. Zwracamy przy sposobności uwagę, że wprowadzenie zasady roku kalendarzowego do obliczenia 13-tygodniowego okresu powoduje w konsekwencji ciekawą ewentualność. Okazuje się, że najkorzystniej pod względem okresu chorować mniej więcej od października, gdyż członek rodziny wyczerpuje w danym roku kalendarzowym 13 tygodni i bezpośrednio nabywa prawo do następnych 13 tygodni, a więc razem — 26 tygodni, to jest tyle, co i sam ubezpieczony. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że w następnym roku członek rodziny może rozpocząć nowy okres 13-tygodniowy nawet na tą samą chorobę, a ubezpieczonemu po wyczerpaniu 26 tygodni nie przysługuje prawo do świadczeń na tę samą chorobę, to członek rodziny w niektórych wypadkach będzie korzystał z szerszych uprawnień niż ubezpieczony.

W związku z kwestją uprawnień rodziny ubezpieczonego nasuwa się jeszcze jedna wątpliwość. W myśl art. 111 ustawy świadczenia mogą być udzielane niezdolnemu do zarobkowania mężowi. Wynika z tego, że mąż zdolny do zarobkowania, chociażby był bezrobotnym z prawa do świadczeń korzystać nie może. W myśl jednak art. 112 „narówni z członkami rodziny w rozumieniu art. 111 mają prawo do świadczeń najwyżej dwie osoby z pośród pozostałej rodziny obowiązkowo ubezpieczonego“ i następnie „gdy ubezpieczony nie zgłosi jednej lub obu tych osób pozostałej rodziny, ma prawo zgłosić jedną osobę nienależącą do rodziny“. Czy słusznym jest, aby osoby z pozostałej ro-

dziny, względnie osoby nie należące do rodziny, miały szersze uprawnienia od bezrobotnego męża?

Pominięta jest również w statucie kwestja zwrotu kosztów za przewóz chorych i lekarzy. Wiemy, że w starej ustawie o kosztach pokrycia przewozu nie było nawet wzmianki. Jak wyjaśniło Ministerstwo Opieki Społecznej reskryptem z dnia 16.II.1929 r. Nr. 316/U. III Kasy Chorych w myśl ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby „nie są obowiązane do pokrywania kosztów leczenia swych chorych członków (z wyjątkiem wypadku, przewidzianego w art. 42 ust. III przytoczonej ustawy), lecz do udzielania swym członkom ściśle określonych świadczeń, wśród których przewożenie uprawniczych do tych świadczeń do lekarzy, o ile przewożenie to nie zostało zarządzone przez Kasę, nie jest przewidziane”. W myśl innego reskryptu M. O. S. z dnia 20.II.1923 r. Nr. 479/II Kasy Chorych obowiązane były do pokrycia kosztów przejazdu tylko do szpitala, lub w wypadkach obłożnej choroby, względnie wezwania chorego przez Kasę. Nowa ustawa ubezpieczeniowa — z wyjątkiem nałożenia na pracodawców rolnych obowiązku dostarczania środków lokomocji (art. 213) dla przewozu chorych pracowników rolnych — kwestji przewozu chorych i lekarzy również nie normuje. A jest to przecież kwestja bardzo ważna, stanowiąca dość znaczną pozycję w budżetach b. Kas Chorych. Byłoby bardzo niepożądanem pozostawienie tej sprawy do uznania i załatwienia poszczególnym Ubezpieczalniom. Wychodząc z założenia, że o ile się czegoś nie zabrania, to tem samem na to się zezwala, oraz biorąc pod uwagę, że nie znajdujące się w wyraźnej sprzeczności z nową ustawą dotychczasowe okólniki mają moc obowiązującą, przyjąć musimy, że Ubezpieczalnie Społeczne powinny zwracać ubezpieczonym koszty przewozu chorych i lekarzy, gdyż prawo do leczenia stałoby się dla nich w wielu wypadkach nierealnem, gdyby związane z tem leczeniem niezbędne wydatki na koszty przejazdu nie były im zwracane. W identyczny zresztą sposób uzasadniało M. O. S. reskryptem z dnia 27.VIII.1924 r. Nr. 3991/VII zwrot wydatków, związanych z leczeniem specjalistycznym. Ostatecznie sama Ubezpieczalnia jest poniekąd zainteresowana w zwrocie kosztów przejazdu. Przykład: ubezpieczony zamiejscowy ma nieznaną gorączkę skarży się na ból w gardle oraz chce jednocześnie poradzić się z okulistą, bo łzawią mu się oczy. Przyjeżdża więc do ambulatorjum, lekarz internista stwierdza anginę, zaleca pozostanie na kilka dni w łóżku, okulista zaś ordynuje mu krople i okulary. O ile Ubezpieczalnia nie zwróci choremu kosztów przejazdu, to w podobnym przypadku ubezpieczony położy się do łóżka, zaważwie jako obłożnie chory lekarza do siebie, i ten wyjazd lekarza będzie kosztował jeszcze drożej. Zlekceważwszy zaś chorobę oczną w obawie poniesienia kosztów przejazdu, z drugiej zaś strony korzystanie z przejazdów na koszt Ubezpieczalni staje się przy liberalnem traktowaniu zwrotu tych kosztów prawdziwą dla niej klęską. Należałoby wydać zupełnie wyraźne przepisy co do zwrotu kosztów przejazdu, gdyż dotychczasowe okólniki regulują tę kwestję częściowo, wobec czego każda Ubezpieczalnia zastosuje swój system z wielką nieraz krzywdą dla ubezpieczonych.

W końcu zaznaczamy, że bardzo jest ogólnikową redakcja artykułu 121 p. 2., dotyczącego pozbawienia względnie wstrzymania zasiłków pieniężnych. Zasiłek, którego Ubezpieczalnia odmawia, może być jednak wypłacony rodzinie, jeśli „pozostaje ona w potrzebie”. Kto i w jaki sposób ma określić stopień tej potrzeby?

Ponieważ nie są jeszcze opracowane regulaminy dla chorych, byłoby pożądanem, aby w miarę możliwości niektóre z tych poszczególnych kwestyj były przynajmniej należycie unormowane w odnośnych postanowieniach regulaminu.

B. Kondratjew.

JESZCZE O SPRAWIE NADZORU NAD ROBOTNICZEMI KASAMI EMERYTALNEMI NA GÓRNYM ŚLĄSKU.

Nawiązując do artykułu mego umieszczonego w Nr. 12 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych pod tytułem „Robotnicze Kasy Emerytalne na Górnym Śląsku, a kryzys w hutnictwie” i w odpowiedzi na ten artykuł w Nr. 1 z b. r. pod tytułem „Sprawa nadzoru nad Robotniczemi Kasami Emerytalnemi na Górnym Śląsku” uważam za konieczne bliższe umotywowanie mego stanowiska.

Zastrzegłszy się, iż nie wdaję się w bliższą analizę podstaw prawnych działalności robotniczych Kas Emerytalnych na Górnym Śląsku, gdyż nie było to celem mego artykułu, zaznaczyłam, iż nadzór nad nimi wykonywuje Ministerstwo Opieki Społecznej na zasadach materialnych przepisów niemieckiej ustawy z 12 maja 1901 r. Autor artykułu w Nr. 1 uważa to za nieściśle i zupełnie niezrozumiałe i uzasadnia twierdzenie, iż brak zarówno materialnych przepisów, na podstawie których miałby być wykonywany nadzór nad kasami, jakoteż władzy, któraby ten nadzór mogła wykonywać.

Z kolei dla mnie niezrozumiałem jest podważanie zasad dotychczasowego nadzoru i wprowadzanie pojęcia luki prawnej, niezwykle szkodliwej w tym wypadku zarówno z punktu widzenia państwowego, jak i ogólnie społecznego.

Robotnicze Kasy Emerytalne za czasów przedwojennych traktowane były, jako mniejsze towarzystwa ubezpieczeń w rozumieniu niemieckiej ustawy z dnia 12 maja 1901 r. o prywatnych przedsiębiorstwach ubezpieczeń. Po zmianie suwerenności ustawa ta obowiązywała nadal. W 1928 roku wydane zostało rozporządzenie Prezydenta Rzplitej o kontroli ubezpieczeń (Dz. U. R. P. z r. 1928 Nr. 9, poz. 64). Rozporządzenie to uregulowało sprawę działalności i nadzoru nad ubezpieczeniami prywatnemi. Art. 133 mówi jednak wyraźnie, że rozporządzenie nie dotyczy zakładów ubezpieczeń społecznych i że rozporządzenie Ministra Skarbu, wydane w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej ustali, jakie zakłady ubezpieczeń uważać należy za zakłady ubezpieczeń społecznych. W wykonaniu tego artykułu wydane zostało rozporządzenie z dnia 22 marca 1928 roku, które zakłady ubezpieczeń społecznych uznało — obok opartych na przymusie instytucyj prawno-publicznych — również pracownicze Kasy ubezpieczeń, a więc i omawiane robotnicze Kasy Emerytalne na Górnym Śląsku. Art. 133 rozporządzenia Prezydenta, uznając, że instytucje ubezpieczeń społecznych nie podlegają pozostałym przepisom tegoż rozporządzenia — uchylił przez to dotychczasową wobec nich kompetencję Ministra Skarbu, a ustalając, że zakres instytucyj ubezpieczeń społecznych ustali Minister Skarbu w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej — postanowił na przyszłość właściwość Ministra Pracy i Opieki Społecznej, obecnie Ministra Opieki Społecznej. Właściwość ta wynika zresztą i z art. 29 Dekretu Rady Regencyjnej z 3 stycznia 1918

roku (Dz. Praw. Nr. 1 poz. 1), gdyż sprawy nadzoru nad instytucjami ubezpieczeniowymi, do których członkowie „należą na podstawie stosunku roboczego lub służbowego“ i w których ubezpieczeni są od ryzyk, związanych z pracą, — podpadają pod „sprawy stosunków robotniczych“, objęte tym dekretem. W świetle powyższego kompetencja Ministerstwa Opieki Społecznej jest najzupełniej uzasadniona.

O ile chodzi o kwestję, jakie materialne przepisy regulują obecnie działalność i nadzór nad pracownikami kasami emerytalnymi w b. zaborze pruskim — to, pomimo brzmienia art. 134 rozporządzenia Prezydenta („tracą moc obowiązującą... niemieckie: ustawa z dnia 12 maja 1901 r.“...) nie można uznać, jakoby ustawa niemiecka przestała obowiązywać wobec Kas Emerytalnych, które podlegały jej niewątpliwie przed 1928 rokiem, a które wszak, jako objęte rozporządzeniem wykonawczem do art. 133 nie podlegają przepisom rozporządzenia Prezydenta

o kontroli ubezpieczeń. W konsekwencji należy stanąć na stanowisku, że skoro art. 133 postanawia, iż rozporządzenie Prezydenta w *innym całości* nie odnosi się do instytucji ubezpieczeń społecznych, to nie odnosi się do nich również i przepis art. 134, a więc uchylenie mocy obowiązującej ustawy z 1901 r. nie ma zastosowania do pracowniczych Kas emerytalnych.

Zaznaczyć należy, że pomijając już względy teoretyczne, zajęcie stanowiska reprezentowanego przez autora artykułu doprowadziłoby do prawdziwej anarchji w stosunkach śląskich.

Robotnicze Kasy emerytalne na Górnym Śląsku są instytucjami zbyt poważnymi i związanymi ze zbyt wielkimi nadziejami i ogromnym przywiązaniem kilkudziesięciu tysięcy hutników śląskich, aby w obliczu głębokiego kryzysu mogły być pozbawione fachowej opieki ze strony Ministerstwa Opieki Społecznej.

Wanda Mamrotowa

KRONIKA KRAJOWA

UMOWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM Z GDANSKIEM¹⁾.

W dniu 13 stycznia 1934 r. podpisany został w Warszawie przez delegację polską z naczelnikiem Z. Skokowskim i rad. min. St. Fischlowitzem na czele oraz delegację gdańską, której przewodniczył senator Keiser-Wierciński oraz wyz. radca rządowy Grentzenberg, protokół stwierdzający, że obydwie strony uzgodniły w całości załączony do niego tekst umowy ubezpieczeniowej wraz z protokołem końcowym.

Bliskie już wobec tego ostateczne zawarcie polsko-gdańskiej umowy o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych przyszło w samą porę. Byłoby to bowiem już nie do pomyślenia by Polska po zawarciu umów z państwami tak dalekimi terytorjalnie jak np. Argentyna, pozostawała nadal w stanie bezumownym z Wolnym Miastem Gdańskiem, związanym z Polską tak różnicznymi więzami prawnymi i gospodarczymi. Z drugiej zaś strony byłoby to paradoksem gdyby Polska po zawarciu daleko idącej i społecznie postępowej umowy o ubezpieczeniu społecznym z Rzeszą Niemiecką, uzupełnionej już w międzyczasie dwoma układami międzyresortowymi i całą serją porozumień pomiędzy zainteresowanymi instytucjami ubezpieczeń społecznych, odgródzoną była nadal w dziedzinie ubezpieczeń społecznych murem chińskim od Gdańska.

Wobec tego, że gdańskie ustawodawstwo ubezpieczeniowe pokrywa się (ze stosunkowo nieznaczными wyjątkami i odchyleniami) z ustawodawstwem niemieckim, podążając za każdorazowymi jego zmianami, polsko-gdańska umowa ubezpieczeniowa nie będzie daleko odbiegać od pierwowzoru umowy z 11 czerwca 1931 r. To też omawiając postanowienie umowy polsko-gdańskiej, można ograniczyć się w wskazaniu różnic, jakie zachodzą pomiędzy jej tekstem a tekstem polsko-niemieckiej umowy o ubezpieczeniu społecznym. Różnice te sprowadzają się naogół do następujących punktów: 1) różnic w pozycji prawno-międzynarodowej W. M. Gdańska, które nie posiada charakteru państwa suwerennego, 2) różnic, związanych z brakiem sukcesji ubezpieczeniowej pomiędzy Polską a Gdańskiem, 3) różnic, związanych z uwzględnieniem w ostatniej umowie nie tylko dawnego lecz również obecnego polskiego ustawodawstwa

¹⁾ Patrz artykuł P. R. Szymanko w Nr. 1/1934 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“.

ubezpieczeniowego w stosunku do macierzystego ustawodawstwa niemieckiego.

Umowa obejmuje ubezpieczenie na wypadek choroby, ubezpieczenie od wypadków, ubezpieczenie inwalidzkie i ubezpieczenie pracowników umysłowych. W zakresie wymienionego ostatnio działu ubezpieczeń społecznych wyłączono nawet wyraźnie z zakresu umowy ubezpieczenie na wypadek braku pracy, związane (tylko w Polsce ale nie w W. M. Gdańsku!) z emerytalnym ubezpieczeniem pracowników umysłowych. W Gdańsku brak bowiem dotąd ubezpieczenia na wypadek bezrobocia tak robotników jak i pracowników umysłowych. Pomoc na rzecz bezrobotnych zapewnia — w formie ściśle opiekuńczej — ustawa z 28 marca 1922 r. w brzmieniu ustalonym ustawą z 13 lutego 1931 r. Ustawa ta przewiduje udzielanie obywatelom obcym, którzy na obszarze W. M. Gdańska stracili pracę, zasiłków na równi z obywatelami gdańskimi tylko pod warunkiem, że 1) dopuszczeni oni zostali do wykonywania zatrudnienia na obszarze W. M. Gdańska oraz że 2) ojczyście ich państwo zapewnia w sposób niesporny („nachweislich“) obywatelom gdańskim równorzędne świadczenia. Sprawa uprzywilejowania obywatelom polskim, i to tak robotnikom jak i pracownikom umysłowym, korzyści gdańskiego ustawodawstwa o opiece nad bezrobotnymi łączy się jak najściślej ze spornem dotąd i drażliwym zagadnieniem dopuszczania obywateli jednej strony na rynek pracy strony drugiej, które stanowiło już przedmiot rokowań podjętych przed kilkoma laty lecz dotąd niesfinalizowanych. Nic więc dziwnego że w tych warunkach nie udało się uregulować wzajemnych stosunków w zakresie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nawet w stosunkowo wąskim zakresie, w którym wiążą się one ściśle — jak w polskim ubezpieczeniu pracowników umysłowych — z ubezpieczeniem przeciw ryzykom fizycznej natury.

Rozgraniczenie sfery kompetencji polskich i gdańskich ubezpieczeń społecznych odpowiada naogół linii demarkacyjnej, przyjętej w stosunkach pomiędzy polskimi a niemieckimi ubezpieczeniami społecznymi. Umowa przewiduje, że obywatele polscy, zatrudnieni w polskich władzach i urzędach na obszarze W. M. Gdańska, podlegać będą ubezpieczeniu rentowemu polskiemu a ubezpieczeniu na wypadek choroby — gdańskiemu.

Główną zasadą umowy jest zasada równouprawnienia obywateli polskich z gdańskimi, wyrażona w artykule 4. Równouprawnienie to obejmuje zrównanie obywateli jednej strony z obywa-

telami strony drugiej o ile chodzi o 1) obowiązek ubezpieczenia i 2) świadczenia ubezpieczeniowe.

Obywatele polscy podlegają narówni z gdańskimi wszystkimi gałęziom gdańskich ubezpieczeń społecznych z tym tylko wyjątkiem, że polscy sezonowi robotnicy rolni zatrudnieni na obszarze W. M. Gdańska zwolnieni są z obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. Umowa nie zmienia więc w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby dotychczasowego stanu prawnego, opartego na rozporządzeniu gdańskim z 1 marca 1932 r. wydanem na podstawie § 168 R. V. O. Dążąc jednak do zabezpieczenia naszego sezonowego wychodźstwa na obszarze W. M. Gdańska na wypadek choroby, delegacja polska uzyskała zobowiązanie strony gdańskiej w kierunku zapewniania polskim sezonowym robotnikom rolnym, nie ubezpieczonym w kasach chorych odpowiedniej pomocy chorobowej łącznie z zaopatrzeniem w lekarstwa ze strony pracodawców (p. 2 do art. 15 protokołu końc).

Jakkolwiek umowy, zawarte przez Polskę z innymi państwami poddają maogół naszych sezonowych emigrantów miejscowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby, wychodząc z założenia, że wymagają oni w tym samym stopniu co wszyscy inni pracownicy najemni ochrony na wypadek choroby, to jednak w obecnych warunkach rozszerzenie na powyższą kategorię naszych obywateli korzyści gdańskiego ubezpieczenia chorobowego nie było możliwe.

Umowa zmienia natomiast sytuację sezonowych robotników polskich w stosunku do gdańskiego ubezpieczenia inwalidzkiego. Dotąd na podstawie rozporządzenia, wydanego jeszcze przez Bundesrat (na mocy § 1233 R. V. O.) i dotyczącego polskich sezonowych robotników rolnych z Austrii i Rosji, Gdańsk nie ubezpiecza na wypadek inwalidztwa naszych emigrantów sezonowych. Ze względu na okoliczność, że 90% corocznego kontyngentu sezonowego naszego wychodźstwa na obszar W. M. Gdańska stanowią robotnicy z województwa pomorskiego i poznańskiego, którzy podlegają na tych obszarach ubezpieczeniu inwalidzkiemu, zwolnienie ich z obowiązków ubezpieczenia pociąga za sobą przerwy w ubezpieczeniu, które mogą wyrażać się — zwłaszcza w stosunku do pracowników, nie zatrudnionych przez cały rok — ujemnymi następstwami w zakresie przysługującego im zabezpieczenia emerytalnego. Sytuacja pomiędzy Polską a Gdańskiem przedstawia się więc w tej mierze zupełnie inaczej niż sytuacja pomiędzy Polską a Niemcami; na obszar Niemiec emigrowali bowiem dotąd prawie że wyłącznie pracownicy najemni z województw centralnych i południowych, na których dotąd ubezpieczenie inwalidzkie wogóle nie obowiązywało, a na których ma ono być rozciągnięte dopiero na podstawie nowej zaprojektowanej ostatnio przez rząd ustawy. To też w przeciwieństwie do konwencji z 24 listopada 1927 r., która z art. 14 i 16 zwalnia większość naszych robotników sezonowych z obowiązku ubezpieczenia inwalidzkiego (z wyjątkiem osób posiadających t. zw. Befreiungsschein) umowa polsko-gdańska poddaje ich obowiązkowi ubezpieczenia w tym zakresie. Ponieważ pracodawcy gdańscy opłacali już przy dotychczasowym stanie rzeczy obowiązującą ich część składki ubezpieczenia inwalidzkiego, więc też zmiana dokonywana obecnie przez umowę polegać będzie na dołączeniu do składki pracodawcy składki robotniczej; celem uchylecia — nierealnych zresztą w świetle obecnej sytuacji na rynku pracy — obaw co do przerzucenia składki tej na pracodawcę, strona polska zapewniła stronę gdańską, że z tytułu rozciągnięcia ubezpieczenia inwalidzkiego na sezonowych robotników rolnych nie będzie domagać się podwyższenia należnych im i ustalanych corocznie zarobków.

Uregulowanie w sposób powyższy sytuacji ubezpieczeniowej polskich sezonowych robotników rolnych nie jest pozbawio-

ne znaczenia z tego względu, że w ostatnich latach nie została zatamowana nasza emigracja sezonowa na obszar W. M. Gdańska, która w roku 1930 objęła 8.312 osób a w roku 1933 mimo znacznego pogorszenia sytuacji ogólnej osiągnęła jeszcze 4.731 osób zakontraktowanych (poza pewną ilością osób, zatrudnionych w Gdańsku choć formalnie nie objętych powyższem porozumieniem).

Zrównanie w zakresie prawa do świadczeń przeprowadzono w umowie w bardzo szerokim zakresie. Gdańsk zastrzegł sobie coprawda wślad za umową polsko-niemiecką wstrzymanie dopłat państwowych do rent ubezpieczenia inwalidzkiego, wypłacanych obywatelom polskim poza granice Gdańska. Równocześnie jednak — wobec zamierzonego dostosowania w czasie najbliższym gdańskiego ustawodawstwa do ustawy niemieckiej z 7 grudnia 1933 r. (która w miejsce kwoty zasadniczej i dodatku państwowego wprowadziła kwotę zasadniczą, pokrywaną ze skarbu Rzeszy) — strona gdańska zobowiązała się do zniesienia tego ograniczenia w razie dokonania nowelizacji w powyższym kierunku gdańskiego ubezpieczenia inwalidzkiego. Poza tem obok powyższego ograniczenia wprowadzonego na życzenie delegacji gdańskiej protokół końcowy przewiduje ograniczenie zaprojektowane przez delegację polską a dotyczące świadczeń przewidzianych coprawda w ustawach ubezpieczeniowych, ale posiadających charakter opiekuńczy, a przypadających w udziale obywatelom danego państwa, którzy w chwili wprowadzenia w życie ubezpieczenia na starość przekroczyli już określony ustawowo wiek (art. 160 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. i art. 302 ustawy z 28 marca 1933 r.). Świadczenia te nie będą więc również po wejściu w życie umowy przysługiwać obywatelom gdańskim.

Przechodząc do unormowania w umowie poszczególnych gałęzi ubezpieczeń społecznych, należy stwierdzić, że umowa rozbudowuje szeroko oparte na wzajemności stosunki w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby. Wydaje się, że niema dotąd umowy międzynarodowej, która szłaaby w tej dziedzinie tak daleko i uwzględniała tak szeroko interesy osób kolejno podlegających ubezpieczeniu w obydwóch stronach jak umowa polsko-gdańska. Umowa ta przewyższa w tej dziedzinie bardzo znacznie poziom umowy polsko-niemieckiej, uwzględniając tu pozytywnie to wszystko, co w stosunkach polsko-niemieckich przyniosło dopiero porozumienie pomiędzy centralnymi związkami kas chorych polskimi i niemieckimi. Umowa przewiduje, że w stosunku do ubezpieczenia polskiego nie będzie się uważać pobytu na obszarze Gdańska na pobyt zagranicą; to samo będzie miało zastosowanie w stosunku do ubezpieczenia gdańskiego o ile chodzi o pobyt na polskim obszarze granicznym, który ma stanowić województwo pomorskie. Przewidziana ustawowo zgoda na pobyt osoby pobierającej świadczenia zagranicą nie będzie wymagana, o ile chodzi o pobyt na powyższych obszarach strony drugiej. Okresy przebyte w ubezpieczeniu na wypadek choroby jednej strony będą zaliczane na czas wyczekiwania wymagany przez ustawodawstwo o ubezpieczeniu na wypadek choroby strony drugiej. Świadczeń udziela na własny rachunek — bez jakiegokolwiek rozrachunku pomiędzy kasami chorych, do których ubezpieczony należał kolejno — kasa chorych, w której był on ubezpieczony ostatnio. W razie przejścia osoby, pobierającej świadczenia kasy chorych jednej strony, do kasy chorych strony drugiej, kasa chorych przejmująca zalicza na maksymalny okres świadczeń okres pobierania ich ze strony kasy chorych odstępującej. W razie wyjścia z ubezpieczenia z powodu bezrobocia ubezpieczony zachowuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych również w razie pobytu na objętym postanowieniami umownymi obszarze strony drugiej. Postanowienia umowy z zakresu ubezpieczenia na wypadek choroby mają dotyczyć nie tylko świadczeń

na rzecz ubezpieczonych lecz również na rzecz członków ich rodziny. Porozumienia pomiędzy kasami chorych polskimi i gdańskimi oraz ich związkami ustala bliższe warunki wzajemnego udzielania sobie pomocy, o ile chodzi o zastępcze przyznawanie świadczeń uprawnionym przebywającym na obszarze kasy chorych jednej strony a posiadającym uprawnienia w stosunku do kasy chorych strony drugiej. Bliższe warunki udzielania świadczeń w stosunkach pomiędzy kasami chorych gdańskimi a kasami chorych położonymi poza obszarem granicznym Polski ustala osobne porozumienia między zainteresowanymi instytucjami ubezpieczenia na wypadek choroby. Senat W. M. Gdańska i Rząd Polski zobowiązały się w protokole końcowym umowy do wywarcia odpowiedniego nacisku na kasy chorych w kierunku rychłego dojścia do skutku tych porozumień.

W dziedzinie ubezpieczenia od wypadków zwraca na siebie uwagę (nieuwzględniony w umowie polsko-niemieckiej) przepis, zabraniający pobierania wyższych składek względnie żądania zabezpieczenia od przedsiębiorstw, których siedziba znajduje się na obszarze strony drugiej. (§ 740 R. V. O.).

Postanowienia poświęcone ubezpieczeniom emerytalnym polewują do życia system świadczeniowy na rzecz osób kolejno podlegających ubezpieczeniu inwalidzkiemu względnie pracowników umysłowych polskiemu i gdańskiemu, przyczem opierają się ściśle na zasadach przyjętych w umowie berlińskiej z 11 czerwca 1931 r. Nie brak jednak pewnych odchyień w porównaniu z systemem umowy powyższej. Umowa polsko-gdańska przewiduje przede wszystkim, że w stosunku do osób ubezpieczonych kolejno w Polsce i Gdańsku utrzymanie ekspektatywy ubezpieczenia jednej strony powoduje utrzymanie jej również w stosunku do ubezpieczenia strony drugiej. Oryginalne to i niespotykane naogół w innych umowach postanowienie zapewnia daleko idące korzyści ubezpieczonym. Wszelkie dobrodziejstwa, wynikające z korzystniejszego i dalej idącego uregulowania zachowania ekspektatywy, skutkują bowiem w ten sposób również i o ile chodzi o ekspektatywy ubezpieczenia, które w danej sytuacji nie przewiduje utrzymania uprawnień ekspektatywowych. Celem zapobieżenia nadużyciom, które mogłyby polegać na sztucznym nawiązywaniu stosunku ubezpieczeniowego w jednej stronie celem wykorzystywania liberalniejszych postanowień przewidzianych w ustawodawstwie ubezpieczeniowym tej strony dla zachowania ekspektatywy strony drugiej, umowa przewiduje, że postanowienie powyższe stosować się będzie tylko pod warunkiem, że w ubezpieczeniu strony pierwszej przebyto co najmniej 26 tygodni składkowych.

Umowa idzie poza tem jeszcze o krok dalej w stosunku do umowy polsko-niemieckiej, regulując — zresztą w sposób ramowy i ogólnikowy — obok świadczeń pieniężnych również i świadczenia rzeczowe ubezpieczenia emerytalnego. Przewiduje mianowicie, że leczenie celem zapobieżenia powstaniu inwalidztwa lub przywrócenia zdolności do zarobkowania dokonywać się winno w stosunku do ubezpieczonego, który podlegał ubezpieczeniu emerytalnemu w Polsce i W. M. Gdańsku, w miarę możliwości we wspólnym porozumieniu między instytucjami obydwóch stron; o ile dwie strony wyraziły zgodę na podjęcie leczenia, pokrywać one będą jego koszty w takim stosunku, w jakim pozostają do siebie przebyte w nich okresy ubezpieczeniowe.

Umowa uwzględnia zmiany, wynikające z nowego polskiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Tak więc postanowienia o ubezpieczeniu przechodniem między państwem mają mieć zastosowanie nie do osób, które „opłaciły składki do ubezpieczenia” obydwóch stron, lecz do osób, które „przebyły okresy składkowe” w tem ubezpieczeniu. Umowa stanowi dalej, że okresy składkowe przebyte w ubezpieczeniu gdańskim mają być uwzględniane przy obliczaniu procentu kwoty wzrostu polskie-

go ubezpieczenia inwalidzkiego, wpływając w ten sposób na to, że kwota wzrostu dzięki zaliczeniu okresów gdańskich będzie wynosiła np. nie 1/2% lecz 1% lub nie 1% lecz 1 1/2%. Dopłata roczna traktowana będzie przy stosowaniu umowy polsko-gdańskiej tak, jak dotychczasowa dopłata ze Skarbu Państwa do rent ubezpieczenia inwalidzkiego. 10%-owe minimum kwoty indywidualnej polskiego ubezpieczenia inwalidzkiego podlegać będzie podziałowi pro rata parte temporis narówni z innymi częściami stałymi renty (kwotą zasadniczą, dodatkiem państwowym, dodatkiem na dzieci, rentą minimalną i t. p.). Ponieważ polskie ubezpieczenie inwalidzkie obok świadczeń emerytalnych w ścisłym tego słowa znaczeniu udziela ubezpieczonym, którzy przebyli okres wyczekiwania a wyczerpali świadczenia ubezpieczenia na wypadek choroby, bez jakiegokolwiek ograniczenia pomocy leczniczej (art. 171), a ponieważ gdańskie ubezpieczenie świadczeń tego rodzaju wogóle nie przewiduje (nie istnieją one wogóle nigdzie na świecie poza ustawodawstwem polskim!), umowa stanowi w protokole końcowym, że na czas wyczekiwania na świadczenia powyższe nie będą zaliczane okresy przebyte w gdańskim ubezpieczeniu inwalidzkiem. Również i postanowienia o ubezpieczeniu przechodniem między państwem i między państwem (przejście z ubezpieczenia inwalidzkiego polskiego do ubezpieczenia pracowników umysłowych gdańskiego i vice versa) musiały być również dostosowane do nowych postanowień obowiązujących w tej mierze na podstawie ustawy z 28 marca 1933 r.

Duże znaczenie praktyczne może mieć — zwłaszcza ze względu na stosunki z Rzeszą Niemiecką — postanowienie umowy, przewidujące, że w razie zawarcia przez jednego z kontrahentów umowy o wzajemności ubezpieczeniowej z państwem trzecim, Ministerstwo Opieki Społecznej i Senat W. M. Gdańska porozumieją się co do ewent. zaliczania okresów ubezpieczeniowych przebytych w tem państwie na czas wyczekiwania, zachowanie ekspektatywy i wymiar świadczeń. Nie wydaje się nieprawdopodobne, że w związku z postanowieniem tem dojdzie do skutku porozumienie trójkatne pomiędzy Polską, Rzeszą Niemiecką i W. M. Gdańskiem.

Wśród postanowień przejściowych i końcowych umowy zwraca na siebie uwagę brak odpowiednika postanowień art. 38 polsko-niemieckiej umowy o ubezpieczeniu społecznym, które przewidują odzyskanie ekspektatyw jednej strony wygasłych na obszarze strony drugiej. Wobec braku jakichkolwiek trudności w obrocie przekazowym pomiędzy Polską a W. M. Gdańskiem, które uzasadniałyby niedopełnianie przez ubezpieczonych czynności (przekazywania składek ubezpieczenia dobrowolnego i t. p.) potrzebnych dla zachowania ekspektatywy, strona gdańska nie zgodziła się na korzystniejsze w tym względzie traktowanie ekspektatyw gdańskich wygasłych w Polsce niż ekspektatyw gdańskich wygasłych w Gdańsku. To też umowa zadawała się w tym punkcie przepisem, upoważniającym zwierzchnie władze administracyjne obydwóch stron do reaktywowania we wzajemnym między sobą porozumieniu wygasłych ekspektatyw.

Uchylając spoczywanie świadczeń rentowych z powodu posiadania obywatelstwa strony drugiej i pobytu poza granicami strony pierwszej, umowa stanowi, że świadczenia należne z tego tytułu mają być wypłacane za czas od 1 stycznia 1933 r. Tak retroaktywne działanie umowy oznacza niewątpliwie pewną korzyść z punktu widzenia interesów uprawnionych.

Należy podkreślić, że umowa obejmuje swym zakresem również stosunki ubezpieczeniowe w zakresie ubezpieczenia kolejarzy, unormowane umową specjalną polsko-gdańską z 13 stycznia 1927 r. Nowa umowa nie narusza jednak postanowień umowy z 13 stycznia 1927 która szczegółowo normuje ubezpieczenie (na wypadek choroby, od wypadków, inwalidzkiej i pracowników umysłowych) zatrudnionych na obszarze W. M. Gdań-

ska pracowników P. K. P.; ponieważ przewidziane w umowie tej utworzenie odrębnych zakładów ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia inwalidzkiego (§§ 2 i 5) pracowników kolejowych nie doszło dotąd do skutku (wobec rozbieżności zapartywań pomiędzy Rządem Polskim a Senatem W. M. Gdańska w niektórych sprawach formalnej i politycznej natury), obydwie strony wypowiedziały się w protokóle końcowym umowy niniejszej za jak najszybszym powołaniem do życia powyższych zakładów oraz za zawarciem przewidzianego w § 5 umowy z 13 stycznia 1927 r. porozumienia pomiędzy odrębnym zakładem ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa kolejarzy a gdańską „Landesversicherungsanstalt“ w sprawie przechodzenia z jednej instytucji do instytucji drugiej.

Umowa zawiera cały szereg punktów, w których prototyp umowy polsko-niemieckiej musiał być dostosowany do odrębnych warunków prawno-międzynarodowych i prawno-państwowych, związanych ze statutem W. M. Gdańska. Tak więc umowa nie mówi o „dwóch państwach“ lecz „dwóch stronach“. Poza tem w postanowieniach końcowych nie przewiduje ratyfikowania jej przez kontrahentów, uwzględniając tu przyjętą w stosunkach polsko-gdańskich formułkę, według której umowa wchodzi w życie po wymianie pomiędzy Rządem Polskim a Senatem W. M. Gdańska not, stwierdzających, że umowa została zatwierdzona przez Polskę i W. M. Gdańsk.

Ponieważ umowa załatwia w formie dwustronnej wzajemne stosunki w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, nie rozstrzygając spornego dotąd między dwiema stronami zagadnienia, czy już na zasadzie umów dotychczasowych — a więc na zasadzie traktatu wersalskiego, konwencji paryskiej i umowy warszawskiej — nie przysługuje obywatelom polskim w W. M. Gdańsku równouprawnienie w prawach socjalnych z obywatelami gdańskimi, umowa w art. 37 stwierdza wyraźnie, że obydwie strony zachowują sobie zasadniczy swój pogląd prawny.

W końcu umowa przewiduje, że po wypowiedzeniu jej, stosowane będą nadal postanowienia umowne do pretensyj z tytułu wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły przed wygaśnięciem umowy. Renty należne na podstawie wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły przed wejściem w życie umowy, będą mogły być jednak wstrzymane po upływie dwóch lat, o ile na podstawie innych tytułów prawnych nie będą ciążyły na danej stronie dalej idące obowiązki.

Umowa sporządzona będzie w języku polskim i niemieckim. Oba teksty będą autentyczne.

St.

PRZYCZYNEK DO SPRAWY OKRESOWYCH BADAŃ LEKARSKICH

W 1927 r. niżej podpisany przedłożył b. Zarządowi b. Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie projekt wprowadzenia systematycznych badań lekarskich zdrowych ubezpieczonych, a to w celu zapobiegawczym. Wniosek swój projektodawca motywował tem, że Ameryka, w której akcja taka dopiero się rozwijała, już w krótkim czasie mogła się poszczycić bardzo poważnym dorobkiem i to w wielu kierunkach; przede wszystkim stwierdzono tam przedłużenie się życia ludzkiego, gdyż przeciętna długość takowego wynosząca poprzednio 40 lat (1880 rok) już po 30 latach podniosła się do 55 — 60 lat. W 1910 r. ilość 65 letnich wyniosła 4 miliony osób, zaś w 1920 r. 5 milionów, dowodziłoby to, że w dziesięcioleciu, o którym mowa, roczny przyrost ludzi starszych wyniósł 100.000 osób.

Członkowie Zarządu potraktowali projekt przychylnie, lecz ze względu na związane z tem bardzo wysokie koszty, oddały go do chwili, gdy Kasy Chorych wzmocnią się finansowo. Niektórzy z oponentów powoływali się na ustawę z dn.

19.V.1920 r., która poza mglistą wzmianką o zapobieganiu chorobom w art. 88-ym nie przewiduje tego rodzaju wydatków. To też z wielką ulgą należy powitać art. 24 ustawy scaleniowej, który w punkcie 1-ym mówi wyraźnie, że ubezpieczalnie społeczne (Kasy Chorych) powinny przeprowadzać okresowe badania lekarskie pracowników, narażonych na choroby zawodowe, a w punkcie 2-im tenże artykuł daje podstawę prawną do poczynania, mających na celu zmniejszenie wśród ubezpieczonych chorobowości.

Systematyczne badania stanu zdrowia całej ludności są głównym celem socjalnej i rasowej higieny. To też nie od rzeczy będzie podać do wiadomości hygienistów i profilaktyków, że sprawa zapobiegawczych badań zaczyna się realizować w Niemczech, a mianowicie: Państwowy kierownik młodzieży (Reichsjugendführer) wprowadził perjodyczne badania młodzieży hitlerowskiej. Dotychczas w Niemczech badania tego rodzaju ograniczały się do stałego, lekarskiego nadzoru nad niemowlętami i małymi dziećmi w stacjach opieki, oraz młodzieży szkolnej w szkołach. Poza tem w niektórych okręgach, np. przemysłu ołowianego, wprowadzono na mocy przepisów policyjnych stałe badania robotników, jednak były to badania jednostronne, mające na celu ochronę przed zatruciem ołowiem. Do tego narazie sprowadzały się badania perjodyczne Ponadto w życiu każdego mężczyzny był jeszcze jeden moment sprzyjający sprawdzeniu stanu zdrowia a to przy badaniu w komisji poborowej. Wspomnieć też tu należy o badaniach ubezpieczonych w товариствach ubezpieczeniowych oraz o badaniach przedślubnych. Ostatnio w Niemczech głównie pod wpływem Kas Chorych powstał Ochotniczy Związek do badań perjodycznych ludności. Wprowadzone przez państwowego kierownika młodzieży badania perjodyczne to posunięcie wielkiej doniosłości, nie wyczerpuje ono jednak kwestji i należy je traktować jako jedno z pierwszych posunięć na polu racjonalnej profilaktyki i eugeniki.

Jakie byłyby plusy ewentualnych perjodycznych badań całej ludności?

Badania te przyniosłyby korzyść zarówno badanym jak i instytucjom, które obowiązane są do niesienia im pomocy lekarskiej w razie choroby.

Przy takich badaniach masy byłyby pouczone o zachodzących w ustroju nieuchwytnych dla laików zmian, co zwłaszcza dotyczy w dużej mierze kobiet w średnim wieku zagrożonych rakiem.

Tak prowadzone badania z pewnością przyczyniłyby się do uświadomienia jednostek pod względem profilaktyki, a materialnym wykładnikiem tego byłyby oszczędności uzyskane przez ubezpieczalnie społeczne oraz inne instytucje ubezpieczeniowe. Wpojenie w obywateli przekonania, że ich moralnym obowiązkiem nie tylko wobec siebie ale i wobec państwa jest utrzymywanie swego ciała w zdrowiu dałoby korzyść państwu, któremu przecież zależy na posiadaniu zdrowych i wartościowych z punktu widzenia eugeniki obywateli.

Wielką przeszkodę w zrealizowaniu tych planów stanowią koszty. W Niemczech obliczano je na 50 mil. marek niem., obecnie na 40 milionów. Koszty te powinny obciążyć wszystkich zainteresowanych, a więc zarówno państwo jak i instytucje ubezpieczeniowe tak publiczne jak i prywatne, stowarzyszenia dobroczynności, ubezpieczonych oraz pracodawców.

Pomysł perjodycznych badań do pewnego stopnia zrealizowano w Rosji i w Ameryce. W Rosji badaniom podlega zarobkująca młodzież, w projekcie jest poddanie takim badaniom całej pracującej ludności. W Ameryce istnieje Instytut Przedłużania życia, do którego towarzystwa ubezpieczeniowe stale pozy-

lają swych ubezpieczonych. Prywatnie można tam uzyskać abonentament na szereg badań.

Zarówno w Niemczech jak i w Rosji powstała myśl utrwalenia tych badań. W Rosji powstały dzienniki zdrowia, w Niemczech państwowy kierownik młodzieży wprowadził karty zdrowia.

W Niemczech w lutym 1931 roku na zjeździe mającym na celu propagowanie wśród ludności higieny wypowiedziano się za wprowadzeniem paszportów zdrowia, jedynie delegacja robotnicza miała co do tego pewne wątpliwości.

Paszport taki dzieli się na dwie części:

I-sza zawiera krótką historję rodziny, tablicę przodków, oraz adnotację odnoszącą się do: urodzenia, ochronnych szczepień, odwiedzania poradni dla niemowląt, stacji opieki, badań szkolnych, oraz badań przy wstępowaniu do różnych organizacji politycznych, sportowych i zawodowych. Notatki te byłyby robione przez urzędnika sądowego, akuszerkę, lekarza szkolnego, nauczyciela oraz lekarza okręgowego.

II-ga część w kształcie wkładki przeznaczona jest dla notowania dyskretnych uwag odnoszących się do wadliwości osobnika z punktu widzenia eugeniki. Dokładne zaś relacje zawierałyby urzędowe akta.

Wszystkich wypełniających rubryki paszportu obowiązuje tajemnica zawodowa.

Taki paszport jest dokumentem wielkiej wagi. Przedewszystkiem świadczy on o stanie zdrowia a także o właściwościach dziedzicznych właściciela, a w razie zachorowania znakomicie ułatwia lekarzowi ustalanie rozpoznania. Z paszportu takiego zainteresowany osobnik czerpie wskazówki czego winien unikać by swemu zdrowiu nie zaszkodzić. Nie można również pominąć wielkiego pożytku tego rodzaju dokumentów przy zawieraniu małżeństw, a to z punktu widzenia eugeniki.

Podniesionych tutaj momentów zapewne wystarczy, by sprawą okresowych badań ludzi zdrowych zainteresowali się bliżej działacze ubezpieczeniowi.

Dr. Stawiński Marjan.

SPÓŁKA BRACKA POD KONIEC 1933 R.

Czwarty rok światowego kryzysu gospodarczego zaciążył w całej pełni na Spółce Brackiej. Wyraża się to najdotkliwiej w dalszym ubytku członków, który wynosił za okres pierwszych 9 miesięcy 1933 r.

w Kasie Chorych 10.400 t. j. z górą 16%
w Kasie Pensyjnej 9.910 t. j. z górą 17%.

Co prawda zaznaczyło się w ostatnich miesiącach roku pewne ożywienie w górnictwie, wyrażające się w mniejszej ilości świętówek oraz w przyjęciu nowych górników. Była to jednak najwidoczniej tylko poprawa sezonowa, gdyż pierwsze tygodnie 1934 r. przyniosły nowe redukcje górników, nowe turnusy, nowe świętówki.

W jakiej mierze ubytek członków wpływa na zmniejszenie dochodów ze składek, wynika z faktu, że przeciętny dochód ze składek do obu kas brackich na członka wynosi rocznie 440 zł, ubytek więc 10 000 członków jest równoznaczny z ubytkiem dochodów ze składek o 4,4 milj. zł w stosunku rocznym.

Ujemnie wpłynęła również na stronę dochodową obniżka zarobków w górnictwie z mocą od 1 sierpnia 1933 r. o 6 — 15%, gdyż każda taka obniżka pociąga za sobą przesunięcie członków z wyższych klas do niższych klas członkostwa o niższych składkach. Z drugiej strony wzrosła znów liczba inwalidów i wdów,

pierwsza o 1 200 t. j. o 4,6%,
druga o 335 t. j. o 1,9%.

Jeżeli mimo to Spółka Bracka zamknęła 1933 r. niedoborem nie większym jak 3,4 milj. zł, to tylko dzięki dalszym, posuniętym już do ostateczności zarządzeniom oszczędnościowym, jak radykalne wstrzymanie wszelkich inwestycji, redukcje personelu w Dyrekcji i lecznicach, przedewszystkiem zaś dzięki wstrzymaniu z mocą od 1 marca 1933 r. wszelkich zasiłków, wypłacanych dotąd bez prawnego tytułu pensjonistom niemieckich bractw górniczych, zamieszkałym w Polsce. Bolesne bardzo dla dotkniętych, lecz konieczne ze względu na zobowiązania wobec własnych członków, pociągnięcie to pozwoliło Spółce Brackiej zaoszczędzić na wydatkach Kasy Pensyjnej w roku 1933 blisko milion zł. Dotknięci zarządzeniem tem pensjonisci niemieckich bractw górniczych — około 3000 inwalidów i wdów z rodzinami — pozostawali przez 3 miesiące niemal bez środków egzystencji, gdyż dopiero pod koniec czerwca mogła Spółka Bracka podjąć dla nich nową akcję zasiłkową o skromniejszych rozmiarach i to z funduszów, przekazanych przez Ministerstwo Opieki Społecznej, od 1 września zaś zaczęła im Spółka Bracka płać wyższe zasiłki, i to już na rachunek zobowiązań niemieckich bractw górniczych

Mianowicie z dniem 1 września 1933 r. weszła nareszcie w życie umowa polsko-niemiecka z 11 czerwca 1931 r. o ubezpieczeniu społecznym, oczekiwana przez dziesiątki tysięcy byłych członków niemieckich bractw górniczych oraz rencistów i byłych ubezpieczonych innych niemieckich instytucji ubezpieczeniowych z zrozumiałą niecierpliwością. Z chwilą wejścia w życie wspomnianej umowy musiały niemieckie instytucje ubezpieczeniowe podjąć wypłatę spoczywających dotąd świadczeń i to, o ile chodzi o świadczenia brackich kas pensyjnych, z mocą od 1 lipca 1931 r. Fakt ten niewątpliwie w rzeczy samej bardzo dodatni i dla szerokich kół społeczeństwa polskiego bardzo korzystny, miał dla samej Spółki Brackiej skutki ujemne, gdyż zmuszał ją do podjęcia ze swej strony wypłaty świadczeń pensyjnych do rąk pensjonistów, zamieszkałych w Niemczech. W związku z wejściem w życie wspomnianej umowy rozpoczęły się znów długotrwałe pertraktacje między obu Rządami i instytucjami ubezpieczeniowymi obu krajów celem dostosowania postanowień umowy do zmian, dokonanych w międzyczasie w przedmiotowym ustawodawstwie obu krajów, jakoteż celem uzgodnienia zarządzeń wykonawczych, potrzebnych dla wprowadzenia umowy w życie.

Nie od rzeczy będzie, pod koniec czwartego roku kryzysu, przypomnieć sobie w kilku cyfrach jego skutki.

Liczba członków spadła w latach 1930 — 1933:

w Kasie Chorych o 51 996 t. j. o 48%
w Kasie Pensyjnej o 41 994 t. j. o 45%

Liczba inwalidów wzrosła w tym samym czasie:

z 21 365 na 27 310, t. j. o 5 945 wzgl. prawie 28%,
a liczba wdów: z 16 668 na 18 080, t. j. o 1 412 wzgl. prawie 8,5%.

Łączny niedobór budżetowy za lata kryzysowe wynosi blisko 7 milj. zł.

Stosunek liczby czynnych członków Kasy Pensyjnej do liczby inwalidów pogorszył się w czasie 1930 — 1933 o więcej niż 50%, bowiem gdy w początku 1930 r. przypadało na 1 inwalidę jeszcze 2,77 czynnych członków, to pod koniec 1933 r. już tylko 1,29. (Dla przykładu trzeba tu przypomnieć, że odpowiednia liczba stosunkowa w początku 1924 r. wynosiła 6,28).

W nowy rok weszła Spółka Bracka z następującymi liczbami:

członków Kasy Chorych	57 153,
członków Kasy Pensyjnej	51 459,
inwalidów	27 310,
wdów	18 080
sierot	8 000

Preliminarz budżetowy na rok 1934 przewiduje 6,1 milj. zł niedoboru, a więc nie wiele mniej od łącznego niedoboru czterech lat kryzysowych. Ponieważ zaś płynne rezerwy nie starczą już na pokrycie takiego niedoboru, trzeba się liczyć z przykrym ale nieuniknionym faktem, że ongiś tak potężna instytucja ubezpieczeniowa stanie się w drugiej połowie bieżącego roku niewypłacalna, o ile nie przyjdą jej z wydatną pomocą powołane do tego czynniki. W związku z tem trzeba stwierdzić, że Rząd Rzeszy Niemieckiej z łącznych wydatków Bractwa Górniczego Rzeszy za rok 1932 w wysokości 170 milj. marek niem. pokrył dokładnie połowę drogą subwencji.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ŚWIELE OSTATNICH ZMIAN

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym oraz związana z nią rekonstrukcja ubezpieczeń społecznych w Polsce omówiona została ostatnio przed mikrofonem Polskiego Radja przez p. Tadeusza Bartnickiego.

W szczupłych ramach piętnastominutowego feljetonu aktualnego prelegent językiem jasnym i przystępnym dla najszerszych rzesz radjosłuchaczy omówił treściwie całokształt zmian w dotychczasowym stanie rzeczy oraz nowe zasady i instytucje wprowadzone do dziedziny ubezpieczeń społecznych przez ustawę marcową, streszczając przepisy, regulujące zakres i rodzaje ubezpieczenia, wysokość składek, rodzaje i rozmiary świadczeń. Nieco więcej miejsca poświęcił prelegent ubezpieczeniu chorobowemu i wypadkowemu oraz emerytalnemu robotników, przeprowadzając treściwą analizę i charakterystykę porównawczą stanu obecnego i poprzedniego.

W końcowej części odczytu referent zapoznał radjosłuchaczy z nową organizacją instytucji ubezpieczeniowych, podkreślając specjalnie fakt, że skoncentrowanie wykonywania gros czynności z zakresu wszelkich rodzajów ubezpieczenia w Ubezpieczalniach Społecznych, będących podstawową komórką organizacyjną, działającą na niewielkim terenie i obsługującą wszystkich pracowników i wszystkich pracodawców z danego terytorjum — winno doprowadzić do obniżenia kosztów administracyjnych i oszczędzić znaczną ilość energii i kosztów w porównaniu ze stanem poprzednim, dzięki wprowadzeniu bezpośredniości kontaktu z instytucją ubezpieczeniową.

„Przyszłość okaże — zakończył prelegent — w jakim stopniu przewidywania te są słuszne. Wiele w tej materji zależy od

ustosunkowania się społeczeństwa do nowych instytucji, będących realnym wyrazem dążenia do osiągnięcia sprawiedliwości społecznej”.

Zasługą prelegenta jest dobre ujęcie i opracowanie skomplikowanego i trudnego tematu; zasługą dyrekcji Polskiego Radja — udostępnienie mikrofonu dla zagadnień ubezpieczeniowych, gdyż nie ulega wątpliwości, że dla znakomitej większości abonentów radja odczyt ten był objawieniem całego szeregu aktualnych, doniosłych, a zupełnie nieznanych problemów, związanych nierozzerwalnie z bytem i przyszłością kilku milionów pracowników i ich rodzin oraz działalnością tysięcy warsztatów pracy.

UMOWY O WYNAGRODZENIE LEKARZY W UBEZPIECZALNIACH SPOŁECZNYCH.

Większość Kas Chorych (ubezpieczalni społecznych) zawarła już umowy z lekarzami. W nawiasach podano wysokość procentu od wpływów z ubezpieczenia na wypadek choroby, jaki będzie przeznaczony na wynagrodzenie lekarzy. Umowy zawarły: Baranowicze (11%), Biała (10%), Białystok (10%), Bielsko (10,6%), Brodnica (16%), Brześć n/B (10,85%), Bydgoszcz (16%), Chojnice (16%), Częstochowa (10%), Czortków (10%), Drohobycz (10%), Gniezno (16%), Grodzisk Wlkp. (15%), Grudziądz: miasto (15%), powiat (16%), Inowrocław (16%), Kielce (11%), Kołomyja (10%), Kowel (10,5%), Krosno (11%), Leszno (indywidualne wynagrodzenie), Lida (10,75%), Lublin (11%), Łomża (10%), Łuck (11%), Nowy Sącz (11%), Ostrów Wlkp. (16%), Ostrowiec Kiel. (11%), Pińsk (11%), Płock (10,5%), Poznań (16%), Przemyśl (10%), Pułtusk (10,75%), Radom (10%), Rzeszów (10%), Siedlce (10,5%), Sosnowiec (10,5%), Stanisławów (11%), Starogard (16%), Stryj (10%), Szamotuły (16%), Tarnopol (10), Tarnów (11%), Toruń (16%), Wągrowiec (16%), Gdynia (16%), Zamość (11%), Zakopane (11,5%), Złoczów (10%).

Należy tu zaznaczyć, że w województwach poznańskim i pomorskim ryczałty są wyższe z tej przyczyny, że obejmują nie tylko wynagrodzenie za pracę lecz także zwrot kosztów, połączony z odmiennym (gabinetowym) systemem lecznictwa. Umowy, które obowiązywały na obszarze wymienionych województw nie były zawarte na zasadzie ogólnych wytycznych. Wygasają one z dniem 1 marca 1934.

Następującym ubezpieczalniom wysokość procentu przyznała Komisja Arbitrażowa: Grodno (11%), Kalisz (11%), Pabjanice (11%), Równe (11%), Warszawa (13%), Wilno (11%), Włocławek (11%), Żyrardów (11%).

Pozostałym ubezpieczalniom wysokość procentowego wynagrodzenia Komisja Arbitrażowa jeszcze nie rozstrzygnęła. Są to: Chrzanów, Kraków, Lwów i Łódź.

KRONIKA ZAGRANICZNA

NAJNOWSZE ZMIANY W NIEMIECKIM UBEZPIECZENIU GÓRNICZYM.

Niemiecka ustawa z 7 grudnia 1933 r., wprowadzająca zasadnicze zmiany w najważniejszych działach niemieckiego ubezpieczenia długoterminowego, została poprawda już w Nr. 1 „Przeglądu” w ogólnych zarysach omówiona oraz krytycznie oceniona. Ze względu jednak na fakt, że największe zmiany zaszły w brackim ubezpieczeniu górniczym oraz że właśnie ten dział ubezpieczenia niemieckiego ma dla dziesiątek tysięcy oby-

wateli polskich, byłych członków niemieckich bractw górniczych, zasadnicze znaczenie, zwłaszcza w związku z wejściem w życie polsko-niemieckiej umowy o ubezpieczeniu społecznym, pożądanem będzie podać obszerniej najważniejsze zmiany tego działu ubezpieczenia społecznego.

1) § 5 ust. 2 ustala kwotę podstawową na 72 RM rocznie.

(Według Reichsknappschaftsgesetz z 1.VII.1926 r. kwota podstawowa wynosiła 168 RM rocznie; drogą Notverordnung została obniżona na 84 RM).

2) § 5 ust. 3 ustala następujące stopniówki za składkę miesięczną

w	I klasie	na	9,90 RM
"	II "	"	1,20 "
"	III "	"	1,50 "
"	IV "	"	1,80 "
"	V "	"	2,10 "
"	VI "	"	2,40 "
"	VII "	"	2,70 "
"	VIII "	"	3,00 "
"	IX "	"	3,30 "
"	X "	"	3,60 "

Przytem postanawia, że za pierwsze 60 miesięcy składkowych stopniówka zaliczana będzie tylko w 50%.

(W ten sposób ustalone stopniówki wynoszą za pierwsze 5 lat 0,6 za dalsze lata członkostwa 1,2% końcowego zarobku danej klasy, podczas gdy Reichsknappschaftsgesetz z 1 lipca 1926 r. przewidywał w § 38 następujące stopniówki:

za pierwsze 5 lat	0,5%
za następne 5 "	1,00%
za " 15 "	1,85%
za dalsze lata	0,5%

końcowego zarobku danej klasy. Przy członkostwie 25 lat suma stopniówek według Reichsknappschaftsgesetz wynosiła 35, 25%, według ustawy z 7 grudnia 1933 r. wynosi już tylko 27% końcowego zarobku, a więc o 23,4% mniej. Przy dłuższym członkostwie różnica ta zmniejsza się).

3) § 5 ust. 4 postanawia, że składki, uiszczone w czasie od 1.X.1921 r. do 31.XII.1923 r., nie zalicza się na stopniówki (kwotę wzrostu), zaś za czas przed 1.X.1921 r. ustali statut miesięczne składkowe i klasy, według których składki te mają być zaliczane.

(W ten sposób przekreśla się w zupełności składki uiszczone za czas największej inflacji, za czas poprzedni statut może ustalić niższe klasy, aniżeli dotąd zaliczano. Wynika stąd obniżka pensji o dalsze conajmniej 10%.

4) § 12 ustala nową VIII klasę dla przymusowo ubezpieczonych z zarobkiem miesięcznym ponad 225 RM oraz nowe klasy IX i X dla dobrowolnie ubezpieczonych.

(Utworzenie nowych klas z wyższym zarobkiem wpłynie oczywiście na podwyższenie składek w tych klasach).

5) § 14 ustanawia czas bezrobocia bez własnej winy jako okres zastępczy dla utrzymywania ekspektatyw. Dla wyrównania wynikającego stąd uszczerbku w dochodach Reichsknappschaft otrzymywać będzie od Reichsanstalt für Arbeitslosenversicherung (t. j. niemiecki Fundusz Bezrobocia) pewne odszkodowanie, którego wysokość zostanie jeszcze ustalona.

6) Według § 19 ust. 4 udziela się w ubezpieczeniu przechodnim, t. j. w ubezpieczeniu w różnych dziedzinach ubezpieczeniowych, kwoty podstawowej tylko jeden raz, przy czym obowiązuje następująca kolejność: Ubezpieczenie pracowników umysłowych, brackie ubezpieczenie pensyjne pracowników umysłowych, ubezpieczenie ogólnoinwalidzkie, brackie ubezpieczenie pensyjne robotników

(W sposób ten odciąża się robotnicze ubezpieczenie brackie kosztem innych dziedzin ubezpieczeniowych).

7) § 20 postanawia przy zbiegu pensji z brackiego ubezpieczenia robotniczego z rentą z ubezpieczenia ogólnoinwalidz-

kiego, że pensji ze stopniówek z ubezpieczenia brackiego udziela się tylko o tyle, o ile pensja ta przekracza rentę ze stopniówek z ubezpieczenia ogólnoinwalidzkiego.

najwyżej jednak przy pensji inwalidzkiej	20 RM,
" " wdowiej	10 "

miesięcznie; dodatek dla dzieci oraz zasiłek sierocy udzielany będzie tylko z ubezpieczenia ogólnoinwalidzkiego.

(A więc znów poważne odciążenie świadczeń brackich na koszt świadczeń ogólnoinwalidzkich, wynoszące przy pensji inwalidzkiej maksymalnie 20 RM. ze stopniówek + dodatek na dzieci + zasiłek sierocy).

8) § 30 w związku z § 24 przewiduje do końca 1937 r. możliwość reaktywowania każdego inwalidy na skutek ponownego badania, o ile badanie to wykaże, że inwalida nie jest niezdolny do pracy zawodowej. Wyjątek stanowią inwalidzi, którzy ukończyli w dniu 1 stycznia 1934 r. albo przedtem 60 rok życia. (Dotąd reaktywizacja była dopuszczalna tylko wtedy, gdy stwierdzono istotną zmianę w stosunkach inwalidy).

9) § 31 ust. 1 podwyższa czas wyczekiwania z 3 na 5 lat.

10) § 31 ust. 2 znosi przepisy § 76 Reichsknappschaftsgesetz z 1 lipca 1926 r. o uznaniówkach.

(Jest to bardzo poważna zmiana. Bowiem po zniesieniu uznaniówek można w przyszłości utrzymywać tylko albo pracą górniczą albo dobrowolnym składkowaniem w najwyższych klasach IX i X albo bezrobociem bez własnej winy).

11) Według § 33 otrzymuje osoba uprawniona przy zbiegu brackiej pensji wdowiej z rentą ogólnoinwalidzką wzgl. z emeryturą z ubezpieczenia pracowników umysłowych tylko jedno i to najwyższe świadczenie.

(Na podstawie tego przepisu odpadnie w przyszłości w licznych wypadkach przy zbiegu świadczeń bracka pensja wdowia w zupełności).

O podwyższeniu składek brackich ustawa nic nie mówi, natomiast przewiduje w § 7 podwyższenie składek do ubezpieczenia ogólnoinwalidzkiego, jakoteż do ubezpieczenia pracowników umysłowych, które według zasięgniętych informacji ma nastąpić po zredukowaniu składek do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Przepuszczalnie podwyżka składek w tych dziedzinach ubezpieczeniowych będzie wynosić 10 — 15%. Ustalenie składek jakoteż ustalenie systemu pokrycia w brackim ubezpieczeniu robotniczym pozostawia ustawa z 7 grudnia 1933 r. późniejszemu regulowaniu.

Z powyżej przytoczonych najważniejszych postanowień wynika dobitnie, że ustawa z 7 grudnia 1933 r. wprowadza nie tylko daleko idące obniżenia świadczeń brackich, lecz poza to jeszcze znaczne pogorszenie podstawowych przepisów ustawodawstwa brackiego. Co do wyniku finansowego dokonanych przez ustawę tę obniżek świadczeń, to według informacji autentycznych przeciętna pensja bracka zostaje wobec stanu z końca 1933 r. obniżona o conajmniej 25%, przy zbiegu z innymi rentami o znacznie wyższy procent. Ponieważ zaś już przedtem niemieckie pensje brackie przez różne Notverordnungen uległy redukcji o przeciętnie conajmniej 15%, trzeba przyjąć, że przeciętna niemiecka pensja bracka, obliczona według Reichsknappschaftsgesetz z 1 lipca 1926 r., obniżona została ustawą z 7 grudnia 1933 r., absorbującą postanowienia uprzednio wydanych Notverordnungen, o conajmniej 40% a przy zbiegu z innymi świadczeniami o znacznie wyższy procent, w licznych wypadkach o 100%. Znaczy to, że niemiecka pensja bracka, ustalona po 1 stycznia 1934 r., jest conajmniej o 40% niższą od tej samej pensji z początku 1931 r.

J. Jonda.

PROJEKT OGÓLNEJ SŁUŻBY LEKARSKIEJ W WIELKIEJ BRYTANII.

Podczas zwykłej sesji dorocznej odbytej w r. 1932, Konferencja Krajowa Towarzystw wzajemnej pomocy (National Conference of Friendly Societies) upoważniła swą komisję do współpracy z innymi organizacjami, administrującymi różnymi działami służby zdrowia, jak komisje ubezpieczenia chorobowego, władze bractw i samorządów oraz konferencja brytyjskich stowarzyszeń Lekarskich (British medical Association), w celu utworzenia drogi do utworzenia scalonej służby lekarskiej dla ubezpieczonych i osób przez nich utrzymywanych, przez rozwój i skoordynowanie istniejących działów służby lekarskiej.

Po przestudjowaniu sprawy podkomisja Konferencji złożyła sprawozdanie, zawierające wytyczne, jakimi powinien kierować się wszelki system ogólny służby lekarskiej. Sprawozdanie to zostało zatwierdzone jednogłośnie na sesji Konferencji w r. 1933. Wyrażano w niem życzenie, aby zadawalający system ogólny oparty został na dwóch działach służby lekarskiej.

Pierwszy, o charakterze profilaktycznym, funkcjonowałby pod kontrolą osób nie należących do zawodu lekarskiego, ale które mogłyby ewentualnie korzystać z rad lekarzy, stosownie do warunków istniejących w danej miejscowości.

Drugi dział powinien być poświęcony terapii indywidualnej uprawnionych członków rodziny, pozostawać pod kierownictwem przedstawicielskich organizacyj miejscowych specjalnie w tym celu utworzonych. Ten dział powinien zapewnić każdemu uprawnionemu członkowi rodziny ubezpieczonego opiekę lekarza praktyka ogólnego lub lekarza domowego dowolnie wybranego. Należałaby tu również obsługa farmaceutyczna (dostarczanie lekarstw i aparatów leczniczych), opieka pielęgniarek i t. p. Poza tem podkomisja zaleciła stworzenie obsługi konsultacyjnej i ułatwienie uprawnionym członkom rodzin ubezpieczonych sprawy diagnostyki i leczenia w stopniu należyty i wystarczającym. Każdy lekarz domowy powinien być uprawniony do leczenia swych pacjentów, nawet jeżeli leczą się oni w szpitalu; powinno być również przewidziane leczenie w szpitalu, w sanatorium lub w zakładzie dla ozdrowieńców.

Sprawozdanie wylicza kategorie osób, które powinny być podciągnięte pod ten system bądź obowiązkowo (osoby podlegające ubezpieczeniu na wypadek choroby i osoby przez nie utrzymywane oraz wszelkie osoby w takim stopniu pozbawione środków, że społeczność musi myśleć o ich zaopatrzeniu), bądź dobrowolnie (wpłacający składki dobrowolne, przewidziani przez ustawę o ubezpieczeniu chorobowym oraz członkowie towarzystw wzajemnej pomocy, nie podlegający ustawie i osoby przez nich utrzymywane).

Składki za osoby podlegające ubezpieczeniu na wypadek choroby byłyby płacone częściowo przez ubezpieczonych a częściowo przez pracodawców; poza tem władze miejscowe wpłacałyby pewien ustalony za wspólną zgodą udział za ubogich, podlegających obowiązkowo systemowi i w każdym wypadku część składki byłaby wpłacana przez państwo.

Dwoistości tej służby powinna odpowiadać podwójna administracja. Kontrola ogólna byłaby sprawowana przez angielskie ministerjum higieny i przez właściwą władzę centralną w kolonjach i dominjach. Kontrolę lekarską wykonywałyby władze miejscowe, złożone z przedstawicieli organizacyj lub władz, za których pośrednictwem ściągane są składki, jakoteż przez organizacje osób, sprawujące czynności przewidziane przez ten system.

Władze powinny być odpowiedzialne za poziom świadczeń lekarskich. Kontrola lekarska i wszelkie sprawy zawodowe byłyby regulowane przez członków ciała lekarskiego.

(„Informations sociales“, XLIX, Nr. 1/34)

TRAKTAT MIĘDZY NIEMCAMI A CZECHOSŁOWACJĄ O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wymiana dokumentów ratyfikacyjnych traktatu o ubezpieczeniach społecznych, podpisanego przez Niemcy i Czechosłowację w Berlinie 21 marca 1931 r. odbyła się 16 listopada 1933 r. Traktat wszedł w życie 1 grudnia 1933 r.

Zakres traktatu.

Układające się strony porozumiały się co do lepszego rozgraniczenia zakresu działania swego ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych i do równego traktowania swych obywateli; przewidziały ponadto zachowanie praw osób ubezpieczonych i rencistów, zmieniających miejsce zamieszkania i zorganizowały wzajemną pomoc administracyjną i sądową w sprawie ubezpieczeń społecznych.

Traktat dotyczy: 1) ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, od wypadków przy pracy, na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci robotników, 2) na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci pracowników umysłowych oraz 3) ubezpieczenia górniczego.

Poniżej podaje się streszczenie głównych postanowień traktatu.

Ustawa mająca zastosowanie w stosunkach między obu krajami. — Ażeby uniknąć luk i podwójnych interpretacyj, układające się strony sprecyzowały zakres stosowania swego ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych.

Traktat przede wszystkim potwierdza regułę, że ubezpieczenie pracowników najemnych podlega zasadniczo ustawie, stosowanej w miejscu pracy. W interesie ciągłości ubezpieczenia czyni się odstępstwo od tej zasady, gdy chodzi o pracowników zatrudnionych w tem samym przedsiębiorstwie to w jednym to w drugim z układających się krajów. Tak, postanawia się, że pracownicy zwolnieni z przedsiębiorstwa mającego siedzibę w jednym z tych krajów w celu wykonania robót czasowych, w drugim kraju, pozostają w ciągu roku pod działaniem ustawy, mającej zastosowanie do siedziby przedsiębiorstwa, które ich zwolniło. Ustawa siedziby przedsiębiorstwa ma poza tem zastosowanie do robót, które ze względu na swą naturę wymagają ponawianych pobytów (nie przekraczających wszakże jednego roku) na terytorjum drugiego kraju. Wskazanej ustawie poddane jest również ubezpieczenie personelu publicznych przedsiębiorstw przewozowych, o ile chodzi o urzędników zatrudnionych chwilowo, a na drogach kolejowych, łącznicowych i stacjach pogranicznych — nawet w sposób stały, w drugim układającym się państwie. Cel wszystkich tych odstępstw jest ten sam: utrzymać ubezpieczenie pod działaniem ustawy, mającej zastosowanie w ośrodku, z którego wychodzi kierownictwo działalności pracownika.

Równość traktowania. — Każde państwo udzieli obywatelom drugiego układającego się państwa oraz pozostałym członkom rodziny pracownika, tych samych praw do świadczeń ubezpieczenia emerytalnego, jakich udziela swym własnym obywatelom. Ta równość stosuje się także do ubezpieczenia rolnego od wypadków przy pracy na rzecz robotników rolnych migrantów i członków ich rodzin; co do renty, tylko o tyle, o ile gospodarstwa rolne lub osoby tej samej kategorii w nich zatrudnione podlegają ubezpieczeniu od wypadków, zgodnie z ustawodawstwem obu państw

Zachowanie ekspektatyw. — Między systemem niemieckim i czechosłowackim ubezpieczenia na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci robotników, zachowanie ekspektatyw zorganizowano na korzyść pracowników ubezpieczonych kolejno w Niemczech i w Czechosłowacji

Pracownicy, którzy byli lub będą podciągnięci pod jeden lub drugi z tych dwóch systemów, będą mogli korzystać w całości z okresów wpłaconych składek do ubezpieczenia robotniczego obu krajów. Tak np. aby ustalić, czy okres wyczekiwania otwierający prawo do renty został ukończony, każdy system będzie uwzględniał również okresy przebyte w systemie drugiego kraju. Ponadto, ażeby wiedzieć, czy uprawnienia wynikające ze składek wpłaconych w jednym z dwóch krajów jeszcze są zachowane, będzie się uwzględniało na korzyść ubezpieczonego jego związek z ubezpieczeniem w drugim kraju.

Naogół jednak okresy składkowe, przebyte w obu krajach, nie dadzą korzyści pracownikowi migrantowi, w stosunku do ubezpieczonych, którzy nie przestali należeć do systemu ubezpieczeniowego jednego tylko kraju. W myśl traktatu migrant będzie miał prawo całkowicie i ze strony każdego z obu systemów do takich elementów renty, jakie zostały ustalone proporcjonalnie do liczby i wysokości składek wpłaconych do tego ubezpieczenia. Natomiast elementy renty, ustalone niezależnie od czasu przebytego w ubezpieczeniu, zostaną skrócone przez każdy z systemów w stosunku do długości okresów składkowych, przebytych pod działaniem ustawy tego systemu, odpowiednio do całkowitego trwania okresów, uwzględnianych przy obliczeniu renty.

Te same prawidła stosują się do rent wdowich i sierocych ubezpieczenia robotniczego. Mają one zastosowanie również do systemów specjalnych dla górników i pracowników umysłowych (employés) obu krajów, gdy chodzi o ubezpieczonych, którzy przechodzą z ubezpieczenia jednego z tych państw do odpowiedniego ubezpieczenia drugiego państwa.

Dla ustanowienia praw do renty, wynikających z tak pojętego systemu zachowania praw, będzie się brało również w rachubę dawniejsze okresy składkowe z przed wejścia w życie traktatu.

Zachowanie praw nabytych w wypadku przebywania zagranicą. — Traktat postanawia, że dla stosowania przepisów jednego z układających się państw, dotyczących wykupu praw z tytułu ubezpieczenia pensyjnego, pobyt w drugim kraju nie będzie uważany, dla uprawnionego obywatela jednego z dwóch państw, za przebywanie zagranicą.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia chorobowego zostają zawieszane, gdy uprawniony udaje się, po zajęciu ryzyka, własnowolnie i bez zgody instytucji ubezpieczeniowej, na terytorjum drugiego państwa. Jednakże zgoda nie jest potrzebna, jeżeli uprawniony udaje się do okręgu pogranicznego drugiego państwa, sąsiadującego z obwodem jego kasy chorych, podczas swego pobytu w rzeczonym obwodzie; zawieszenie praw jest również uwzględnione, gdy uprawniony mieszkał poprzednio w tym okręgu i tak długo póki tam przebywa.

Subwencja Rzeszy (subsydjum państwowe) na rzecz rent z ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość, udzielanych łącznie przez instytucje ubezpieczeniowe obu krajów, wypłacana jest przez państwo, w którym uprawniony ma stałe miejsce zamieszkania.

Wzajemna pomoc administracyjna i sądowa. — Dla ułatwienia stosowania ubezpieczeń społecznych przewidziano, że instytucje ubezpieczeniowe oraz władze administracyjne obu krajów będą sobie wzajemnie udzielały pomocy w takiej samej mierze, jak gdyby chodziło o stosowanie własnego ustawodawstwa.

Sądy zgodzą się na rekwizycję, według postanowień, mających zastosowanie do spraw cywilnych i handlowych. Konsulowie obu krajów upoważnieni — bez specjalnych upoważnień — do reprezentowania swych obywateli wobec instytucji, władz i sądów ubezpieczeń społecznych drugiego kraju; przepi-

sy prawne danego kraju przewidujące pomoc rzeczownika nie zostają naruszone.

Zwolnienia lub redukcje opłat udzielane w jednym kraju od dokumentów, jakie należy składać władzom administracyjnym i instytucjom ubezpieczeniowym, rozciągają się na także dokumenty, które należy składać w drugim kraju.

Traktat zostaje zawarty na czas nieograniczony. Termin wypowiedzenia jest roczny i przypada na koniec roku kalendarzowego. Przez stosowanie zasady praw nabytych, renty uzyskane przed wypowiedzeniem traktatu nie będą przez państwa naruszone; toż samo dotyczyć będzie ekspektatyw, dotyczących się okresów poprzedzających wygaśnięcie traktatu.

„Informations sociales“, XLIX, Nr. 2/34).

PROJEKT USTAWY O UBEZPIECZENIU OD WYPADKÓW W FINLANDJI.

Na początku 1933 r. rząd Finlandzki porucił komisji rzeczoznawców opracowanie projektu ustawy nowelizującej ustawę o ubezpieczeniu od wypadków przy pracy z dn. 17 lipca 1925 r. Po kilkakrotnych obradach komisja powierzyła swemu przewodniczącemu p. Mannio, sekretarzowi generalnemu ministerstwa spraw społecznych, ostateczną redakcję projektu, który po zatwierdzeniu naprzód przez komisję a następnie przez rząd, został złożony parlamentowi w dn. 27 października 1933 r.

Nowy projekt obciąża państwo odszkodowaniem za wypadki przy pracy, którym ulegli pracownicy najemni zatrudnieni przez drobnych pracodawców, nakłada na państwo obowiązek wypłacania świadczeń w razie zaniedbania tego obowiązku przez pracodawców i dąży do uproszczenia procedury odszkodowania za drobne wypadki.

Liczba ubezpieczonych wzrosła znacznie na skutek wejścia w życie ustawy z dn. 17 lipca 1925 r. która rozszerzyła zakres stosowania dawnego znowelizowanego ustawodawstwa wypadkowego z r. 1895. Poniższa tablica wykazuje stopniowy wzrost liczby ubezpieczonych od 1925 do 1931 r.:

Lata	Liczba pracodawców	Liczba pracowników najemnych (przeciętna roczna)
1925	21.419	302.400
1926	116.524	517.032
1928	158.810	615.440
1930	145.937	572.160
1931	140.992	502.456

Otóż od 1926 r. przeciętna liczba robotników zatrudnianych u pracodawców podlegających ustawie znacznie spadła, utrudniając kontrolę stosowania systemu ubezpieczeniowego. Ponieważ z drugiej strony ubezpieczenie przez gminy pracowników, których nie ubezpieczyli ich pracodawcy, nie okazało się zadawalającym, więc nowy projekt nakłada na państwo obowiązek odszkodowania za wypadki, którym ulegli pracownicy zatrudnieni u drobnych pracodawców. Będą w ten sposób zwolnieni od obowiązku ubezpieczania pracodawcy których majątek oszacowano najwyżej na 48.000 marek lub dochód roczny na 6.000 marek i zatrudniający jednocześnie najwyżej trzech pracowników. Według obliczeń liczba pracodawców tej kategorii wynosić będzie w przybliżeniu 12.000. Liczba wypadków, którą rocznie wypadnie odszkodować państwu wyniesie około tysiąca. Wydatek roczny, jaki poniesie na pokrycie tych wypadków państwo, oblicza się na 640.000 marek, do których dochodzą wydatki na renty dożywotnie w wysokości 36.000 marek w ciągu pierwszego roku. Wydatek ten będzie stale wzrastał i dojdzie w ciągu 40 lat do sumy miliona marek.

Wprowadzenie tej reformy umożliwi zmniejszenie kosztów administracyjnych wobec tego, że kontrola wypadków i płacenie świadczeń przez państwo nie będą wymagały stworzenia nowych organów. Odszkodowanie i kontrola wypadków, które zaszły u drobnych pracodawców, należeć będą do kompetencji specjalnej państwowej komisji wypadków, utworzonej ustawą z 1925 r. i powołanej do przyjmowania podań o zasiłku robotników i pracowników państwowych, oraz do władz policyjnych i komunalnych inspektorów pracy.

Nowy projekt przewiduje poza tem, że państwo będzie obowiązane do płacenia świadczeń w każdym wypadku, gdy pracodawca zaniedba ubezpieczenia swych pracowników. W tym wypadku pracodawca będzie musiał zwrócić udzielone zasiłki do wysokości 2.000 marek oraz spłacić składki należne, za okres najwyżej czteroletni.

Projekt upraszcza procedurę odszkodowania drobnych wypadków. Instytucje ubezpieczeniowe (wzajemne ubezpieczenia pracodawców oraz finlandzkie towarzystwa ubezpieczeń od wypadków) od czasu wejścia w życie ustawy z 1925 r. były przeciążone rozpatrywaniem spraw drugorzędного znaczenia. Tak, w r. 1928 w 32% wypadków okres niezdolności od pracy trwał najwyżej siedem dni, w 55% wypadków nie przekraczał czterech dni. Toteż projekt przewiduje, że każdy pracodawca podlegający ustawie będzie osobiście odpowiedzialny za wypłacanie świadczeń do wysokości 400 marek od wypadku. Instytucje ubezpieczeniowe będą interwenjowały tylko w razie niepłacenia i będą miały prawo żądać zwrotu od pracodawcy sum, które on powinien był zapłacić poszkodowanemu. Odpowiedzialność instytucji ubezpieczeniowych będzie w ten sposób zmniejszona i będą one mogły obniżyć składki ubezpieczeniowe. Autorzy projektu uważają, że w ten sposób pracodawcy zwracać będą więcej uwagi na zapobieganie wypadkom. Instytucje ubezpieczeniowe będą mogły zwolnić pracodawców od odpowiedzialności w drodze nałożenia na nich dodatkowej składki.

Drobni pracodawcy, którzy w myśl projektu nie są zmuszeni do ubezpieczania swych pracowników, będą musieli również odpowiadać do wysokości 100 marek od wypadku za płacenie świadczeń, które obciążać będą państwo w razie niepłacenia.

Wreszcie, zgodnie z projektem, a wbrew ustawie z 1925 r., cudzoziemcy będą mieli prawo do świadczeń ustawodawstwa o ubezpieczeniu od wypadków dopiero po sześciu miesiącach przebywania w Finlandji. Ponieważ jednak Finlandja ratyfikowała międzynarodową konwencję o traktowaniu pracowników cudzoziemskich narówni z krajowymi (1925), przeto ograniczenie to nie będzie miało zastosowania do obywateli krajów, które również ratyfikowały tę konwencję.

„Informations sociales“, XLIX, Nr. 2/34).

ZMIANY W UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM W URUGWAJU.

Rząd urugwajski powziął energiczne środki w celu zmniejszenia nadmiernych ciężarów jednego z głównych działów ubezpieczeń społecznych stosowanych w kraju.

Ustawą z dn. 6 października 1919 r. wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie społeczne dla personelu przedsiębiorstw urzędów publicznych. Następnie ubezpieczenie to zostało rozciągnięte na nowe kategorie pracowników, mianowicie na robotników i pracowników dokowych (ust. z dn. 20 listopada 1922 r.) na pilotów w portach krajowych (ust. z dn. 19 października 1926 r.), na robotników towarzystw akcyjnych (ust. z dn. 6 sierpnia 1928 r.) i na personel szpitali prywatnych (ust. z dn. 1 lipca 1929 r.).

Ten rozległy system ubezpieczenia, pokrywający obecnie ryzyko inwalidztwa, starości i śmierci czerpie środki ze składek

ubezpieczonych i ich pracodawców, jakoteż z wpływów podatku, który płacą użytkownicy różnych świadczeń publicznych. Do tych dochodów zalicza się prócz tego wpływy z kar nakładanych na personel jako też z darów i zapisów na rzecz instytucji ubezpieczeniowej. Ustawa przewiduje wreszcie w razie deficytu możliwość pomocy finansowej ze strony państwa. Ponieważ od r. 1931 ubezpieczenie dawało stały i coraz wzrastający deficyt, „kasa pensyjna i emerytalna pracowników umysłowych i robotników“ jako organ wykonawczy ustawy musiała zwrócić się o pomoc finansową do rządu. Rząd udzielił tej instytucji zaliczek, aby zagwarantować wypłacanie świadczeń przez okres oznaczony. Jednocześnie z udzielaniem tej pomocy państwowej rząd wpływał na powzięcie odpowiednich środków w celu przywrócenia równowagi między dochodami a wydatkami instytucji ubezpieczeń.

Do czasu wprowadzenia nowych przepisów mających zapewnić potrzebną stabilizację finansową, prezydent republiki urugwajskiej, korzystając z nadzwyczajnych pełnomocnictw, postanowił w porozumieniu z rządem w drodze dekretu z dn. 24 kwietnia 1933 r., że renciści mający jakiegokolwiek płatne zajęcie tracą prawo swe do renty.

Jedyny wyjątek od tej reguły stanowią osoby częściowo niezdolne do pracy. Jeżeli jednak zarobek z dodatkowego płatnego zajęcia łącznie z rentą inwalidy przekracza dochód zawodowy, którym rozporządzał on w chwili przyznania mu renty z tytułu częściowego inwalidztwa, nadwyżkę potrąca się z sumy świadczeń.

Renciści — wykonywający jakiegokolwiek zawód zarobkowo obowiązani są dostarczać kasie wszelkich informacji o swej działalności, jakich kasa zażąda. Jeżeli w braku dokładnych informacji kasa udzieli ubezpieczonemu sum do jakich nie ma on prawa, będzie mogła żądać zwrotu na drodze sądowej. Dekret upoważnia kasę do potrącenia sumy nieprawnie pobranej przez rencistę z należności, mających mu się później wypłacić.

Postanowienia te weszły w życie dnia 24 lipca 1933 r.

„Informations sociales“, XLIX, Nr. 2/34).

WNIOSKI W SPRAWIE WPROWADZENIA USTAWODAWSTWA O BEZSKŁADKOWYCH RENTACH INWALIDZKICH W NOWEJ ZELANDJI.

Dnia 14 października 1933 r. nowozelandzkiej izbie przedstawicielskiej złożony został wniosek w sprawie wprowadzenia ustawodawstwa o bezskładkowych rentach inwalidzkich. Wnioskodawca uzasadniał to koniecznością lepszego zabezpieczenia w czasie kryzysu gospodarczego osób, które stały się niezdolne do pracy wskutek wypadku lub choroby zawodowej. Szpitale i instytucje dobroczynne, które dawniej udzielały w takich wypadkach pomocy, obecnie nie są w możności czynić tego w tym samym stopniu. Społeczeństwo ma przeto obowiązek troszczyć się o inwalidów. Koszt tego zaopatrzenia powinien być rozłożony na ogół ludności. Projekt ustawy ma na celu ustanowienie systemu rent inwalidzkich dla mężczyzn i kobiet zamieszkałych w Nowej Zelandji.

Projekt ustala wysokość renty tygodniowej na 1 funta sterlinga dla dorosłych i na 10 szylingów dla dzieci, będących na utrzymaniu inwalidy. Udzielanie rent należy do kompetencji komisarza lub podkomisarza rent, którzy mają prawo poddania kandydatów badaniu lekarskiemu; od decyzji komisarza można się odwołać do urzędu lekarskiego. Projekt przewiduje specjalne środki zapobiegające przybywaniu cudzoziemców do Nowej Zelandji w celu otrzymywania renty inwalidzkiej.

Wniosek został przyjęty przychylnie, jednakże minister, któremu podlega departament rent, orzekł, że musi być wzięta pod uwagę strona finansowa zagadnienia. Obliczenia dokonane uprzednio na podstawie statystyk australijskich wykazują, że —

stosunek liczby rent inwalidzkich do liczby rent starczych wynosi 1 : 2,45. Gdyby w okresie, do którego stosują się te obliczenia, udzielane były renty inwalidzkie w Nowej Zelandji koszt ich wyniósłby 615.240 funtów sterl. rocznie. Wniosek wyżej wymieniony, który ponadto przewiduje dodatki na dzieci, podniósłby wydatki roczne na renty z 3 na 4 miliony funtów sterl., co w obecnych czasach kryzysowych nie może być uskutecznione.

Po ożywionych i długich dyskusjach Izba przyjęła jednak projekt w pierwszym czytaniu.

(„Informations sociales”, XLIX, Nr. 5/34).

UKŁAD WZAJEMNOŚCI W SPRAWIE UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH MIĘDZY ŁOTWĄ A LITWĄ.

Przedstawiciele Łotwy i Litwy podpisali w dniu 1 grudnia 1933 r. w Rydze układ handlowy, zawierający m. in. postanowienie dotyczące ubezpieczeń społecznych.

W myśl artykułu 3 tego układu obywatele jednego z układających się państw będą korzystać na terytorjum drugiego państwa z tych samych ustaw i rozporządzeń w zakresie ochrony pracy i ubezpieczeń społecznych, z których korzystają obywatele krajowi. Świadczenia z tytułu odszkodowania za wypadki przy pracy oraz ubezpieczenia inwalidzkie, na starość i na wypadek śmierci udzielane będą obywatelom obu krajów i ewentualnie ich rodzinom bez względu na to, do jakiego kraju ubezpieczony czy poszkodowany wyemigrował po nabyciu prawa do świadczeń i bez względu na miejsce zamieszkania jego rodziny.

Układ ratyfikowany przez Łotwę 19 grudnia 1933 r. zawarty został na okres roczny i zostanie przedłużony w drodze milczącego odnowienia na czas nieokreślony, jeżeli go nie wypowie jedno z państw conajmniej na 3 miesiące przed wygaśnięciem terminu rocznego.

(„Informations sociales”, XLIX, Nr. 5/34).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

USTAWA SCALENIOWA. (O ubezpieczeniu społecznym) z wyjaśnieniami Jerzego Pieczynisa, Referenta prasowego Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Dom Książki Polskiej, Warszawa, 1934. Str. 333. Cena zł. 7.

W związku z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym ukazał się szereg wydawnictw, zawierających teksty ustawy i rozporządzeń wykonawczych oraz mniej lub więcej obszernie wyjaśnienia do nowych przepisów. Jednym z pierwszych takich wydawnictw jest książka J. Pieczynisa p. t. „Ustawa scalenkowa (o ubezpieczeniu społecznym)”. Książka zawiera teksty ustawy o ubezpieczeniu społecznym i rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy, teksty rozporządzenia Prez. Rzplitej z 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, późniejszych zmian tego dekretu i rozporządzeń wykonawczych, wreszcie specjalny dział objaśnień autora do ustawy o ubezp. społ. oraz osobny dział, omawiający sposób zgłaszania i wymeldowywania pracowników i obliczania składek wraz z tabelami potrąceń części składek, przypadającej na pracowników.

Książka p. Pieczynisa nasuwa wiele b. poważnych zastrzeżeń, pomijając już nawet szereg technicznych usterek wydawnictwa (brak skorowidza, zbyt ogólnikowo opracowany „spis rzeczy”).

Należy przypuszczać, że autor, podając w swej pracy obok ustawy o ubezp. społ. przepisy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, miał ambicję wydania czegoś w rodzaju kodeksu ubezpieczeń społecznych. W wykonaniu jednak zamiary autora wyszły niezbyt szczęśliwie, gdyż brak w książce rozporządzenia Prez. Rzplitej z 6.III.1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26, poz. 231), zmieniającego art. 5 dekretu o ubezp. pracowników umysłowych oraz całego szeregu rozporządzeń wykonawczych tego dekretu; brak w szczególności rozporządzenia o sprzedawcach i ekspedjentach sklepowych i księgarskich, rozporządzenia do art. 5 pkt 9 i art. 6 pkt 1 dekretu, rozporządzenia o rejestracji, kontroli i udzielaniu świadczeń pozostającym bez pracy pracownikom umysłowym i t. d. Najpoważniejsze jednak zastrzeżenia w dziedzinie podanych w książce przepisów o ubezp. pracowników umysłowych budzi sposób ogłaszania tekstu dekretu z 24.XI.1927 r. dosłownie w brzmieniu, ogłoszonym w 106 numerze Dziennika Ustaw z 1927 r. bez zaznaczenia późniejszych zmian. W ten sposób czytelnik znajdując np. na str. 141 grupy zarobkowe w art. 14 dekretu, sądzić może, że podział grupy nadal obowiązuje; dopiero po dokładnym przewertowaniu omawia-

nej książki znajdzie — i to w grupie rozporządzeń do ustawy scalenkowej — rozporządzenie Rady Min. o uchyleniu grup zarobkowych w ubezp. prac. umysłowych (str. 254). Jeżeli książka ma na celu ułatwienie czytelnikom orientacji w obowiązujących przepisach, to oczywiście przyjęta przez autora metoda chybia celu.

Książka zawiera tekst ustawy scalenkowej oraz zbiór rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy. Należy tutaj zapytać, co między temi rozporządzeniami robi podane na str. 257 i nast. rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o sposobie uiszczania przez pracodawców wartości kapitałowych rent wypadkowych, przejętych przez Zakład ubezpieczenia od wypadków? Wszak rozporządzenie to jest całkowicie związane z przepisami, zastąpionymi już od 1.I.1934 r., ustawą scalenkową.

Z kolei należy omówić „objaśnienia” do ustawy o ubezp. społ., stanowiące oryginalną pracę autora, i jako takie stanowiące najistotniejszą miarę wartości książki. Tutaj już niezbyt szczegółowe przejrzanie wykazuje następujące najistotniejsze niedokładności, czy wręcz błędy:

Ustęp ostatni na str. 209 nie odpowiada postanowieniom art. 111 i 112 ustawy o ub. społ. W szczególności błędnie podano, że uprawnienia do świadczeń chorobowych dla żony i dzieci warunkuje m. in. zamieszkiwanie we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym. Poza tem zapomniano, że obok wskazanych członków rodziny (żony, dzieci, wnuków) prawo do świadczeń chorobowych pod określonymi warunkami przysługuje również 2 osobom z pośród dalszej rodziny ubezpieczonego.

Na str. 216 w ust. 3 od góry nieściśle podano przeciętną wysokość składki wypadkowej na okres 1934 — 1936 r.; 1,4% nie stanowi ogólnej składki przeciętnej, gdyż dla rolnictwa i leśnictwa (bez ścińki i obróbki drzewa) składka ta ma wynosić 1%, przyczem nie zaznaczono, że część powyższej składki jest stała (0,3% wzgl. 0,2%).

W następnym ustępie autor popełnia elementarny błąd, informując, że w składce za ubezpieczenie wypadkowe partycypuje również pracownik. Wszak jest stara i znana zasada zarówno w naszym dotychczasowym ustawodawstwie, jak i w ustawie scalenkowej, że składkę za ubezpieczenie wypadkowe pokrywa w całości pracodawca niezależnie od wysokości zarobku pracownika.

Z ustępu 1 na str. 221 można wnioskować, że na terenie Małopolski istniało dotychczas powszechne ubezpieczenie eme-

rytalne, co oczywiście nie odpowiada rzeczywistości, gdyż istniało tam to ubezpieczenie tylko w stosunku do górników, a więc w stosunku do bardzo nielicznej — w porównaniu z ogólną masą na tym terenie — grupy robotniczej. Zaraz w ustępie następnym autor informuje, że nowy Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przejął prawa i obowiązki m. in. Kasy Emerytalnej dla robotników P. K. P. w Poznaniu, co nie odpowiada istniejącym przepisom, gdyż z mocy rozporządzenia z 28.12.1933 (Dz. U. Nr. 103 poz. 817), (podanego w omawianej książce na str. 270). Kasa ta prowadzi nadal ubezpieczenie emerytalne w-g nowej ustawy w stosunku do swych dotychczasowych członków, a ten fakt wyklucza przejęcie praw i zobowiązań Kasy przez nowy Zakład Emerytalny.

Na str. 222 dwa pierwsze ustępy działu „Renty inwalidzkie” zawierają pomieszanie pojęć robotniczego emerytalnego ubezpieczenia i świadczą o niezrozumieniu odnośnych przepisów ustawy (art. 153 i 154). Zaraz następny ustęp również nie odpowiada treści art. 154 ust. 3 ustawy scaleniowej, gdyż wskazane 750 tygodni skł., warunkujące wcześniejsze nabycie prawa do renty z tyt. osiągnięcia określonego wieku, są to tygodnie, opłacone nie składką ogólną 5,2%-ową, lecz specjalnie wyższą 5,8%-ową, obowiązującą dla robotników zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie. Ten sam błąd co do wskazanych tygodni składkowych popełniono w ust. 5 od góry na str. 223.

Na str. 223 w ust. 3 od góry nieściśle podano sposób obliczania dodatków na dzieci gdyż do obliczania dodatku nie bierze się całej kwoty zmiennej (w-g terminologii ustawy powinno być „kwoty indywidualnej”).

Przy omawianiu działu świadczeń z Zakładu Ubezpiec. Emeryt. Rob. (str. 222 i 223) nie należało ograniczać się tylko do rent inwalidzkich i wdowich lecz dla całości obrazu trzeba było podać informacje o wszystkich przynajmniej obowiązkowych świadczeniach, a więc także o dodatkach do niższych rent (art. 165 ustawy), o rentach sierocych, o zapomodzię pośmiertnej i leczeniu.

Na str. 225 i nast. podane są informacje z dziedziny odrębnego ubezpieczenia pracowników umysłowych. Odrazu zwraca uwagę nieściśle podanie nazwy zakładu, wykonywającego to ubezpieczenie (powinno być „Zakład Ubezpieczeń...”) oraz w ustępie pierwszym opuszczenie jednego z istniejących do końca 1933 r. zakładów (Zakład w Królewskiej Hucie); te dwie usterki, jesteśmy skłonni przypisać niezbyt dokładnej korekcie. Ale już w przedostatnim ustępie na str. 225 przy określaniu warunków nabycia prawa do świadczeń na wypadek braku pracy, opuszczono wymóg przebycia w ubezpieczeniu określonego czasu (okres wyczekiwania); wprawdzie na str. 226 jest już mowa o tym okresie, tem niemniej przy podawaniu ogólnych sformułowań ścisłość bezwzględnie obowiązuje.

Na str. 227 w ust. 6 od góry znajdujemy znowu elementarny błąd przy określaniu stosunku, w jakim partycypują pracodawca i pracownik w składce emerytalnej w ubezpiec. prac. umysł.; ten sam błąd powtarza się na str. 233 ust. przedostatni.

W ustępie 1 na str. 230 autor podaje, że pracownicy i robotnicy rolni znajdowali się dotychczas poza zasięgiem ustaw ubezpieczeniowych, z wyjątkiem Poznańskiego i Małopolski, gdzie działały specjalne ubezpieczalnie na zasadzie dawnych ustaw niemieckich i austriackich. W tym jednym ustępie jest parę błędów, gdyż 1-o w stosunku do pracowników rolnych obowiązuje dekret z 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, 2-o dekret ten jest przepisem polskim i obowiązuje od początku na całym obszarze państwa, 3-o w stosunku do pracowników rolnych (prac. umysł. i robotn.) obowiązywało na całym obszarze państwa ubezpieczenie od wypadków, a wyjątek stanowiły tu tylko drobne gospodarstwa rolne (do 30 ha), położone na terenie b. zab. rosyjskiego i austr.

Na teże str. 230 w ust. 4 autor podaje, że pracodawcy rolni, leśni i t. d. będą obowiązani do bezpośredniego udzielania pracownikom świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa oraz na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej wskutek wypadku w zatrudnieniu, choroby zawodowej lub innych przyczyn. Skąd taki przepis został wzięty?! Przecież w myśl art. 6 ust. 3 ostatni oraz art. 212 i 213 ustawy o ubezp. społ. pracodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń pracownikom tylko w tym zakresie, jaki ustawa obejmuje ubezpieczeniem chorobowym i świadczenia pracodawcy tylko to właśnie ubezpieczenie mają zastąpić. Natomiast już w zakresie ubezpieczenia wypadkowego art. 6 ust. 3 wyraźnie obejmuje ubezpieczeniem pracowników rolnych, jeśli zaś chodzi o emerytalne ubezpieczenie tej kategorii pracowników to art. 7 ustawy odsyła sprawę do odrębnej ustawy i bynajmniej nie nakłada na pracodawcę obowiązku świadczenia do czasu wejścia w życie tej nowej ustawy. Przytem ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych w woj. zachodnich pozostaje nadal w mocy, regulowane przepisami niem. ordynacji ubezpieczeniowej.

Na str. 234 w ust. 4 autor nie oddaje w pełni treści art. 222 ustawy i właśnie pomija możliwość ważniejszych odchyień od normalnej składki, a mianowicie w ubezpieczeniu wypadkowym, gdzie odchylenia mogą sięgać 25% wwyż lub wdół (odchylenia te są ujęte w postaci t. zw. klas niebezpieczeństwa). W sformułowaniu omawianego ustępu nie dodano przytem, że wskazana tam możliwość podwyższenia składki dotyczy tylko składki na ubezpieczenie chorobowe.

Wreszcie zwracamy uwagę na pewne nieściłości w dziale p. t. „Granice policzalnego zarobku” na str. 305; nie podano tam mianowicie granic zarobku policzalnego w ubezpieczeniu wypadkowym, a granice policzalnego zarobku w ubezpieczeniu pracowników umysłowych na wypadek braku pracy (ust. 2 tego działu) podane są zupełnie błędnie.

Wskazaliśmy wyżej na szereg konkretnych i najistotniejszych błędów, zawartych w omawianej książce, głównie ze względu na konieczność zwrócenia uwagi czytelników tej pracy na te ustępy wydawnictwa, które mogą ich wprowadzić w błąd co do unormowania bardzo ważnych zagadnień w ubezpieczeniach społecznych.

Oceniając trud, włożony w książkę, i niewątpliwie dobre chęci autora, nie możemy się oprzeć wrażeniu, że książka została wydana za szybko i że autor niepotrzebnie zrobił zbyt duże ustępstwo na rzecz pośpiechu kosztem wartości pracy. Obawiamy się, że wskutek tego praca powyższa zamiast przyczynić się do spopularyzowania idei ubezpieczeń społecznych przynieść może raczej szkodę.

E. M.

Głosy prasy o ustawie o ubezpieczeniu społecznym.

Jak przewidywaliśmy, (Przegl. Ubezpiec. Społ. Nr. 2 b. r., str. 118) w miarę postępu, jakie czyni wprowadzanie w życie ustawy scaleniowej, prasa poświęca jej coraz więcej miejsca, atakując nieraz bardzo gwałtownie pewne niedociągnięcia i usterki od jakich nie może być wolne żadne dzieło rąk ludzkich.

Obok krytyki rzeczowej, obok głosów podyktowanych zasadniczo wrogiem stanowiskiem w stosunku do wszelkich ustaw społecznych i zwalczających je na każdym kroku, spotykamy również przejawy daleko posuniętej ignorancji, nie orjentowania się w tem, co było przed wejściem w życie ustawy scaleniowej, co jest obecnie i co będzie w najbliższym czasie. Dziwić się nie raz można odwadze ludzi, którzy zabierają głos w tych sprawach, nie mając o nich pojęcia i narażając się tylko swemi wystąpieniami na śmieszność.

Tak np. w Kurj. Warsz. z 4.II. b. r. w art. p. t.: „Stare bolączki w nowej szacie” autor, I. R. K. daje coś w rodzaju raportu z przychodni przy ul. Marjańskiej. Przychodnia ta jest czynna, jak wiadomo, od r. 1925 i chorzy zgłaszają się tam teraz, jak i dawniej, po numerki do lekarzy. Jak dawniej tak i teraz w okresach zwiększonej liczby zachorowań (sezonowa grypa, zaziębienia), wynikających z częstych zmian temperatury, zwiększa się napływ chorych, okazuje się często brak numerków do więcej wziętych lekarzy. Oczywiście jest to niedomaganie, które musi być usunięte. Ale czy można było to uczynić w okresie od I.I do 4.II (do daty artykułu) . P. I. R. K. zachwyca się gmachem i pisze: „Piękny, nowy gmach”, „nowy, wielki, wspaniały gmach”. „Czyżby to było doprawdy wszystko, na co można się zdobyć?”. Pewien obywatel z prowincji, który nie interesował się dotychczas warszawską Kasą Chorych, zapytał po przeczytaniu wspomnianego artykułu: „jak to, ustawa scaleniowa weszła w życie 1.I b. r. i już zdołano wybudować taki wspaniały gmach?”. I rzeczywiście artykuł p. I. R. K. wywiera wrażenie, że on sam dziwi się szybkości, z jaką ubezpieczalnia społeczna „zdążyła” w ciągu miesiąca wybudować taki wielki, wspaniały gmach!!

Charakterystyczny jest głos „Gazety Pabjanickiej” (z 4.II. b. r.). Występuje ona przeciwko prasie opozycyjnej, zarzucając jej zwalczanie ustawy scaleniowej. Uznaje celowość opłat za świadczenia, które były konieczne, aby uwolnić ubezpieczalnie od ludzi zdrowych—utrapienia lekarzy—zmyślających różne dolegliwości. Następnie Gaz. Pab. omawia dobrodziejstwa emerytury dla ludzi starych i przypomina ile skarg i narzekań wywoływało stale postępowanie Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie. Oczekuje, że wszystkie te usterki odpadną po scaleniu ubezpieczeń. Artykuł w tej sprawie kończy Gaz. Pab., uwagą, że: „nowa ustawa ubezpieczeniowa dając najrozmaitsze renty i dążąc do utrzymania świadczeń i samowystarczalności ubezpieczalni i innych zakładów, musiała wprowadzić pewne rygory i zmiany, które narazie mogą wydawać się przykre, były jednak koniecznymi”.

Bardzo niezadowolony jest z ustawy scaleniowej „Il. Kurj. Codz.”, który poświęca jej stale dużo uwagi. Np. art. pod znamienym tytułem: „Bałagan ubezpieczeniowy. O ustawie scaleniowej kilka słów poważnych”. (z 9.II. b. r.) rozpoczyna się takim „poważnym” ustępem: „Ustawa scaleniowa o ubezpieczeniu społecznym (z marca 1933, ogłoszona w lipcu 1933) spadła na pracodawców i pracobiorców, ba, na same ubezpieczalnie, jak... no, nie jak grom, albo obuch (to byłaby przesada), lecz, powiedzmy: jak półmisek z pasztetem, który komuś z drugiego piętra zleci na głowę. Na głowie wyskoczył nam guz, pasztet zalepił nam oczy i uszy i krzyczymy gwałtu — i ani rusz nie możemy doszukać się smaku w pasztecie, ocenić, jaka jest jego wartość odżywcza — i ile nam za ten smakołyk przyjdzie zapłacić”. Jak widać z powyżej przytoczonego, treść imponująca „poważnymi słowami” aż ugina się od kulinarniej rzeczowości i ciężkiego dowcipu.

Znajduje jednak „I. K. C.” również usterki innej natury: „Nikt nie wie jak na formularzu Nr. 1 obliczać składową część zarobku pracownicy domowej”. „W ubezpieczalni nie mają jeszcze dyrektyw”. Dalej autor wielce krytycznego artykułu wyjaśnia dla czego mianowicie nowa ustawa nazywa się scaleniową i twierdzi, że „przeciętny człowiek zawiódł się srodze. Bałagan przepisowy nie zmniejszył się ani o jotę raczej powiększył jeszcze — i w gąszczu przepisów i rozporządzeń mało kto potrafi się zorientować. Scalenie polega ostatecznie na tem, że przeróżne zakłady ubezpieczeniowe i opłaty żyją nadal wesoło, a otrzymały tylko nadbudowę z nową drużyną urzędników. Etatyzm ciężką stopę znowu wysunął przed siebie i znowu przygniół nasze kieszenie. Bo ta nowa ustawa powiększa znacznie brzemień istniejących cię-

żarów społecznych, podwyższa opłaty, uszczupla zaś świadczenia i czyni je coraz bardziej niepewnymi”. Autor przyznaje jednak dalej, że nowa ustawa przynosi wielką korzyść społeczną: ubezpieczenie emerytalne, czyli rentę inwalidzką dla wszystkich robotników, ubezpieczonych i w pewnych wypadkach także dla robotników nieubezpieczonych. Podkreślając następnie, że nowa ustawa bardzo pogarsza sytuację pracowników umysłowych i uszczupla znacznie ich prawa, wyraża przekonanie, że „zamienia ona w fikcję ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych”.

Ustawa scaleniowa znalazła też swoisty oddźwięk na naszych kresach wschodnich Oto p. S. Wańkiewicz w „Słowie” (z 1.II b. r., Wilno), zamieszcza sążnisty artykuł, w którym daje wyraz głębokiej trosce, że „nie zdjęto niepomiernych podatków, a szczególnie świadczeń socjalnych”. „Niestety nadzieja, ta matka naiwnych, i tym razem okazała się zwodną” — pisze p. S. W. „Kto zna nasze stosunki wiejskie, ten wie, że dziś ziemianie nie mają sami na leczenie i chyba w groźnej chorobie do lekarza się zwracają. Felczer miejscowy i środki domowe muszą wystarczyć, bo każda stale jest pusta i tylko długi rosną. W takiej chwili nakazuje się zawieranie umów (?) z doktorem i apteką oraz nakłada się obowiązek płacenia za lekarstwa, szpital i położnictwo oraz dostarczenie środków lokomocji dla parobków, ich żon, matek i dzieci do 15 lat skończonych. Gospodarz nie mający na leczenie własnej rodziny ma opłacać kurację kilkudziesięciu rodzin. Z jakich funduszy, wolno zapytać? Dawniej, za czasów rosyjskich, przy bez porównania mniejszych podatkach w każdym powiecie było po kilka szpitali z przychodniami, całkiem bezpłatnych utrzymywanych przez ziemstwo”. Tak, „dawniej, za czasów rosyjskich”. Trudno, każdy ma swe ideały, do których wzdycha, o których marzy, jak p. S. Wańkiewicz do dawnych czasów rosyjskich. Rozważania tego autora wskazują, że są jeszcze w Polsce ludzie, którzy nie wyzbyli się zapamiętanych społecznych, panujących wśród obywatelstwa przed 150 — 200 laty. Świadczy o tem również takie np. obrazowe porównanie: „Dawniej niedźwiedzie tresowane pokazywały jak opieszale idzie chłop na pańszczyznę”, — dziś się mówi „pracuje jak bezrobotny”. „Gdzie więc logika w takim ustroju organizacji pracy?”. „Zresztą” — stwierdza p. Wańkiewicz — „te ubezpieczenia są fikcją, gdyż ten co nie ma pracy nie partycypuje w ubezpieczeniach, a ten kto pracuje widzi, że mu odbierają znaczny procent zarobku i możliwości lepszej egzystencji dla korzyści problematycznych w dalekiej przyszłości”. Artykuł swój kończy p. S. Wańkiewicz drażliwym pytaniem: „Co nazywa się lichwą?” i odpowiedział: „lichwą nazywa się wymaganie nadmiernej opłaty, która rujnuje płatnika”. (!)

„Kurjer Polski” (z 8.II b. r.) dopatruje się w ustawie scaleniowej dwóch cech charakterystycznych: „daleko idącej opieki nad ubezpieczonymi” i „nieufności stosunku do pracodawcy, któremu obok licznych sankcyj karnych grożą również konsekwencje cywilne”. Nie do nas należy w tem miejscu omawiać szerzej te dwie cechy, trudno się jednak powstrzymać od pewnej uwagi, a mianowicie: jaką wartość, jaki cel miałyby ustawa ubezpieczeniowa, gdyby nie rozciągała opieki nad ubezpieczonym? i „czy można się dziwić nieufności do pracodawców, wobec tego, że są oni winni z tytułu niewpłaconych składek tylko z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby ok. 125 milj zł., przyczem w sumie tej znajduje się ok. 50 milj. zł. zainkasowanych od pracobiorców, a nie wpłaconych do kas chorych lecz wydanych przez pracodawców lub pozostawionych w ich kasach?

„Express Poranny” z (31.I b. r.) p. t. „Zreformować przymusowe ubezpieczenia” wypowiada się przeciwko obecnemu systemowi ubezpieczenia. Wskazuje na przykład Francji, gdzie każdy pracownik musi być ubezpieczony. Ale gdzie i jak on to

załatwi, to jego osobista sprawa. Państwo nie wtrąca się w te sprawy osobiste — baczy jedynie, by obywatele tak czy owak zabezpieczali się na czarną godzinę.

„Wiek Nowy” (Lwów 10.II b. r.) pisze m. in., że „wielkie wrażenie wywołało w Warszawie opublikowanie w pismach tamtejszych cyfr dochodów i wydatków Funduszu Bezrobocia za grudzień 1933 r. „Ustęp ten znajduje się w art. p. t.: „Cienie nowej ustawy o ubezpieczeniach społecznych”. Jak widać „Wiek Nowy” nie orientuje się najzupełniej, że Fundusz Bezrobocia nie jest objęty przepisami nowej ustawy scaleniowej, i, że jego działalność oparta jest na zupełnie odrębnej ustawie z 18 lipca 1924 r. (w brzmieniu obowiązującym od 11 lipca 1932 r.) o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Ponadto to, co „opublikowano” w Warszawie („Wieczór Warszawski”) zostało oparte na zupełnie błędnych przesłankach i jest niezgodne z istotnym stanem rzeczy. Wiadomość podana przez „Wieczór Warszawski” mogła wywołać „wielkie wrażenie” wyłącznie na osobach najzupełniej nie orientujących się w zagadnieniu, tak, jak nie orientuje się w niem autor art. w „Wiek Nowym”.

Wszystkie bez wyjątku prawie dzienniki atakują bardzo ostro sprawę ubezpieczenia służby domowej. Przedewszystkiem więc podnoszona jest obawa, że nadmierne opłaty do ubezpieczalni wpłyną na redukcję służących i zwiększenie się bezrobocia wśród tej kategorii pracowników. Następnie poruszona została sprawa zbędności ubezpieczenia służby domowej na starość, gdyż 90% służby nie pozostaje w zajęciu aż do czasu uzyskania emerytury. Wreszcie ostrej krytyce podlega fakt, że, pomimo wejścia w życie ustawy scaleniowej, dotychczas nie zostało ustalone, ile mianowicie trzeba będzie płacić do ubezpieczalni za służącą, jaką część będzie płacił pracodawca i jaką służąca.

Prasa prowincjonalna naogół wyławia różnego rodzaju zarzuty, przytaczane w prasie stołecznej i drukuje je z niewielkimi tylko od siebie dodatkami.

Nie ulega wątpliwości, że w miarę dalszych postępów organizacji instytucji ubezpieczeń społecznych, głosy krytyczne będą się odzywały nadal. Może, po bliższym zapoznaniu się z działalnością tych instytucji i z przepisami ustawy i rozporządzeń, znacznie się też pojawią krytyka, która przyniesie nieco korzyści wszystkim zainteresowanym.

K. R.

DYSKUSJA.

Wszelka krytyka rzeczowa, oparta na zgodnych z prawdą danych jest nie tylko dopuszczalna, ale bardzo wskazana, szczególnie, jeżeli ma na celu służbę pro publico bono.

W rzeczywistości dzieje się niestety często wprost przeciwnie. Pragnąc coś zwalczyć przytacza się argumenty nierzeczowe, niezgodne z istotnym stanem rzeczy i oczywiście krytyka taka przynosi wszystkim więcej szkody niż korzyści.

„Kurjer Warszawski” z 16.II b. r. w art. p. t.: „O pomoc lekarską dla wszystkich” przytacza ustępy z art. dr. K. Łazarowicza, który słusznie zupełnie w „Nowinach Społeczno-lekarskich” nawołuje do dyskusji na temat do jakiej kategorii instytucji należy zaliczyć nasze Kasy Chorych? Sens, przytoczonych w „Kurj. Warsz.” ustępów art. dr. Łazarowicza i uwag o nich p. J. Cz., da się skreślić w kilku słowach: Kasy Chorych są organizacjami zbędnymi, należy je zlikwidować, gdyż obejmują tylko część ludności, należy stworzyć natomiast organizację lecznictwa dla całego kraju, dla 32 milj. obywateli.

Należy wątpić czy znajdzie się choć jeden człowiek w Polsce, któryby nie uznał, że osiągnięcie organizacji lecznictwa dla wszystkich obywateli stanowi ideał do którego należy dążyć z całym zapałem. Wszelkie uzasadnienia tego są chyba zbyt liczne. Zanim jednak osiągniemy ten stan idealny, niema chyba ra-

cji likwidowanie pomocy dla kilku milionów obywateli. A w każdym razie, przytaczając argumenty przeciwko dotychczasowym Kasom Chorych, (a niestety rzeczowych argumentów takich jest sporo) powinno się jednak unikać podawania danych niezgodnych z istotnym stanem rzeczy, właśnie ze względu na dobro publiczne. Np. koszty administracyjne dawnych Kas Chorych według ścisłych obliczeń wynosiły w r. 1932 — 10,2% składek, a za 9 miesięcy 1933 r. — 12,3% składek.

Pocóż więc pisać, że „koszty administracyjne dochodzą do 30%”. Czyż tak trudno przekonać się, jak jest naprawdę?

Następnie p. dr. Ł. pisze, że Kasy Chorych dysponują składkami $\frac{1}{17}$ ludności państwa. W rzeczywistości liczba ubezpieczonych w Kasach Chorych w pierwszym półroczu 1933 r. wynosiła ok. 1,9 milj., zatem kasy chorych dysponują *mniej więcej* składkami $\frac{1}{17}$ części ludności państwa — a więc nie $\frac{1}{17}$!!

Dalej dr. Ł. pisze, że, jeżeli chory wydawał dawniej 100 rub. na leczenie, to wydawał je w 100% na lekarza, lekarstwa, niezbędne pomoce, zabiegi i t. d. Autor, jak można sądzić jest przeciwnikiem zasady ubezpieczenia na wypadek choroby, ponieważ nie każdy przecież, kto płaci składki, będzie miał okazję korzystania ze świadczeń. A jakże ma się sprawa — należy zapytać — z ubezpieczeniami na wypadek pożaru, kradzieży i t. p.? Ileż osób płaci składki na takie ubezpieczenia i dziękuje Bogu, że nie ma potrzeby korzystania z premii ubezpieczeniowej? Czy p. dr. Ł. chodziłoby o to, aby wszyscy ubezpieczeni w ubezpieczalni koniecznie chorowali?

Nasze ubezpieczenie na wypadek choroby ma charakter zdecydowanie społeczny, a jednym z przejawów takiego właśnie charakteru tego ubezpieczenia jest fakt, że bardzo znaczna większość ubezpieczonych nie tylko nigdy nie mogłaby wydać równowartości dawnych 100 rubli (p. dr. Ł. rozumiał prawdopodobnie rocznie) na leczenie, ale nawet i jednego rubla. A dzisiaj większość ubezpieczonych nie mogłaby się wogóle leczyć w najpoważniejszych nawet przypadkach, gdyby nie było ubezpieczenia na wypadek choroby. Wszyscy interesujący się tem zagadnieniem wiedzą przecież dobrze, jak poważnie poprawił się u nas ogólny poziom zdrowia ludności, właśnie dzięki istnieniu tych wyklętych s. p. kas chorych.

Zlikwidowanie ubezpieczenia na wypadek choroby odbiło by się również najfatalniej na lekarzach, gdyż ok. 4.500 lekarzy pozostałoby bez posad, a ilu uzyskałoby wzamian, w dzisiejszych czasach, praktykę, wystarczającą na utrzymanie z małą rodziną?? Niechaj sobie odpowie na to pytanie każdy lekarz, po zasięgnięciu na wszelki wypadek informacji w izbach lekarskich o stanie bezrobocia wśród swych kolegów.

Pragnąc udowodnić pożytek likwidacji ubezpieczenia chorobowego p. dr. Ł. powołuje się na fakt, że sejmik pow. warszawskiego stworzył kosztem 130 tys. zł. rocznie 11 ośrodków zdrowia i 5 stacji opieki nad matką i dzieckiem. „Gdyby — pisze p. dr. Ł. — taką organizację stworzył dla całego kraju, czyli dla 32 milj. ludności, koszt wyniósłby 12.800.000 zł. Kasy Chorych pochłaniają 300 milj. zł., opiekując się co najwyżej 5 milionami ludzi, licząc już i rodziny ubezpieczonych”. (!!)

Przedewszystkiem więc kasy chorych nie pochłaniają co rocznie 300 milj. zł. *lecz znacznie mniej*. Przypis składek w kasach chorych za r. 1933 wyniósł ok. 171 milj. zł., a *wobec stałego spadku liczby ubezpieczonych, i zmniejszenia wysokości składek, przewiduje się, że przypis ten nie przekroczy 100 milj. zł.* Następnie nie można się oprzeć zdziwieniu jak można porównywać działalność ośrodka zdrowia lub stacji opieki z działalnością kasy chorych. Ośrodki zdrowia i stacje opieki są tylko zwykłymi poradniami, podczas gdy ubezpieczalnia społeczna (wzgl. jej lekarz) stawia diagnozę choroby, leczy, przeprowadza operacje chirurgiczne i zabiegi lecznicze, kuracje szpitalne

i sanatoryjne, daje lekarstwa, różne środki pomocnicze (np. szkła do oczu) wreszcie udziela zasiłków pieniężnych. *Przeciwstawienie poradni i stacji opieki kasom chorym — to jakieś wielkie nieporozumienie.* Jedne nie zastąpią drugich.

Nic dziwnego, że po przytoczeniu szeregu niezgodnych z istotnym stanem rzeczy faktów i argumentów stanowiących nieporozumienie, pojawia się w art. wniosek: „Likwidacja kas chorych i stworzenie lepszej organizacji dla całej ludności kraju dałaby ok. 285.000.000 oszczędności. Cóż za korzyść dla całej udręczonej ciężarami ludności“. (!?)

Pragnąc dyskutować na temat leczenia powszechnego z prawdziwym pożytkiem dla sprawy, należy bezwzględnie przyjąć zasadę konieczności operowania wyłącznie danymi zgodnymi z istotnym stanem rzeczy. Ponadto, aby dyskusja tego rodzaju mogła przynieść jakiegokolwiek korzyści, należy rozdzielić dwie zasadnicze sprawy.

Jedna — to dyskusja nad działającym obecnie ubezpieczeniem na wypadek choroby, a więc rzeczowa krytyka tej działalności i wskazywanie środków, mających na celu usunięcie wszelkich niedomagań i usterek.

Druga — to zastanawianie się nad możliwościami organizacji leczenia dla wszystkich bez wyjątku obywateli państwa.

Dopóki nie stworzymy tej wielkiej organizacji dla 32 milj. nie wolno niszczyć tego co posiadamy dla chociażby tylko 5 milj.

Niewolno wreszcie zapominać, że sprawa leczenia przestała być już sprawą wyłącznie medycyny, a stała się zagadnieniem zarówno społecznym jak i medycznym. Musi się z tem też pogodzić każdy lekarz i każdy publicysta. Wszelkie rozważania na powyższe tematy mogą mieć rację bytu wtedy tylko, gdy będą traktowane w takiej właśnie płaszczyźnie. *Ujmowanie spraw leczenia bez uwzględnienia momentu społecznego nadeje się dzisiaj jedynie do muzeum zabytków przeszłości.*

Kaz. Rożniewicz.

LECZENIE GRUŻLICY W MIEJSCOWOŚCIACH KLIMATYCZNYCH Wskazówki dla chorych. — Dr. Alfred Kamsler, Gebethner i Wolff, Zakopane. Str. 20.

Broszurka omawia przystępnie sposoby leczenia gruźlicy, poza tem zawiera także wskazówki dla osób powracających z leczenia klimatycznego. Broszurka może zainteresować zarówno lekarzy jakoteż chorych.

DO WALKI Z WYPADKAMI PRZY PRACY. Kalendarz bezpieczeństwa pracy dla kierowników warsztatów pracy na r. 1934.

Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych, Warszawa Str. 128.

Na treść kalendarza składają się informacje, dotyczące społecznego i gospodarczego znaczenia służby bezpieczeństwa, pracy w przemyśle i środków mających zapobiegać wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Uwzględnione zostały zwłaszcza te gałęzie produkcji, co do których Instytut Spraw Społecznych, dzięki swym badaniom, udzielić może praktycznych instrukcyj.

Ważną częścią kalendarza na rok 1934 są wiadomości o ustawie w dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, przyczem wybrano przedewszystkiem informacje praktyczne, dotyczące zmian, o których każdy kierownik warsztatu wiedzieć powinien.

WYCIĄG BIBLIOGRAFICZNY Z ZAKRESU BEZPIECZENSTWA I HIGJENY PRACY.

Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych, Warszawa, 1933. Str. 29.

GOSPODARCZE ZNACZENIE BEZPIECZENSTWA PRACY — Wacław Adamiecki.

Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych. Warszawa, 1934. Str. 28.

Broszurka zawiera referat wygłoszony na I Zjeździe Inżynierów Bezp. Pracy w dniu 15 grudnia 1933 r. Referat ten był ogłoszony w Nr. 1 Przeglądu w roku bież.

SPROSTOWANIE

W poprzednim zeszycie Przeglądu, w dziale „Książki i Czasopisma“, podając w streszczeniu artykuł Dr. Włodzimierza Zawadowskiego pod tytułem „Organizacja leczenia ubezpieczeniowego w ramach ustawy scaleniowej“, podano z winy korektora niedokładnie nazwisko Autora, za co go na tem miejscu przepraszaamy. Artykuł ów, będący referatem zbiorowym Dr. Zawadowskiego, Dr. Milewskiego Tad., Dr. Jabłońskiego Edw. i Dr. Niedzielskiego Henryka został wygłoszony w formie odczytu na posiedzeniu dyskusyjnym w Klubie Lekarzy Polskich w dn. 23.X.1933 r.

Cz.

PODRĘCZNIK PIEŁĘGNIARSTWA I RATOWNICTWA — pod redakcją Dr. Antoniego Fiumela, z przedmową Dr. Stanisława Rouperta, Gen. Bryg. Szefa Dep. Zdrowia Min. Spraw Wojskowych. Polski Czerwony Krzyż, Okręg Warszawski. Skład główny: Koło Wydawnicze Ofic. Korp. San., ul. Górnośląska Nr. 45. Warszawa 1934.

Jest to pierwsza w piśmiennictwie polskim, tak szeroko zakrojona próba wyczerpującego opracowania wiadomości ze wszystkich dziedzin pracy pielęgniarki typu szpitalnego (z uwzględnieniem również pewnych zagadnień, interesujących i pielęgniarkę społeczną) w formie obszernego (408 stron) podręcznika. Dalszemi zaletami tego dzieła są: przejrzysty układ, poprawny język, ładna szata zewnętrzna i względnie niska cena (7 zł.). Szczęśliwie pomyslaną nowością jest wprowadzenie działu „Podstawy ratownictwa przeciwgazowego“, opracowanego — jak na podręcznik pielęgniarstwa — dosyć obszernie i wyczerpująco.

Podręcznik ten zawiera następujące działy: Anatomja i fizjologja człowieka (Dr. W. Kaliciński), Ogólne zasady pielęgniarstwa (Dr. A. Fiumel), Choroby zakaźne i pielęgnowanie chorych (Dr. A. Fiumel), Alfabetyczny spis leków najczęściej używanych, ich działanie i dawkowanie (Dr. A. Fiumel), Pierwsza pomoc chirurgiczna (Dr. B. Pawłowski), O opiece nad pacjentami, pozostającymi w leczeniu promieniami Roentgena, lub badanymi rentgenologicznie (Dr. J. Kochanowski), Pomoc w nagłych wypadkach (Dr. M. Rosnowski i Dr. B. Rosnowska), Ratownictwo w wypadkach zatrucia (Dr. A. Fiumel), Ratownictwo przeciwgazowe (Dr. J. Dekański), Podstawowe wiadomości z zakresu higjenu i dietyki (Dr. S. Wszelaki), Higjena niemowlęcia (Dr. F. Cieszyński), Higjena sportu (Doc. Dr. E. Reichertówna), Czynności administracyjne pielęgniarek (C. Głowiński), Gruźlica (Dr. S. Wszelaki), Jaglica i walka z nią (Dr. W. Pol.), Alkoholizm jako zagadnienie społeczne (Red. J. Szymański), Zgubny wpływ palenia tytoniu na ustrój człowieka (Dr. A. Fiumel).

Dziłem tem powinny się zainteresować nietylko same pielęgniarki, dążące do doskonalenia się w swym zawodzie, i uczennice szkół pielęgniarskich, ale i lekarze — kierownicy zakładów leczniczych — aby wiedzieli, czego mogą i powinni wymagać od podległego im personelu pielęgniarskiego. A nieocenionem, po prostu, jest ono dla instytucyj ubezpieczenia społecznego (zwłaszcza dla ubezpieczalni społecznych), które notorycznie cierpią na brak dostatecznie wykwalifikowanego personelu pomocniczo-lekarskiego, a przy pomocy owego podręcznika, będą mogły bez większych trudności personel ten doszkolić (wykłady, egzaminy etc).

Cz.

SPRAWOZDANIE o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1930 — 1931. Warszawa, 1933. Wydawnictwo Ministerstwa Opieki Społecznej. Departamentu Służby Zdrowia. Stron 172 + tabl.

Spis rzeczy: Wstęp; Ustawodawstwo; Ruch naturalny; Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi; Dział Higieny Społecznej; Dział Szpitalnictwa i Uzdrawisk; Dział organicyjny; Inżynieria sanitarna; Dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku; Statystyka lekarska; Sprawy farmaceutyczne; Działalność Państwowego Zakładu Higieny; Budżet Państwowej Służby Zdrowia; Higiena szkolna; Higiena więzień; Stan zdrowotny armji; Polski Czerwony Krzyż

SPRAWOZDANIE UBEZPIECZALNI KRAJOWEJ W POZNANIU ZA ROK 1932.

Nakładem Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu. 1931. Str. 82.

PRACA I OPIEKA SPOŁECZNA. Kwartalnik, Nr. 3 z r. 1933.

Państwowe pośrednictwo pracy w Polsce i jego reforma. — H. Ł. O. W. S.;

Ochrona oczu w przemyśle. — Inż. Z. Puławski;

Opieka nad inwalidami wojennymi i wojskowymi. — L. Archelaus;

Zapobieganie ślepotcie. — Dr. Marjan Zachert.

E-gie: „Przed wprowadzeniem ustawy scaleniowej w życie“.

Ustawa scaleniowa jest głównie, zdaje się, wyrazem dążenia do ekonomiczniejszego socjalnie zużycia funduszu, przeznaczanego na cele ubezpieczeń społecznych. Odnacza się ona dużą elastycznością, gdyż Minister Opieki Społecznej (częściowo wspólnie z Radą Ministrów), „posiadając rozległe pełnomocnictwa legislacyjne i normatywne w zakresie, objętym ustawą scaleniową, będzie mógł dostosować funkcjonowanie ubezpieczeń społecznych do każdorazowych wymagań zmiennej konjunktury gospodarczo-społecznej i do zamiarów i celów państwa w tej dziedzinie“. Z 4 rodzajów ubezpieczenia, objętego ustawą, ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa i ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków przy pracy i chorób zawodowych — uległy, w porównaniu ze stanem dotychczasowym, gruntownemu przekształceniu; ubezpieczenie emerytalne i na wypadek bezrobocia pracowników umysłowych zostało częściowo przebudowane pod względem organizacyjnym; ubezpieczenie zaś emerytalne robotników — jest całkowicie (dla b. zaboru rosyjskiego i austriackiego) nowym rodzajem ubezpieczenia.

Najpowszechniejsze ze wszystkich jest ubezpieczenie „wypadkowe“, będące właściwie ubezpieczeniem pracodawców od skutków odpowiedzialności cywilnej; obejmuje ono wszystkich, prawie bez wyjątku, ludzi pracy najemnej (fizycznej i umysłowej), zatrudnionych w przemyśle, na roli, w biurach i t. d.

Następnem co do powszechności jest ubezpieczenie „chorobowe“; nie dotyczy ono tylko pracowników najemnych na Górnym Śląsku i najemników rolnych w całej Polsce.

Ubezpieczenie „emerytalne robotnicze“ nie obejmuje robotników na Górnym Śląsku i robotników rolnych w b. zaborze rosyjskim i austriackim. Ubezpieczenie pracowników umysłowych pozostało, co do swego zakresu osobowego i terytorjalnego, bez zmiany.

Co się tyczy zakresu świadczeń ubezpieczeniowych, to świadczenia chorobowe — ze względów oszczędnościowo-gospodarczych — stały się obecnie wiele elastyczne, o rozległej amplitudzie wahań (zależnie od położenia finansowego ubezpieczal-

ni); przyczem, niezależnie od tego, cały szereg świadczeń leczniczych i pieniężnych uległ zasadniczemu ograniczeniu (okres wyczekiwania, dopłaty za porady i leki, ograniczenie świadczeń dla członków rodzin, dla pozbawionych pracy i t. d.).

Zupełnie przeciwnym zmianom uległ zakres świadczeń wypadkowych: został podwyższony ich poziom, rozszerzone pole udzielania świadczeń (choroby zawodowe), a jednocześnie usztywniono je — zostały one już ściśle określone w samej ustawie (elastyczność = 0).

Podstawą składek ubezpieczeniowych (i świadczeń pieniężnych) jest faktyczny zarobek pracownika, przy uwzględnieniu pewnych granic maksymalnych. Stopa odsetkowa w ubezpieczeniu chorobowym wynosi 5%, w emerytalnem robotniczem — 5.2%, w wypadkowym — 1.4%. Razem wynosi to 11.6%, z czego połowa przypada na pracodawcę, połowa — na pracownika.

Ustawa scaleniowa zmieniła do gruntu całą organizację ubezpieczeń społecznych, opierając ją na zupełnie innych niż dotychczas podstawach. Najniższą komórką organizacyjną jest ubezpieczalnia społeczna, która, zachowując w zakresie ubezpiecz. chorob. wszystkie dotychczasowe funkcje kas chorych, przyjęła obecnie jeszcze czynności rejestracyjne, ewidencyjne i czynności związane z pomiarem i ściąganiem składek dla pozostałych rodzajów ubezpieczeń. Ponad ubezpieczalniami stoją, jako organy fachowe, cztery zakłady, z których specjalny charakter posiada Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby (instytucja nadrzędna i uzupełniająca). Zakłady te, każdy w swoim zakresie ubezpieczeniowym, obejmują obszar całego państwa.

Ponad ubezpieczalniami i zakładami jest Izba Ubezpieczeń Społecznych, mająca za zadanie koordynowanie działalności wszystkich rodzajów ubezpieczeń. Cz.

Stanisława Adamowiczowa: „Kryzys ekonomiczny a zdrowie“.

Zdawałoby się a priori, że kryzys ekonomiczny, to jest bezrobocie i ogólne zubożenie ludności wraz z jego następstwami — upośledzeniem odżywiania, złymi warunkami mieszkaniowymi, depresją psychiczną — powinny się odbić fatalnie na odporności ustroju ludzkiego przeciwko chorobom i ogólnej zdrowotności, a co za tem idzie, wzmóc ogólną śmiertelność. Jednakże liczby statystyczne zdają się jakby przeczyć temu przypuszczeniu. Krzywa umieralności ogólnej w całym szeregu państw europejskich i Stanach Zjednoczonych Am. Półn. w latach 1929 — 1932 (od ostatniego roku dobrobytu do maksymalnego nasilenia kryzysu) nie tylko nie wykazuje nigdzie wzrostu, ale nawet obniża się w niektórych państwach Niemcy miały w 1929 r. współczynnik og. umieralności 12.8‰ przy 2.800.000 bezrobotnych, w r. 1932 zaś roku — współczynnik 10.8‰ przy 5.700.000 bezrobotnych.

Jeśli to samo zagadnienie rozważać, uwzględniając przypuszczalne różnice, zależne od wieku, to i w grupie niemowląt i w grupie dzieci od 1 do 15 lat (b. wrażliwych na warunki bytu, a zwłaszcza — odżywiania), i u starszych — wszędzie śmiertelność ogólna uległa obniżeniu w latach kryzysu, jedynie u osób powyżej 50 lat — wzrosła nieco

Śmiertelność zależna od gruźlicy również uległa obniżeniu, osiągając nawet w niektórych miastach cyfry rekordowo niskie.

Przedwczesnem byłoby, jednakże, i nieściśłem wyciąganie z powyższych przesłanek wniosku, że kryzys ekonomiczny nie wpływa ujemnie na stan zdrowia ludności, gdyż przedewszystkiem, umieralność ogólna jest wskaźnikiem zdrowotności bardzo nieściśłym, zwłaszcza — rozpatrywana w skali paru lat. Cały szereg bodźców szkodliwych, działających w dobie kryzysu, najpierw podrywa odporność organizmów, później zwiększa zachorowalność, wreszcie, dopiero po wielu latach może się odbić w sposób widoczny na ogólnej umieralności. Następnie, jest zu-

pełnie prawdopodobnym, że obecny kryzys gospodarczy nie od razu odbił się na warunkach bytowania ludności, która zachowała z czasów lepszej konjunktury i pewne oszczędności pieniężne, i zapas odporności fizycznej — co pozwoliło jej przetrwać pierwsze lata kryzysu we względnie niezłej formie. Wreszcie, dużą rolę — jeśli chodzi o stępienie ostrza kryzysu — odegrały ubezpieczenia społeczne. Nie bez znaczenia jest również fakt, że bezrobocie zmniejszyło automatycznie liczbę wypadków przy pracy i chorób zawodowych, dało robotnikom odpoczynek, możliwość dłuższego przebywania na powietrzu i w słońcu, i t. p.; wszystko to sprzyja jak wiadomo zdrowotności ogólnej.

Dopiero, jak się wyczerpią wszelkie rezerwy pieniężne i zdrowotne ludności, a kryzys, po właściwym mu okresie „wyczekiwania“, przejawia swój istotny wpływ na stan zdrowia rzeszy bezrobotnych, ujrzemy prawdziwe oblicze obecnego kryzysu.

Cz.

KALENDARZ KRÓLOWEJ KORONY POLSKIEJ na rok 1934. Wyd. i druk Zakładu wydawniczego Tow. św. Michała Archaniola w Miejscu Piastowem (Małopolska).

Kalendarz zawiera artykuł informacyjny *Tadeusza Sączochkiego p. t. „Co należy wiedzieć o ubezpieczeniach społecznych“*. Artykuł podaje stan prawny, obowiązujący przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

PORADNIK PRZEDSIĘBIORCY. Dwutyg. Poznań. Nr. 3. 1 lutego 1934.

W dziale *Sprawy socjalne* zamieszczono streszczenie obowiązujących od 1 stycznia 1934 r. przepisów o ubezpieczeniu od wypadków i chorób zawodowych oraz podano w całości taryfę niebezpieczeństwa.

SAMORZĄD. Tygodnik. Warszawa. Nr. 6. 11 lutego 1934. *Ustawa scaleniowa a ubezpieczenia pracowników samorządowych — W. Dulnicz.*

Autor analizuje przepisy ustawy z dnia 28 marca 1933 r. w zakresie, w jakim poddają one obowiązkowi ubezpieczenia ogólnego pracowników samorządowych oraz rozpatruje je z punktu widzenia interesu i potrzeb pracowników samorządowych. Obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa obejmuje wszystkich pracowników samorządowych lecz narazie w myśl art. 297 nie będą poddani ubezpieczeniu pracownicy tych związków samorządowych, które udzielały pomocy leczniczej swym pracownikom przed wejściem w życie ustawy wzgl. przed 1 stycznia 1933 r., nie ubezpieczając ich w kasach chorych.

Ubezpieczeniu emerytalnemu podlegają wszyscy pracownicy fizyczni (robotnicy) a wśród nich także ci, którzy mają zapewnione prawa emerytalne na podstawie własnych statutów emerytalnych samorządów; ustawa scaleniowa nie zawiera bowiem analogicznego przepisu do art. 5 p. 6 rozporządzenia Pr. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, który zwalnia od obowiązku ubezpieczenia w Z. U. P. U. tych pracowników samorządowych, którym zapewniono uprawnienia emerytalne. Przytem art. 304 ustawy postanawia, iż kasy emerytalne, działające dotąd na obszarze b. zaboru austriackiego i rosyjskiego nie ulegają likwidacji, a świadczenia tych mogą jedynie ulec zmniejszeniu odpowiednio do wysokości świadczeń, przysługujących z ubezpieczenia w Zakładzie Ubezp. Emer. Robotników. Autor uważa, iż poddanie obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego pracowników samorządowych przy równoczesnym utrzymaniu ubezpieczenia tych pracowników w funduszach emerytalnych samorządów, w tym zakresie, w jakim oni byli tam ubezpieczeni (np. pracownicy stali) powoduje dwustronność i przyczyni się do pogwałcenia stosunków służbowych, wiążących pracownika ze związkiem samorządowym. Wobec tego należałoby

wprowadzić w ustawie scaleniowej taki przepis, jaki jest w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Trzecim rodzajem ubezpieczenia, unormowanym w omawianej ustawie jest ubezpieczenie od wypadków, którym również zostali objęci wszyscy pracownicy samorządowi (zarówno umysłowi jak i robotnicy). Ponieważ statuty emerytalne samorządowe w §§ 8 i 13, uwzględniają konsekwencję wypadku i choroby zawodowej (w zakresie prawa jakoteż wymiaru uposażenia emerytalnego) w szczególności w ten sposób, że dolicza się wówczas pracownikowi do wysługi emerytalnej od 4 do 15 lat, autor uważa przymusowe ubezpieczenie od wypadków tych pracowników, którzy są objęci statutami emerytalnymi, za zbędne i niecelowe.

Uwagi swe kończy autor postulatem, aby znowelizowano ustawę scaleniową w kierunku całkowitego wyłączenia z pod jej działania pracowników samorządowych.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE Nr. 51, grudzień 1933 r.

St. Adamowiczowa: Robotnicze Uniwersytety Zdrowia na Ukrainie.

Robotnicze Uniwersytety Ochrony Zdrowia istnieją na Ukrainie od 2 lat; zostały one założone — poza Odesą, Kijowem i Charkowem — w całym szeregu większych i mniejszych miast, a nawet na wsi, w ogólnej liczbie — około 60. Mają one na celu wykształcenie i wychowanie działaczy społecznych w zakresie opieki nad zdrowiem ogólnym, głównie z pośród młodzieży robotniczej. Napływ kandydatów do tych uniwersytetów był bardzo duży. W roku 1933 ukończył swe studia pierwszy rocznik. W 3 największych uniwersytetach otrzymało dyplomy 400 słuchaczy, w tem było 85% robotników, zatrudnionych stale w przemyśle. Całość kursu obejmowała 3 semestry (1200 godzin): na I semestrze studjowano przedmioty ogólnokształcące, na II — przedmioty lekarsko-higieniczne (biologję, anatomię, fizjologję, higienę osobistą i zbiorową), na III zaś — następowała specjalizacja (o wyborze tej czy innej specjalności decydowały przeważnie warunki lokalne t. j. możliwość otrzymania później odpowiedniej posady). Wykłady odbywały się wieczorami, codziennie — 4 godziny (przez pierwsze 2 godziny — wykłady, przez następne — pokazy kinematograficzne, zajęcia praktyczne, pogadanki etc). Obecność na wykładach i zajęciach wynosiła przeciętnie 70 — 75%. Podczas ćwiczeń słuchacze poznawali pracę laboratoryjną, brali udział w szczepieniu ospy, oczyszczaniu miasta, wykonywali pewne prace w ośrodkach zdrowia publicznego, przy poprawianiu zdrowotności w zakładach przemysłowych i t. p. Absolwent Robotniczego Uniwersytetu Zdrowia jest uprawniony do objęcia posady inspektora sanitarnego, instruktora sanitarnego, organizatora opieki nad zdrowiem, zarządzającego domem wypoczynkowym, uzdrowiskiem, żłobkiem i t. d. Wszyscy (400) absolwenci tegorocznicy otrzymali odpowiednie posady; 10 z pośród nich — po zdaniu odpowiednich egzaminów — zapisało się na wydział lekarski Uniwersytetu, inni pozostali wśród swego otoczenia robotniczego w charakterze wyznawców i propagatorów higieny i zasad nowego bytu.

Na czele każdego uniwersytetu stoi dyrektor i rada naukowa, składająca się z wykładowców, przedstawicieli organizacji zawodowych i partyjnych, oraz delegatów młodzieży. Wszystkie uniwersytety podlegają sekcji nauki i nauczania Ludowego Komisarjatu Zdrowia w Charkowie.

Cz.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE Nr. 1, styczeń 1934 r.

Dr. J. Hozer. „Wczoraj, dziś i jutro...“

Wprowadzenie w życie ustawy scaleniowej wymaga szybkiego rozstrzygnięcia całego szeregu zagadnień natury organi-

zacyjnej, finansowej, prawnej, naukowo-leczniczej i moralnej; od trafnego rozwiązania tych zagadnień i sprawnego ich wykonania zależą, do pewnego stopnia, dalsze losy tej ustawy.

Stojąc w obliczu przeprowadzenia daleko idących reform w organizacji lecznictwa kasowego, jakie prawdopodobnie przyniesie najbliższa przyszłość, dobrze będzie uświadomić sobie jak ta organizacja wygląda obecnie. W tym celu autor podaje opis organizacji lecznictwa na terenie ubezpieczalni społecznej we Lwowie, która to organizacja zdała, jego zdaniem, egzamin życiowy w zupełności, ku zadowoleniu ubezpieczonych i lekarzy.

We Lwowie istnieje od 1931 roku system, który sprowadza się do *decentralizacji lecznictwa w oparciu o system lekarza rejonowego wieloosobowego*. Odpowiada on wymaganiom, stawianym przez zwolenników lekarza domowego co do znajomości warunków życia i higieny ubezpieczonych, z drugiej zaś strony, zapewnia im w sposób dostępny pomoc specjalistyczną w wysokim gatunku. Całe miasto jest podzielone na terenowe rejon, internistyczne; wszyscy inni specjaliści mają również rejon, które się pokrywają z 1 lub więcej rejonami internistycznymi (np. 1 rejon chirurgiczny na 3 — 4 rejonów internistycznych). Poszczególne rejon przydzielono do odpowiednich przychodni dzielnicowych, w których specjaliści z danego terenu udzielają porad ambulatoryjnych. Tylko niektóre specjalności jak dermatologia, laryngologia i okulistyka zostały scentralizowane. Każda przychodnia ma swoją aptekę (lub punkt rozdawczy leków), biuro zgłoszeń chorych, kartotekę. Została w ten sposób zabezpieczona ciągłość pomocy lekarskiej dla chorych (ten sam lekarz leczy chorego i w przychodni, i u niego w domu — w razie choroby obłożnej); kartę choroby danego chorego wypełniają po kolei wszyscy leczący go specjaliści. Kierownikiem przychodni jest lekarz administracyjny, który jednocześnie kieruje i dozoruje czynności zespołu kontrolerów chorych wraz z nimi (codzienne odprawy) i przez to wykonywa ścisłą kontrolę nad wydatkami na zasiłki chorobowe.

Obecnie, wskutek wprowadzenia w życie ustawy scaleniowej i „wytucznych“, wobec zapowiedzianego obniżenia płac lekarzy przeciętnie o 40%, niepewności co do praw nabytych i idącego za tem rozluźnienia stosunku lekarzy do ubezpieczalni — systemowi temu, który zapewniał dotychczas prawne funkcjonowanie lecznictwa kasowego, grozi duże niebezpieczeństwo.

Cz.

Dr. E. Szczeklik: „Spostrzeżenia z pobytu na klinikach francuskich“

Lekarza obcokrajowca, zwiedzającego kliniki (szpitale) francuskie, uderza zaraz na wstępie zupełna odrębność ich organizacji i funkcjonowania, która budzi ze strony cudzoziemców niejednokrotnie liczne zastrzeżenia; trzeba, jednakże, przyznać bezstronnie, że organizacja ta posiada bardzo dużo ważkich cech dodatnich. Niektóre szpitale mieszczą się jeszcze w budynkach starego typu, większość jednak posiada już nowoczesne, wzorowe pomieszczenie. Pracowni jest dużo, praca w nich odbywa się przedpołudniem i popołudniem — przy wydatnej pomocy personelu pielęgniarskiego, który wykonywa nawet takie badania jak określanie zawartości cukru we krwi, zasobu zasad, elektrokardiografię. Personel ten jest w wykonywaniu swych czynności kontrolowany przez lekarza — szefa pracowni. Tego rodzaju organizacja pracy laboratoryjnej jest dużym odciążeniem w pracy lekarzy szpitalnych, którzy mogą dzięki temu poświęcić więcej czasu pracy klinicznej i naukowej. Przy szpitalach są wszędzie czynne codziennie przychodnie, prowadzone kolejno przez różnych lekarzy szpitalnych; raz w tygodniu przyjmuje chorych w przychodni szef oddziału (wstępne czynności jak zbieranie wywiadów, przeprowadzanie badań pomocniczych — uprzednio już

wykonywują młodzi lekarze szpitalni) Przy obserwowaniu zachowania chorego francuskiego uderza duży zasób zaufania, jakim on obdarza lekarza; lekarz nie potrzebuje tracić czasu na przekonywanie chorego o konieczności zastosowania tego czy innego rodzaju leczenia, chory przyjmuje opinię lekarza zwykle bez dyskusji i zastrzeżeń. Nie potrzeba chyba dodawać, jak to ułatwia pracę kliniczną lekarza.

W szpitalach paryskich uderza cudzoziemca wybitne ich nastawienie naukowe, z ten zastrzeżeniem, że niema tam ścisłego rozgraniczenia między pracą naukową a codzienną pracą kliniczną (rozpoznawaniem i leczeniem), gdyż każdy ciekawszy przypadek kliniczny jest zaraz wykorzystywany pod względem naukowym. Tem się tłumaczy olbrzymia ilość francuskich publikacji naukowo-lekarskich.

Co się tyczy szkolenia studentów medycyny, to zwraca tu uwagę przede wszystkim jego nastawienie praktyczne, co znajduje swój wyraz w tem, że studenci ci już od pierwszego roku pracują w szpitalach, stając się pomocnikami lekarskimi, a potem pełnią nawet funkcje lekarskie, zanim jeszcze otrzymają dyplom. Charakterystycznym jest również zwyczaj wspólnego dyktowania profesora z asystentami i uczniami à propos przypadków klinicznych, co stanowi dla tych ostatnich dobrą szkołę ścisłego rozumowania lekarskiego.

Wykłady teoretyczne na wydziale lekarskim odbywają się popołudniu i wieczorem, gdyż przedpołudniem studenci pracują w szpitalach; wykłady te cieszą się dużą frekwencją. Poza wydziałem lekarskim, wykłady dla studentów odbywają się również we wszystkich oddziałach szpitalnych (demonstracje wykładowe).

We Francji stale odbywa się cały szereg kursów dokształcających z różnych dziedzin medycyny, płatnych i bezpłatnych; płatne kursy są zwykle połączone z pracą na oddziałach szpitalnych w godzinach przedpołudniowych. Poziom tych kursów jest wysoki, jakkolwiek nastawienie ich jest wybitnie praktyczne, rzeczowe.

Cz.

PRZEGLĄD ORGANIZACJI. Mies. Warszawa. Nr. 12 z r. 1933. O cechach rozumnego kierownictwa — Inż. J. Wojcichewski.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 3 (1713) z dnia 21 stycznia 1934 r.

Wiadomości Farmaceutyczne podają tekst projektu rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej o opuszczeniu od cen taksy za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych, nadesłanego przez Ministerstwo do Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego, celem wydania opinii.

Projekt przewiduje wysokość opustów jakie apteki obowiązane są udzielać ubezpieczalniom społecznym, obowiązek wydawania ubezpieczonym leków na zlecenie i rachunek ubezpieczalni bez pobierania opłaty od ubezpieczonego, termin regulowania rachunków miesięcznych (45 dni od dnia podania przez aptekę) i obowiązek sporządzania zestawień rachunkowych według wzoru, ustalonego przez ubezpieczalnię społeczną.

Obowiązek udzielania przez apteki opustu w wysokości 25% od cen lekarstw, przepisanych w formie recept P. P. T. F. uważa za gospodarczo uzasadniony i słuszny natomiast od pozostałych lekarstw i środków opatrunkowych podany w projekcie opust w wysokości 15% jest zdaniem P. P. T. F. nadmiernie wysoki i zamiast 15% powinien wynosić 5%, przyczem udzielanie opustu w powyższych wysokościach obowiązywałoby apteki tylko wówczas, gdy ubezpieczalnia społeczna w danym osiedlu nie

dostarcza lekarstw ubezpieczonym (apteka własna, punkt rozdawania leków). W przeciwnym wypadku, t. j. gdy ubezpieczalnia społeczna dostarcza w danym osiedlu lekarstw ubezpieczonym, opust ustawowy, zdaniem opiniodawców, wogóle nie powinien być stosowany, bądź co najwyżej w wysokości 5%.

W sprawie obowiązku wydawania lekarstw na rachunek ubezpieczalni społecznych P. P. T. F. stwierdza, że na aptekach prywatnych ciąży obowiązek wydania lekarstw, ale za zapłatą gotówkową, tem nie mniej przyznaje, że ze względów technicznych jest niemożliwe, aby ubezpieczalnie społeczne regulowały należność za lekarstwa przy ich odbiorze. Zdaniem P. P. T. F., sprawę regulowania należności rozwiązywało zadawalająco rozporządzenie o opustach z dnia 15 maja 1929 r., które ustanawiało 15-sto dnicowy termin, który opiniodawcy traktują jako czas, potrzebny dla obrachunku apteki z ubezpieczalnią społeczną. Jednocześnie opiniodawcy zaznaczają, że na podstawie powołanego rozporządzenia, ubezpieczalnia społeczna, w razie uchybienia terminu płatności, traciła prawo do opustów, a także apteka była zwolniona od obowiązku wydawania lekarstw na rachunek ubezpieczalni. Przeciwwstawiając się rozwiązaniu sprawy obowiązku wydawania lekarstw na rachunek ubezpieczalni oraz regulowania należności w sposób podany w projekcie rozporządzenia, opiniodawcy, zestawiając par. par. 2 i 3 projektu, które regulują te dwa zagadnienia, dochodzą do wniosku, że ten sposób załatwienia wprowadza przymusowy kredyt na należność za lekarstwa i w konkluzji zaznaczają, że uważają jedynie za możliwy do przyjęcia dla siebie sposób regulowania należności za lekarstwa, wydane z aptek prywatnych na zlecenie ubezpieczalni społecznych. przyjęty w obecnie obowiązującym rozporządzeniu z dnia 15 maja 1929 r.

Również obowiązku sporządzania przez apteki prywatne zestawień rachunkowych według wzorów, ustalonych przez ubezpieczalnie społeczne, P. P. T. F. uważa za niemożliwe do przyjęcia, obawiając się, że ubezpieczalnie społeczne mogą wykorzystać ten przepis i narzucić aptekom sposób sporządzania rachunków nie mający nic wspólnego z istotą transakcji dostawy.
S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 2 z dnia 14 stycznia 1934 r.

Czasopismo powyższe przedrukowało Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 13 z dnia 13 grudnia 1933 r., poz. 814), dotyczące sposobu wydawania leków przez ubezpieczalnie społeczne poza aptekami.

W komentarzu, dotyczącym rozporządzenia zaznaczono, że z dniem 1 stycznia r. b. rozpoczynają swą działalność „odnowione” punkty rozdawania leków ubezpieczalni społecznych o których wyeliminowanie z ustawy o ubezpieczeniu społecznym bezskutecznie walczył zawód farmaceutyczny. Określenie „odnowione” redakcja uzasadnia tem, że punkty rozdawania leków czynne na podstawie ogłoszonego rozporządzenia będą uprawnione do utrzymywania większego asortymentu leków aniżeli miało to miejsce dotychczas, a ponadto, że są one pomyślane jako apteki, w których można znaleźć wszystkie zasadnicze artykuły. Następnie wskazano na możliwość uruchamiania punktów rozdawania leków w każdym osiedlu, gdzie ordynuje lekarz ubezpieczalni.

W dalszych wywodach „Wiadomości Farmaceutyczne” stwierdzają, że przepisy, dotyczące punktów rozdawania leków w porównaniu do przepisów obowiązujących apteki, wykazują daleko posunięty liberalizm.

Redakcja przyjmuje niechętnie fakt powstania punktów rozdawania leków ubezpieczalni społecznych, opartych na nowych podstawach prawnych, przyczem zaznacza, że zaważą one na losach aptekarstwa.
S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 2 z dnia 14 stycznia 1934 r.

W rubryce „Sprawy zawodowe” podano sprawozdanie z audjencji u p. Wiceministra Opieki Społecznej D-ra K. Duchy, które według czasopisma brzmi jak następuje:

„W związku z reorganizacją ubezpieczeń społecznych, delegaci Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego — pp. prezes Filipowicz, Stanisław Nowakowski i Fr. Herod w dniu 5 stycznia zostali przyjęci przez p. wiceministra Opieki Społ. Dr. Duchę.

Po stwierdzeniu, że:

1) utrzymywanie własnych aptek przez Kasy Chorych powoduje poważne straty materialne dla Kas Chorych,

2) wydawanie leków w tak zwanych punktach rozdzielczych w zakresie o wiele szerszym, niż to dopuszczają okólniki Ministerstwa Opieki Społecznej, jest niezgodne z prawami i zasadami racjonalnego zaopatrywania ubezpieczonych w środki lecznicze,

3) dobra wola aptekarzy zgodnego współpracowania z Kasami Chorych jest ignorowana przez Związek Kas Chorych,

4) stworzona przed 3-ma laty jedyna platforma współpracy Komisja Porozumiewawcza — ani razu do tej pory nie została zwołana mimo naszych przypomnień i nalegań, delegaci zwrócili się do p. Ministra z usilną prośbą o:

a) poddanie gruntownej analizie rentowności aptek Kas Chorych przez bezstronną komisję — przy udziale delegatów P. P. T. F.,

b) likwidację punktów wydawania leków i w związku z tem wprowadzenie w życie umowy już uzgodnionej ze Związkiem Kas Chorych w 1931 r., na zasadzie której agendy punktów tych mogłyby przejąć apteki,

c) wezwanie Związku Kas Chorych do stałego zwoływania Komisji Porozumiewawczej.

P. Wiceminister przyrzekł sprawę tę rozpatrzyć i ponownie omówić na specjalnej przez niego zwołanej konferencji.
S. R.

POLSKA GOSPODRACZA, Tyg. Warszawa, Zeszyt 3. 20 stycznia 1934.

Zmiany ustawodawstwa ubezpieczeń społecznych w zakresie rolnictwa. — B.

Artykuł omawia zmiany, jakim uległ ostatnio stan prawny w zakresie ubezpieczeń pracowników rolnych w Polsce, przyczem szczególną uwagę poświęca autor wysokości i zmianom obciążenia warsztatów rolnych z tytułu ubezpieczeń społecznych.

SIXIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. Conférence internationale des Unions Nationales de Sociétés Mutuelles et de Caisses d'assurance-maladie.

Publikacja została przygotowana na VI Walne Zgromadzenie w dniach 27, 28, 29, 30 września 1933 w Paryżu. Str. 149.

ROČENKA SOCIÁLNÉ POISTOVACICH A ZDRAVOTNICH USTAVU V C. S. R. (Rocznik zakładów ubezpieczeń społecznych i zakładów zdrowotnych w Czechosłowacji).

DIE SOZIALVERSICHERUNG IN DER CECOSLOVAKISCHEN REPUBLIK (Ubezpieczenia społeczne w Czechosłowacji). — Dr. Lev Winter.

Wykład Dr. L. Wintera w Austr. Tow. Wiedzy Ubezpieczeniowej w Wiedniu w dniu 10 stycznia 1933.

Verlag Heymann, Berlin, 1933. Str. 24.

DIE RECHTSNATUR DER SOZIALVERSICHERUNG. (Natura prawna ubezpieczeń społecznych) — Dr. R. Stelzig. Schriften des Instituts für Arbeitsrecht an der Universität Leipzig, 32 Heft. Wyd. H. Böhlau Nachf., Weimar, 1933. Mk. 3.80.

BULLETIN de l' Union Internationale contre la Tuberculose. Kwartalnik. Nr. 4. 1933.

La Prophylaxie de la Tuberculose du Nourrison par la séparation et le placement familial (Profilaktyka gruźlicy osoków zapomocą oddzielania i umieszczania w obcej rodzinie). — Prof. Leon Bernard i Dr. Maurice Lamy.

LES SERVICES SOCIAUX (Urządzenia społeczne). Wydaw. Międzyn. Biura Pracy, Genewa, 1933. Str. 724. Omówienie pracy nastąpi w najbliższym numerze „Przeгляdu“.

SOZIALE PRAXIS. Tyg. Berlin. Heft. 51/5. 21/28 grudnia 1933 r.

SOZIALVERSICHERUNG:

Sanierung der Rentenversicherungen (Sanacja ubezpieczeń rentowych);

Neue Honorarregelung im Kassenarztrecht (Nowa regulacja honorarjów lekarskich w Kasach Chorych).

CESKOSLOVENSKE SOCIALNI POJSTENI (Czesko-słowackie ubezpieczenia społeczne).—*Preis F.* Nakład własny, Praha VII, op. 1256, 1933. II Część, stron 261. Brosz. Kc. 40.

ARBEIT UND WIRTSCHAFT. Mies. Wiedeń. Nr. 2. 1 luty 1934 r.

Verschlechterung der Unfallversicherung (Pogorszenie ubezpieczenia od wypadków).

RADNICKA ZASTITA. Mies. Zagrzeb. Nr. 1 15 stycznia 1934 r.

Javno misljenje i socijalno osiguranje. Jaksie Steten; (Myśl społeczna a ubezpieczenia społeczne).

Revizija socijalnog zakonodavstva (Rewizja ustawodawstwa społecznego). — Marković Vlada.

SOZIALE RUNDSCHAU Brünn. Nr. 6 — 10. 22 grudnia 1933.

Der Kommissionsentwurf der Sozialversicherungsnovelle (Opracowany przez Komisję projekt nowelizacji ubezpieczeń społecznych): Czasopismo podaje dosłowny tekst projektu nowelizacji czeskiej ustawy z 9 października 1924 r. w brzmieniu ustawy z 8 listopada 1928 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby, inwalidztwa i na starość, który został złożony izbie ustawodawczej.

Eine Novelle zum Pensions-Versicherungsgesetz. (Nowela do ustawy o ubezpieczeniu pensyjnym). Artykuł streszcza projekt nowelizacji ubezpieczenia pensyjnego (pracowników umysłowych) w Czechosłowacji, który został opracowany przez Powszechny Zakład Pensyjny w Pradze a obecnie jest przedmiotem studjów w Ministerstwie Opieki Społecznej w Pradze.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR OFFENTLICHE VERSICHERUNG UND VOLKSWOHLFAHRT: Praga. Folge 1, 15 stycznia 1934.

Die Refundierungen an Verwaltungskosten (Zwroty kosztów administracyjnych zakładom ub. na wyp. choroby za czynności wykonywane dla ubezp. emerytalnego) — E. B.;

Zwecke und Ziele der psychischen Hygiene (Cele higieny psychicznej) — Dr. Ernst Kalmus;

UN SIECLE D'HYGIENE PUBLIQUE EN GRANDE-BRETAGNE (Stulecie higieny społecznej w W. Brytanji). Harley Williams, M. D., D. P. H. A. and C. Black, Soho Square, London, W. 1.

SOCIALNI REVUE Mies. Praga. Nr. 1—2. 1934.

O prestupech v sociálním pojisteni. — Dr. Ant. Zelenka.

LE ASSICURAZIONI SOCIALI. Rivista. Dwumies. Nr. 6 z r. 1933.

Die Sanierung der deutschen sozialen Rentenversicherungen (Sanacja niemieckich ubezpieczeń rentowych).—Franz Seldte, Reichsarbeitsminister.

Le principe de solidarité et les assurances sociales en Italie. (Zasada solidarności i ubezpieczenia społeczne w Italji). Adriano Tilgher.

Le coût en chômage. (Koszty bezrobocia). — Federico Chessa

Bedeutungsvolle Reformen in der oesterreichischen Sozialversicherung. (Znaczenie reformy ubezpieczeń społecznych w Austrji). — Max Lederer.

Social Reform in Danmark. (Reformy społeczne w Danji). — R. Lassen

PHARMAZEUTISCHE PRESSE podaje (Nr. 52 1933 r.): *Zasadzenie aptekarza.*

Niedawno został mag. farm. Adolf Landeberg, aptekarz w Steyr (Austria) przez tamt. sąd powiatowy skazany za *oszustwo i fałszerstwo dokumentów przy rozrachunkach z Kasą Chorych*, na 3 dni ścisłego aresztu, zaostzonego przez twarde łoże i 1 dzień postu. Z uwagi na dotychczasową niekaralność i przyznanie się do winy kara została oskarżonemu zawieszona na 1 rok.

!!! PODRÓŻUJCIE SAMOLOTAMI !!!

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 15/I do 22/II 1934 r.

1) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 stycznia 1934 r. o stosunku służbowym pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe“.* (Dz. U. R. P. Nr. 4, poz. 23).

2) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 stycznia 1934 r. o stosunku służbowym pracowników państwowego przedsiębiorstwa „Polska Poczta, Telegraf i Telefon“.* (Dz. U. R. P. Nr. 4, poz. 25).

3) *Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1933 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystrycznej.* (Dz. U. R. P. Nr. 4, poz. 32).

4) *Rozporządzenie Ministrów: Rolnictwa i Reform Rolnych, Skarbu, Spraw Wewnętrznych i Sprawiedliwości z dnia 12 stycznia 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej w sprawie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 28 października 1933 r. o przejmowaniu na własność Państwa gruntów za niektóre należności pieniężne.* (Dz. U. R. P. Nr. 5, poz. 36).

5) *Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1933 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położeńych.* (Dz. U. R. P. Nr. 5, poz. 41).

6) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 10 stycznia 1934 r. w sprawie oddziału Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków i oddziału Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego.* (Dz. U. R. P. Nr. 6, poz. 42).

Sprawa działania ustawy o ubezpieczeniu społecznym na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego omówiona będzie obszerniej w następnym zeszycie „Przeglądu“.

7) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 1934 r. o zawieszeniu wypłaty zasiłków osobom, na rzecz których podjęto na podstawie umowy pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a Rzeszą Niemiecką o ubezpieczeniu społecznym z dnia 11 czerwca 1931 r. wypłatę rent z tytułu ubezpieczeń społecznych.* (Dz. U. R. P. Nr. 8, poz. 62).

Wobec wejścia w życie umowy, wymienionej w tytule rozporządzenia, nie zachodzi potrzeba dalszej wypłaty przez Skarb Państwa zasiłków osobom, które na podstawie tej umowy będą otrzymywać wstrzymane renty bądź bezpośrednio z instytucji niemieckiej bądź za pośrednictwem instytucji polskiej ubezpieczeń społecznych. Rozporządzenie postanawia więc, że wypłata zasiłków osobom, którym instytucje niemieckie ubezpieczeń społecznych wstrzymały wypłatę rent z powodu ich zamieszkania na terytorjum Rzplitej Polskiej ulegnie w poszczególnych przypadkach zawieszeniu z dniem otrzymania przez uprawnionych bezpośrednio z instytucji niemieckiej lub za pośrednictwem instytucji polskiej ubezpieczeń społecznych lub też z tej ostatniej instytucji przejętej renty, w miejsce której wypłacany był dotąd zasiłek. Z rent niemieckich, przypadających za czas, za który były wypłacane zasiłki, potrącone będą na rzecz Skarbu Państwa przez polską instytucję ubezpieczeń społecznych sumy wypłacone na rachunek Skarbu Państwa tytułem tych zasiłków. Również z wartości kapitałowych, wypłaconych przez instytucje niemieckie polskim instytucjom ubezpieczeń społecznych, potrącone będą przez przejmujące polskie instytucje na rzecz Skarbu Państwa sumy, wypłacone za okres czasu od dnia 1 lipca 1931 r. na jego rachunek tytułem zasiłków.

8) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 23*

stycznia 1934 r. w sprawie zmiany rozporządzenia 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. 8, poz. 71).

Rozporządzenie zwalnia zupełnie od pobierania dopłat za porady lekarskie i leki członków rodzin inwalidów wojennych, ubezpieczonych na podstawie art. 43 ustawy z dnia 27 marca 1932 r. o zaopatrzeniu inwalidzkim w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem Prez. Rzplitej z dn. 28.X.1933 r.

9) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 1934 r. o zaopatrzeniu emerytalnym i odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe“.* (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 74).

10) *Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 27 stycznia 1934 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Ministra Skarbu z dnia 13 stycznia 1933 r. o stosunku służbowym, uposażeniu i zaopatrzeniu emerytalnym pracowników „Polskiego Monopolu Tytoniowego“, „Państwowego Monopolu Spirytusowego“ i „Polskiego Monopolu Solnego“.* (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 77).

11) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 1934 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 10, poz. 78).

12) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 1934 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych, sędziów w sądownictwie powszechnym i administracyjnym, prokuratorów, oficerów i szeregowych Policji Państwowej i Straży Granicznej, członków ich rodzin oraz emerytów.* (Dz. U. R. P. Nr. 10, poz. 81).

13) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 stycznia 1934 r. o rozrachunkach oraz o rozstrzygnięciu sporów między szpitalami publicznymi a ubezpieczalniami społecznymi.* (Dz. U. R. P. Nr. 10, poz. 83).

Szpitaly publiczne ogólne i specjalne wystawiają ubezpieczalniom społecznym szczegółowe miesięczne rachunki z tytułu kosztów leczenia wszystkich osób, które w danym miesiącu kalendarzowym ukończyły leczenie na koszt ubezpieczalni społecznych. Rachunki powinny ubezpieczalnie zapłacić w ciągu 30 dni od ich otrzymania, w tym samym terminie mogą ubezpieczalnie zgłaszać zarzuty przeciw rachunkom. Jeżeli leczenie chorego w szpitalu trwa dłużej niż miesiąc, ubezpieczalnia obowiązana jest udzielać na żądanie szpitala zaliczek, w wysokości jednomiesięcznych kosztów leczenia, po upływie każdego miesiąca kalendarzowego pobytu chorego w szpitalu. Poza to szpital może zwracać się do ubezpieczalni o udzielenie mu w miarę możliwości zaliczek na poczet kosztów leczenia chorych w szpitalu.

O ile ubezpieczalnie społeczne nie zapłacą szpitalowi we właściwym terminie należnych mu kosztów leczenia lub zaliczek, obowiązane będą do zapłacenia odsetek zwłoki, w wysokości odsetek prawnych.

Spory wynikłe na tle rozrachunków między szpitalami a ubezpieczalniami społecznymi o wysokość taksy szpitalnej rozstrzyga ostatecznie właściwa ze względu na położenie szpitala władza administracji ogólnej, przyczem spory te nie wstrzymują obowiązku zapłacenia zakwestjonowanego rachunku. Wszelkie inne spory rozstrzyga ostatecznie państwowy urząd ubezpieczeń, właściwy ze względu na położenie ubezpieczalni.

Państwowy Urząd Ubezpieczeń może według uznania, a po wniowien na wniosek jednej lub obydwóch stron, skierować spór,

celem rozstrzygnięcia do komisji, złożonej z przedstawiciela ubezpieczalni i szpitala po jednym od każdej strony, oraz przewodniczącego wybranego przez obydwóch przedstawicieli. Rozstrzygnięcie tej komisji jest ostateczne dla obydwóch stron.

14) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Przemysłu i Handlu oraz Rolnictwa i Reform Rolnych w sprawie zakładów pracy ściśle z rolnictwem związanych, a nieposiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego.* (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 95).

Art. 6 ust. 3 pkt. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym pracowników zatrudnionych w zakładach pracy, o których jest mowa w tytule rozporządzenia, traktuje analogicznie jak pracowników, zatrudnionych w gospodarstwach rolnych, leśnych, rybnych i t. p.

Rozporządzenie na zasadzie upoważnienia ustawy ustala, że do zakładów pracy ściśle z rolnictwem związanych, a nieposiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, zaliczać należy zakłady pracy:

- a) położone na obszarze gospodarstw rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych lub rybnych,

- b) prowadzone na rachunek właściciela, dzierżawcy lub użytkownika, na którego obszarze są położone,
- c) przerabiające wyłącznie produkty gospodarstw, wymienionych w p. a), a przytem w przeważającej mierze produkty gospodarstwa, na którego obszarze są położone,
- d) nie podlegające obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego.

Zakłady pracy wpisane obecnie do rejestru handlowego mogą być przez właściwego wojewodę uznane na czas do chwili wejścia w życie rozporządzenia, przewidzianego w § 2 art. 4 Kodeksu Handlowego z 1933 r. za zakłady nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, jeśli odpowiadają wyżej podanym warunkom i nie są prowadzone w większym rozmiarze.

15) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych o wykonywaniu praktyki lekarskiej.* (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 96).

16) *Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 stycznia 1934 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy z dnia 19 lipca 1919 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie.* (Dz. U. R. P. Nr. 13, poz. 113)

RUCH SŁUŻBOWY

Po wejściu w życie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) z dniem 1 stycznia 1934 r. instytucje ubezpieczeń społecznych zostały ukonstytuowane w następującym składzie osobowym (dane z dnia 15 lutego 1934 r.)

IZBA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Warszawa, ul. Czerniakowska 231.

Prezes i Komisarz — Rożnowski Kazimierz,
Zastępca Komisarza — Dr. Wilczyński Henryk.

Tymczasowe Prezydjum Izby.

Prezes i przewodniczący — Rożnowski Kazimierz,
Zastępca przewodniczącego — Dr. Wilczyński Henryk,
Członkowie: Dr. Chodźko Witold, Dr. Czarnocki Wilhelm, Inż. Downarowicz Medard, Simon Gustaw.

Biurowisko Izby Ubezpieczeń Społecznych.

p. o. Naczelny Dyrektor Izby — Makowiecki Stanisław,
p. o. Dyrektor Organizacyjny — Dr. Zajac Michał,
p. o. Finansowy — Pawłowicz Witold,
p. o. Naczelny Matematyk — Moroz Piotr,
p. o. Naczelny Lekarz — Dr. Bujalski Jerzy.

ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Warszawa, Nowy Świat 23/25.

Komisarz Zakładu — Dr. Czarnocki Wilhelm,
p. o. Dyrektor Zakładu — Klemensiewicz Zygmunt,
p. o. Naczelny Lekarz — Dr. Bujalski Jerzy.

Zakład Ubezpieczenia od Wypadków.

Lwów, ul. Brajerowska 16.

Komisarz Zakładu — Inż. Downarowicz Medard,
Zastępca Komisarza Zakładu — Sośniak Tadeusz,
p. o. Dyrektor Zakładu — Korski Adam.

Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników.

Warszawa, Czerniakowska 231.

Komisarz Zakładu — Simon Gustaw,
p. o. Dyrektor Zakładu — Dr. Pasternak Józef,
p. o. Wicedyrektor Zakładu — Walter Wacław,
p. o. Matematyk Zakładu — Dr. Greniewski Henryk.

Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych

Warszawa, Czerniakowska 231.

Komisarz Zakładu — Dr. Chodźko Witold,
p. o. Dyrektor Zakładu — Bieniewski Stefan,
p. o. Wicedyrektor Zakładu — Sasorski Stanisław.

Ubezpieczalnia Krajowa.

Poznań.

Komisarz pełniący funkcję Rady i Zarządu Ogólnego Ub. Kraj. — Łukomski Kazimierz,
Komisarz pełniący funkcję Zarządu ściślejszego — Wybierański Bolesław, Wyższy Radca Krajowy,
Zastępca Komisarza Wybierańskiego — Jagodziński Czesław, Wyższy Radca Krajowy.

UBEZPIECZALNIE SPOŁECZNE

Ubezpieczalnia Społeczna	Nazwisko i imię Komisarza	Nazwisko i imię Dyrektora	Nazwisko i imię Lekarza Naczelnego
Baranowicze	Tom Ludwik	Rzepecki Al.	Dr. Czyż Piotr
Biała	Ulanowski Tadeusz	Wąsowicz Michał	Dr. Matlak Stanisław
Białystok	Jacynik Kazimierz	Sztukiel Ryszard	Dr. Szymański Jan
Bielsko	Ulanowski Tadeusz	Fikus Henryk	Dr. Teufel Salomon
Brodnica	Jarosiński Bolesław	Kędzierski Jan	Dr. Ronowski Tadeusz
Brześć n/B.	Piotrowski Junosza Wa- claw	Bieniewski Justyn	Dr. Roguski Gracjan
Brzeżany	Czerwiński Lubin	p. o. Jankowski Władysław	p. o. Dr. Mostowy Jerzy
Bydgoszcz	Werner Artur	p. o. Karpiński Eugenjusz	Dr. Klikowicz Jerzy
Chrzanów	Langner Władysław R.	Loteczka Roman	Dr. Woynarowski Kazimierz
Ciechanów	Deresz Henryk	Piotrowski Janusz	Dr. Stępowski Wacław
Częstochowa	Dr. Kobos Tadeusz	Matula Władysław	Dr. Biluchowski Tadeusz
Czortków	Andruchowicz Edmund	Macek Władysław	Dr. Piotrowski Eugenjusz
Drohobycz	Dr. Szkodziński Franciszek	Osiowski Kazimierz	Dr. Skulski Emil
Dubno	Makowski Jan	p. o. Czachowski Kazimierz	—
Gdynia tym. siedz. Wejherowo	Wicherski Tadeusz	Jeka Augustyn	p. o. Dr. Dzius Ludwik
Gniezno	Dr. Kurkiewicz Tadeusz	p. o. Inż. Gluszcak Antoni	p. o. Dr. Pajzderski Józef
Grodno	Tom Ludwik	Wierzbiński Stefan	Dr. Lenartowicz Michał
Grodzisk	Różycki Kazimierz	Wolski Stefan	Dr. Lasociński Stanisław
Grudziądz	Utrysko Aleksander	Kucharski Stanisław	Dr. Tarkowski Władysław
Inowrocław	Olszewski Br.	Rayski Witold	Dr. Garduła Kazimierz
Jarosław	Kalinowski Edward	p. o. Kwiatkowski Stanisław	p. o. Dr. Dyszyński Jan
Kalisz	Drecki Bronisław	Buczkowski Mieczysław	Dr. Dreszer Alfred
Kielce	Sulimierski Stefan	p. o. Mazur Józef	p. o. Dr. Jokiel Wincenty
Kołomyja	Witoszyński Emiljan	Antoszewski Justyn	Dr. Kociubiński Karol
Kowel	Zawadzki Alfred	Młodawski Eugenjusz	Dr. Swietlik Wsiewołod
Kraków	Langner Władysław R.	Dr. Kolkiewicz Zdzisław wiredyrektor Zychowicz Władysław	Dr. Bobrowski Emil zast. nac. lek. Dr. Dybowski Ta- deusz
Krosno	Balięki Marjan	p. o. Inż. Gadomski Feliks	Dr. Woźny Wincenty
Kutno	Mańkowski Czesław	p. o. Kucharski Feliks	—
Leszno	Eichhorn Antoni	Pilecki Jerzy	Dr. Wąsowicz Stanisław
Lida	Tom Ludwik	p. o. Widacki Stanisław	Dr. Czarnocki Napoleon
Lublin	Kawalik Jan	Nelken Władysław	Dr. Dehnel Marjan
Lwów	Zwoliński Stanisław	Chombaków Bronisław	Dr. Miziura Edward zast. nac. lek. Dr. Sabatowski An- toni
Łomża	Frycz Władysław	Rawski Stanisław	Dr. Jordański I.
Łódź	Sapiński Zbigniew	p. o. Dworski Jan	p. o. Dr. Bogusławski Stefan
Łuck	Niekrasz Antoni	Kubecki Ignacy	Dr. Zytyński Wacław
Nowy Sącz	Celewicz Tadeusz	p. o. Kaucki Kazimierz	Dr. Zaranek Stanisław
Oborniki	Gałkiewicz Marjan	Galiński Adam	Dr. Frąckiewicz Stanisław
Ostrów	Cichocki Leon	Zakowski Władysław	Dr. Poleski Marjan
Ostrowiec	Rosen Henryk	p. o. Bogdański Mieczysław	Dr. Hall Aleksander
Pabjanice	Komarnicki Jerzy	Goliński Paweł	Dr. Eichler Witold
Pińsk	Swieżawski Bogusław	Dietrich Emil	Dr. Bartoszewicz Andrzej
Piotrków	Wróblewski Lucjan	p. o. Jakubowski Marjan	p. o. Dr. Lewkowicz Stanisław
Płock	Wróblewski Zbigniew	p. o. Wodecki Jerzy	Dr. Kirszenstein Witold
Poznań	Prof. Dr. Różycki Stefan	Samborski Erazm zast. dyrektora Warmuziński Jan	Dr. Krysakowski Józef
Przemyśl	Tumas Leon	Zins Henryk	Dr. Siara Stanisław
Radom	Sukiennicki Hubert	Tomaszewski Feliks	Dr. Marczyński Józef
Równe	Niekrasz Antoni	Weislo Wiktor	Dr. Jeśman Edmund
Rzeszów	Kalinowski Edward	Sopocki Michał	Dr. Schreiber Józef
Siedlce	Inż. Pohoski Jan	Slotwiński Stanisław	Dr. Stankiewicz Wojciech
Sosnowiec	Zagrodzki Józef	p. o. Dr. Gosiewski Wiktor wicedyrektor Waligórski Stanisław	Dr. Gosiewski Wiktor z. nac. lek. Dr. Niepielski Bogusław
Stanisławów	Bulanda Juljusz	Gruber Marceli	Dr. Kossowski Mieczysław
Starogard tym. siedz. Tczew	Helbrecht Józef	Sokol Wilhelm	Dr. Kasperowicz Jan
Stryj	Jackow Roman	Horski Kazimierz	Dr. Kotłowski Stanisław
Szamotuły	Barański Karol	Raniowski Wojciech	p. o. Dr. Nowicki Antoni
Tarnobrzeg	Bralkowski Aleksander	p. o. Pawlicki Mieczysław	Dr. Chruściel Jan
Tarnopol	Dr. Patejdl Aleksander	p. o. Nieć Eugenjusz	p. o. Dr. Swistun Bogdan
Tarnów	Dr. Podobiński Franciszek	Pilarz Jan	Dr. Fürbek Leon
Tomaszów-Mazow.	Kowalik Julian	p. o. Dr. Osiński Tadeusz	—
Toruń	Wilezyński Stefan	Zdanowicz Apolinary	p. o. Dr. Wierzbiński Erazm
Tuchola	Podehorski Włodzimierz	p. o. Handzlik Bronisław	Dr. Hydzkiewicz Jan
Warszawa	Wysłouch Izidor	Szubartowicz Tadeusz	Dr. Bakun Józef zast. nac. lek. Dr. Purski Stefan
Wilno	Kątkowski Eugenjusz	Gradowski Jan	Dr. Szniolis Bolesław
Włocławek	Zieliński Józef	Witkowski Tadeusz	Dr. Dembecki Stanisław
Zakopane	Celewicz Tadeusz	Nowakowski Zenon	Dr. Gross Edmund
Zamość	Zawadzki Alfred	Bykowski Aleksander	Dr. Modzelewski Bolesław
Złoczów	Dr. Patejdl Aleksander	Cieński Witold	p. o. Dr. Zarewicz Aleksander
Zyrardów	Tomeczak Roman	Michalski Karol	Dr. Grodecki Franciszek

DZIAŁ URZĘDOWY

ZARZĄDZENIA ZWIĄZKU KAS CHORYCH

od 15 grudnia — 31 grudnia 1933 r.

Instrukcja biurowa.

Okólnik Nr. 154/33 z dnia 19 grudnia 1933 r.

Związek Kas Chorych przypomina, że z dniem 1 stycznia 1934 r. obowiązane są Kasy Chorych wprowadzić w życie wszystkie przepisy instrukcji biurowej z r. 1932.

Układ polskich i niemieckich Kas Chorych.

Okólnik Nr. 155/33 z dnia 27 grudnia 1933 r.

Związek Kas Chorych przesyła do wiadomości układ zawarty przez Związki polskich Kas Chorych ze Związkami Kas Chorych Rzeszy Niemieckiej do wiadomości i stosowania. Układ wszedł w życie 1 grudnia 1933 r.

UKŁAD

Między Związkiem Miejskowych Kas Chorych Rzeszy z. z. w Berlinie, Związkiem Wiejskich Kas Chorych Rzeszy z. z. w Berlinie, Związkiem Przemysłowych Kas Chorych Rzeszy z. z. w Essen, Związkiem Cechowych Kas Chorych Rzeszy z. z. w Hannoverze, Bractwem Górniczym Rzeszy w Berlinie — Wilmersdorf, zastąpionymi przez ziemianina, Freiherr von Ascheberg, przewodniczącego zespołu pracy szczytowych związków Kas Chorych, z jednej strony i Związkiem Kas Chorych w Warszawie, zastąpionym przez Komisarza Doc. Dr. W. Czarnockiego i Dyrektora Z. Klemensowicza, Związkiem Ogólno-miejskowych i Wiejskich Kas Chorych Województwa Śląskiego w Katowicach, Związkiem Kas Chorych Zakładów przemysłowych Województwa Śląskiego w Tarnowskich Górach, zastąpionymi przez Dyrektora D-ra Potykę, przewodniczącego ostatnio wymienionego Związku, z drugiej strony, zostaje zawarty w sprawie wykonania umowy polsko-niemieckiej o ubezpieczeniu społecznym z 11.6.1931 r. następujący układ:

I. Udzielanie świadczeń.

1. W obszarze granicznym.

§ 1.

Za Kasę Chorych sąsiedniego obszaru granicznego obu Państw uważa się w rozumieniu art. 15 umowy z 11.6.1931 wszystkie ustawowe Kasy Chorych położone w obszarze granicznym obu państw.

Przepisy ust. 2, 3 i 4 art. 15 wspomnianej umowy mają zastosowanie również w stosunku między bractwem górniczym położonym w obszarze granicznym jednego państwa i takimi kasami chorych drugiego państwa, które są położone poza obszarem granicznym, ale na terenie administracyjnym bractwa górniczego, położonego w obszarze granicznym tegoż państwa.

§ 2.

Kasy Chorych położone w obszarze granicznym udzielają bez ograniczeń świadczeń ustawowych i statutowych ubezpieczonym, zamieszkałym w obszarze granicznym drugiego Państwa, tak długo, dopóki ci ubezpieczeni przebywają w obszarze granicznym drugiego Państwa.

Jeżeli obowiązana Kasa Chorych chce polecić udzielenie świadczeń Kasie Chorych obszaru granicznego drugiego Państwa, powinna się zwrócić do Kasy Chorych drugiego Państwa (ogólno-miejskowej, wiejskiej lub powiatowej) terytorialnie właściwej dla miejsca pobytu ubezpieczonego. Przemysłowe Kasy Chorych mogą również zwrócić się do przemysłowych Kas Chorych w obszarze granicznym drugiego Państwa.

Zainteresowane Kasy Chorych mogą zlecać udzielanie świadczeń bądź w poszczególnych przypadkach, bądź ogólnie na mocy specjalnego porozumienia, zachowując jednak postanowienia § 7.

§ 3.

W nagłych wypadkach Kasa Chorych miejsca pobytu ubezpieczonego może udzielić pierwszej pomocy także bez żadnego zlecenia na rachunek obowiązanej Kasy Chorych, jeżeli ubezpieczony wykaże swe uprawnienie do świadczeń wobec Kasy Chorych drugiego Państwa. W takich przypadkach pośrednicząca Kasa powinna natychmiast zawiadomić Kasę obowiązana. Kasa obowiązana powinna się wypowiedzieć co do uznania lub oddalenia świadczeń. O ile ona nie wypowie się w ciągu trzech dni od otrzymania zawiadomienia, uważa się, że Kasa pośrednicząca otrzymała zlecenie.

§ 4.

Jeżeli ubezpieczony podczas choroby opuści obszar graniczny drugiego Państwa bez zgody Kasy obowiązanej, to na czas pobytu w tem Państwie poza obszarem granicznym spoczywa jego prawo do świadczeń.

§ 5.

Kasy Chorych położone w obszarze granicznym udzielają świadczeń w zakresie pomocy dla członków rodzin łącznie z pomocą położniczą członkom rodzin swoich ubezpieczonych, zamieszkałym w obszarze granicznych drugiego Państwa tak długo, dopóki te osoby tam przebywają i to w takim samym zakresie, w jakim są one udzielane członkom rodzin zamieszkałym w okręgu Kasy.

Za obszar graniczny dla świadczeń w zakresie pomocy dla członków rodzin uważa się obszar ustalony przez zwierzchnie władze administracyjne, zgodnie z ustępami 5 i 6 art. umowy z 11.6.1931 r.

§ 6.

Jeżeli nabycie praw do świadczeń dla położnic uzależnione jest od przebycia określonego czasu w ubezpieczeniu, to okresy przebyte w Kasach Chorych obu Państw, wymienionych w § 1 ust. 1 i 2, będą policzalne łącznie.

Świadczeń dla położnic udziela na własny rachunek Kasa Chorych, do której ubezpieczony ostatnio należał.

§ 7.

Również gdy zlecono udzielanie świadczeń zgodnie z ust. 3 § 2, to zasadniczo zarządzenie leczenia szpitalnego należy do Kasy obowiązanej. Tylko w nagłych przypadkach może Kasa sąsiedniego obszaru granicznego, której zlecono udzielanie świadczeń, sama zarządzić leczenie szpitalne. Poza tem stosuje się odpowiednio zdanie pierwsze § 3.

Jeżeli zgodnie z ustępem 1-ym udzielone zostaje leczenie szpitalne, Kasa pośrednicząca powinna umieścić chorego w szpitalu, w którym leczy swoich własnych uprawnionych. Powinna ona zawiadomić natychmiast zobowiązaną Kasę, w którym szpitalu i na jakich warunkach chory został umieszczony.

Obowiązana Kasa decyduje w każdym przypadku o czasie trwania leczenia szpitalnego i może wymagać umieszczenia chorego w innym zakładzie.

Jeżeli pośrednicząca Kasa zarządziła leczenie szpitalne bez polecenia z powodu nagłego przypadku (ust. 1-y), to Kasa obowiązana powinna się natychmiast wypowiedzieć, co do uznania lub oddalenia rozszczenia. Jeżeli nie wypowie się ona w ciągu 7-u dni od otrzymania zawiadomienia, uważa się, że Kasa pośrednicząca otrzymała zlecenie. Do tego czasu powstałe koszty obciążają Kasę obowiązana.

Ponadto Kasy Chorych mogą przy dawaniu zleceń zgodnie z ust. 3 § 2 uzależniać udzielanie poszczególnych nadzwyczajnych świadczeń od swojej uprzedniej zgody.

§ 8.

Świadczeń udziela się na rachunek Kasy obowiązanej. Grono osób uprawnionych, zakres świadczeń i sposób ich udzielania normują przepisy Kasy obowiązanej. Przepisy te podane będą do wiadomości Kasie, do której się zwrócono bądź zaimem przekazującym, bądź w inny sposób ustalony między zainteresowanymi Kasami na zasadzie wzajemnego porozumienia.

Kasa obowiązana powinna również zawiadomić Kasę, do której się zwrócono, w jaki sposób ubezpieczony ma wykazać swoje uprawnienie do świadczeń.

§ 9.

Kasy Chorych jednego Państwa udzielają swoim ubezpieczonym ustawowych i statutowych świadczeń także wtedy, jeżeli ubezpieczony zachoruje w drugim Państwie poza obszarem granicznym, jednak tylko tak długo, jak długo nie może on z powodu stanu zdrowia wrócić do miejsca zamieszkania lub obszaru granicznego. Ograniczenie to nie ma zastosowania do ubezpieczonych i członków ich rodzin zamieszkałych w drugim Państwie, dopóki z powodu braku pracy pozostają ubezpieczeni. W tych przypadkach ubezpieczony powinien się zwrócić do Kasy Chorych (ogólno-miejscowej, wiejskiej lub okręgowej) terytorjalnie właściwej dla miejsca pobytu ubezpieczonego. To samo dotyczy ubezpieczonych w bractwie górniczym, jeżeli zachoruje w miejscowości, w której bractwo górnicze nie posiada zakontraktowanego lekarza.

Kasa pośrednicząca powinna natychmiast zawiadomić Kasę obowiązną o udzielaniu świadczeń i uwzględnić, o ile to tylko jest możliwe, jej ewentualne życzenia

II. Pomoc administracyjna.

§ 10.

Kasy Chorych obu Państw udzielają sobie wzajemnie bezpośrednio pomocy administracyjnej w zakresie przewidzianym w art. 7 umowy z 11.6.1931. Odnosi się to także do dochodzeń w sprawie roszczeń ubezpieczonych lub ich członków rodzin lub pozostałych po nich członków rodzin o odszkodowanie, które na mocy ustawy lub statutu przeszły na instytucje ubezpieczeniowe.

III. Zwrot kosztów.

§ 11.

Kasa Chorych, która udziela świadczeń na rachunek Kasy Chorych drugiego Państwa, otrzymuje zwrot rzeczywistych kosztów.

W rachunku za leczenie mogą być umieszczone takie tylko pozycje, które obowiązują Kasy Chorych własnego Państwa z uwzględnieniem wszystkich należnych udogodnień i potrąceń. Zainteresowane Kasy Chorych mogą ustalić na zasadzie wzajemnego porozumienia inny sposób obliczenia kosztów.

Koszty leczenia i utrzymania we własnych zakładach leczniczych ustalają zainteresowane Kasy Chorych na zasadzie specjalnego porozumienia.

Pośrednicząca Kasa Chorych może policzyć za leczenie i utrzymanie w innych zakładach leczniczych tylko najniższe stawki tego zakładu, względnie te same stawki, które płaci za własnych ubezpieczonych.

Za zdjęcia, prześwietlenia i leczenie rentgenologiczne, leczenie radem i za serologiczne, bakteriologiczne, chemiczne i inne specjalne badania liczy się te same stawki, które stosuje się do ubezpieczonych pośredniczącej Kasy Chorych.

§ 12.

Pomoc administracyjna jest udzielana bezpłatnie, jednak za zwrotem rzeczywistych kosztów podróży, djet i innych wydatków gotówkowych (badania lekarskie i t. d.). Koszty te należy obliczyć według stawek obowiązujących pośredniczącą Kasę Chorych.

§ 13.

W rachunku należy podawać oddzielnie każdą pozycję wydatkowaną. Nie wymaga się dołączania dowodów. Pośrednicząca Kasa powinna stwierdzić słuszność rachunku i zgodność zaliczonych kosztów z niniejszym układem.

Rachunek należy uregulować w ciągu miesiąca od dnia doręczenia.

IV. Przepisy końcowe.

§ 14.

Różnice zdań między Kasami, które powstaną przy przeprowadzeniu niniejszego układu, rozstrzygają właściwe szczytowe Związki Kas Chorych.

Powyższy układ wchodzi w życie z dniem podpisania przez zainteresowane Związki i może być wypowiedziany w terminie trzymiesięcznym na koniec każdego kwartału kalendarzowego.

Berlin, dnia 1 grudnia 1933 r.

(—) Dr. Polyka, (—) Freiherr von Aschberg

Warszawa, dn. 20 grudnia 1933 r.

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

Plan leczenia klimatyczno-zdrojowego na rok 1934.

Okólnik Nr. 156/33 z dnia 29 grudnia 1933 r.

Związek Kas Chorych wydaje omawianym okólnikiem normy leczenia klimatyczno-zdrojowego dla Kas Chorych na okres od 1 stycznia — 31 grudnia 1934 r. Wobec tego, że normy te, z powodu wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, ulegną zmianie, podanie ich w całej rozciągłości zostało pominięte.

Leczenie inwalidów w szpitalach cywilnych i wojskowych.

Okólnik Nr. 157/33 z dnia 30 grudnia 1933 r.

Do

Wszystkich Kas Chorych.

W przypadkach zakwalifikowania inwalidy do leczenia szpitalnego na rachunek Skarbu Państwa, Kasy Chorych kierują go — po poprzednim sprawdzeniu, czy pobiera on rentę, a gdy renty nie pobiera, po zabezpieczeniu pokrycia kosztów żywienia w myśl okólników Związku Nr. 39/31 i 65/33. — do szpitala cywilnego lub wojskowego. Przy wyborze szpitala należy uwzględnić rodzaj choroby, odległość szpitala, wysokość opłat, a w takich wypadkach przedewszystkiem samą nagłość.

W zakresie leczenia inwalidów stosunek Kas Chorych i Związku do szpitali wojskowych normuje umowa, zawarta przez Związek z Departamentem Zdrowia M. S. Wojsk. Załączony odpis umowy, obowiązującej od dn. 1.IV.1933 r. nie wprowadza w stosunku do umowy poprzedniej zasadniczych zmian poza opłatą dzienną, która od dnia 1.IV. b. r. została zniżona do zł. 7.50 dziennie.

Kasy Chorych kierują inwalidów do szpitala w porozumieniu z dyrektorem, komendantem odpowiedniego szpitala. Porozumienie następuje w drodze pisemnej, telegraficznej lub telefonicznej, zależnie od rodzaju przypadku.

W każdym przypadku skierowania inwalidy do szpitala cywilnego lub wojskowego otrzymują od Kasy Chorych:

- 1) inwalida — zawiadomienie na formularzu w/g obowiązującego schematu,
- 2) komendant, dyrektor odpowiedniego szpitala, — a) kartę badania stanu zdrowia na formularzu w/g obowiązującego schematu, b) pismo Kasy Chorych, sporządzone na odpisie zawiadomienia inwalidy.

Kartę badania stanu zdrowia, w części przeznaczony na dane personalne (nagłówek i dwie pierwsze pozycje) Kasy Chorych wypełniają zgodnie z przekazem referatu spraw inwalidów, w dalszej zaś części zgodnie z rodzajem przeprowadzonego badania, względnie rodzajem badanej choroby.

W sprawach nagłych (§ 4 instrukcji umownej z dn. 18.XII.1929 r.), w których zachodzi potrzeba skierowania odpowiedniego inwalidy do szpitala bez wyczekiwania na przekaz referatu spraw inwalidów, kartę badania stanu zdrowia wypełnia się w części, przeznaczony dla danych personalnych przez inwalidę dokumentów (§ 5 instrukcji umownej) stwierdzających, że jest on inwalidą (wojennym, wojskowym), oraz że wymagające leczenia jego cierpienie kwalifikuje go do leczenia z fundusów Skarbu Państwa.

O zastosowaniu leczenia szpitalnego inwalidy na rachunek Skarbu Państwa w szpitalach wojskowych właściwe władze zawiadamiane są w myśl załączonej umowy przez dotyczące szpitale wojskowe. Gdy zaś leczenie szpitalne przeprowadzane jest w szpitalu cywilnym, o zastosowaniu tego leczenia (t. j. o przyjęciu i oddzieleniu o wypisaniu ze szpitala) właściwe władze zawiadamiane są przez Kasy Chorych (okólniki Nr. 39/31 i 65/33).

Kasy Chorych, które otrzymują od szpitali wojskowych sprawozdanie z wyniku leczenia w związku z zaślą do leczzonego inwalidy zmienną zdolności zarobkowej (§ 4 ustęp ostatni załączonych umowy), przysyłając odnośne orzeczenie lekarskie bez podawania swej opinii — do referatu spraw inwal. właściwego Starostwa, jak tego wymaga § 7 instrukcji z dn. 18.XII.1933 r.

Z orzeczeniami w sprawie wyniku kuracji, otrzymanymi od innych (nie wojskowych) zakładów leczniczych, Kasy Chorych postępują ściśle w/g § 7 wymienionej instrukcji.

Niniejszy okólnik anuluje okólnik Nr. 37/31, tudzież okólnik Związku Nr. 19/30 b. r. 12/III.1930 r. z wyjątkiem p. 4, który obowiązuje w dalszym ciągu.

Załącznik 1.

Komisarz Zarządzający
(—) Doc. Dr. W. Czarnocki

Wicedyrektor
() Inż. M. Downarowicz.

U M O W A

zawarta pomiędzy Skarbem Państwa, w imieniu i na rzecz którego działa generał brygady Dr. Stanisław ROUPPERT, Szef Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych — z jednej strony, a Związkiem Kas Chorych, reprezentowanym przez Komisarza Doc. Dr. Wilhelma CZARNOCKIEGO i Dyrektora Senatora Zygmunta KLEMENSIEWICZA — z drugiej strony.

§ 1.

Szpitala wojskowe przeprowadzają od 1.IV. 1933 r. leczenie inwalidów, skierowanych w tym celu, za zgodą tychże szpitali, przez Kasy Chorych, a w szczególnych wypadkach przez Związek Kas Chorych.

Obok inwalidów (wojennych, wojskowych), w rozumieniu ustawy z dnia 17.III.1932 r. o zaopatrzeniu inwalidzkim, szpitala wojskowe przeprowadzają również leczenie skierowanych przez Kasy Chorych takich osób, którym na podstawie przepisów kompetentnych władz, przyznane zostało prawo do leczenia na rachunek Związku Kas Chorych, z funduszy, przeznaczonych na leczenie i protezowanie inwalidów.

§ 2.

Kasy Chorych, znajdujące się w tej samej miejscowości, w której jest szpital wojskowy, zaś inne Kasy Chorych, w wypadkach nagłych lub ciężkiego zachorzenia, gdy na miejscu zachodzi brak odpowiedniego szpitala cywilnego, ubiegają się o zgodę najbliższego szpitala wojskowego telefonicznie, telegraficznie, lub pisemnie i po uzyskaniu zgody na przyjęcie, skierowują odnośnego inwalidę wojennego bezpośrednio z pismem i orzeczenie lekarskim (kartą badania stanu zdrowia), gdy orzeczenie to (karta) nie zostało już wysłane.

We wszystkich innych przypadkach — skierowanie inwalidów do szpitali wojskowych następuje przez przesłanie przez Kasę Chorych do szpitala wojskowego orzeczenia lekarskiego (karty badania stanu zdrowia), wraz z odpisem pisma Kasy Chorych, zawiadamiającego zainteresowanego inwalidę wojennego o dokonaniem skierowaniu go do odnośnego szpitala. Szpital wojskowy zgadzając się na przyjęcie, wzywa inwalidę pismem lub telegraficznie, podając dzień, w którym tenże winien się zgłosić, a w wypadku nieprzyjęcia — zawiadamia o tem Kasę Chorych.

§ 3.

M. S. Wojsk. zapewnia Związkowi Kas Chorych możliwość korzystania z 240 łóżek w następujących szpitalach wojskowych: w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkoła Sanitarnego — 20 łóżek (z tego 8 na oddziale ocznym i usznym), w 1-szym Szpitalu Okręgowym — 65 łóżek, w 2-gim Szpitalu Okręgowym w Chełmie, wraz z filją w Lublinie — 15 łóżek, w 3-im Szpitalu Okręgowym — 5 łóżek, w Szpitalu Obozu Warownego w Wilnie — 5 łóżek, w 4-ym Szpitalu Okręgowym — 8 łóżek, w 5-ym Szpitalu Okręgowym — 35 łóżek, w 6-ym Szpitalu Okręgowym — 25 łóżek, w 7-ym Szpitalu Okręgowym — 30 łóżek, w 8-ym Szpitalu Okręgowym — 20 łóżek, w 9-ym Szpitalu Okręgowym — 3 łóżka, w 10-ym Szpitalu Okręgowym — 9 łóżek.

W razie zwinięcia jednego lub więcej w wymienionych szpitali wojskowych, Związek Kas Chorych nie będzie rościł pretensji do możliwości korzystania z miejsc w tym szpitalu, z tem jednak zastrzeżeniem, że ogólna liczba łóżek w szpitalach wojskowych nie zostanie zmniejszona.

Inwalidzi wojenni kierowani są przez Kasy Chorych do szpitali wojskowych najbliższych miejsca zamieszkania inwali-

dów wojennych, z wyjątkiem wypadków, w których zachodzi potrzeba specjalnego leczenia w 1-szym Szpitalu Okręgowym w Warszawie lub na oddziale ocznym, lub usznym w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkoła Sanitarnego w Warszawie.

§ 4.

Szpitala wojskowe zawiadamiają bezpośrednio referaty spraw inwalidów przy właściwych Starostwach i właściwe Izby Skarbowe:

a) o każdym przyjęciu do leczenia inwalidy szpitalnego, na rachunek Związku Kas Chorych, z funduszy Skarbu Państwa, z podaniem:
nazwiska, imienia, i daty urodzenia,
miejsca zamieszkania,
właściwego referatu inwalidzkiego,
nazwy instytucji, która przekazała do leczenia inwalidę,
daty przyjęcia do szpitala,
rodzaju choroby,

oraz b) o każdym wypisaniu inwalidy z powołaniem się na zawiadomienie o przyjęciu, przy podaniu daty wypisania, ilości dni leczenia i wysokości dziennych kosztów utrzymania (równoważnik żywnościowy) i przysyłają zawiadomienia ad a) i b) do wiadomości Kasie Chorych lub Związkowi Kas Chorych, zależnie od tego, która z wymienionych instytucji bezpośrednio skierowała inwalidę do szpitalnego leczenia. Szpitala wojskowe przysyłają Kasom Chorych wraz z zawiadomieniem o wypisaniu leczzonego inwalidy, również wynik jego leczenia, w wypadku, gdy nastąpiła zmiana zdolności zarobkowej.

§ 5.

Związek Kas Chorych zobowiązuje się płacić po zł. 7.50 za każdy dzień leczenia i utrzymania inwalidy wojennego.

Departament Zdrowia M. S. Wojsk. zastrzega sobie prawo rewizji wymionej ceny

§ 6.

Wypłatę miesięcznych należności Związek Kas Chorych uskuteczniać będzie do dni 10-ciu, licząc od dnia następnego po otrzymaniu rachunku z Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. w sposób w tym rachunku podany.

§ 7.

Departament Zdrowia M. S. Wojsk. otrzymuje na poczet należności za leczenie inwalidów wojennych tytułem zaliczki kwotę zł. 25.000.— zatrzymując na podany cel kwotę zł. 25.000.— złożoną z tego samego tytułu przez Związek Kas Chorych na rachunek poprzedniej umowy w sprawie leczenia inwalidów w szpitalach wojskowych.

Wymieniona zaliczka będzie stałą przez czas trwania niniejszej umowy i potrącona zostanie z ostatniego rachunku Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk.

§ 8.

Dla miesięcznego rozrachunku Departament Zdrowia przysłać będzie Związkowi Kas Chorych do dnia 10-go każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, rachunek w formie wykazu (wykazów) należności, który ma zawierać:

- 1) liczbę porządkową,
- 2) nazwisko i imię inwalidy wojennego, oraz datę urodzenia,
- 3) miejsce zamieszkania,
- 4) właściwy referat inwalidzki,
- 5) nazwę instytucji, która przekazała do leczenia,
- 6) rodzaj choroby,
- 7) datę przyjęcia do leczenia,
- 8) ilość dni leczenia szpitalnego,
- 9) należną kwotę,
- 10) uwagi

§ 9.

Warunki niniejsze normują leczenie inwalidów w szpitalach wojskowych na rachunek Związku Kas Chorych, z funduszy Skarbu Państwa, od 1.IV.1933 r. do czasu zwolnienia Związku Kas Chorych i Kas Chorych przez Ministerstwo Opieki Społecznej od obowiązku leczenia i protezowania inwalidów.

§ 10.

Umowa niniejsza obowiązuje do 31 marca 1934 r. z tem jednak, że o ile do tego terminu nie zostanie odnowiona, względnie zmieniona, automatycznie obowiązuje nadal.

§ 11.

Umowę iniejszą spisuje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach — Umowę niniejszą spisuje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach dla Związku Kas Chorych.

Warszawa, dnia 20.V.1933 r.

Dyrektor

Komisarz

(—) Z. Klemensiewicz

(—) Doc. Dr. W. Czarnocki

Szef Departamentu Zdrowia
Ministerstwa Spraw Wojskowych

(—) Dr. Rouppert

Warunki udzielania świadczeń na podstawie ustawy scaleniowej.

Okólnik Nr. 158/33 z dnia 30 grudnia 1933 r.

Związek Kas Chorych udziela szczegółowych wyjaśnień Kasom Chorych co do sposobu stosowania przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym w okresie likwidowania dawnych uprawnień.

„Haemostator Singera“

Okólnik Nr. 159/33 z dnia 30 grudnia 1933 r.

Związek Kas Chorych zaleca nabywanie „Haemostatora Singera“, przyrządu do tymczasowego opanowania krwotoków.

Zarządzenia Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Od 1 stycznia 1934 do 23 lutego 1934.

Cennik wydawnictw.

Okólnik Nr 1/34 z dnia 22 stycznia 1934 r.

Z. U. Ch. przesyła cennik wydawnictw, znajdujących się na składzie w Biurze Wydawniczym Zakładu.

Materiały do opracowania statystyki młodocianych.

Okólnik Nr. 2/34 z dnia 25 stycznia 1934 r.

Z. U. Ch. prosi ubezpieczalnię społeczną o nadanie materiałów z zakresu badań młodocianych celem opracowania odpowiedniej statystyki.

„Rocznik Lekarski“.

Okólnik Nr. 3/34 z dnia 26 stycznia 1934 r.

Z. U. Ch. zawiadamia o ukazaniu się „Rocznika Lekarskiego“, wydanego przez Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Rocznik można zamawiać wprost w Administracji „Rocznika Lekarskiego“ w Warszawie, ul. Górnośląska 45. Cena zł. 15.

Leczenie i protezowanie inwalidów przedwojennych.

Okólnik Nr. 4/34 z dnia 30 stycznia 1934 r.

Do wszystkich Ubezpieczalni Społecznych.

Na podstawie załączonego w odpisie okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej z dn. 6.XI.1933 r. Nr. 13137/O. Inw. do Wojewodów tudzież załączonego odpisu pisma Ministerstwa z dn. 8.XI.1933 r. tej samej liczby do b. Związku Kas Chorych, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby zarządza, co następuje:

1) Ubezpieczalnię Społeczną udzielają inwalidom przedwojennym świadczeń leczniczych (w zakresie leczenia amb. domowego, szpitalnego i sanatoryjnego) i zaoopatrują ich w okulary i zęby sztuczne, w sposób i rozmiarze takim samym jak inwalidów wojennych (wojskowych), korzystających z ustawy o zaoopatrywaniu inwalidzkim z dn. 17.III.1933 r. (Dz. U. R. P. 25/32),

w brzmieniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 28.X.1933 r. (Dz. U. R. P. 86/33 p. 669).

W sprawie zatem leczenia zakładowego (t. j. w sprawie pokrycia kosztów żywienia i zawiadomienia władz o zastosowaniu leczenia w szpitalu lub sanatorium na rachunek Skarbu Państwa, obowiązują analogicznie dotyczące postanowienia instrukcji, będącej załącznikiem umowy z dn. 18.XII.1929, oraz okólników b. Związku Kas Chorych Nr. Nr. 39/31 i 65/33.

3) Książki inwalidzkie nie są wystawiane inwalidom przedwojennym. Podstawą do udzielenia wyszczególnionych w p. 1 świadczeń jest przekaz referatu spraw inwalidów właściwego Starostwa, wystawiony przy wyraźnym zaznaczeniu, że dotyczy inwalidy przedwojennego. W przekazie tym podobnie jak w przekazach wystawionych na leczenie inwalidów wojennych (wojskowych) referat spraw inwalidów podaje cierpienia, z powodu którego odnośny inwalida przedwojenny wymaga leczenia w Ubezpieczalni Społecznej na rachunek Skarbu Państwa.

3) Na konto leczenia inwalidów przedwojennych Ubezpieczalnię Społeczną zarachowują wydatki, względnie koszty za świadczenia lecznicze, udzielone inwalidom przedwojennym, w/g norm, stosowanych przy rozrachunku za leczenie członków obcych Ubezpieczalni Społecznych. Ponieważ przy wspomnianym rozrachunku stosowany jest jednolity cennik porad i zabiegów rozesłany okólnikiem b. Związku z dn. 7.III.1933 r. Nr. 31/33, cennik ten obowiązuje również przy rozrachunku za leczenie inwalidów przedwojennych.

4) Rozrachunek odbywa się kwartalnie między Ubezpieczalnią Społeczną, a Urzędem Wojewódzkim, na którego obszarze znajduje się dotycząca Ubezpieczalnia Społeczna.

W tym celu Ubezpieczalnię Społeczną przesyłają do Urzędu Wojewódzkiego do dnia 25 następnego miesiąca po upływie każdego kwartału zestawienie kosztów leczenia inwalidów przedwojennych, sporządzone na formularzu, obowiązującym przy rozrachunku z Zakładem Ubezpieczenia na Wypadek Choroby za leczenie inwalidów wojennych (wojskowych). Do zestawienia kosztów Ubezpieczalnię Społeczną dołączają odpis przekazu referatu spraw inwalidów oraz dowody, uzasadniające poszczególne pozycje po sprawdzeniu dotyczących dowodów i odpowiedniemu stwierdzeniu dokonanego sprawdzenia.

Do sumy zarachowanych kosztów leczenia amb. domowego Ubezpieczalnię Społeczną doliczają 5% z tytułu kosztów administracyjnych.

5) Z uwagi, że koszt leczenia i protezowania inwalidów przedwojennych nie obciąża kredytów otrzymywanych przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby od Ministerstwa Opieki Społecznej na leczenie inwalidów wojennych (wojskowych), lecz ma inne źródło pokrycia — dla uniknięcia nieporozumień przy rozrachunku — Zakład prosi o wydanie zarządzeń w sprawie prowadzenia oddzielnej ewidencji osobowej inwalidów przedwojennych — i osobnego konta związanych z ich leczeniem kosztów.

Komisarz

p. o. Dyrektor

(—) Doc. Dr. M. Czarnocki.

(—) Z. Klemensiewicz.

Ministerstwo
Opieki Społecznej

Warszawa, dnia 8 listopada 1933 r.

Leczenie i protezowanie
inwalidów przedwojennych.

Do Związku Kas Chorych

w miejscu.

Ministerstwo Opieki Społecznej przesyła do wiadomości okólnik Nr. 13137/O. In. i prosi o wydanie zarządzenia Kasom Chorych, aby inwalidzi przedwojenni byli leczeni przez Kasy Chorych ambulatoryjnie i w zakładach (jeżeli cierpienie, wymagające leczenia, stoi w związku przyczynowym ze służbą wojskową), na podstawie przekazów, wydawanych przez Referaty Spraw Inwalidów Wojennych, jak to jest stosowane wobec inwalidów wojennych i wojskowych.

Inwalidzi przedwojenni powinni być też zaoopatrywani w aparaty ortopedyczne, narówni z inwalidami wojennymi i wojskowymi, w wypadkach, gdy kalectwo ich stoi w związku przyczynowym ze służbą wojskową.

Ministerstwo zaznacza, że koszty leczenia i protezowania inwalidów przedwojennych nie będą obciążały kredytów przekazywanych Związkowi Kas Chorych na leczenie i protezowanie inwalidów wojennych, lecz będą regulowane na podstawie indy-

widualnych rachunków przesyłanych przez Kasy Chorych właściwym Urzędowi Wojewódzkim.

O ile powyższy sposób załatwienia sprawy leczenia i protezowania inwalidów przedwojennych nie napotyka na żadne trudności, Ministerstwo prosi o wydanie wspomnianych zarządzeń i powiadomienie o nich Ministerstwa.

Dyrektor Departamentu
(—) *B. Nakonecznikoff*

Warszawa, dnia 6 listopada 1933 r.

Ministerstwo
Opieki Społecznej
Zaopatrzenie inwalidów
przedwojennych

Do P. P. Wojewodów
i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy

OKÓLNIK.

W sprawie zaopatrzenia inwalidzkiego inwalidów z czasów przed wojną światową, t. zw. inwalidów przedwojennych, zarządzam co następuje:

1) Inwalidzi wojskowi z czasów przed wojną światową, obywatele Państwa Polskiego, których uszkodzenie zdrowia stoi w związku przyczynowym ze służbą wojskową i których prawo do zaopatrzenia inwalidzkiego zostało stwierdzone przez b. rządy państw zaborczych lub władze polskie, mogą być:

a) leczeni w szpitalach i zakładach leczniczych, jeżeli uszkodzenie zdrowia, wymagające leczenia, stoi w związku przyczynowym ze służbą wojskową;

b) zaopatrywani w protezy i aparaty ortopedyczne z powodu tychże uszkodzeń.

2) Sposób postępowania przy udzielaniu powyższych świadczeń inwalidom przedwojennym jest taki sam, jak inwalidom wojennym (wojskowym) z tem, że na przekazach na leczenie lub protezowanie — należy na widocznym miejscu zaznaczyć, że sprawa dotyczy inwalidy przedwojennego.

3) Koszty związane z leczeniem i protezowaniem inwalidów przedwojennych będą pokrywane kwartalnie, na podstawie indywidualnych rachunków przez Urzędy Wojewódzkie z kredytów przeznaczonych na te cele przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

4) Zaopatrzenie pieniężne inwalidów przedwojennych reguluje okólnik Ministerstwa Skarbu z dn. 28 kwietnia 1925 r. Nr. 8403/Em.

5) Inwalidzkie postępowanie rewizyjno-lekarskie przeprowadza się względem inwalidów przedwojennych tylko wtedy, gdy orzeczenie, stwierdzające ich inwalidztwo, utraciło moc obowiązującą z powodu upływu czasu na jaki opiewało. W zakresie tego postępowania należy stosować te same przepisy, co do inwalidów wojennych (wojskowych). Na wyciągach orzeczeń inwalidzkiej komisji rewizyjno-lekarskiej (odwoławczych), przesyłanych do izb skarbowych, powinno być na widocznym miejscu zaznaczone „inwalida przedwojenny”.

6) Ewidencję inwalidów przedwojennych prowadzą oraz akta ich przechowują właściwe powiatowe władze administracji ogólnej (referaty spraw inwalidzkich) oddzielnie jednak w sposób analogiczny, jak inwalidów wojennych (wojskowych). Książeczek inwalidzkich inwalidom przedwojennym nie wystawia się.

7) Równocześnie uchyla się moc obowiązującą wszystkich dotychczas wydanych zarządzeń w sprawie zaopatrzenia inwalidów przedwojennych w zakresie unormowanym niniejszym zarządzeniem.

MINISTER
(—) *Dr. St. Hubicki.*

Organizacja pomocy dentystycznej w Ubezpieczalniach Społecznych

Okólnik Nr. 5/34 z dnia 15 lutego 1934 r.

Do
Wszystkich Ubezpieczalni Społecznych.

Na podstawie art. 95 ustawy o ubezpieczeniu społecznym i w myśl § 12 p. 1 § 13 oraz § 14 ustęp 2-gi statutu Ubezpieczalni Społecznych, oraz zgodnie z § 1 rozporządzenia Min. Op. Społ. z dnia 26.XII.33 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 815) o dopłatach za porady i zabiegi lecznicze, obowiązek udzielania pomocy dentystycznej w Ubezpieczalniach Społecznych ogranicza się do:

- usuwania zębów w znieczuleniu, jeżeli względy lecznicze temu się nie sprzeciwiają — bezpłatnie (jako zabieg chirurgiczny),
- znieczulenia bolących zębów — na dopłatą 20 gr., jako za poradę wraz z zabiegiem,
- plombowania w razie próchnicy powierzchniowej, jeżeli można je skutecznie na jednym posiedzeniu — za dopłatą 20 gr., jako za poradę połączoną z zabiegiem,
- leczenia ropotoku zębodołowego, obowiązkowe tylko w ubezpieczalniach III grupy, — 20 gr. za poradę łącznie z zabiegiem; jeżeli jednak leczenie polega na zabiegu chirurgicznym, t. j. na przecięciu ropnia lub usunięciu zęba — bezpłatnie w Ubezpieczalniach wszystkich grup.

Ponadto Ubezpieczalnie obowiązane są do udzielania protez dentystycznych, uznanych (w sposób określony w regulaminie dla chorych) za środek leczniczy lub pomocniczy przeciwko zniekształceniu i kalectwu, a niezbędny dla utrzymania lub przywrócenia zdrowia i zdolności do pracy.

Za protezy takie, jeżeli koszt ich sporządzenia nie przekracza 15 złotych, ubezpieczeni wnoszą jedynie dopłaty, licząc 20 groszy za każdą poradę wraz z zabiegami niezbędnymi do wykonania protezy.

Jeżeli koszt protezy przekracza sumę zł. 15.—, to ubezpieczony, którego zarobek tygodniowy nie przewyższa zł. 75.— opłaca 25% całkowitych jej kosztów; jeżeli zaś zarobek ubezpieczonego przekracza sumę zł. 75.— tygodniowo, dopłaca on połowę (50%) kosztów protezy, do wysokości maksymalnej, przewidzianej w § 13 statutu Ubezpieczalni.

Wszelkie inne zabiegi dentystyczne oraz wykonywanie protez dentystycznych, nie wyłączając koron i protez z metali szlachetnych, mogą być udzielane przez Ubezpieczalnię Społeczną za wrotem kosztów, związanych z ich wykonaniem.

Umożliwienie ubezpieczonym i członkom ich rodzin użytkowania pomocy dentystycznej w pełnym zakresie, stojącej na wysokim poziomie co do wartości, oraz przystępnej ogółowi ubezpieczonych przez zastosowanie niskich opłat powinno stać się obowiązkiem Ubezpieczalni, która zgodnie z postanowieniami ustawy o ubezpieczeniu społecznym nie może dać tych świadczeń bezpłatnie. Tem bardziej Ubezpieczalnie starać się powinny zorganizować dobrą pomoc dentystyczną za opłatami, pamiętając o tem, że dobra pomoc dentystyczna leży również w interesie instytucji ubezpieczenia społecznego, t. j. Ubezpieczalni, Zakładu Ubezpieczeń Robotniczych (Z. U. R.) i Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych (Z. U. P. U.), gdyż dobry stan uzębienia i jamy ustnej ma duże znaczenie profilaktyczne, zapobiega nieraz, różnym chorobom i przedwczesnej niezdolności do pracy zarobkowej, przejściowej lub trwałej.

Z drugiej strony Ubezpieczalnie Społeczne mogą być, i będą, niewątpliwie, powołane do różnych świadczeń leczniczych i zapobiegawczych, oraz do wykonywania protez zębowych na rachunek Zakł. Ubezpieczeń Długoterminowych, a w szczególności na rachunek Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków.

Dlatego też netylko zachowanie już istniejących w Ubezpieczalniach organizacji pomocy dentystycznej, t. j. gabinetów, poradni, protezowni i t. p., jest netylko bezwarunkowo celowe, ale i konieczne, ale ulepszanie ich i rozbudowa, jak również i tworzenie ich tam, gdzie dotychczas takiej organizacji nie było leży w interesie ubezpieczonych i ubezpieczenia społecznego.

W związku z tem Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, działając na podstawie art. 56 p. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym i zgodnie z pismem Izby Ubezpieczeń Społecznych z dn. 9.I.1934 r., wydanem na podstawie art. 6 p. 1 wyżej wspomnianej ustawy — zaleca:

- utrzymać w Ubezpieczalniach Społecznych istniejącą organizację pomocy dentystycznej i dążyć do jej rozszerzenia i udoskonalenia;
- dążyć do tworzenia własnej, nowej organizacji pomocy dentystycznej w tych Ubezpieczalniach, gdzie jej dotychczas nie było; w szczególności należy udostępnić dobrą pomoc dentystyczną dzieciom i młodzieży.

Równocześnie przy reorganizacji dotychczasowej i tworzeniu nowej organizacji pomocy dentystycznej, Ubezpieczalnie muszą się zastosować do następujących wytycznych:

- 1) *pomoc dentystyczna musi być w zupełności samowystarczająca*, t. j. wszelkie wydatki związane z jej udzielaniem muszą być w całości pokryte z opłat za porady, zabiegi i protezy, udzielone na rachunek samych ubezpieczonych lub Zakładów Ubezpieczeń Długoterminowych oraz z dopłat za porady i zabiegi obowiązkowe.

Wyjątek od tej zasady mogą stosować jedynie te Ubezpieczalnie, które własnej organizacji pomocy dentystycznej

nie posiadają i zorganizować nie są w stanie, lecz skierowują ubezpieczonych, na podstawie umów specjalnych, do gabinetów prywatnych lekarzy dentystów. W tych wypadkach różnicę opłat, jakie pobierają prywatni lekarze dentyści i dopłat za zabiegi dentystyczne obowiązkowe, wymienione wyżej pod a, b, c i d, Ubezpieczalni muszą pokrywać z własnego budżetu.

Ponadto przyjmując pod uwagę wielkie znaczenie profilaktyczne leczenia zębów u dzieci i młodzieży, Ubezpieczalni mogą użyć na udzielanie im jak najtańszej i dobrej pomocy dentystycznej części sum, przeznaczonych w budżecie na profilaktykę;

- 2) do kosztów, związanych z udzielaniem pomocy dentystycznej należy zaliczać zarówno wydatki rzeczowe, jak i personalne, a w szczególności:
 - A) wydatki na zakup środków i materiałów dentystycznych zużywalnych, niezbędnych dla udzielenia pomocy dentystycznej i sporządzenia protez,
 - B) wydatki na druki i materiały kancelaryjne, używane w gabinetach, poradniach i protezowniach dentystycznych,
 - C) wydatki na renowację instrumentów oraz na amortyzację urzędzenia i sprzętów gabinetów, poradni i protezowni dentystycznych w stopniu odpowiadającym ich zużyciu;
UWAGA: Urządzenia i sprzęty dotychczasowe muszą być oceniane w/g ich obecnej, realnej wartości, a nie w/g ceny ich nabycia;
 - D) wydatki na najem pomieszczenia i na utrzymanie poradni, gabinetów i protezowni dentystycznych (światło, opał, utrzymanie czystości i t. d), przyczem w wypadkach, gdy pomoc dentystyczna udzielana jest w pomieszczeniach własnych Ubezpieczalni, wysokość najmu nie może być obliczona wyżej, niż wynosi przeciętne komorne tego rodzaju pomieszczenia w danej miejscowości;
 - E) wydatki na opłatę personelu lekarsko-dentystycznego, pomocniczego, służby oraz personelu administracyjnego, zatrudnionego przy udzielaniu pomocy dentystycznej w poradniach, gabinetach i protezowniach;
 - F) koszt dokonywanych zdjęć rentgenowskich, niezbędnych przy udzielaniu pomocy dentystycznej, o ile nie są one już uwzględnione pod C niniejszego okólnika;
- 3) Ubezpieczalnie ustanowią własny, możliwie najtańszy cennik porad i zabiegów dentystycznych oraz protez w taki sposób, aby samowystarczalność pomocy dentystycznej była zachowana.

Cennik ten powinien być możliwie szczegółowy, aby nie nasuwał wątpliwości, ani personelowi ustalającemu wysokość opłat, ani ubezpieczonym.

Cennik ten powinien być tak ustalony, aby dawał istotny wyraz opieki i troski Ubezpieczalni nad ubezpieczonymi. Musi on zachęcać ubezpieczonych do szukania pomocy dentystycznej w poradniach, gabinetach i protezowniach Ubezpieczalni i umożliwiać jak najszersze jej wykorzystanie. *Da się to osiągnąć jedynie wtedy, gdy opłaty za nieobowiązkową pomoc dentystyczną w Ubezpieczalni, będą przy lepszej ich wartości, o wiele tańsze niż w gabinetach prywatnych;*

- 4) regulaminy i warunki uzyskania pomocy dentystycznej oraz wszelkie cenniki opłat za porady, zabiegi i protezy dentystyczne, muszą być podane do wiadomości ubezpieczonych przez wywieszenie ich w postaci dużych afiszów w miejscu widocznym, zarówno w gabinetach dentystycznych i przychodniach lekarskich ogólnych, jak i we wszystkich biurach Ubezpieczalni, dostępnych dla ubezpieczonych;
- 5) sposób pobierania opłat i dopłat uregulują Ubezpieczalnie we własnym zakresie, o ile nie ureguje ich inaczej Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby;
- 6) Ubezpieczalnie przedstawia do Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby:

Wypadek Choroby:

do 15 marca b. r. — organizację, w myśl niniejszego okólnika, z uwzględnieniem formy organizacji, liczby i miejsc udzielania pomocy dentystycznej, warunków umowy z lekarzami-dentystami, szczegółowego cennika i projektu budżetu dentystyki do końca bieżącego roku oraz wszelkich regulaminów i narzędzi wydanych.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby zaznacza, że ważność umów z lekarzami-dentystami i dentystami, uzależniona być powinna od zatwierdzenia ich przez Zakład i że odpowiednie zastrzeżenie w umowie powinno być uczynione.

Komisarz Dyrektor Lekarz Naczelny
(—) Doc. W. Czarnocki (—) Z. Klemensiewicz (—) Dr. Jerzy Bujalski.

Retaksacja, kontrola recept i rachunków aptecznych.

Okólnik Nr. 6/34 z dnia 15 lutego 1934 r.

Z. U. Ch. komunikuje, że retaksacja, kontrola recept i rachunków aptecznych będzie dokonywana przez Dział Kontroli Z. U. Ch. w Warszawie, Nowy Świat 23/25, a dotychczasowe Biura Kontroli w oddziałach b. Związku Kas Chorych zostają z dniem 1 marca 1934 r. zlikwidowane. Wszystkie zestawienia i t. d. należy przeto nadsyłać do działu retaksacji Z. U. Ch. w Warszawie przy uwzględnieniu wytycznych, podanych w piśmie okólnem b. Związku Kas Chorych z dnia 29/8 1933 r. Znak: 12.62.6.

ZARZĄDZENIA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dn. 2 stycznia 1934 r.

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ

Nr. Z. H. 66/I/7/1
Walka z gruźlicą.
Polsanatorja.

Okólnik Nr. 134.

Do

Panów Wojewodów

i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W kompleksie instytucyj przeciwgruźliczych, na który składają się: przychodnia przeciwgruźlicza, szpital, sanatorium i prewenterjum, powinno się znaleźć również półsanatorium (pół-prewenterjum).

Instytucje te pod nazwą „stacyj leśnych”, „stacyj odpoczynkowych”, „sanatorjów dziennych” i „sanatorjów nocnych” rozwinęły się licznie w wielu państwach europejskich. W Polsce w kilku miejscowościach zostały utworzone „sanatoria dzienne” dla dzieci.

Dotychczasowe doświadczenie wykazało, że „sanatoria dzienne” dla dzieci oddają duże usługi, szczególnie, gdy chodzi o dzieci ze środowisk gruźliczych, z gruźlicą gruźlicową, dzieci wątłe, dzieci po przebytej chorobie płuc i opłucnej.

Polsanatorja mogą oddać również doniosłe usługi w walce z gruźlicą u dorosłych. Mogą one być przeznaczone dla następujących kategorii osób: 1) dla chorych z gruźlicą czynną, kwalifikujących się do sanatorium, gdy umieszczenie w zak'ardzie natrafia na przeszkody i musi być odłożone, lub gdy uprawnienie do pobytu w sanatorium zostało wyczerpane i chory musi powrócić do domu. Polsanatorjum zastąpi częściowo pobyt w zakładzie zamkniętym, 2) dla chorych z gruźlicą w stanie nieczynnym, w prątkami w płwocinie, przy dobrym stanie ogólnym. Chorzy tego typu nie mogą być w naszych warunkach przyjmowani do zakładów specjalnych izolacyjnych wobec braku tych zakładów; mogą natomiast spędzać część doby w półsanatorjum, a więc np., o ile współmieszkańcy przebywają w dzień poza domem, chory taki może korzystać z półsanatorjum w nocy i odwrotnie: o ile mieszkanie nie jest przeludnione, niema w niem dzieci, a w ciągu dnia w mieszkaniu jest np. czynny jakiś warsztat, chory może spędzać dzień w półsanatorjum, powracając na noc do domu; 3) dla wszystkich tych chorych na gruźlicę, którzy ze względów społecznych powinni być izolowani, w przypadkach, gdy czynność ta jest niewykonalna z braku zakładów izolacyjnych, a więc w naszych warunkach byłoby to np. mieszkańcy osiedli dla bezdomnych. Wylimowanie i skierowanie wszystkich chorych na gruźlicę w tych osiedlach do półsanatorjów nocnych miałyby doniosłe znaczenie zdrowotne dla pozostałych mieszkańców osiedli; 4) odrębne półsanatoria, ewentualnie osobne oddziały w półsanatorjach ogólnych przeznaczone byłyby dla osób, nie mających gruźlicy, lecz będących ozdrowieńcami po przebytych chorobach płuc lub innych stwarzających podłoże do rozwoju gruźlicy; 5) wreszcie nie jest wykluczone, aby z półsanatorjów korzystali również robotnicy w okresie urlopowym, zdrowi, lecz wyczerpani pracą.

Organizacja półsanatorjum wymaga następujących warunków: 1) obszaru 1 — 2 ha na 100 — 150 pacjentów, położonego pod miastem, lub na jego krańcach, wreszcie nawet w mieście, lecz w otoczeniu ogrodów lub parków, połączonego z miastem

dogodną komunikacją; 2) teren powinien być zaopatrzone w wodę i urządzenia do usuwania nieczystości; 3) budynki, przeznaczone na pólśanatorjum, powinny być typu barakowego, tanie i powinny zawierać: a) sale dziennego (nocnego) pobytu, b) łazienki z natryskami, c) jadalnię, d) dział gospodarczy, odpowiedni do wydawania 4-krotnych posiłków, licząc 2 posiłki dla grupy „nocnej” (kolacja i śniadanie) i 2 minimum posiłki dla grupy dziennej — obiad i podwieczorek, ewentualnie przy dłuższym przebywaniu pacjentów w ciągu dnia i w sanatorjach dziecięcych — 4 krotne posiłki: 1 i 2 śniadanie, powieczorek i kolacja; e) mieszkanie dla części personelu; f) pomieszczenie na urządzenia kancelaryjne i lekarskie; 4) pólśanatorjum powinno mieć personel pielęgniarzski i gospodarczy (może być częściowo dojeżdżający); 5) opieka lekarska powinna być zapewniona przez lekarza dojeżdżającego; najbardziej wskazany byłby udział lekarza miejscowego ośrodka zdrowia.

Organizacja pólśanatorjów powinna być popierana szczególnie w wielkich miastach, w osiedlach przeludnionych i fabrycznych.

Proszę Pana Wojewodę o zachęcenie samorządów, organizacji społecznych i instytucyj ubezpieczeń społecznych do tworzenia pólśanatorjów.

Ministerstwo Opieki Społecznej udzieli w miarę możliwości finansowych zapomóg na budowę i urządzenie pólśanatorjów.

Proszę Pana Wojewodę o przedłożenie mi do 1 kwietnia 1934 roku sprawozdania, w jakiej mierze sprawy, objęte niniejszym pismem, będą mogły być zrealizowane na obszarze podległym Panu Wojewodzie.

MINISTER

Dr. St. Hubicki.

UKAZAŁO SIĘ WYDAWNICTWO
**USTAWA O UBEZPIECZENIU
SPOŁECZNEM**

Z DNIA 28 MARCA 1933 R. (DZ. U. R. P. Nr. 51, Poz. 396)

TEKST I WYJAŚNIENIA

OPRACOWALI

LEONTYNA FRANKOWSKA
RADCA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

i

EUGENJUSZ MODLIŃSKI
RADCA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

STRON 305. NAKŁADEM ZWIĄZKU KAS CHORYCH. KRAKÓW 1933

Cena zł. 5. Dla instytucyj ubezpieczeń społecznych i ich pracowników zł. 4.

Do nabycia w Biurze Wydawniczym Związku Kas Chorych,
Kraków, ul. Batoiego 5 oraz we wszystkich księgarniach

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie zł. 30.—

Kwartalnie zł. 7.50

Numer pojedynczy „ 2.50

Dla pracowników instytucyj 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.

Rachunek działalności Zakładu Ubezpieczenia

Tytuł	Po- zycja	R O Z C H O D Y	Ogółem		
			zł.	gr.	
1	2	3	4	5	
I.		Odszkodowanie wypadków:			
	1	Renty niezdolnych do zarobkowania w czasie leczenia	1,333.566	65	
	2	Renty niezdolnych do zarobkowania po wyleczeniu	9,127.682	88	
	3	Renty wdów	1,367.469	—	
	4	Renty dzieci	1,386.600	31	
	5	Renty wstępnych	197.422	25	
	6	Odprawy wdów	55.734	17	
	7	Koszty pogrzebu	40.117	72	13,508.592 98
II.		Świadczenia pozaustawowe:			
	1	Dodatek wyrównawczy do rent	2.023	96	
	2	Jubileuszowy dodatek do rent	1.238	50	
	3	Zasiłek zarządowy	2,009.939	12	
	4	Wsparcia jednorazowe z powodu przedawnienia roszczeń o odszkodowanie	1.212	54	2,014.414 12
III.		Koszty leczenia pozaustawowego			3.325 44
IV.		Koszty protez			19.965 92
V.		Koszty administracyjne:			
	1	Koszty dochodzeń wypadkowych (w tem honorarja lekarskie)	340.735	92	
	2	Koszty Sądów Rozjemczych i zastępstwa przed temi Sądami	272.529	04	
	3	Koszty bieżące	3,813.797	13	4,427.062 09
VI.		Akcja przeciwwypadkowa Zakładu			32.500 —
VII.		Rozchody różne i odpisy:			
	1	Koszty rewizji statystycznej	74.384	66	
	2	Dotacja funduszu emerytalnego pracowników Zakładu	158.108	03	
	3	Pokrycie wydatków realnościowych za rok 1932	47.094	81	
	4	Różne inne nieprzewidziane	4.075	77	
	5	Pokrycie strat na kursie efektów	120.655	42	
	6	Odpisanie:			
	a)	z zaległych opłat z powodu nieściągalności i innych przyczyn 1.574.721.63 zł.			
	b)	z inwentarza biurowego 37.918.74 „	1,615.240	37	2,016.959 05
VIII.		Przeniesienia:			
	1	Na: Rezerwę na pokrycie nieściągalnych pretensyj Zakładu, z tytułu należnego kapitału na pokrycie rent, przejętych według art. 4 ust. z dnia 30.I.1924 Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148 i wartości kapitałowych rent	46.742	02	
	2	Rezerwę na opłaty wątpliwe	2,881.519	30	
	3	Rezerwę na pokrycie nieściągalnych należności z tytułu pożyczek hipotecznych	335.935	88	
	4	Funduszu na pokrycie zobowiązań względem uprawnionych do poboru rent	1,915.467	—	5,179.664 20
					27,202.483 81

od wypadków we Lwowie za rok 1932.

Tytuł	Po- zycja	P R Z Y C H O D Y	Ogółem		
			zł.	gr.	
1	2	3	4	5	
I.		Oplaty ubezpieczeniowe:			
	1*	Dodatkowe z lat przeszłych	4,695.688	11	
	2	Bieżące z roku sprawozdawczego	15,257.995	—	19,953.683 11
II.		Grzywny			33.457 89
III.		Odsetki:			
	1	Od lokat gotówkowych	2,061.875	61	
	2	Od pożyczek hipotecznych	1,481.317	68	
	3	Od papierów wartościowych	2,073.274	95	
	4	Od zaległych opłat ubezpieczeniowych	1,203.164	52	6,819.632 76
IV.		Dochody z nieruchomości			106.187 37
V.		Inne dochody:			
	1	Zysk na kursie wylosowanych papierów wartościowych	39.203	29	
	2	Przypisane pretensje z tytułu dodatku wyrównawczego do rent	2.023	96	
	3	Przypisane pretensje Zakładu z tytułu należnego kapitału na pokrycie rent, przejętych według art. 4 ust. z 30.I.1924 Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148 i wartości kapitałowych rent	101.567	04	
	4	Dochody z opłat odpisanych w latach poprzednich z powodu nieściągalności	8.132	27	
	5	Przypis odpisanego dodatku wyrównawczego za czas od 1.V.1930 do 31.XII.1932	86.442	93	
	6	Kwoty nadesłane na niewiadomy cel	3.372	99	
	7	Różne inne nieprzewidziane	15.849	93	256.592 41
VI.		Niedobór z rocznego obrotu:			
	1	Niepokryty			32.930 27
					27,202.483 81

AKTYWA

Bilans Zakładu Ubezpieczenia od

Tytuł	Po- zycja	WYSZCZEGÓLNIENIE RACHUNKÓW	Ogółem		
			zł.	gr.	
1	2	3	5		
I.		Kasa i sumy do dyspozycji:			
1		Gotówka w Kasie	85.000	06	
2		Pocztowa Kasa Oszczędności	474.266	09	
3		Banki Państwowe	1.789.893	53	
4		Komunalne Instytucje finansowe	7.439.928	24	
5		Inne instytucje finansowe	55.760	—	9.844.847 92
II.		Lokaty terminowe w instytucjach finansowych:			
1		z terminem do 1 roku	2.251.761	21	
2		z terminem powyżej 1 roku	6.973.537	54	
3		winkulowane na zakup papierów wartościowych	1.394.944	36	
4		Lokata w miejsce dostarczyć się mających papierów wartościowych Banku Gospodarstwa Krajowego	732.301	73	11.352.544 84
III.		Papiery wartościowe:			
1		Papiery wartościowe państwowe i przez Państwo gwarantowane	19.577.499	16	
2		Inne Krajowe papiery wartościowe	6.648.549	89	
3		Papiery o nieustalonej wartości	—	20	26.226.049 25
IV.		Pożyczki hipoteczne:			
1		Instytucje ubezpieczeń społecznych	10.258.806	58	
2		Gminy i Związki Komunalne	3.674.308	09	
3		Instytucje, stowarzyszenia i osoby prywatne	3.681.163	38	17.614.278 05
V.		Nieruchomości:			
1		Nieruchomości zabudowane	6.213.519	57	
2		Parcele	1.427.044	98	7.640.564 55
VI.		Wkłady w budowę domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast			8.396.720 94
VII.		Ruchomości			113.094 18
VIII.		Należności z tytułu opłat ubezpieczeniowych:			
1		Zaległe opłaty z lat poprzednich	20.168.522	18	
2		Opłaty przypisane w roku 1932 za rok 1932 i za lata poprzednie, nieściągnięte do 31/XII.1932	8.646.670	81	
3		Opłaty za rok 1932 i za lata poprzednie, przypisane w roku 1933 (d. 31/V.1933), a przeniesione ksiązkowo na rok 1932	9.838.816	94	38.654.009 93
IX.		Zaległe odsetki zwłoki od opłat ubezpieczeniowych			2.046.024 37
X.		Pretensje Zakładu z tytułu należnego kapitału na pokrycie rent, przejętych według art. 4 ustawy z dnia 30/I. 1924 Dz. U. R. P. Nr. 16 poz. 148 i wartości kapitałowych rent			8.368.275 09
XI.		Dłużnicy			4.316.105 06
XII.		Walory przyjęte wskutek szczególnych zobowiązań:			
1		Efekty i lokacja funduszu emerytalnego			5.329.199 92
XIII.		Sumy przechodnie:			
1		Kwoty do obrachunku i likwidacji w następnych okresach sprawozdawczych			357.787 13
XIV.		Niepokryta nadwyżka pasywów nad aktywami:			
1		z lat poprzednich	11.256.645	82	
2		z roku 1932	32.930	27	11.289.576 09
					151.549.077 32

Delegat Rządu:

Tadeusz Sośniak w. r.

wypadków we Lwowie za rok 1932.

PASYWA

Tytuł	Po- zycja	WYSZCZEGÓLNIENIE RACHUNKÓW	Ogółem		
			zł.	gr.	
1	2	3	5		
I.		Fundusz na pokrycie zobowiązań względem uprawnionych do poboru rent:			
1		Kapitał na pokrycie rent płynnych dnia 31/XII.1932			
		A) wdów, dzieci, rodzin i wstępnych w/g stanu 1 stycznia roku sprawozdawczego	24.828.482.—		
		przyrost w roku sprawozdawczym	1.018.635.—		25.847.117 —
		B) Niezdolnych do zarobkowania, którzy 31/XII.1932 r.:			
		a) pozostawali jeszcze w leczeniu w/g stanu na dzień 1 stycznia roku sprawozdawczego	2.545.507.—		
		ubytek w roku sprawozdawczym	659.508.—		1.885.999 —
		b) już okres leczenia przebyli i po ukończeniu leczenia pobierali rentę:			
		a) krócej niż dwa lata w/g stanu na dzień 1 stycznia roku sprawozdawczego	32.778.739.—		
		ubytek w roku sprawozdawczym	7.885.923.—		24.892.816 —
		b) dwa lata i dłużej w/g stanu na dzień 1 stycznia roku sprawozdawczego	63.098.531.—		
		przyrost w roku sprawozdawczym	9.552.509.—		72.651.040 —
		Razem		125.276.972	—
2		Kapitał na pokrycie rent przejętych w/g art. 4 ust. z dnia 30/I 1924 Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148 w/g stanu na dzień 1 stycznia roku sprawozdawczego	6.508.163.—		
		ubytek w roku sprawozdawczym	110.246.—		6.397.917 —
3		Rezerwa wartości kapitałowych rent i rezerwy dla wypadków bukowińskich (niezwaloryzowana)			— 66 131.674.889 66
II.		Fundusze specjalne:			
1		Amortyzacji nieruchomości	568.334	81	
2		Konserwacji i adaptacji nieruchomości	58.880	52	627.215 33
III.		Fundusze zabezpieczenia:			
1		Fundusz protez	25.000	—	
2		Rezerwa na pokrycie nieściągalnych pretensyj Zakładu, z tytułu należnego kapitału na pokrycie rent, przejętych według art. 4 ustawy z dnia 30/I 1924 Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148 i wartości kapitałowych rent	4.184.137	54	
3		Rezerwa na opłaty wątpliwe	7.743.112	79	
4		Rezerwa na pokrycie nieściągalnych należności z tytułu pożyczek hipotecznych	335.935	88	12.288.186 21
IV.		Wierzyciele:			
1		Fundusz emerytalny pracowników Zakładu	5.329.169	92	
2		Różni	797.842	63	6.127.042 55
V.		Sumy przechodnie:			
		Obliczenie należności z następnych okresów sprawozdawczych			831.743 57
					151.549.077 32

Dyrektor naczelny:

Adam Korski w. r.

Technik asekuracyjny za zgodność wartości kapitałowych:

Józef Sobczyński w. r.

Główny księgowy:

Karol Starzewski w. r.

Bilans Ubezpieczalni Krajowej — dział

STAN CZYNNY

za czas od 1 stycznia

<i>Kasa i sumy do dyspozycji:</i>		
1. Gotówka w kasie	96.348,67	
2. Gotówka w P. K. O.	57.316,91	
3. Gotówka w bankach państwowych	247.135,89	
4. Gotówka w komunalnych instytucjach finansowych	2.394.763,26	2.795.564,73
Gotówka w kasach zakładów leczniczych Ubezpieczalni Krajowej w dniu 31 grudnia 1932 r.		11.664,61
<i>Lokaty w instytucjach finansowych:</i>		
1. za półrocznym terminem wypowiedzenia	4.983.053,10	
2. winkulowane na zakup papierów wartościowych	500.000,—	5.483.053,10
<i>Papiery wartościowe:</i>		
1. państwowe i przez Państwo gwarantowane	5.433.276,54	
2. inne krajowe	2.328.138,89	
3. zagraniczne (niemieckie przedwojenne)	400.788,34	8.162.203,77
4. zakupione w związku z budową domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast		1.396.000,—
<i>Pożyczki hipoteczne:</i>		
1. dla instytucji ubezpieczeń społecznych	500.000,—	
2. dla samorządu	1.112.891,14	
3. dla instytucji publiczno-społecznych i spółdzielni budowlanych	971.000,—	
4. dla instytucji i osób prywatnych	7.778.296,26	
5. pożyczki przedwojenne	962.686,46	11.324.873,86
<i>Dłużnicy:</i>		
1. Zakłady Ubezpieczeń Społecznych z tytułu krótkotrwałych pożyczek na wypłacenie rent i cele administracyjne:		
a) Wydział Ubezpieczeń od Wypadków	861.526,10	
b) Wydział Reemigrantów	416.813,52	
c) Wydział Rent Górniczych	6.733,54	1.285.073,16
2. Kasy Chorych:		
a) za leczenie	112.764,39	
b) zasiłki pieniężne z lat ubiegłych w myśl § 1518 Ordynacji ubezpieczeniowej	346.419,62	459.184,01
3. Różni:		
a) 1. zaległe odsetki od pożyczek hipotecznych do 31 grudnia 1932	935.474,47	
2. zaległe odsetki od lokat w Komunalnych Kasach Oszczędności do dnia 31 grudnia 1932 r.	143.296,12	1.078.770,59
b) 1. zaległe czynsze (Zagórze)	4.939,90	
2. zaległe czynsze za mieszkania w domach czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast	1.167,50	6.107,40
c) nadebrane renty		26.819,20
d) 1. fundusz żelazny kontrolerów	34.368,25	
2. zaliczki na pobory	33.003,69	67.371,94
e) inne należności (koszty związane z przymusową administracją, nieruchomości dłużników hipotecznych, koszty procesowe i t. p.)	188.898,80	1.367.967,93
<i>Sumy przechodnie:</i>		
1. Akcja budowy domów czynszowych (Gdynia)	28.434,57	
2. Odsetki i kupony bieżące	101.078,52	
3. Wartość zapasów środków spożywczych i leczniczych i opału w zakładach leczniczych i głównej administracji w dniu 31 grudnia 1932 r.	61.661,48	
4. Inne:		
a) czynsz za biura w Gdyni, zapłacony za 2 lata naprzód	7.200,—	
b) składki ubezpieczeniowe od ognia i t. p. do rozliczenia w r. 1933	861,88	8.061,88
<i>Nieruchomości:</i>		
1. Wykończone:		
a) 2 domy mieszkalne dla urzędników	366.377,15	
b) gmach administracyjny	1.168.285,51	
c) zakłady lecznicze (Oborniki, Inowrocław, Zagórze)	2.587.704,05	
	4.122.366,71	
2. Place niezabudowane	342.387,75	
3. Wkłady w budowę domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast	1.766.146,07	6.230.900,53
<i>Ruchomości:</i>		
a) w pomieszczeniach administracyjnych	162.644,69	
b) w zakładach leczniczych Ubezpieczalni Krajowej	282.321,32	444.966,01
		39.160.688,16
Kaucje (w książeczkach oszczędnościowych i papierach wartościowych)		84.847,32

ubezpieczenia inwalidowego — w Poznaniu

do 31 grudnia 1932 r.

STAN BIERNY

<i>Wierzyciele:</i>		
a) dochody tymczasowe	60.358,29	
b) różni	5.877,61	66.235,90
Rachunek domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast do przeniesienia na rachunek eksploatacji na rok następny		1.167,50
<i>Fundusze amortyzacyjne:</i>		
1. a) amortyzacyjny nieruchomości	14.857,40	
b) oprocentowanie za rok 1932	965,75	15.823,15
2. a) amortyzacyjny wkładu w budowę domów przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast	19.674,98	
b) oprocentowanie za rok 1932	1.278,87	20.953,85
3. a) konserwacja nieruchomości	30.998,18	
b) oprocentowanie za rok 1932	3.800,15	34.798,33
4. a) amortyzacja ruchomości	31.476,45	
b) oprocentowanie za rok 1932	2.045,97	33.522,42
5. a) konserwacja ruchomości	13.764,78	
b) oprocentowanie za rok 1932	894,70	14.659,48
Pożyczka hipoteczna zaciągnięta na budowę domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast (zapisana na domach czynszowych przy ul. Szamarzewskiego)		1.396.000,—
Kapitał z lat ubiegłych		37.460.335,32
Przyrost kapitału w ciągu roku sprawozdawczego		117.192,21
		39.160.688,16

Kaucje złożone przez lokatorów, dzierżawców i dostawców 84.847,32

Bilans Ubezpieczalni Krajowej—dział ubezpieczenia inwalidowego—w Poznaniu

za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1932 r.

Rachunek działalności.

WYDATKI			WPŁYWY		
1	Renty	10.650.272,80	1	Składki	9.293.622,98
2	Lecznictwo	430.345,36	2	Odsetki:	
3	Opieka w domach inwalidowych	1.236,90		a) wpłacone	2.148.853,97
4	Świadczenia nadustawowe	9.585,73		b) zaległe za rok 1932 od pożyczek hipotecznych	322.317,96
5	Koszty administracyjne	951.125,66		c) zaległe za r. 1932 od lokat w Komunalnych Kasach Oszczędnościowych	11.758,62
6	Ustanawianie i wstrzymywanie rent i jednorazowych świadczeń	121.954,52			2.482.930,55
7	Koszty sprzeciwów i apelacji	46.067,19	3	Eksploatacja:	
8	Ściąganie i kontrola składek	202.725,76		a) dochód z nieruchomości	153.564,60
9	Prace nad bilansem techniczno-asekuracyjnym	34.991,42		b) dochód z domów czynszowych przy udziale Państwowego Funduszu Rozbudowy Miast (oprocent. wkładu własnego	117.743,07
10	Oprocentowanie funduszów amortyzacyjnych	6.074,80		c) dochód z ruchomości	17.222,48
11	Nadwyżka	117.192,21			288.530,15
			4	Grzywny	9.041,71
			5	Należne zasiłki pieniężne Kas Chorych w myśl § 1518 Ordynacji Ubezpieczeniowej za lata ubiegłe	346.419,62
			6	Agio	149.961,82
			7	Różne	1.065,43
		12.571.572,26			12.571.572,26

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W WILNIE

ogłasza

KONKURS

1. Na stanowisko lekarza pedjatry w Ośrodku Leczniczym w Nowej Wilejce, powiatu Wileńsko-Trockiego, z płacą odpowiadającą należności za 20 godzin obliczeniowych miesięcznie.
2. Na stanowisko lekarza ordynującego w Ośr. Leczn. w Woropajewie, pow. Postawskiego, z płacą odpowiadającą należności za 70 godzin oblicz. mies.
3. Na stanowisko zastępcy lek. ordyn. w Ośr. Leczn. w Kraśnem n/Uszą, pow. Mołodeckiego, z płacą odpowiadającą należności za 20 godzin obliczeniowych mies. (na okres pracy do dnia 5 grudnia 34 r. włącznie).

Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione ich odpisy: a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwo o poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) własnoręcznie napisany życiorys, g) lekarz pedjatra — zaświadczenie, stwierdzające jego kwalifikacje jako specjalisty.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych, ogłoszonych w Nr. 9 r. 1933 Dziennika Urzędowego Izby Lekarskich.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umów o pracę, na podstawie wspomnianych wyżej wytycznych oraz norm, obowiązujących na zasadzie § 17 umowy zbiorowej z lekarzami.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie (ul. Zawalna 6) do dnia 10 marca 1934 r. godz. 12-ta w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi do dnia 20-go marca 1934 r. należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowisk w dniu 1-go kwietnia 1934 r.

Naczelny Lekarz:
(--) Dr. Szniolis

Dyrektor:
(-) J. Gradowski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI

rozpisuje niniejszem

KONKURS

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi.

Kandydaci na to stanowisko winni wykazać, że posiadają:

- 1) obywatelstwo polskie,
- 2) dyplom ukończenia Wydziału Lekarskiego, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
- 3) przynajmniej trzyletnią praktykę w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu),
- 4) przynajmniej pięć lat pracy na stanowisku administracyjnym lekarskim, a w tem przynajmniej rok w Kasie Chorych.

Lekarz Naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcji poza Ubezpieczalnią Społeczną bez osobnego zezwolenia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Wynagrodzenie zostanie ustalone przy zawieraniu umowy.

Nadanie stanowiska Lekarza Naczelnego nastąpi na warunkach określonych przepisami służbowymi dla pracowników Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi.

Podania udokumentowane uwierzytelnionymi odpisami dokumentów należy nadsyłać bezpośrednio do Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza Naczelnego” do godz. 12-iej dnia 5 marca 1934 r.

Do podania należy dołączyć dokładny życiorys. Podania nieuwzględnione pozostaną bez odpowiedzi.

Łódź, dnia 15 lutego 1934 r.

p. o. Dyrektora: *Jan Dworski w. r.* Komisarz: *Zbigniew Sapiński w. r.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W NOWYM SĄCZU

ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza ordynującego z siedzibą w ośrodku leczniczym w Piwnicznej.

Kandydaci na to stanowisko powinni dołączyć do podań następujące dokumenty w uwierzytelnionych odpisach:

- a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwo poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej i f) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 27. wytycznych do umów z lekarzami w b. Kasach Chorych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich w Nr. 9. z 1933 roku.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na podstawie wspomnianych wyżej wytycznych, ustalonych przez b. Związek Kas Chorych w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu, w terminie do dnia 15 marca 1934 roku godz. 12 w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu 30 dni od wyznaczonego wyżej terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Posada do objęcia z dniem 16.III.1934 r. na okres próbny trzech miesięcy, poczem może nastąpić zawarcie umowy na dłuższy okres z uposażeniem za 1 godzinę pracy dziennie.

Lekarz Naczelny: *(Dr. Stanisław Zaranek)* Dyrektor: *(Kazimierz Kaucki)*

TYSIĄCE OKÓLNI
KÓW, OFERT, FORMULA
RZY, LINJATUR, RYSUN
KÓW, KATALOGÓW, PRO
SPEKTÓW, PLAKATÓW IT.P.
POWIELA SIĘ TANIO, SZYB
KO I DOKŁADNIE NA UNI
WERSALNEJ MASZYNIE
Gestetner.

Gestetner
służy i pomaga

POLSKA SPÓŁKA MA
SZYN DO POWIELANIA
SP. Z O.O. CENTRALA
WARSZAWA, ZGODA 9
TELEF 5-25-25; 2-45-15
KATOWICE, LWÓW
KRAKÓW, POZNAŃ

CODZIENNE OSZ
CZĘDNOŚCI NA DRU
KACH, STAŁĄ POMOC
W SPRZEDAŻY, ZDO
BYWANIE KLIENTÓW I
UTRZYMYWANIE Z NIMI
STOSUNKÓW ZAPEWNI
PRECYZYJNY POWIELACZ
Gestetner.

FABRYKA WYROBÓW SZKŁANYCH
LABORATORYJNO - FARMACEUTYCZNYCH
B-ci STROSZNAJDER

Warszawa, ul. Leszno Nr. 78, Telefon Nr. 11-61-35

POLECA: naczynia szklane szpitalne
" " laboratoryjne
" " chirurgiczne
" " fizyczne i naukowe

OPAKOWANIA DLA FABRYK FARMACEUTYCZNYCH
cylinderki z kapsułkami do tabletek, ampułki do iniekcji,
flaszki i fiakony różnego typu.

Wszystkie produkowane przez nas artykuły mogą być zakupy-
wane przez kasy za pośrednictwem centrali zakupów dla kas
chorych pl. DĄBROWSKIEGO 8.

Chcesz odbyć podróż

tanio—szybko—wygodnie?

Leć samolotem!

Ubezpieczalnia Społeczna w Dubnie
ogłasza
KONKURS

na stanowisko lekarza ordynującego w Smydze pow.
Dubieński.

Kandydaci na to stanowisko powinni dołączyć do po-
dań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytel-
nione odpisy:

- metrykę urodzenia,
- dowód obywatelstwa polskiego,
- świadectwo o poprzedniej pracy,
- dypłom lekarski,
- dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- własnoręcznie napisany życiorys.

Znajomość położnictwa konieczna.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki okre-
ślone dla tego rodzaju stanowisk w § 2. Wytycznych
do umów z lekarzami w b. Kasach Chorych, ogłoszo-
nych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej w Nr. 9
z r. 1933.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy
zawieraniu umów o pracę na podstawie wspomnianych
wyżej wytycznych, ustalonych przez b. Związek Kas
Chorych w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską
i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.
Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi nale-
ży nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Spo-
łecznej w Dubnie w terminie do dnia 20 marca 1934 r.
godz. 12:sta w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni
10:ciu od tego terminu, należy uważać za nieuwzglę-
dzone.

Objęcie stanowiska dnia 1.IV.1934 roku.

p. o. Naczelny Lekarz:
Dr. Ł. Rojzman

Dyrektor:
K. Czachowski

Ubezpieczalnia Społeczna w Obornikach
z tymczasową siedzibą w Wągrowcu

ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza obwodowego z siedzibą w Cho-
dzieży. Od kandydatów wymagane są następujące do-
kumenty wzgl. uwierzytelnione odpisy:

- metryka urodzenia,
- dowód obywatelstwa polskiego,
- świadectwo poprzedniej pracy,
- świadectwo zdrowia,
- dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- własnoręcznie napisany życiorys.

Posada do objęcia od 1 kwietnia 1934 r. na razie na
okres próbny 3-miesięczny, poczem może nastąpić za-
warcie umowy w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzpli-
tej z dnia 16.III.1928 r. (Dz. U. R. P. Nr: 35, poz: 323)
o umowie o pracę pracowników umysłowych.

Po 3 miesięcznym zadawalającym okresie próbnym
nastąpi zawarcie umowy na podstawie przepisów służ-
bowych dla pracowników Ubezpieczalni Społecznej
w Obornikach.

Praktyka prywatna dozwolona. Warunki według umowy.
Podania wraz z wyżej wymienionymi dokumentami na-
leży nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej
w Obornikach z tymcz. siedzibą w Wągrowcu do
15 marca 1934 r. godz. 12-tej w poł.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi po 20.III.1934
roku należy uważać za nieuwzględnione.

Dyrektor:
(—) Adam Galiński

Naczelny Lekarz:
(—) Dr. St. Frackiewicz

SPIS RZECZY.

Artykuły:

- Dr. H. WILCZYŃSKI:** Pomoc lekarska w ubezpieczeniu społecznym 201
ED. GIE: Ubezpieczenie chorobowe w ramach ustawy scaleniowej 207
MARJAN WISŁOCKI: Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznem 211

- Orzecznictwo i opinie prawne** 217

Materiały:

- Dr. T. LECHOWICZ:** Zaległości składkowe w Z. U. P. U. 220
Mgr. JERZY PIOTROWSKI: Specjalne warunki kontynuowania ubezpieczenia emerytalnego robotników 223
ST. FIEDOROWICZ: O ustawę postępowania ubezpieczeniowego 225
ST. F.: Zachowanie uprawnień w przechodnim międzypaństwowem ubezpieczeniu na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci 227
Dr. med. CZ. P.: Ustawa scaleniowa a leczenie pracowników rolnych w praktyce 230
Dr. F. GRAUBERG-GRABECKI: W sprawie lecznictwa i orzecznictwa lekarskiego w wypadkach urazowych 231

Kronika krajowa:

- Uchwalenie przez Sejm i Senat nowelizacji ubezpieczenia pracowników umysłowych 232
Nowe ustawy z dziedziny ubezpieczeń społecznych 232
Wniosek w sprawie nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznem 232
Zaopatrzenia inwalidzkie dla starców 233
Ubezpieczenie służby domowej 234
Druga polsko-niemiecka konferencja w sprawie wykonania umowy o ubezpieczeniu społecznem z dnia 11 czerwca 1931 r. 235

Kronika zagraniczna:

- Nowelizacja ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych w Czechosłowacji 239
Nowelizacja ustawy o ubezpieczeniu społecznem w Czechosłowacji 240
Działalność świadczeniowa Centralnego Zakładu Ubezp. Społ. w Czechosłowacji 241
Działalność Kas Chorych w Austrii w 1932 r. 242
Reforma ubezpieczenia robotników od wypadków przy pracy w Austrii 242
Organizacje bezpieczeństwa pracy w Austrii 242
Umowa między Austrią a Jugosławią o ubezpieczeniach społecznych 243
Zagadnienia bezpieczeństwa pracy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej 245
Stosowanie ustaw ubezpieczeniowych w Wielkiej Brytanji 245

- Książki i czasopisma** 249

- Przegląd ustawodawstwa** 257

- Ruch służbowy.** 257

- Dział urzędowy** 258

SOMMAIRE.

Articles:

Dr. H. Wilczyński: Le secours médical dans l'assurance sociale	201
Ed. Gie.: L'assurance-maladie d'après la loi polonaise sur l'assurance sociale	207
Marjan Wislocki: L'assurance - accidents d'après la loi sur l'assurance sociale	211
Jurisprudence et Interprétations	217

Notices:

Dr. T. Lechowicz: Les cotisations arriérées de l'établissement d'assurance des Travailleurs intellectuels	220
Dr. Jerzy Piotrowski: Les conditions spéciales de la continuation de l'assurance-vieillesse des ouvriers	223
M. Fiedorowicz: La question du règlement de la procédure d'assurance	225
St. F.: La conservation des droits dans l'assurance-invalidité-vieillesse - décès transitoire internationale	227
Dr. Cz. P.: La loi sur l'assurance sociale et le traitement médical des ouvriers agricoles	230

Chronique nationale:

L'adoption par la Diète et le Sénat de la loi amendée concernant l'assurance des travailleurs intellectuels	232
Les nouvelles lois du domaine des assurances sociales	232
Motion concernant l'amendement de la loi sur l'assurance sociale	232
L'assistance-invalidité aux vieillards	233
L'assurance du service domestique	234
La deuxième conférence polono-allemande relative à l'application de la convention sur l'assurance sociale, du 11 juin 1931	235

Chronique internationale	239
Littérature	249
Législation	257
Partie officielle	258

INHALT.

Aufsätze:

Dr. H. Wilczyński: Die Krankenhilfe in der Sozialversicherung	201
Ed. Gie.: Die Krankenversicherung nach dem Gesetze vom 28 März 1933	207
M. Wislocki: Die Unfallversicherung nach dem Gesetze vom 28 März 1933	211
Rechtsprechung und Auslegung	217

Notizen:

Dr. T. Lechowicz: Beitragsrückstände in der Angestelltenversicherung	220
Mgr. J. Piotrowski: Besondere Bedingungen der Weiterversicherung in der Invalidenversicherung der Arbeiter	223
St. Fiedorowicz: Die Frage der gesetzlichen Regelung des Verfahrens in der Sozialversicherung	225
St. F.: Die Wahrung der Anwartschaften in der zwischenstaatlichen Wanderversicherung (Invaliden - Alters- und Hinterbliebenenversicherung)	227
Dr. Cz. P.: Das Gesetz vom 28 März 1933 und die ärztliche Behandlung der landwirtschaftlichen Arbeiter	230

Inlandschronik:

Die Novelle der Angestelltenversicherung	232
Neue Gesetze auf dem Gebiete der Sozialversicherung	232
Der Entwurf der Novellierung des Gesetzes über Sozialversicherung	232
Die Invalidenversorgung	233
Die Versicherung der Hausbediensteten	234
Die zweite deutsch-polnische Konferenz über die Ausführung des polnisch-deutschen Vertrages vom 11 Juni 1931	235

Auslandschronik	239
Bücher und Schriften	249
Gesetzgebung	257
Amtlicher Teil	258

REDAKCJA przypomina, że z dniem 30 kwietnia 1934 r. upływa termin

KONKURSU

na najlepszy artykuł

Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Warunki konkursu były ogłoszone w Nr. 1 i 2 PRZEGLĄDU z roku bież. Prace należy nadsyłać do Redakcji PRZEGLĄDU, Warszawa, Czerniakowska 231 (Izba Ubezpiecz. Społecznych).

Nakładem Izby Ubezpieczeń Społecznych ukaże się w najbliższym czasie
wydawnictwo p. t.

PRZEPISY O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

(Ubezpieczenie na wypadek braku pracy i ubezpieczenie emerytalne)

w opracowaniu **JÓZEFA ZIELIŃSKIEGO**, Radcy Ministerstwa Opieki Społecznej
(referenta ubezpieczeń pracowników umysłowych w Ministerstwie Opieki Społecznej).

Wydawnictwo obejmować będzie:

- 1) **JEDNOLITY TEKST** rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) po uwzględnieniu zmian, wprowadzonych w powyższym rozporządzeniu późniejszymi przepisami prawnymi, a w szczególności ustawą z dnia 22 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27, poz. 229), ustawą z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) i ustawą z dnia 15 marca 1934 r. (dotąd nieogłoszona);
- 2) Wszystkie rozporządzenia wykonawcze;
- 3) Przepisy dotyczące postępowania;
- 4) W całości lub w wyjątkach teksty przepisów, pozostających w związku z ubezpieczeniem pracowników umysłowych, jakoteż odnośne postanowienia obowiązujących Polskę umów w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Zamówienia należy kierować do Izby Ubezpieczeń Społecznych

Warszawa, ul. Czerniakowska 231.

Nakładem Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby ukazał się

T O M II

WYDAWNICTWA p. t.

„USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM“

w opracowaniu

L. FRANKOWSKIEJ i E. MODLIŃSKIEGO

RADCÓW MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

Tom II zawiera wszystkie rozporządzenia wykonawcze do Ustawy z dnia 28.III.1933 r., Statuty Ubezpieczalni i Izby Ubezpieczeń Społecznych, oraz tablice do obliczeń składek ubezpieczeniowych i opłat na rzecz Funduszu Pracy z uwzględnieniem potrąceń od pracowników (tablice opracowane przez p. J. Januskiewicza)

Stron ponad 300 — Cena zł. 5.—

Dla instytucyj ubezpieczeń społecznych i ich pracowników — zł. 4.—

Do nabycia w Biurze Wydawniczym Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby,
KRAKÓW Batorego 5, oraz we wszystkich księgarniach

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGJENY

DZIAŁ SUROWIC I SZCZEPIONEK

WARSZAWA

ul. Chocimska 24, Konto Czekowe P. K. O. 30062

Adres telegraficzny: „Centrepid — Warszawa“

1. SUROWICE I SZCZEPIONKI

2. INSULINA P. Z. H.

fiolki po 100 i 200 jednostek w 5 cm³

3. PITUITROL PZH.

(wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej)

pudełka po 3 i 6 ampułek a 1 cm³

fiolki a 5 cm³ — 1 cm³ = 10 jednostek Voegtlina

4. PREPARATY DJAGNOSTYCZNE

CENNIKI I WSZELKIE INFORMACJE

WYSYŁA SIĘ NA ŻĄDANIE

PREPARATY

Zalecone do użytku
w Ubezpieczalniach Społecznych

PRZEZ

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY

Camphochin „Laokoon“ amp. à 1 i 3 cm³

Jodlysin „Laokoon“

Corpus luteum amp. „Henning“

Corpus luteum draż. „Henning“

Extr. pituitariae c. thymo forte amp.
„Henning“

Ovaria anim. draż. „Henning“

Pancreas tabul. „Henning“

Thyreoidea draż. „Henning“

ŁANCZYŃSKIE SOLE KĄPIELOWE ZAWIERAJĄ JOD, BROM i ŻELAZO.

Naturalna w woreczkach 10 i 50
kilogramowych

Aromatyczna z orzeźwiającym za-
pachem kosodrzewiny
w skrzyn. na 1 kąpiel

Skutecznie działają przeciwko otyłości,
artretyzmowi, reumatyzmowi, zapaleniu
stawów, przy chorobach kobiecych, oraz
ogólnym osłabieniu na tle nerwowym.

Do nabycia we wszystkich Aptekach
i Składach Aptecznych

Sprzedaż hurtowa w Tow. Handl. Przem.
„REAL“ S. A. Warszawa, Widok Nr. 24.
Telefon 685-30.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIELSKU n.ŚLĄSKU ogłasza

Konkurs

na stanowisko drugiego lekarza ordynującego w Ustroniu
pow. cieszyński.

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

- a) metrykę urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) świadectwa z poprzedniej pracy,
- d) dyplom lekarski,
- e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- f) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki okre-
ślone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do
umów z lekarzami w b. Kasach Chorych, ogłoszonych
w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr. 9 z 1933 r.
Szczegółowe warunki pracy na podstawie wspomnianych
wyżej wytycznych, ustalonych przez b. Związek Kas
Chorych w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i za-
twierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Po-
dania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi, należy
nadsyłać pod ardesem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecz-
nej w Bielsku w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 r.,
godz. 12 w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 20-tu
od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska z dniem 1 maja 1934 r.

Lekarz Naczelny:
Dr. S. Teufel

Dyrektor:
Henryk Fikus.