

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

M I E S I Ę C Z N I K

R O K IX

W A R S Z A W A

K W I E C I E Ń

1934 R.

Z E S Z Y T 4

DR. H. WILCZYŃSKI

POMOC LEKARSKA W UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM

„Cito, tuto et jucundo”.

Niniejszy dyskusyjny artykuł ma na celu poruszyć i wyjaśnić zagadnienie, które jest przedmiotem narad, sporów, ataków prasy i nieporozumień organizacyjnych, wahań w powzięciu decyzji, podejrzeń o utajone cele, nawet posądzeń o złą wolę.

Temat jest życiowy. Źródło tego tematu poczyna się w dobrej woli kierowników społeczeństwa przyjszcia z pomocą materialną tym, którzy sami sobie w dostatecznej mierze poradzić nie mogą. Z tej niezaradności powstają nie tylko indywidualne szkody. W porę nieopanowana choroba przedłuża się, bądź pogarsza, sprowadza lub pogłębia niezdolność do pracy, co w masowym zestawieniu daje już przykład nie kłeski *człowieka*, ale obraz *społecznej* niedomogi i upośledzenia zmysłu organizacyjnego. Celem omówienia tematu jest więc zdrowie pojedynczych ludzi, jak i dobro społeczne, utylitarne.

Świat starożytny przeżywał również to zagadnienie. Rozwiązania jego, acz owijane w słowa uzasadnień wierzeniowych czy eugenicznych, w istocie, miały powód materialny: skąpstwo, bądź ubóstwo rodziny, gminy, narodu. Jeszcze i dziś można wskazać trwanie regulacji, podobnych do systemu tarpejskiej skały. Wszak pała wdowy, topią córeczki, zbywają nadmiar dziewcząt, a nawet, jak w Afryce wschodniej, sprzedają w niewolę do pracy młodzież dorastającą wcale nie z dobrobytu i nie pod przymusem władzy, lub dogmatów.

Otóż ewolucja pojęć moralnych i postęp w dziedzinie organizacji pracy i odpłaty — łagodni a nieraz obala bezlitosny stosunek do niezawinionej nędzy, a nawet tej nędzy się przeciwstawia i zapobiega jej, w granicach publicznych możliwości budżetowych. To przeciwstawianie się zbiorowego wysiłku społeczeństwa chorobie, kalectwu, niedołęstwu i bezrobociu przez opodatkowanie, składkę, przymusową oszczędność — obojętna jest nazwa sposobów gromadzenia

środków — jest istotą ubezpieczenia społecznego, jest właśnie treścią działalności rozmaitych Kas: Chorych, Brackich, i Funduszków: Emerytalnych, Inwalidzkich, Pracy, Bezrobocia, Wypadków przy pracy i t. d.

Ubezpieczenia społeczne są konsekwentnym dalszym ciągiem, ewolucją ubezpieczeń prywatnych. Ubezpieczeń, które założyła sobie przezorna zamożność, świadoma zmienności losów. Wśród zamożnych nie było wielu, którzyby zasady ubezpieczenia krytykowali; chętnie zakładano Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń, by utracić nadmierny zysk przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Od tego kroku naprzód nie wiele już dzieliło myśl o ubezpieczeniu społecznym, które w wielu krajach zrealizowało się, objęło taki zakres i sięgnęło tak głęboko, że przewidywanie ostatecznego kroku — ubezpieczenia powszechnego — przestaje być fantazją.

Zwalczanie ubezpieczeń społecznych, jako zasady — świadczy dziś o zacofaniu społecznym zwalczającego. Można dyskutować o zakresie — zmiennym w zależności od społecznego dobrobytu, można do upadłego się sprzeczać o organizację wykonawczą — pod hasłem cito et tuto, ale bezcelowym i niebezpiecznym się zdaje zwalczanie wzajemnego, społecznego, a nawet powszechnego charakteru ubezpieczeń.

Korzystanie z ubezpieczenia społecznego, by ono trwało mogło, wymaga jednak przestrzegania podstawowych zasad: samowystarczalności, szybkości wykonania, uczciwości ubezpieczonych w roszczeniach, rzetelności i skromności administratorów.

Roszczenia ubezpieczonych winny być uzasadnione. Wszelkie udawanie cierpienia, przesadne ich przedstawianie, kaprysy w podejmowaniu pracy, korzystanie z uzdrowisk pod pozorem choroby, gromadzenie leków, nieprzestrzeganie przepisów ochronnych i zapobiegawczych poleceń lekarskich — zmusza do przerosztu aparatu kontrolnego, do wielkiej straty czasu i pieniędzy, do zaniku zaufania, a co zatem idzie, też i do przesady w podejrzeniach. Wytwarza się pod

wpływem podejrzliwości — częste lekceważenie wypadków prawdziwych, nieraz nagłych, groźnych.

Zakradają się nieracjonalne stosunki w pracy dla ubezpieczonych i zamęt wśród nich, alarmy prasowe, depopularyzacja ubezpieczeń. Dużo winy w tem ponoszą i ubezpieczeni; wykorzystując swe prawa przesadnie, zmuszają tem oni administracyjne czynniki do krępujących zarządzeń, mających na celu jednak niezbędną równowagę budżetową.

Szczególnie ważną sprawą jest szybkość wykonania. Opatrunek złamanego obojczyka dopiero po 36 godzinach, wyjęcie gwoźdźcia z kości czołowej na drugi dzień, przybycie pogotowia w 6 godzin, czekanie w ambulatorjum na numerkę przez 2 godziny, na lekarza tyleż, albo więcej, przybycie wezwanego lekarza na drugi dzień — w miastach nie powinno się zdarzać.

Załatwianie przyznania rent, które przeciętnie trwa siedem tygodni, a bardzo często znacznie dłużej — jest zbyt powolne. Przyspieszenie dokonywania czynności formalnych bardzoby się przyczyniło do wzmoczenia wśród ubezpieczonych szacunku dla ubezpieczeń społecznych. Usprawnienie administracji jest nagłą sprawą. Postęp w tej dziedzinie odbywa się — ale należy go przyspieszyć. W Pradze Czeskiej renta bywa przyznana zwykle 8 — 9 dnia po wpłynięciu roszczenia, bardzo rzadko w ciągu miesiąca; posąg wdowie wychodzącej zamąż wypłaca się 4-go dnia po ślubie.

Wreszcie sprawa samowystarczalności. Naczelną nienaruszalną zasadą ubezpieczenia społecznego powinno być bezwzględne unikanie niedoborów. Wykluczyć należy prawo zaciągania pożyczek. Raczej uszczuplić świadczenia rozporządzeniem Ministerjalnem, byle nie działać na kredyt. Raczej przyznać mniejsze renty, ale pewne, niż wysokie — i nie wypłacać ich. Pewność lokat musi być ustalona ponad wszelką wątpliwość. Koszt administracji ubezpieczeń winien być ustabilizowany odsetkowo do wpływów ze składek, z materialną odpowiedzialnością władz instytucyj ubezpieczeniowych.

Te powyższe ogólne uwagi wciąż się nasuwają z tem większą natarczywością, im dłużej trwa kryzys; im dłużej też trwa okres organizacyjny, — tak bardzo utrudniony przez utrzymanie zasady odrębnej osobowości prawnej licznych instytucyj ubezpieczeń społecznych: czyni to scalenie efemerycznem — może być mowa o mniejszej lub większej koordynacji, ale do scalenia jeszcze daleko.

Na tle powyższych uwag poniżej przedstawiony będzie szkic takiej organizacji pomocy lekarskiej, jako świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby, która będzie szybsza, skuteczniejsza, stosunkowo tańsza niż obecnie, jednolita na terenie Rzeczypospolitej, pozatem pomoc ta będzie stale i regularnie kontrolowana.

Zagadnienie najskuteczniejszej pomocy lekarskiej, w czasie i wynikach jest na porządku dziennym nietylko w Polsce. Zaprzęta ono umysł organizatorów ubezpieczeń w wielu krajach i było przedmiotem narad ostatniego międzynarodowego zjazdu Związków Kas Chorych.

Uchwała zjazdu nie narzuca jakiegos jednego sposobu pomocy lekarskiej, zaleca jedynie, na podstawie doświadczenia szczególnie w Austrii i Danii, ja-

ko najbardziej racjonalny — system lekarza domowego, lekarza terenu lub kompletu, jako pierwsze ogniwo pomocy lekarskiej, a szpital względnie specjalistów rozmaicie dostosowanych — jako następne.

Zalecając ten system uchwała nadmienia, że przy takim zorganizowaniu pomocy lekarskiej najśluszniejszem wynagrodzeniem i najlepiej układającym stosunek lekarza do ubezpieczalni i do chorych, najmniej obciążającym rachubę i konieczność kontroli, dającym ponadto sporo swobody postępowania lekarzowi i pacjentowi — jest ryczałt roczny osobno za każdego ubezpieczonego, zapisanego dobrowolnie (komplet) lub przydzielonego do danego lekarza (teren).

Ustaliło się już określenie dla takiego lekarza, jako domowego. Można go nazwać lekarzem rodziny, lekarzem opiekunem, lekarzem ośrodka lub lekarzem kompletu, lekarzem ogólnym, powszechnym, w odróżnieniu od lekarza specjalisty. Ani jedno z tych określeń nie jest ścisłe. Najodpowiedniejsze nazwy byłyby bądź lekarz-opiekun, bądź lekarz pierwszej pomocy. Może on wykonywać i pomoc dalszą następną, może również przekazać chorego w inne ręce. Jednakowoż, szczególnie w miastach, w całym szeregu wypadków, ta pierwsza pomoc tego lekarza może być pominięta, jak w chorobach chirurgicznych, niemowląt, położnictwie, chorobach wenerycznych. Ponieważ jednak chodzi o zaznaczenie pewnej ciągłości w opiece lekarskiej nad ubezpieczonym, a nawet jego otoczeniem, miejscem pobytu, rodzajem pracy, zasobnością i t. d. najodpowiedniejszą byłaby nazwa — lekarz stały, gdyby ten przymiotnik już się nie odnosił i nie przeciwstawiał do pojęcia lekarza niestałego a prowizorycznego, w sensie umowy o pracę. Gdyby się zgodzić, że w tym ostatnim razie używanoby określenie „etatowy“, nazwa „lekarz stały“ zamiast „domowy“ — odpowiadałby charakterowi pracy.

Gdyby jednak sięgnąć myślą nieco głębiej, i przyjść do przekonania, że lecznictwo społeczne w rozmaitych jego dziedzinach i postaciach należałoby w Polsce uporządkować, upowszechnić, niejako wydzielić z rozproszkowanych i odrębnych czynności rządu, samorządu, ubezpieczeń i organizacyj społecznych — tak, by jedna organizacja lecznictwa służyła wszystkim wymienionym osobom prawnym, obowiązującym do leczenia swych członków i pracowników, to wtedy, pomijając praktykę ściśle prywatną, lecznictwo opierałoby się o lekarza społecznego, szpital powszechny, kliniki i ad hoc używanych lekarzy biegłych, czy znawców orzekających.

Lekarz społeczny miałby powierzony sobie pewien komplet, a najlepiej pewien teren, którymby się opiekował wszechstronnie; co więcej, mógłby nawet objąć funkcje czysto sanitarne, nadzorcze nad higieną społeczną swego terenu, opiekować się matką i dzieckiem, zwalczać gruźlicę, propagować zasady życia zdrowego, racjonalnego biologicznie.

Można sobie wyobrazić, jak wielki byłby społeczny pożytek w ten sposób ujętej służby zdrowia, zwłaszcza gdyby dla ciągłości opieki, dla stałej znajomości ludzi i terenu, rejonu służby zdrowia powierzyć trójce, złożonej z lekarza, lekarza-asystenta i higienistki. Czegoby oni nie zdołali załatwić — przechodziłoby to do rąk specjalistów i do szpitali.

Są to rzeczy nie trudne do przeprowadzenia. Należy zacząć od miast i od pewnych zmian w programie nauczania medycyny. Ale — dalsze w tym kierunku rozważania przekroczyłyby ramy niniejszego artykułu, którego zamiarem jest nakreślić bieg pracy lekarza domowego na odcinku leczenia ubezpieczeń społecznych dla obecnych czasów, w ramach ustawy z 28.III.1933 r. W szczegółach przedstawia się on następująco:

1. Lekarz domowy, internista w zasadzie, ze znajomością chorób dziecięcych, ginekologii, położnictwa i małej chirurgii nadto z praktyką polikliniczną po trzy miesiące (choroby oczu, zębów, krtani, skóry, nerwów), pracować winien we własnym gabinecie, posiadając własne narzędzia manipulacyjne i rozpoznawcze, rozporządzając podręczną apteczką leków gotowych, telefonem i drukami terenowej (lub kompletnej) kartoteki. Ubezpieczalnia ustala minimalne niezbędne warunki dla lokalu i inwentarza lekarza domowego.

2. Lekarz domowy posiada spis swych ubezpieczonych. Ubezpieczalnia powiadamia go o utracie lub nabyciu praw do leczenia się danych ubezpieczonych. Nadto lekarz domowy nie może ubezpieczonemu odmówić pomocy, jeśli się on wykazuje książeczką, pismem pracodawcy, pokwitowaniem P. K. O. za składkę, poświadczeniem dozorczy (administratora) domu o należeniu do rodziny ubezpieczonego, lub policji i t. p. wiarogodnych pism lub zeznań, w razach zaś nagłych i bez powyższych stwierdzeń a na zapewnienie ubezpieczonego lub jego otoczenia. Po okazaniu nagłej pomocy — lekarz donosi o niej ubezpieczalni, a ta dokonuje kontroli uprawnień, a w razie nadużycia postępuje właściwie. Żadne formalności biurowe nie mogą przeszkodzić w natychmiastowym leczeniu uprawnionego na podstawie stosunku pracy.

Na tę sprawę kładę nacisk, gdyż co moment słyszy się o gorszących objawach odraczania szybkiej pomocy koniecznej (gwóźdź nad oczodołem, ataki serca, wysokość garączki, zemdlenia, złamanie obojczyka), dlatego, że zapomniano książeczki lub, że „biuro po trzeciej nie urzęduje”, lub że legitymacja jeszcze nie podpisana i t. p.

3. Lekarz domowy przyjmuje chorych ubezpieczonych w swym gabinecie dwa razy dziennie — w każdym razie w godzinach tak wyznaczonych, by uprawnieni korzystać zeń mogli w czasie wolnym od pracy (np. dla członków rodziny 9 — 10^{1/2}, dla ubezpieczonych 5 — 6). Obłożnych chorych odwiedza on według potrzeby w czasie przez siebie oznaczonym, obowiązany jest również odwiedzać chorych w nagłych wypadkach nawet w nocy, o ile w danej miejscowości niema dyżuru lub pogotowia.

4. Z czynności lekarskich lekarz domowy prowadzi sprawozdanie według wzoru, ustalonego przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych, którego odbitkę przesyła codziennie lekarzowi kontroli. Sprawozdanie to zawiera: datę, nazwisko i imię, numer legitymacji lub dołączony inny dowód (powołanie się na świadków, o ile pacjent nie jest lekarzowi znany), adres, rozpoznanie, zalecenie (Rp), ew. przyznanie okresowej niezdolności do pracy.

Sprawozdania o chorych ambulatoryjnych i obłożnych mogą być oddzielne.

5. Lekarz domowy ma obowiązek czuwania nad inwalidami w kierunku zmian w ich stanie niezdolności do pracy i corocznego sprawozdania o każdym inwalidzie. Inwalidzi z nazwiskami od A — O będą kontrolowani w maju (sprawozdanie w czerwcu), a od P — Z w listopadzie (sprawozdanie w grudniu).

6. Lekarz domowy łącznie z Inspektorem Pracy, a gdzie zajdzie wiedzą i rozumem wskazana potrzeba to i z lekarzem powiatowym (miejskim), czuwa nad higieną i bezpieczeństwem pracy w miejscach zatrudnienia na swoim terenie lub swych ubezpieczonych, ponadto na wezwanie władz administracji ogólnej lub ubezpieczalni przeprowadza tamże szczepienia zapobiegawcze i inne czynności, mające na celu podniesienie zdrowotności i kultury sanitarnej.

7. Lekarz domowy winien co najmniej raz na dwa lata zbadać (wezwać do zbadania) każdego ubezpieczonego (członków rodziny), choćby takowy czuł się zdrowym.

8. Lekarz domowy ma prawo i obowiązek porozumiewania się z lekarzem kontroli w wypadkach chorób cięższych i nierozpoznanych lub o symulację (agrawację) podejrzanych, w sposób zalecony przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby ogólnie, a przez lekarza naczelnego ubezpieczalni w szczegółach.

9. Lekarz domowy ma obowiązek ułatwić lekarzowi kontroli pracę przez dokładne komunikowanie danych w sprawozdaniach (i ew. telefonicznie), by lecznicza, zapobiegawcza i orzecznicza czynność ubezpieczalni odbywała się szybko, sprawnie i rzetelnie w stosunku do ubezpieczonych i do ubezpieczenia społecznego. Lekarz kontroli ma być uważany przez lekarza domowego za starszego, bardziej doświadczonego kolegę i zwierzchnika w tych wypadkach, gdy napotka na trudności w wykonaniu swego zawodowego i społecznego obowiązku.

10. Lekarz domowy winien mieć swego (lub swoich) stałego (ych) zastępcę (ów), aprobowanego (ych) przez lekarza naczelnego ubezpieczalni, na wypadek swej choroby, nieobecności, urlopu i t. p., a także na wypadek nadmiaru pracy z powodu epidemji lub innej z lecznictwem związanej przyczyny. Zastępcę opłaca lekarz domowy.

11. Lekarz domowy ubezpiecza siebie sam od błędów w sztuce lekarskiej i za te błędy wobec prawa i ubezpieczonego jest osobiście odpowiedzialny. Ubezpieczalnia odpowiada za te błędy jedynie wtedy, gdy na domowego lekarza lub jego zastępcę przyjmie lekarza bez wymaganych kwalifikacyj. Wówczas ubezpiecza ona siebie od skutków błędów w sztuce lekarskiej.

12. Lekarz domowy ulega zwolnieniu ze stanowiska w razie częstych uzasadnionych zażaleń pacjentów, oraz na wniosek lekarza kontroli po poufnym consilium abeundi, gdy nie zdoła się wytlomaczyć przed komisją deontologiczną, złożoną z: 1. delegata Departamentu Służby Zdrowia, jako przewodniczącego, 2. delegata właściwej Izby Lekarskiej, 3. lekarza naczelnego ubezpieczalni, 4. właściwego lekarza kontroli, 5. delegata zainteresowanego lekarza.

Regulamin komisji ustala Izba Ubezpieczeń Społecznych a zatwierdza Minister Opieki Społecznej.

13. Lekarz domowy wystawia ubezpieczonemu

(ew. członkom rodziny), z adnotacją w sprawozdaniu, przekaz do lekarza specjalisty wzgl. do szpitala w wypadkach, kiedy nie może leczyć sam z ważnych powodów, z wyjątkiem tych wypadków, gdy regulamin dla chorych zezwala im na bezpośrednie udanie się do specjalisty (np. w miastach: dzieci do lat 2-eh, chorzy na oczy, wenerycy, chirurgiczni i położnice). Lekarz specjalista, wzgl. szpital, w każdym razie powiadamia lekarza domowego o rozpoznaniu i o zaleceniach, gdy odsyła pacjenta pod opiekę lekarza domowego.

14. Prócz wyżej wymienionego sprawozdania (domniemanie nader zwięzłego), lekarz domowy prowadzi „kartę zachorowań” każdego uprawnionego; wobec chorób poważnych, szczególnie przy nieszczęśliwych wypadkach przy pracy, dokładnie opisuje w niej przebieg i wyniki leczenia, zwracając uwagę na skutki związane z niezdolnością do pracy. Niema przeszkody ułożyć sprawozdanie w ten sposób, że będzie ono odbitką zbiorową z poszczególnych kart wkładkowych karty zachorowań. Czytelne pismo lekarza jest warunkiem sine qua non w ubezpieczalni.

15. Wynagrodzenie lekarza domowego, w perspektywie ewolucyjnej — lekarza społecznego, wymaga głębszego zastanowienia się w związku ze specjalnym stanowiskiem lekarza, jako obywatela i nader odpowiedzialnego umysłowego pracownika.

Już z powyższego zdaje się wynikać, że lekarz domowy winien być organicznie zespolonym z ubezpieczalnią, oddanym jej celom bezwzględnie. Materialny interes lekarza nie może stać w sprzeczności z zasobnością ubezpieczalni. Z drugiej strony — materialny byt lekarza winien się opierać raczej na zdrowiu ogółu, a nie na jego chorobach. Powodzenie lekarza winno zależeć nie od grypy, czy złej przemiany materji, lecz od ilości ubezpieczonych powierzonych jego opiece lekarskiej pod względem *zdrowia*, a nie tylko choroby. To oznacza, że między lekarza a ubezpieczalnię nie śmia wchodzić pojęciowe dziwołagi w stosunku do zdrowia, czy choroby, jak godzina, numer, punkt, gdy chodzi o leczenie i wynagrodzenie. Od godziny można płacić dyżury pielęgniarskie, numerki można zaprowadzać przed drzwiami panopticum, a punkty — na liczniku bilardowym, ale przecie w żadnym razie w lecznictwie poważnem. Lekarz ma być wynagradzany za dzieło wykonania zawodowej opieki, w sposób najkorzystniejszy dla pacjentów, najtańszy dla ubezpieczalni, a jednocześnie godny lekarza, jako wysoce ukwalifikowanego i w kwalifikacjach wciąż postępującego umysłowego pracownika specjalisty.

Zegarek w życiu lekarza jest przyrządem niezbędnym — dla liczenia tętna i dla zwiawienia się w porę na miejsce pracy, ale nie dla obliczania złotych i groszy. Tembardziej, że w lecznictwie czas staje się lekarzowi niejako posłusznym, tak dalece, że ubezpieczalnia musi zaprowadzać tempo, gdy z lekarskiego czasu chce korzystać. A co to znaczy? Czy nie lepiej, żeby tempo — w sensie należytego pośpiechu — regulowane było interesem pracującego, a hamowane, gdy trzeba, również jego interesem, wzgl. rodzajem wypadku, meritum stanu, z którego wyniknie słuszność miary wynagrodzenia, a nie minuty i kwadransy.

Rozważając więc stanowisko lekarza — należy się mocno oprzeć na kilku nienaruszalnych zasadach.

Po pierwsze — lekarz dla ubezpieczonego, a nie naodwrot. Po drugie ubezpieczalnia dla ubezpieczonego, a nie dla lekarzy i biuralistów. Po trzecie — opieka nad zdrowiem przed pielęgnacją chorych. Choroba wśród ubezpieczonych to wspólny wróg ubezpieczonego, lekarza i ubezpieczalni.

W stosunku do powyższych zasad — organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego urąga u nas krytyce. Lekarze są płatni od punktu lub od godziny. Lekarze administracyjni (naczelnicy, obwodowi) są wynagradzani skromnie — więc muszą dorabiać praktyką kasową i prywatną. Więc w interesie ich jest najwięcej punktów, godzin — czyli chorych i zabiegów, najniższy poziom higieny i profilaktyki. Lekarze obwodowi (kontrolni) w stosunku do pacjentów mają wspólny interes z lekarzami leczącymi; w stosunku zaś lekarzy obwodowych do lekarzy leczących — obecnie musi być naturalna dążność do najluźniejszego z nimi kontaktu, by więcej czasu zostało na dorobek.

W kwestji wynagrodzenia lekarzy bardzo słusznym się wydaje, szczególnie w miastach — jeden z dwóch systemów: wiedeński lub duński, względnie kompromisowy: lekarz pobiera roczny ryczałt od każdego ubezpieczonego, znajdującego się w jego opiece. Zasadniczo są to ubezpieczeni zamieszkali w rejonie danego lekarza oraz wyjątkowo ci z sąsiednich rejonów, którzy ze swych właściwych lekarzy są niezadowoleni i uzyskali od ubezpieczalni zgodę na leczenie się w sąsiednim terenie, o ile na to pozwala miejsce wśród liczby ubezpieczonych, którą wolno danemu lekarzowi powierzyć.

Dobre strony takiego systemu polegają na następujących okolicznościach:

a) Stabilizacja wydatków na opiekę lekarską: nie wymaga wyjaśnień.

b) Bardziej dbały i uważny stosunek do chorego ze strony lekarza, gdyż, nietaktowne lub niedbałe postępowanie uderza odrazu w kieszeń winowajcy, a częste przenosiny pacjentów od lekarzy, z jego terenu — zawsze będą wskazówką, czy dany lekarz może być rzecznikiem ubezpieczenia społecznego. Te ucieczki będą z pewnością żywą lustracją, stale czynną, więc lekarz kontroli miałby zadanie ułatwione automatycznie.

c) Z nastroju doraźnych działań coraz bardziej wytworzałby się nastrój zapobiegawczy, w każdym razie nastrój w kierunku szybszego, zaradczego działania. Lekarz domowy, płatny rocznie od głowy ubezpieczonego, nie traci nic na jego zdrowiu. Traci natomiast czas swój, musi się trudzić — w razie choroby. Więc — choroba i jej trwanie nie byłyby w interesie lekarza. Ani następne wizyty. Przeciwnie — zawczasu stosowane metody zapobiegawcze, dbałość o zdrowie młodzieży przyniosą lekarzowi pomniejszenie, ulżenie pracy, pomijając już jej szlachetniejszą celowość.

d) Gdy już choroba powstanie, to staranność leczenia staje się interesem lekarza. Bo inaczej straci pacjenta, bądź narazi sobie opinię. I tu — zapas leków podręcznych odegra też kapitalną rolę. Stanie się zadość zasadzie *cito*. W poważniejszym wypadku z pewnością lekarz domowy, we wspólnym interesie i bez żadnej straty *dla siebie*, oprze się o konsultanta, o specjalistę, o szpital, o powagę lekarza kontroli,

współczynnego i współodpowiedzialnego niejako zawsze i stale na podstawie sprawozdania dziennego. Zyskuje na tem druga zasada działania lekarskiego — *tuto*.

e) Ponieważ lekarz domowy oddaje ubezpieczonym przeciętnie połowę swego czasu pracy, drugą połowę przeznaczają on praktyce prywatnej, którą na swym terenie zdobywa i traci dzięki opinii właśnie swych ubezpieczonych. Powstaje sytuacja, że lekarz, by posiadać pacjentów pierwszej klasy, musi być co najmniej lojalnym w stosunku do pacjentów drugiej klasy. Musi on w tej sytuacji wykazać się wszelkimi dodatnimi rysami charakteru i postępowania, a więc cierpliwością, obyciem, współczuciem, starannością, argumentacją; odżyje zasada trzecia — *jucundo*.

f) Lekarz domowy w miarę uzyskania zaufania przez oddziaływanie stałe na pacjentów i teren staje się czynnikiem społecznym w swem otoczeniu nie tylko jako radca zdrowia. Umysłowość jego, wykształcenie w naukach przyrodniczych, a więc przede wszystkim — jako znawczynie biologii ludzkiej, w większej mierze niż przy wszelkim innym systemie czy innym stosunku do ogółu pacjentów będzie wnosić w otoczenie racjonalizację, będzie zwalczać przesady i zacofania, wynikłe na skutek pojęć dowolnych, umownych czy konwencjonalnych, wysuwać będzie naprzód prawa przyrody w zdrowem ciele człowieka jako przedstawiciela zawartych w nim żywiołów istotnych i konieczności witalnych, fizycznych i umysłowych, — w przeciwieństwie do symbolów i idei abstrakcyjnych, do wszelkiej mody myślenia i mody postępowania — w płaszczyźnie naprzykład osobiście niezasłużonych przywilejów, ba nawet urojonych. Tej roli nie posiadzie nigdy lekarz pracujący na godziny czy punkty, dziś ten, jutro inny, poganiany normalizacją, tayloryzmem i niepewnością jutra, przesładowany wrażeniem, że go chory mało obchodzi, że się on zna na migdałkach, a nie ma pojęcia o wargach, i nekany co moment to wytyczniami, to arbitrażem, wreszcie wypadową lustracją.

g) Usprawnienie i kontrola czynności domowego lekarza są bez porównania łatwiejsze i skuteczniejsze niż przy wszelkim innym systemie. Lekarz-kontroler, obejmujący grupę lekarzy domowych, 15-tu do 20-tu, może poznać niebawem wszystkich pacjentów chroniczków i agrawantów, skutecznie oddziaływać na ich psychikę osobiście, bądź przez kontrolerów, a w porozumieniu z lekarzami domowymi, doskonale obznajmionymi z warunkami bytu poszczególnych ubezpieczonych, racjonalizuje politykę finansową, zasiłkową w sposób odpowiadający wymogom sytuacji, mimo iż w granicach ustawy, przyznawanie niezdolności do pracy — a więc zasiłków — jest w ten sposób nie tylko stale i szybko kontrolowane, ale staje się sprawiedliwszem, bezstronniejszem. Zbędne są w tym systemie komisje lekarskie, których pożytek u nas jest raczej fiskalny, a nie konsyljarny, — gdy tymczasem lekarz stałej kontroli przy sposobności jej wykonywania udziela i porad choremu i cennych wskazówek młodszym kolegom wśród lekarzy domowych. Pożytek z tego jest wszechstronny — dla chorych, dla lekarzy i dla ubezpieczalni.

h) Z systemem lekarzy domowych związane jest kapitalne uproszczenie uzyskiwania świadczeń. Wy-

czekiwań, numerków, ustawicznych sprawdzeń tożsamości i uprawnień personaliter, a więc znów przy okienku i w tłumie — brak. Domowy lekarz zna swych ubezpieczonych, jemu starczy rzut oka, by zobaczyć datę i podpis pracodawcy; a nazajutrz po sprawdzeniu sprawozdania nastąpi kontrola w biurze administracji, — jedynem nieraz na całe miasto. Lekarz ten nie potrzebuje za każdym niemal razem tracić czasu na wywiad z przeszłości, na trudne odczytywanie pisma poprzedników, bo swoje pozna mięgiem, — wreszcie i wyjęcie z kartoteki lekarskiej karty zachorowań — to kilkanaście sekund za ledwie, a we własnym interesie lekarza ta kartoteka będzie znajdować się w porządku, jak we własnym jego interesie utrzymywana będzie czystości poczekalni i gabinetu — ze względów konkurencyjnych w miastach, — a pod kontrolą lekarza grupy — w terenach wiejskich lub fabrycznych.

i) Lekarz domowy o wszechstronnej działalności będzie sam podążał za postępem wiedzy i techniki leczniczej, gdyż inaczej nie wytrzyma konkurencji, nie zadowolni kontroli (która przy systemie t. zw. ambulatorjów specjalistycznych — jest prawie żadna), i nie pozyska na swym terenie względnie przez swój komplet — praktyki prywatnej, która naprzykład w Londynie i Kopenhadze lub Oslo — przynosi często drugie tyle lub więcej.

k) Bardzo ważną okolicznością jest ta, że dzielnemu lekarzowi domowemu pewnego terenu można będzie za odpowiedniemi wynagrodzeniem dodatkowo powierzyć opiekę nie tylko nad ubezpieczonymi, ale również i nad innymi uprawnionymi do korzystania z urzędowej lekarskiej pomocy. Niema też zasadniczej trudności, by w miastach komplet u danego lekarza składał się z ubezpieczonych, z urzędników państwowych, z pracowników kolejowych etc. po uzgodnieniu wynagrodzenia za głowę i rok, i po uregulowaniu sprawy praw nabywanych przez lekarza w sensie jego ubezpieczenia. Ta okoliczność może donieść znaczenie w organizacji służby zdrowia. Bo z niewielką jeszcze pomocą, a lekarz domowy miałby ważki udział w walce z gruźlicą, w opiece nad matką i dzieckiem i t. d. *stałby się w ten sposób kierownikiem ośrodka zdrowia w najszerszym tego pojęcia zakresie*. Od dołu ku górze idąc — służba zdrowia dzięki „domowemu lekarzowi” mogłaby się ułożyć następująco: a) obywatel Państwa, b) higienistki, c) lekarz domowy, d) szpital lub specjalista, e) kontroler instytucji (orzecznictwo), f) nadzór państwowy, g) szkoły lekarskie i akademja lekarska.

l) System lekarza domowego ułatwić może niewątpliwie rozwój szpitalnictwa, — gdyż t. zw. ambulatorja b. Kas Chorych można przerobić na szpitale, bo lekarz domowy w zasadzie przyjmowałby chorych we własnym gabinecie.

Część tylko przychodni „specjalistycznych” — winna być utrzymana, gdyż system lekarza domowego nie wyklucza specjalistów, przeciwnie — wymaga od nich jeszcze większych kwalifikacyj, a tylko zwalnia lekarzy specjalistów od wszelkiej straty czasu na niewłaściwe dla nich wypadki chorobowe, a tem przyspiesza pomoc specjalistyczną, wykorzystuje lepiej jej właściwość i podnosi poziom lecznictwa. Przy systemie lekarza domowego specjalista nie tylko leczy, ale nolens volens uczy niespecjalistów. Ten moment

jest nie do pogardzenia ani przez ubezpieczonych, ani przez lekarzy praktyków. Specjalista w przychodni, lub jako ordynator — będzie jednocześnie siłą orzeczniczą, o ile chodzi o materiał podstawowy dla wymiaru długoterminowych świadczeń.

m) Wyżej przedstawiony system ma jeszcze olbrzymie zalety gospodarcze. Jest to system najtańszy. Przy nim zasiłki sięgają powyżej 40% wpływów (np. w Wiedniu). Rachuba jest dzięki ryczałtom prosta. Rywalizacja, jako najlepszy czynnik postępu — jest zachowana, skrępowanie ubezpieczonego jest b. małe; przeciwnie — przy terenowym systemie — powstaje wiele udogodnień i ułatwień. Orgja niezbyt skutecznej kontroli obecnej sprowadzi się do właściwego poziomu. Uspołecznienie lecznictwa ma otwartą drogę, gdy przy systemie „specjalistycznych przychodni” z numerkami, kolejkami, godzinami, punktami — wszelka i kusząca możliwość nadużyć, niedbalstwo, śmiej napisać lekceważenie pacjenta — dały się już dostatecznie poznać i przyczynić troski szeregowi ministrów i udręki rzeszom chorych prawdziwie, w przeciwieństwie do symulantów, agramantów i próżniaków. A ile zła moralnego i materialnego przyczyniła lekarzom — nie trzeba wspominać. Wzięty lekarz ubezpieczalni z ogonkiem oczekujących, z których poważna część niezafatwiona odejdzie niepewna „na drugi dzień”, jak i lekarz z gazetą i papierosem w swojej „godzinie”, jak i pacjent z opuchniętą szczęką, któremu proponują, żeby poczekał miesiąc aż go wezwą — są to fakty — smutne, bardzo jaskrawe — ale nie konieczne. Może być i powinno być inaczej. Lecznictwo ubezpieczeniowe czeka na autorytatywne „dosyc tego”! Regulamin dla lekarzy, regulamin dla pacjentów, no i regulamin dla urzędników ubezpieczalni — winien być opracowany i stosowany.

n) W sprawie ilości ubezpieczonych powierzanych lekarzowi domowemu — doświadczenie krajów różnych wykazało, że lekarz domowy może w miastach i okręgach przemysłowych opiekować się 2.000—3.000 uprawnionych. O wiele mniejszą ich liczbą — w okręgach wiejskich. Należy się jednak zastanowić, czy podczas kryzysu — tworzyć mniejsze okręgi wzgl. mniej liczne komplety, czy też większe — co byłoby w interesie ubezpieczalni, aby z mniejszym ale za to wyżej kwalifikowanym zespołem lekarskim mieć do czynienia.

Pisząc o lekarzu domowym, należy jeszcze poruszyć kilka niefortunnych koncepcyj namiastkowych — dla większych miast, bo rzecz prosta, w małych miastach i obrębach wiejskich — nie może być mowy o innej organizacji — niż lekarz ogólny i szpital najbliższy, względnie daleka jazda do „specjalisty”. Jest to koncepcja zespołowego lekarza domowego.

Otóż — można teoretycznie sobie wyobrazić pewien teren, lub pewien komplet, w mieście większym, obsługiwany przez dobraną grupę kilku lekarzy — internistę, położnika i pediatrę. Można wyobrazić sobie też, że wogóle każdy „specjalista” będzie miał swój teren, czy swój komplet w mieście. Organizacja taka

miałaby naturalnie ogromne walory ale tylko dla lekarzy. Mogliby się oni, każdy z osobna, przygotowywać się do ograniczonego zakresu sztuki lekarskiej, mogliby skracać czas pracy lub ułatwiać sobie trudności rozpoznawcze przez przekazy do rozmaitych kolegów specjalistów w celu rozstrzygnięcia wątpliwości i przypuszczeń, wreszcie odpowiedzialność pomniejszałaby się znakomicie, aparat kontrolno-rozpoznawczy musiałby urosć do niesłychanych rozmiarów. Lekarzy, godzin, numerków, punktów, kilometrów, wehikułów i papieru powstałaby po stronie leczniczej cała knieja, a po stronie administracyjnej sekundowałyby odpowiednia liczba rachmistrzów, statystów, przepisywaczy, rewidentów. Natomiast zagadnienia medycyny zapobiegawczej i społecznej, — ubezpieczeni, ich rodziny, — nie mieliby żadnego większego pożytku; ci ostatni traciliby wiele czasu i ruchu na nic, a Ubezpieczalnia, jako instytucja — miałaby wielkie nieproduktywne wydatki personalne i rzeczowe kosztem świadczeń gotówkowych i kosztem gatunku świadczeń in natura.

To też namiastkowych organizacji takich — poza Polską — nie spotykamy. A tam, gdzie taka mniej więcej organizacja jeszcze utrzymuje się — zasiłki są niemal równe kosztom administracji. Naodwrot, gdzie jest lekarz domowy i do pomocy ma w poszczególnych tylko wypadkach — specjalistę, to tam poziom pomocy lekarskiej jest wysoki, tempo jej szybkie i zasiłki wynoszą 40% od składek, a nie 18%. I koszt pomocy lekarskiej jest mniejszy (8 -- 10%) i koszty administracyjne też (8 — 8,5%).

Streszczając wszystko powyższe należy wysnuć wnioski, że system lekarza domowego — (na terenie lub dla kompletu) jest bez porównania lepszym, niż system przychodni specjalistycznych, bo nie wyłącza, lecz owszem podnosząc w gatunku pomoc specjalisty, przybliża on lekarza do pacjenta i jego rodziny nie tylko fizycznie ale i duchowo, społecznie; zapewnia rodzinom i terenowi — ciągłość opieki lekarskiej. Nadto system domowego lekarza jak wykazują dane Wiednia od szeregu lat jest tańszy, dla wszechstronnej kontroli dostępniejszy, a podniecający ducha rywalizacji w postępie społecznym i osobistym. System ten upraszcza administrację nie krępując ubezpieczonego i jest postępowaniem ku scaleniu i znormalizowaniu społecznej służby zdrowia. Przy tym systemie wspólność interesu ubezpieczonych, lekarzy i ubezpieczalni powstaje sama z siebie — i będzie czynnikiem najbardziej przemawiającym za, a nie przeciw ubezpieczeniu społecznemu w chorobie i niemocy.

Ideałem ubezpieczeń społecznych pod względem finansowo-gospodarczym jest oparcie się na pracodawcy, pracobiorcy i ubezpieczalni, względnie jeszcze na ubezpieczonym dobrowolnym, w dziedzinie zaś orzecznictwa i lecznictwa — na lekarzu domowym, szpitalu wzgl. specjaliście i lekarzu orzekającym kontroli. Cito, tuto et possibile jucundo.

UBEZPIECZENIE CHOROBOWE W RAMACH USTAWY SCALENIOWEJ

(Świadczenia).

Skoro socjalnym punktem wyjścia ustawy scalenkowej było właściwie *przekształtowanie oszczędnościowe* ubezpieczenia chorobowego, to pragnąc dać obraz tego ubezpieczenia, wylaniający się z przepisów nowej ustawy, należy go dla wypukłości przedstawić na tle ubezpieczenia z minionego okresu.

Żaden rodzaj ubezpieczenia nie sciągnął na siebie tyle uwagi, żaden nie wywołał tyle namiętnych sporów, żaden nie był przedmiotem takiej krytyki licznej i zarazem powierzchownej, jak właśnie ubezpieczenie chorobowe i to od chwili zakładania jego zrębów. Każdy powołany, często, nawet częściej — niepowołany, rzadko fachowiec, przeważnie amator i ignorant słowem i piórem uczestniczył w długotrwałym socjalnym sporze o istnienie ubezpieczenia chorobowego. A jeżeliby obecnie, gdy spór już wygasł, gdy jątrząca socjalna kontrowersja nie zaognia się dalej — zrobić rachunek dokładny i podsumować wyniki tego przewlekłego procesu, to okazałyby się one znikome; cały bowiem proces toczył się nie o istotną treść ubezpieczenia chorobowego, lecz o jego *nastawienie i kierownictwo*. To też z chwilą gdy to nastawienie i kierownictwo posiadały wyraźny charakter i zdecydowaną trwałość, znikł właściwy przedmiot żywych zainteresowań, a spór dawny stopniowo słabnąc wkońcu zamarł. Ustawa scalenkowa uświęciła tylko stan, który się był faktycznie już przedtem wytworzył.

Ubezpieczenie chorobowe według ustawy z dnia 19 maja 1920 r. w istocie swej, ze względu na treść świadczeń było przede wszystkim ubezpieczeniem robotniczym, dlatego zwłaszcza, że w systemie świadczeń dawało pierwszeństwo świadczeniom, które dla szerokich warstw robotniczych bezpośrednio i pośrednio mają największe znaczenie — *świadczeniom pieniężnym*. Zarówno wysokość zasiłku chorobowego, jak długi okres jego pobierania, jak wreszcie warunki otrzymywania tych świadczeń wyraźnie to ujawniają. Ten sam charakter podkreśla również w znacznej mierze zasiłek dla położnic, świadczenia dla rodzin, dla bezrobotnych (art. 36), jak zresztą i świadczenia lecznicze. Jeżeli ubezpieczenie chorobowe zasadniczo ma na celu utrzymanie i zachowanie sprawnych sił wytwórczych w społeczeństwie, to system świadczeń według ustawy z 1920 roku stwarzał warunki sprzyjające osiągnięciu tego celu. Mówiąc jednak nawiasem nie tylko system świadczeń, lecz również podstawy finansowe i formy organizacyjne posiadały to samo nastawienie i ten sam kierunek, które pozwalały uważać ubezpieczenie chorobowe za ochronne ubezpieczenie robotnicze. Inna rzecz, czy to ubezpieczenie przez ówczesną ustawę wprowadzone stało się w rzeczywistości tym urządzeniem socjalnym, którem w ramach przepisów być mogło. Można dziś na to odpowiedzieć, że z wielu przyczyn rzeczywistość nie stała się nieusprawiedliwiła w pełni socjalnych zamierzeń ustawodawcy.

Ustawa scalenkowa tego charakteru ubezpieczenia chorobowego w całej rozciągłości nie przyjęła. Zarówno system świadczeń, jak finansowe podstawy, jak wreszcie formy organizacyjne z zasadniczej konieczności uległy gruntownej zmianie. Już sam cel ustawy scalenkowej: *rekonstrukcja oszczędnościowa ubezpieczenia chorobowego*, wprowadzenie z uzyskanych oszczędności nowego (emerytalnego) ubezpieczenia i *rekonstrukcja organizacyjna (scalenie)* wszystkich ubezpieczeń w Polsce musiały — w warunkach naszego obecnego życia gospodarczego — wywrzeć swój doniosły, a wyraźnie określony wpływ.

W gruncie rzeczy jednak ustawa scalenkowa zapewnia w ubezpieczeniu chorobowym te same rodzaje świadczeń, jak i ustawa z 19 maja 1920 r.: tę samą pomoc leczniczą, obejmującą rozległe jej formy, tę samą pomoc pieniężną, tę samą pomoc szpitalną, tę samą pomoc położniczą. To też istotną różnicę stanowi nie tyle jakościowa, lecz głównie ilościowa miara udzielanych świadczeń. Otóż ustawa scalenkowa, wprowadzając te same, jak poprzednia ustawa, rodzaje świadczeń, nie zapewnia ich w stałej określonej, lecz w zmiennej mierze, zależnej od warunków czasu i miejsca oraz konjunktury gospodarczej i socjalnej. *Elastyczność świadczeń* i to zarówno leczniczych, jak pieniężnych jest najznamienniejszą cechą, jaka przebiega z postanowieniami ustawy scalenkowej, dotyczących ubezpieczenia chorobowego.

Ustawa scalenkowa w art. 95 i 96 — zasadniczych postanowieniach świadczeniowych — naszkicowała w szerokim i ogólnym zarysie tylko *możliwości* świadczeniowe pomocy leczniczej, pozostawiając władzom nadzorczym, statutom, przepisom porządkowym i praktyce wykonawczych organów instytucji ubezpieczeniowych szczegółowe i ściśle oznaczenie przysługujących ubezpieczonym świadczeń. Natomiast ustawa z 19 maja 1920 r. w swych przepisach o świadczeniach — art. 22, a zwłaszcza 23 — sama oznacza definitywnie, jakie świadczenia i w jakiej mierze instytucje ubezpieczeniowe udzielają swym członkom.

Zgodnie z powyższymi przepisami ustawy scalenkowej nadane przez władze nadzorcze ubezpieczalniom społecznym statuty zawierały w sobie całość szczegółową świadczeń leczniczych, konkretyzując ogólne tendencje ustawy scalenkowej.

Jeżeli jednak ustawodawca w art. 95 ustawy scalenkowej mówi, że „statut ubezpieczalni społecznej określi zakres pomocy leczniczej i t. d. , to natychmiast powstaje pytanie, czy zróżniczkowanie zakresu świadczeń leczniczych ma pójść tak daleko, jak daleko ubezpieczalnie różnią się pomiędzy sobą ogółem warunków swej egzystencji, następnie zaś — co należy przyjąć za kryterjum przy ustalaniu ilościowego i jakościowego poziomu tych świadczeń.

Choć ustawa z 1920 roku przyjęła jednakową

miarę świadczeń leczniczych dla całej Polski, to w rzeczywistości nietylko każda kasa chorych w zależności od swych możliwości finansowych i lokalnych techniczno-leczniczych warunków udzielała różnych ilościowo, a zwłaszcza jakościowo — świadczeń, lecz nawet na obszarze jednej kasy pomoc lecznicza była różna.

Równe i jedno tylko było prawo ubezpieczonego na obszarze całej Rzeczypospolitej, realizacja jednak tego prawa dokonywała się w rzeczywistości według różnej miary.

Przy wprowadzeniu ustawy scaleniowej wybrano drogę środkową: nie zapewniono ubezpieczonym w nadanych statutach jednakowej formalnie miary świadczeń leczniczych, ani nie pozostawiono każdej ubezpieczalni zupełnej swobody regulowania wysokości tych świadczeń, natomiast przyjęto stopnie zakresu świadczeń, biorąc za kryterjum możność finansową i techniczno-leczniczą udzielania pomocy specjalistycznej.

W rezultacie na podstawie ustawy scaleniowej mamy trzy grupy ubezpieczalni, różniące się odmiennymi świadczeniami:

1 grupa najniższa udziela tylko takiej pomocy leczniczej, jakiej mogą udzielać „lekarze praktycy ogólni” przy pomocy prostych środków dajagnostycznych i terapeutycznych, nie uciekając się do pomocy odrębnych lekarzy specjalistów;

2 grupa stosuje już w ograniczonej mierze pomoc specjalistyczną, udzielaną przez odrębnych lekarzy w rozmiarach zakreszonych decyzjami Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby;

3 wreszcie grupa w zasadzie nie ma żadnych ograniczeń, może zapewniać swym członkom pomoc, na jaką ją finansowo tylko stać, a więc w rozmiarach teoretycznie dotąd stosowanych.

Poklasyfikowane według tych grup ubezpieczalnie różnić się będą odtąd zakresem świadczeń leczniczych nietylko faktycznie, lecz i prawnie. W poszczególnych ubezpieczalniach zakres statutowy będzie odpowiadał w zasadzie stanowi, jaki istniał przedtem.

Jednak ograniczenia ogólne dotkną pewnych świadczeń leczniczych we wszystkich ubezpieczalniach w równej mierze — są to świadczenia dentystryczne. Przed ustawą scaleniową ustawodawca nie odróżniał pomocy dentystrycznej od pomocy leczniczej wogóle. Obecnie obowiązujące statuty zakreśliły rozmiary obowiązkowych świadczeń dentystrycznych bardzo wąsko, sprowadzając je do niezbędnych tylko zabiegów: usuwania zębów, znieczulania ich i doraźnego plombowania powierzchownej próchnicy. Wyjątkowo w ubezpieczalniach społecznych najwyższej — trzeciej grupy — do obowiązkowych świadczeń zalicza się jeszcze leczenie „ropotoku zębodołowego”. Cały obszar świadczeń dentystrycznych dotychczas przez kasy chorych udzielanych może, a nawet powinien być stosowany, lecz — poza wymienionymi wyżej jako obowiązkowymi — na koszt ubezpieczonych, obliczony w wysokości kosztu własnego ubezpieczalni.

Jest jeszcze jedna swoista różnica, dotycząca zakresu świadczeń leczniczych pomiędzy przepisami ustawy z 1920 r. a ustawy scaleniowej. Poprzednia

ustawa pojmowała chorobę jako taki stan, który wymaga interwencji lekarza i leków, i zapewniała ubezpieczonemu pomoc w czasie choroby, niezależnie od jej przyczyny i rodzaju; natomiast ustawa scaleniowa indywidualizuje wypadki choroby i zapewnia w każdym z nich pomoc przez określony 26-tygodniowy przeciąg czasu. W ten sposób każdy poszczególny wypadek choroby ma niejako swój własny kalendarz 26-tygodniowy, którego mu przekraczać nie wolno. Gdyby ten przepis ustawy stosowany był literalnie, to ubezpieczony w wypadku choroby nieuleczalnej, choć nie pociągającej za sobą niezdolności do pracy, mógłby właściwie korzystać tylko jednorazowo z 26-tygodniowej pomocy bez prawa ponawiania jej w czasie swego, choćby nie wiem jak długiego ubezpieczenia. Spodziewać się można, że trudność dokładnego rozgraniczenia „poszczególnych wypadków choroby” ułatwi celowe a rzeczowe wymierzanie świadczeń w czasie.

Zakresu świadczeń szpitalnych — w szpitalach i sanatorjach ustawa scaleniowa nie dotknęła, pozostały te same, jak w kasach chorych, natomiast zakres wydawanych leków jest zmienny, określa go bowiem Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby w ustalonym przez siebie spisie leków.

Druga część świadczeń — świadczenia pieniężne — jest dla wszystkich ubezpieczonych jednakowa we wszystkich ubezpieczalniach na całym obszarze, gdzie obowiązuje ustawa scaleniowa.

Również stopa jej wysokości jest jednakowa dla całej Polski.

Pod tym względem obie ustawy i z 1920 i scaleniowa niczem się nie różnią. Różnica jest tylko w wysokości procentowej tej stopy i długości okresu wypłacania tych świadczeń.

Podczas gdy ustawa z 1920 r. zapewniała zasiłek chorobowy w wysokości 60% kwoty przyjętej jako podstawa do ubezpieczenia (grupy), to ustawa scaleniowa przewiduje 50% rzeczywistego zarobku ubezpieczonego; ustawa z r. 1920 okres wypłacania zasiłku ustaliła na 39 tygodni, ustawa scaleniowa zaś — na 26 tygodni.

Stopa procentowa pieniężnego zasiłku domowego i szpitalnego w istocie swej nie uległa zmianie, choć inaczej się obecnie oblicza. Natomiast zasiłek połogowy, udzielany na podstawie ustawy scaleniowej uległ poważnemu zmniejszeniu: jego wysokość wynosi 50%, zamiast poprzedniej 100%, co właściwie oznacza przyrównanie go do zwykłego zasiłku chorobowego, chociaż połogu ani poprzednio ani obecnie ustawodawca nie uważa za chorobę. Przypomnieć tutaj wszakże przy sposobności należy, że dawniejszy 100% zasiłek połogowy w połowie ponosiły kasy chorych z własnych środków, drugą zaś połowę zwracał kasie Skarb Państwa, co dzisiaj odpada. W treści swej wreszcie nie zmienił się pieniężny zasiłek dla karmiących matek, jak wreszcie zasiłek pogrzebowy.

Wymienione wyżej świadczenia są świadczeniami zwyczajnymi obowiązkowo normalnie przez ubezpieczalnie społeczne udzielanymi ubezpieczonym. Do należytej przecież ich oceny konieczne jest przedstawienie, choćby jak najzwięźlej, początku i końca okresów, podczas których ubezpieczony ma prawo i możliwość korzystania z tych normalnych świadczeń.

Dla początku świadczeń decydującym jest dzień powstania obowiązku ubezpieczenia lub kontynuowania ubezpieczenia. Od tego dnia ma ubezpieczony prawo korzystania ze świadczeń leczniczych w całej pełni, a więc do pomocy lekarskiej, leków, leczenia szpitalnego w szpitalach i sanatoriach, do obowiązkowej pomocy dentystycznej, położniczej, a nawet do zasiłku pogrzebowego. Oczywiście, od tego też dnia mają również prawo do świadczeń ubezpieczalni członkowie rodziny ubezpieczonego. Tutaj ustawodawca, analogicznie jak w ustawie z 1920 r., nie czyni żadnych wyjątków, pomoc lecznicza w szerokim znaczeniu tego słowa jest udziałem każdego ubezpieczonego, gdy tylko powstanie w stosunku do niego obowiązek ubezpieczenia, co praktycznie zbiega się z dniem podjęcia przezeń zatrudnienia. Jedyny wyjątek stanowi zasiłek chorobowy. Zasiłek ten przysługuje ubezpieczonemu dopiero po upływie 4 tygodni obowiązkowego ubezpieczenia czy kontynuowania lub gdy przedtem w ciągu roku ubiegłego był on w sumie ubezpieczony najmniej przez 26 tygodni. A ponieważ prawo do kontynuowania ubezpieczenia mają osoby, za które poprzednio w ciągu roku zapłacono przynajmniej 20 składek tygodniowych, a i to tylko w ciągu 3 tygodni po ustaniu obowiązku ubezpieczenia, łatwo może zachodzić konieczność częstego wyczekiwania. Ten 4 tygodniowy okres wyczekiwania powstrzymuje również chałupników od uzyskania prawa do wszystkich świadczeń. Oczywiście obowiązek wyczekiwania nie dotyczy świadczeń pieniężnych, należnych ubezpieczonemu z ubezpieczenia wypadkowego lub z powodu zapadnięcia na niektóre choroby ostre lub ostre zakaźne.

Prawo do świadczeń ubezpieczalni społecznej w zasadzie wygasa z chwilą utraty pracy, a mówiąc ściśle, z dniem ustania obowiązku ubezpieczenia lub kontynuowania ubezpieczenia. Od tej chwili ani ubezpieczony, ani członkowie jego rodziny nie mogą uzyskać nowych świadczeń, korzystają jednak nadal z już rozpoczętych.

Gdy jednak obowiązkowo ubezpieczony przez 10 tygodni przed dniem ustania obowiązku lub przez 36 tygodni w ciągu poprzedniego roku był ubezpieczony w ubezpieczalni społecznej, ma wyjątkowo prawo do korzystania z 13 tygodni ograniczonej pomocy leczniczej (lekarz, leki, ewentualnie szpital i pomoc w położu), jeżeli wypadek choroby zajdzie przed upływem 3 tygodni od chwili utraty pracy. Te 3 tygodnie to jest właśnie okres, kiedy były ubezpieczony ma możliwość przystąpienia do dobrowolnego wyjątkowego ubezpieczenia — kontynuowania. W wypadkach chorób o dłuższym okresie wylegania trzytygodniowy okres, uprawniający do korzystania z nowych świadczeń leczniczych, przedłuża się do 4 tygodni.

Ten wyjątkowy 3-tygodniowy okres w żadnym razie nie dotyczy rodziny ubezpieczonego: ta z chwilą ustania obowiązku ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonego, traci bezwzględnie wszelkie prawa do nowych świadczeń.

Ustawa z 1920 r. nie znała obowiązku wyczekiwania dla ogółu ubezpieczonych, znała go natomiast dla niektórych grup — chałupnicy niestale zatrudnieni — i dla dobrowolnie ubezpieczonych, ograniczając prawa niestale zatrudnionych i dobrowolnie ubezpieczonych w całości zarówno do świadczeń pieniężnych, jak i do

wszystkich świadczeń leczniczych i to nawet na okres 6 tygodni. Wzamian za to ustawa poprzednia znaczenie przedłużała okres korzystania z prawa do świadczeń kasy chorych dla byłych ubezpieczonych i członków ich rodzin, posuwając się tak daleko, że w pewnych warunkach były ubezpieczony mógł korzystać z pełni swych praw świadczeniowych, nawet ze wszystkich świadczeń pieniężnych, bez żadnych ograniczeń. Jeżeli wypadek choroby zaszedł w ciągu 13 tygodni, to były ubezpieczony mógł korzystać ze świadczeń leczniczych w ciągu 26 tygodni, z leczniczej pomocy w położu oraz z pomocy leczniczej dla rodziny; gdy natomiast były ubezpieczony przez dłuższy czas był poprzednio członkiem kasy chorych (przez 26 tygodni w ciągu ostatniego roku lub przez 6 tygodni), a wypadek choroby zaszedł w ciągu 4 tygodni po opuszczeniu przezeń zatrudnienia, prawa jego do świadczeń równe były w zupełności prawom członka. Tak szeroko udzielane przez kasy chorych świadczenia były członkom — bezrobotnym, bynajmniej jednak nie obciążały budżetów kas, Skarb Państwa bowiem był obowiązany w całości ponosić koszty lecznicze osób, które utraciły zarobek.

Znając początek i koniec prawa ubezpieczonego do otrzymywania świadczeń, przedstawimy teraz kolejno, jak długim jest ciągły okres świadczeń, gdy zachodzi t. zw. wypadek ubezpieczeniowy.

Dla pomocy leczniczej ciągły okres świadczeń trwa najdłużej 26 tygodni, „w poszczególnym wypadku choroby”, o czym już wyżej wspomnieliśmy. Przytem pomoc lecznicza zawsze towarzyszy okresowi pobierania zasiłku chorobowego, nawet wtedy, gdyby to przekraczało okres 26 tygodni, ustalony dla pomocy leczniczej.

Zasiłek chorobowy ma swój ciągły okres taki sam, to jest 26 tygodni, lecz od 4-go dnia niezdolności do pracy. Jeżeli jednak pracownikowi umysłowemu na podstawie przepisów prawnych przysługuje w czasie choroby *prawo* do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy, to okres zasiłku chorobowego o tyle się dla ubezpieczonego skraca, co powszechnie równa się ograniczeniu okresu zasiłkowego do 3 miesięcy. Tak samo dla pracownika fizycznego skraca się okres pobierania zasiłku o taki okres czasu, za jaki na podstawie umowy zbiorowej lub przepisów służbowych otrzymuje całkowite wynagrodzenie, co praktycznie wynosi 2 tygodnie.

Inaczej jest z zasiłkiem położowym, którego okres trwa 8 tygodni, i z następującym po nim zasiłkiem dla karmiących matek, wypłacanym w ciągu 12 tygodni. Jakikolwiek uprawnienia do pobierania w czasie choroby, połączonej z niezdolnością, wynagrodzenia od pracodawcy, nie wywiera żadnego wpływu na długość okresu świadczeń, otrzymywanych z ubezpieczalni społecznej.

Ustawa z 1920 r., ustalając okresy dłuższe, bo dla zasiłków chorobowych najwyżej 39 tygodni, nie ograniczała ich bynajmniej, nawet gdyby okresy i wysokość wynagrodzenia w czasie choroby uprawniały ubezpieczonego ponad ustawowe miary. Trzeba jednak zauważyć, że ustawodawstwa zagraniczne takie ograniczenia znają i stosują, przyjmując zasadę, że nikt w czasie choroby nie powinien mieć wyższego zarobku, niż w okresie wykonywania swej zarobkowej

pracy. W ustawie scaleniowej uzasadnienie tego ograniczenia znajduje się w zmniejszeniu, w porównaniu z poprzednią, stopy składki wogóle, a dla pracowników umysłowych w dodatkowym зниженiu.

W normalnych warunkach, w zwykłej koniunkturze, otrzymują ubezpieczeni powyżej przedstawione normalne świadczenia i w normalnych miarach czasu. Od tej normalnej linii mogą zachodzić odchylenia w obu kierunkach: na plus i na minus, świadczenia mogą być ograniczane i rozszerzane, zależnie od okoliczności.

Przez sam fakt, iż ustawa określenie zakresu pomocy leczniczej odsyła do tak zmiennej normy, jak statut, odchylenia tego zakresu mogą dość swobodnie zachodzić, jednak zawsze — za zgodą władzy nadzorczej, która zatwierdza wszelkie zmiany statutu, uchwalane przez radę ubezpieczalni społecznej, bądź sama je w osobie Ministra Opieki Społecznej dokonywa (art. 25 ust. 4).

Ustawodawca w trosce o zachowanie równowagi finansowej ubezpieczalni zezwala jej uciec się do czasowego ograniczenia okresu świadczeń pieniężnych. Jeżeli mianowicie bezrobocie się rozszerza, a ubezpieczeni w czasie dwutygodniowego wypowiedzenia pracy, aby zabezpieczyć sobie pobieranie zasiłku chorobowego masowo zwracają się do ubezpieczalni, jako chorzy, rada ubezpieczalni może drogą uchwały zmniejszyć okres zasiłkowy do 13 tygodni. Uchwała taka jednak, choć może obowiązywać najwyżej w ciągu roku, wymaga zatwierdzenia Ministra Opieki Społecznej, którego z drugiej strony ustawodawca upoważnia do przeprowadzania takiej finansowo-sanacyjnej zmiany świadczeń przez zmianę statutu.

Licznější są przecież przewidziane przez ustawę scaleniową wypadki rozszerzania świadczeń poza normalne miary, chociaż też uzależnione są przeważnie od warunków finansowych ubezpieczalni społecznej. Jedynie 5% -owe dodatki do zasiłku chorobowego na każde dziecko ubezpieczonego, poczynając od trzeciego dziecka nie zależą od sytuacji finansowej ubezpieczalni i mogą podnieść zasiłek chorobowy nawet do 65% zarobku. To też władze nadzorcze, nadając ubezpieczalniom statuty, skwapliwie skorzystały z tego upoważnienia ustawowego i do wszystkich statutów wprowadziły to rozszerzenie pieniężnych świadczeń.

Rozszerzenie świadczeń możliwe jest według ustawy scaleniowej w dwóch stopniach: jako świadczenia dodatkowe i jako świadczenia nadzwyczajne. Warunkiem jednych i drugich jest zupełna równowaga finansowa ubezpieczalni społecznych i wzrost funduszu rezerwowego ponad poziom przepisany statutem.

Nadane statuty przyjęły z dopuszczalnych ustawowo 20% do 40% rocznej składki normę wyższą t. j. 40% -owy fundusz rezerwowi. Gdy więc zajdą powyższe warunki może ubezpieczalnia społeczna drogą zmiany statutu wprowadzić świadczenia dodatkowe, a gdy sytuacja ubezpieczalni pomimo to w dalszym ciągu jest pomyślna, może wprowadzić do statutu świadczenia nadzwyczajne.

Jako świadczenia dodatkowe ustawodawca wylicza: podniesienie zasiłku połogowego do 100% zarobku, zwiększenie zasiłku chorobowego do 60%, przedłużenie okresu udzielania świadczeń do 39 tygodni,

wreszcie przedłużenie okresu zasiłkowego dla położnic do 12 tygodni. Z wyjątkiem świadczeń dla położnic, rozszerzenie świadczeń przez wprowadzenie świadczeń dodatkowych jest właściwie przywróceniem świadczeń do normalnego ich poziomu z poprzedniego okresu.

Treści świadczeń nadzwyczajnych ani ich miary i warunków uzależniających ich udzielanie ustawa scaleniowa nie określa, mają więc ubezpieczalnie społeczne rozległe pole do wprowadzenia świadczeń odpowiednich dla ich ubezpieczonych, zależnie od potrzeb i miejscowych warunków. Rzecz jasna, że świadczenia te, wprowadzane jako zmiana statutu, wymagają zatwierdzenia władzy nadzorczej i w konsekwencji podlegają jej ocenie.

Powyżej przedstawione normalne świadczenia i świadczenia dodatkowe przysługują jedynie ubezpieczonym, natomiast miara świadczeń dla rodziny ubezpieczonego jest znacznie mniejsza z wyjątkiem świadczeń nadzwyczajnych, przy których ustanowieniu ustawodawca nie postawił żadnych ograniczeń, a więc rodziny ubezpieczonych mogą być traktowane zupełnie swobodnie według różnych, a nawet wyższych norm, jeżeli odpowiednio przyjęte postanowienia statutu będą przez władze nadzorcze zatwierdzone.

Przedewszystkiem rodzina ubezpieczonego otrzymuje pomoc leczniczą taką samą, jak ubezpieczeni, lecz przez okres 13 tygodni w przeciągu roku kalendarzowego, co istotnie odbiega od świadczeń zapewnianych przez ustawę z 19 maja 1920 r. Również członkowie rodziny mają prawo do pomocy położniczej i szpitalnej (13 tygodni) nie różniące się od rozmiarów poprzedniej. Ze świadczeń pieniężnych mogą korzystać w identycznych określonych granicach: połowa zasiłku dla karmiących i połowa zasiłku pogrzebowego przysługującego ubezpieczonemu.

W wyjątkowych wszakże wypadkach — chorób zakaźnych, członkowie rodzin mogą otrzymać pomoc leczniczą przez dodatkowy okres 13 tygodni po wyczerpaniu pierwszego, czyli roczny okres ich świadczeń równa się wtedy ciągiem okresowi ubezpieczonych.

Prawo do świadczeń zaczyna się dla członków rodziny z chwilą powstania tegoż prawa dla ubezpieczonego i gaśnie w całości z momentem ustania dla niego obowiązku ubezpieczenia, choć sam ubezpieczony w pewnych warunkach może jeszcze korzystać z przedłużonego prawa, jak to podaliśmy wyżej. Oczywiście rozpoczęte przed wygaśnięciem prawa udzielanie konkretnego świadczenia nie może być przerwane przed upływem przysługującego pierwotnie okresu. Tutaj ustawa scaleniowa różni się znacznie od swej poprzedniczki: art. 36 dawał 13-tygodniowy okres dodatkowego prawa do świadczeń zarówno dla ubezpieczonych, jak i rodzin; w ten sposób zapewniał te przerwy, jakie czasowe bezrobocie mogłoby za sobą pociągnąć.

Koło członków rodziny ograniczyła ustawa scaleniowa zasadniczo do żony lub męża i zstępnych oraz dwóch osób z pozostałej rodziny (ewent. jednej obcej), zachowując identyczne warunki uzależniające prawo do świadczeń.

Poza ramami ubezpieczalni społecznych pozosta-

li w całości pracownicy rolni, którym ustawa zapewnia świadczenia na wypadek choroby wprost od pracodawców nominalnie według miary ustanowionej dla tych ubezpieczalni. Czy i w jakiej mierze dzisiejsze świadczenia chorobowe pracowników rolnych wejda w system świadczeń ubezpieczeń społecznych i stworzą z nimi jednolitą całość, czy odwrotnie tę całość i ciągłość naruszają, dziś trudno powiedzieć i przewidzieć, jednak wprowadzenie w najbliższej przyszłości ubezpieczenia emerytalnego robotników rolnych obok istniejącego wypadkowego ubezpieczenia będzie się domagało odpowiedniego skoordynowania i ujednolicenia świadczeń chorobowych.

Jako nowy i generalny warunek otrzymywania świadczeń leczniczych wprowadziła ustawa scaleniowa t. zw. dopłaty, idąc zresztą śladem ustawodawstw zagranicznych, zmuszanych do tego kroku kryzysowymi stosunkami gospodarstwa społecznego. Środek ten, mając cele zapobiegawcze, łatwo mógłby się zamienić w swoje przeciwieństwo — w instrument fiskalny, przysparzający ubezpieczeniu chorobowemu dochodów. Tamę temu położyło rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o dopła-

tach, które ustanowiło umiarkowane dopłaty za porady, zabiegi i leki, uwalniając od nich zarazem — poza zwolnieniami ustawowemi — znaczną liczbę osób, choroób i leków.

Jeżeli na początku powiedzieliśmy, że punktem wyjścia ustawy scaleniowej była rekonstrukcja oszczędnościowa ubezpieczenia chorobowego, by w osiągniętych w ten sposób środkach znaleźć w dochodzie społecznym fundusze na wprowadzenie ubezpieczenia emerytalnego, to obecnie po przeglądzie świadczeń chorobowych, możemy się spodziewać, że nadana systemowi świadczeniowych wydatków elastyczność przy niezmiennej składce i przy nieustannej trosce o samowystarczalność i równowagę finansową tego ubezpieczenia — pozwoli te cele na stałe osiągnąć. Czy jednak ubezpieczenie chorobowe w takich warunkach rzeczywiście potrafi zadawalająco spełniać swą rolę społeczną, to jest pytanie, na które odpowiedź da nam najbliższa przyszłość, kiedy uzyskamy sprawozdawczy materiał cyfrowy z działalności finansowej, a zwłaszcza leczniczej, nowych instytucji ubezpieczeniowych.

MARJAN WISŁOCKI

UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW WEDŁUG USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM, W ŚWIETLE TEORJI I USTAWODAWSTWA DOTYCHCZASOWEGO

Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396), przeprowadzając między innymi również i scalenie ubezpieczenia od wypadków, zrealizowała jeden z podstawowych postulatów, wywołany przede wszystkim różnicami ustawodawstwa, jakie w tym zakresie obowiązywało na obszarze Rzplitej.

Z chwilą, gdy ustawa o ubezpieczeniu społecznem przeprowadziła unifikację ubezpieczenia wypadkowego, aktualnym staje się bliższe zapoznanie z przepisami tej nowej ustawy, normującymi ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych, i omówienie ich w zestawieniu z dotychczasowymi przepisami. Nasuwa się bowiem pytanie, w jakim stopniu dotychczasowe przepisy w zakresie ubezpieczenia od wypadków zostały zmienione, oraz czy i o ile wprowadzone zmiany wypełniają braki ustaw dotychczasowych.

Ubezpieczenie wypadkowe jest obecnie obok ubezpieczenia pracowników umysłowych i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, — rodzajem ubezpieczenia, które zostało w zupełności ujednostajnione. Przepisy ustawy scaleniowej, dotyczące ubezpieczenia wypadkowego, obowiązując bowiem na całym obszarze Rzeczypospolitej, a więc również i na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego, uchylają tem samym moc obowiązującą przepisów dotychczasowych¹⁾.

¹⁾ Straciły tedy moc obowiązującą: ustawa z dnia 28.XII.1887 r. o ubezpieczeniu robotników od wypadków (Dz. u. p. Nr. 1), wraz z późniejszymi zmianami — obowiązująca w b. zaborze austriackim; ustawa z dnia 30.I.1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148), rozciągająca moc ustawy z 28.XII.1887 r. na obszary

Zakres ubezpieczenia.

Obowiązek ubezpieczenia od wypadków obejmuje w porównaniu z pozostałymi rodzajami ubezpieczeń, — stosunkowo najszerszą grupę osób. Podlegają mu bowiem wszystkie osoby bez różnicy płci i wieku, pozostające w stosunku pracy najemnej lub w stosunku służbowym, przyczem zakres osób wyłączonych z pod obowiązku ubezpieczenia jest znacznie węższy, aniżeli w pozostałych rodzajach ubezpieczeń.

Ubezpieczenie wypadkowe oraz związane z niem prawo do świadczeń powstaje z samego prawa (ipso iure) z chwilą nawiązania stosunku pracy najemnej lub stosunku służbowego. W razie zajścia wypadku losowego, uzasadniającego obowiązek świadczeń, — stwierdza się w odniesieniu do tego pracownika istnienie obowiązku ubezpieczenia. Założenie, że podstawą ubezpieczenia jest stosunek pracy najemnej lub stosunek służbowy, podkreślają jeszcze wyraźniej przepisy ustawy, normujące powstanie obowiązku ubezpieczenia. Ustawa odmiennie bowiem normuje powstanie i zakończenie obowiązku ubezpieczenia w stosunku do chałupników, uczniów, terminatorów, wolontarjuszów, krewnych i powinowatych pracodawców, z wyjątkiem małżonka, w stosunku do których obowiązek ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem podjęcia zatrudnienia,

b. Kongresówki i kresów wschodnich; ordynacja ubezpieczeniowa Rzeszy Niemieckiej z dnia 19.VII.1911 r. (Dz. u. p. Rzeszy Niem. str. 509 i nast.) wraz z późniejszymi zmianami, wprowadzonymi tak na obszarze województwa pomorskiego i poznańskiego, jak i na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego.

a kończy z dniem ustania zatrudnienia. W stosunku zaś do ogółu pozostałych pracowników, obowiązek ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem faktycznego rozpoczęcia pracy przez pracownika, a ustaje z dniem rozwiązania stosunku pracy.

Wyjątek od zasady, że podstawą obowiązku ubezpieczenia jest stosunek pracy najemnej lub stosunek służbowy, wprowadza przepis ustawy normujący obowiązek ubezpieczenia wypadkowego drobnych producentów rolnych i ich rodzin, oraz osób, wykonywujących na własny rachunek samodzielnie zawód żeglarski na statkach o pojemności nieprzekraczającej 50 m³. Dotyczy to jednak narazie tylko b. dzielnicy pruskiej, gdzie wprowadzenie tego przepisu było podyktowane koniecznością stworzenia podstawy prawnej dla ubezpieczenia wypadkowego osób, które podlegały temu obowiązkowi na podstawie ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r., a nie pozostają w stosunku służbowym lub w stosunku pracy najemnej.

Rozszerzenie tego przepisu na pozostały obszar Państwa było w obecnej sytuacji gospodarczej niemożliwe, a uprawnienia w tym kierunku przekazała ustawa Radzie Ministrów. Z tych samych względów ustawa wyłączyła od obowiązku ubezpieczenia wypadkowego pracowników rolnych w gospodarstwach rolnych, o obszarze mniejszym niż 30 ha, leżących w b. zaborze austriackim i rosyjskim.

Z uwagi na to, że w stosunku do niektórych rodzajów osób mogą się nasunąć wątpliwości co do obowiązku ubezpieczenia wypadkowego, ze względu na charakter ich zatrudnienia lub ze względu na stosunek w jakim pozostają do pracodawcy, ustawa zawiera przepisy wyjaśniające, że następujące osoby podlegają również obowiązkowi ubezpieczenia wypadkowego: a) uczniowie, terminatorzy, wolontariusze i praktykanci, będący uczniami lub absolwentami szkół zawodowych i akademickich, zatrudnieni wyłącznie w celu praktycznego przysposobienia się do zawodu według przepisów ustawowych lub danej uczelni, b) zatrudnieni przez pracodawcę jego krewni i powinowaci z wyjątkiem małżonka, nawet jeżeli nie pozostają w stosunku pracy najemnej, c) chałupnicy i osoby z nimi pracujące oraz osoby, których zasadniczym źródłem utrzymania nie jest praca najemna, d) więźniowie.

Wyłączonymi od obowiązku ubezpieczenia wypadkowego — nie podlegające zarazem i innym rodzajom ubezpieczenia — są następujące osoby: a) funkcjonariusze państwowi, powołani w drodze nominacji, oraz mianowani do odwołania lub odbywający służbę przygotowawczą, b) zawodowi wojskowi oraz osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej, c) pracownicy przedsiębiorstwa P. K. P., etatowi, stali i praktykanci mający prawo do zaopatrzenia, według rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 74), z wyjątkiem t. zw. stałych pracowników P. K. P., zatrudnionych na obszarze b. dzielnicy pruskiej przed 1.I.1934 r., którzy podlegają temu ubezpieczeniu, d) duchowni wyznań uznanych przez Państwo, oraz członkowie zakonów i stowarzyszeń religijnych, należących do tych wyznań, lecz tylko w odniesieniu do czynności bezpośrednio wynikających z ich powołania duchownego, — czynności wykonywane przez te osoby na mocy tytułu prawnopry-

watnego, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, e) na równi z duchownymi traktuje ustawa osoby, spełniające prace lub posługi bez wynagrodzenia wyłącznie z pobudek religijnych, humanitarnych lub ideowych, f) cudzoziemcy — w stosunku do czynności, wykonywanych z tytułu zatrudnienia w przedstawicielstwach dyplomatycznych i konsularnych państw obcych oraz w międzynarodowych komisjach.

Objęcie obowiązkiem ubezpieczenia wypadkowego wszystkich osób, pozostających w stosunku służbowym lub pracy najemnej, niezależnie od wysokości pobieranego przez nie wynagrodzenia, wypełnia jeden z podstawowych warunków powszechności ubezpieczenia. Wyłączenie z ubezpieczenia pracowników, pobierających uposażenia wyższe ponad ustaloną normę, nie jest społecznie uzasadnione.

Przy zachowaniu powszechności ubezpieczenia wypadkowego ustawa o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła górną granicę zarobków, branych pod uwagę tak przy wymiarze opłat, jak i przy udzielaniu świadczeń¹⁾.

W tak ujętym zakresie ubezpieczenia wypadkowego nie ma, na powstanie lub istnienie obowiązku tego ubezpieczenia, wpływu charakter zatrudnienia pracownika lub rodzaj przedsiębiorstwa, w którym ten jest zatrudniony. Wskutek tego zakres osób objętych obecnie ubezpieczeniem wypadkowym, zwiększył się w porównaniu z zasięgiem osób, podlegających temu obowiązkowi na podstawie austriackiej ustawy z 28 grudnia 1887 r. oraz niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r.

Rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia wypadkowego, pociągnęło za sobą objęcie ubezpieczeniem również pewnych rodzajów pracowników obowiązkowi temu dotychczas niepodlegających — przeważnie zatrudnionych w zawodach połączonych z małym ryzykiem wypadkowym. Należą tu między innymi służba domowa i dozorczy domowi. Odezwały się głosy, że niebezpieczeństwo wypadku dla tych zawodów jest tak małe, że niema słusznej racji aby kategorie te obejmować obowiązkiem ubezpieczenia wypadkowego. Wyjaśnić trzeba, że kwestja większego lub mniejszego niebezpieczeństwa może ewentualnie odgrywać rolę przy ustalaniu wysokości składki, ale nie przy decydowaniu o obowiązku ubezpieczenia wypadkowego. Każdy pracownik winien mieć prawo do otrzymania świadczeń w razie utraty zdolności do zarobkowania wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej i większe lub mniejsze prawdopodobieństwo wypadku nie może mieć wpływu na ograniczenie jego uprawnień.

Ustawa z 28.XII.1887 r. (w brzmieniu, ustalonym ustawą z 7 lipca 1921 r.) przyjmuje za podstawę obowiązku ubezpieczenia fakt zatrudnienia — dodając jednak drugi warunek równoległy — a mianowicie „w pewnych rodzajach przedsiębiorstw”. Wskutek tego mimo, iż definicja pracownika w ustawie z 1887 r. nie różniła się zasadniczo od definicji, przyjętej w ustawie scaleniowej, — nie obejmowała bowiem tylko chałupników i osoby z nimi pracujące, — zasięg personalny ustawy z 1887 r. był mniejszy, gdyż nie

¹⁾ porównaj rozdział o świadczeniach.

wszystkie przedsiębiorstwa objęte były tym obowiązkiem ubezpieczenia. Ogół przedsiębiorstw i zawodów, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na obszarze b. zaboru austriackiego i rosyjskiego, podzielić można na 4 kategorie: 1) przedsiębiorstwa przemysłowe, 2) zakłady prowadzone w sposób przemysłowy, 3) instytucje i zakłady używające kotłów parowych lub motorów, 4) gospodarstwa rolne i leśne. Wszystkie przedsiębiorstwa i zakłady wyżej wymienione, podlegały obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków bez względu na to, ilu pracowników zatrudniały i jak długo były czynne. Nie miał również wpływu na uznanie danego przedsiębiorstwa za podlegające obowiązkowi ubezpieczenia charakter właściciela przedsiębiorstwa. Objęte były więc obowiązkiem ubezpieczenia zarówno przedsiębiorstwa i zakłady prywatne, jak i państwowe, względnie komunalne lub wojskowe. Czynnikiem decydującym, czy pewne przedsiębiorstwo podlegało ubezpieczeniu od wypadków, było nie kryterjum możliwości wypadku, lecz tylko fakt, — czy dane przedsiębiorstwo zostało uznane za podlegające obowiązkowi ubezpieczenia — czy nie. Zapatrywanie to opiera się na wyroku N. T. A., który został wydany 16.III.1928 r. L. Rej. 25/27 — 255/27 — 1363/27, a który w uzasadnieniu orzekł, że: „słusznym jest wprawdzie zapatrywanie, że ustawodawca wyszczególniając w § 1 cyt. ust. o ubezpieczeniu od wypadków przedsiębiorstwa i zakłady podlegające obowiązkowi ubezpieczenia — wyszedł z założenia, że zatrudnienie w tych warsztatach pracy połączone jest z niebezpieczeństwem wypadku, to jednak nie kryterjum możliwości wypadku jest według brzmienia tegoż § 1 decydujące dla ustawowego obowiązku ubezpieczenia, lecz tylko okoliczność, czy dane przedsiębiorstwo względnie zakład należy do wyszczególnionych, w cytowanym § 1, przedsiębiorstw i zakładów”.

Niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa z 1911 r. wyłączała z pod obowiązku ubezpieczenia — z ogółu pracowników, tylko urzędników, pobierających wyższe wynagrodzenie (ponad 5000 zł. rocznie), obejmowała nadto jednak samodzielnie zarobkujących drobnych producentów rolnych i przedsiębiorców drobnych przedsiębiorstw żegluga morskiej oraz rybołówstwa przybrzeżnego. Ordynacja ubezpieczeniowa, podobnie jak i ustawa austriacka z 1887 r., uzależniała obowiązek ubezpieczenia wypadkowego również od rodzaju przedsiębiorstwa. Zakres przedsiębiorstw ujmuje ordynacja w formie wyliczenia tych przedsiębiorstw, względnie ich czynności. Ogół tych przedsiębiorstw podzielić można na 3 grupy: 1) przedsiębiorstwa przemysłowe, 2) gospodarstwa rolne i leśne, 3) żegluga morska.

Zauważyć należy, że o charakterze przedsiębiorstwa przemysłowego — pod pojęcie którego podpadały 3 pierwsze grupy przedsiębiorstw, wyliczonych przy omawianiu ustawy z 28.XII.1887 r. — decydował również zasięg pracy przedsiębiorstwa. Wyłączone były bowiem od obowiązku ubezpieczenia sezonowe przedsiębiorstwa przemysłowe oraz zatrudniające mniej niż 10 pracowników. Osoba przedsiębiorcy, miała w ordynacji ubezpieczeniowej znaczenie dla powstania obowiązku ubezpieczenia. Przedsiębiorstwa państwowe, pocztowo-telegraficzne, kolejowe i woj-

skowe wyłączone były od obowiązku ubezpieczenia, a pracownicy w nich zatrudnieni otrzymywali świadczenia od tych przedsiębiorstw, według ogólnych przepisów ordynacji ubezpieczeniowej. Jak z powyższego zestawienia wynika, przepisy ustaw dotychczas obowiązujących w Polsce w zakresie ubezpieczenia wypadkowego, w porównaniu z obecnymi przepisami, były bardzo różnorodne i niejednolite.

Rozszerzenie przez ustawę scaleniową obowiązku ubezpieczenia wypadkowego na wszystkie gałęzie zatrudnień bez czynienia między nimi różnicy, — porównać można z ustawodawstwem angielskim, które obejmuje obowiązkiem ubezpieczenia od wypadków, wszystkie gałęzie zatrudnień bez żadnych ograniczeń co do celu, charakteru i rozmiarów pracy. Jednakowoż obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegają w Anglii wszyscy pracownicy. Wyłączeni są od tego obowiązku pracownicy pobierający wynagrodzenie wyższe ponad przyjętą granicę (ustawa scaleniowa ograniczenia tego nie zna), jakoteż pracownicy okolicznościowi, którzy zatrudnienie jest tylko dorywcze. Ustawodawstwo włoskie wyłącza z obowiązku ubezpieczenia przedsiębiorstwa mniejsze, oraz pracowników pobierających wyższe wynagrodzenie.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym, za przykładem ustawy austriackiej z 28.XII.1887 r., nie stwarza granicy zarobku, zwalnającej pracowników pobierających wynagrodzenie wyższe od pewnej normy od obowiązku ubezpieczenia. Wskutek tego można ubezpieczenie wypadkowe określić jako powszechne, gdyż wyjątki ograniczające, które ustawa przewiduje, dotyczą tylko tych kategorii osób, które mają zapewnione wyższe, lub analogiczne świadczenia od przewidzianych w ustawie. (Odroczenie obowiązku ubezpieczenia w stosunku do pracowników drobnych gospodarstw rolnych b. zaboru austriackiego i rosyjskiego, należy traktować, jako przepis przejściowy).

Przedmiot ubezpieczenia.

I.

Wypadek sam, jako zdarzenie będące przedmiotem ubezpieczenia wypadkowego, wymaga pewnego ogólnego omówienia.

Za wypadek w najszerszym tego słowa znaczeniu, uważać należy zdarzenie nieprzewidziane, wywołujące ujemne skutki dla otoczenia. Ścisłejsza definicją wypadku, dotyczącego osoby, będzie określenie go jako zdarzenia nieprzewidzianego przez uszkodzonego, spowodowanego swym gwałtownym działaniem uszkodzenie cielesne lub śmierć człowieka.

Pojęcie wypadku, identyfikowane jest często z przyczyną wypadku wywołującą, względnie ze skutkiem, jaki ona za sobą pociąga. Zobrazować da się to jaśniej na przykładzie. Robotnikowi, zakładającemu ręką pas transmisyjny na koło rozpedowe, będące w ruchu, — pas chwyta rękę i urywa. Wypadek polega na chwyceniu ręki przez pas (przyczyna) i urwaniu jej (skutek). W powyższym zdarzeniu, wypadek przy pracy polegał nie tylko na chwyceniu ręki przez pas i nie tylko na jej utracie. Samo uchwycenie ręki przez pas, gdyby nie pociągnęło w konsekwencji jej utraty, nie byłoby wypadkiem, podobnie jak utrata ręki spowodowana inną przyczyną, jak np. choroba orga-

niczna — nie będzie skutkiem wypadku. Oba momenty — przyczyna i skutek — muszą być ze sobą związane łańcuchem przyczynowym. Celem ułatwienia zrozumienia istoty wypadku omówimy pokrótce oba momenty, składające się na wypadek t. j. przyczynę wypadku i jego skutek.

Zdarzenie, będące przyczyną wypadku, musi odpowiadać następującym warunkom: musi być ono a) nieprzewidziane, b) z zewnątrz pochodzące, c) nagłe, d) gwałtowne.

Ad a). Cecha nieprzewidzialności polega na tem, że sprawca nie przewidział następstw czynności przez siebie zdziałanej i jest ważną z tego względu, że wyklucza winę uszkodzonego, jeśli on sam wypadek spowodował, jak również i dlatego, że choćby samo zdarzenie bezpośrednio przez uszkodzonego wywołane nie zostało, to jednak jeżeli uszkodzony przewidział możliwość odniesienia uszkodzenia i dopuścił do tego, to w takim razie zdarzeniu, wywołującemu uszkodzenie, będzie można odmówić charakteru przyczyny wypadku.

Ad b) Warunek, ażeby zdarzenie pochodziło z zewnątrz, wyklucza możliwość uznania za wypadek takiego zdarzenia, które po pozorach zewnętrznych sądząc, jest wypadkiem przy pracy z uwagi na okoliczności towarzyszące wypadkowi (miejsce zdarzenia, wykonywanie czynności zawodowej i t. p.), a którego to zdarzenia przyczyna istniała w samej jednostce, jako wada organiczna¹⁾.

Ad c) Nagłości zdarzenia, jakkolwiek jest cechą dla wypadku najbardziej charakterystyczną, nie można szczegółowo określić, ponieważ przyjęcie jakiejś granicy czasowej, musi spowodować nieuznanie za wypadek zdarzeń, których czas trwania różniłby się od czasu przyjętego w definicji. Określenie nagłości przez „krótki czas, przez który uważa się czas kilku godzin lub jednej zmiany robotniczej”²⁾ spełnia swe zadanie i nie stwarza rygorystycznych barier i ograniczeń³⁾.

Ad d). Cecha gwałtowności ma charakter drugorzędny, a brak jej nie może mieć decydującego znaczenia dla uznania pewnego zdarzenia za przyczynę wypadku.

Skutki opisanych wyżej przyczyn polegać muszą na ograniczeniu zdolności zarobkowej uszkodzonego, oraz pozostawać w ścisłym związku przyczynowym z przyczyną wypadku⁴⁾.

Części składowe wypadku—przyczyna i skutek—muszą tedy posiadać wyżej podane cechy, a sam wypadek musi pozostawać w związku z zatrudnieniem, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia, aby mógł być uznany za wypadek w zatrudnieniu, stwarzający podstawę do świadczeń z tytułu ubezpieczenia.

Resumując powyższe za wypadek w rozumieniu ustawodawstwa wypadkowego należy rozumieć zdarzenie, które: a) posiada cechy ogólne wypadku, b) wywołało szkodę materialną przez uszkodzenie ciała

¹⁾ Np. nagły skon przy pracy, spowodowany chorobą organiczną serca, a nie zdarzeniem zewnętrznym.

²⁾ Fenichel: Kodeks ubezpieczeń społecznych, str. 104.

³⁾ Np. trujące działanie gazów, — spowodowane nieszczelnością przewodów — trwające nie przez chwilę, ale przez dłuższy czas (okres zmiany pracowniczej).

⁴⁾ O skutkach wypadków będzie mowa w dalszym ciągu artykułu, w rozdziale o świadczeniach.

lub śmierć pracownika, c) ma swe źródło w stosunku pracy. Najbardziej charakterystyczną cechą jest związek zachodzący między wypadkiem a stosunkiem pracy, który to związek odróżnia ten rodzaj wypadków od innych.

Ustawa scaleniowa nie określa wyraźnie cech wypadku, jednak z określeń wypadków, które uważa za wypadki przy pracy, okazuje się, że każdy z tych wypadków posiada wyżej omówione cechy.

Ogół wypadków, przewidzianych w ustawie scaleniowej podzielić można na trzy grupy: 1) do grupy pierwszej należą wypadki przy pracy, tudzież wypadki przy domowych lub innych zajęciach, do których ubezpieczony został użyty przez pracodawcę lub inną osobę, której podlega z powodu swego zatrudnienia. Do grupy tej zaliczyć należy również wypadki przy przechowywaniu, czyszczeniu, naprawie i przenoszeniu narzędzi pracy, chociażby dostarczonych przez zatrudnionego. Wypadki te — są to wypadki powstałe bezpośrednio przy wykonywaniu czynności z tytułu stosunku pracy najemnej lub stosunku służbowego. 2) Drugą grupę tworzą wypadki, które mogą zdarzyć się pracownikowi nie bezpośrednio przy pracy, ale w zatrudnieniu, jak np. śmierć robotnika podczas przerwy obiadowej spowodowana wybuchem kotła parowego na obszarze fabryki, na którym był obowiązany pozostać w myśl przepisów służbowych. Wypadek ten różni się od wypadków, objętych grupą pierwszą tem, że nie powstał przy pracy sensu stricto. Należą tu również wypadki, którym ulegną osoby, zatrudnione w przedsiębiorstwach i zakładach, służących do przewożenia osób lub rzeczy, — przebywając poza granicami Rzeczypospolitej w związku z ruchem środków przewozowych. W grupie tej wyraźnie występuje wpływ stosunku pracy na uznanie pewnego wypadku za wypadek w rozumieniu przepisów ustawy scaleniowej. Przy pracy nie może się znaleźć osoba, która w stosunku pracy nie pozostaje, natomiast w obrębie przedsiębiorstwa (fabryki, budowy i t. p.) mogą się znaleźć osoby, które nie pozostają w odniesieniu do przedsiębiorcy w stosunku pracy lub stosunku służbowym. Wypadki, jakim ulegną te osoby, nie będą wypadkami przy pracy. 3) Trzecią grupę tworzą wypadki, którym ulegnie pracownik w drodze do pracy. i z pracy. Podstawą uznania tych wypadków za wypadki w zatrudnieniu, jest wyłącznie stosunek pracy, w jakim pozostaje uszkodzony, — przyjmuje się bowiem, że pracownik nie byłby doznał wypadku, gdyby nie udawał się do pracy, do czego był zobowiązany w konsekwencji istniejącego stosunku służbowego lub stosunku pracy najemnej.

Przepisy ustawy scaleniowej różnią się w tej kwestji nieco od przepisów ustawy z 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r. Ustawa z 28.XII.1887 r. nie uznawała wypadków przy przechowywaniu, czyszczeniu, naprawie i przenoszeniu narzędzi pracy, chociażby dostarczonych przez zatrudnionego, za wypadki w zatrudnieniu, o ile ubezpieczony nie był użyty do tych czynności przez przedsiębiorcę lub w jego imieniu przez jakiegoś zwierzchnika w stosunku pracy. Wprowadzenie tego przepisu przez ustawę scaleniową było ważne ze względu na chałupników, na których został rozciągnięty obowiązek ubezpieczenia wypadkowego. Ustawa austriacka określała

wypadki w zatrudnieniu przez termin „wypadki w przedsiębiorstwie”. Było to konsekwencją zasady, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają pracownicy, zatrudnieni w przedsiębiorstwie, — termin ten był przytem o tyle szczęśliwszy, że wypadek jakiego doznał pracownik na obszarze przedsiębiorstwa, był bezsprzecznie uważany za wypadek, uzasadniający świadczenia. Obecnie wypadek, któremu pracownik ulegnie na obszarze przedsiębiorstwa, uzasadniać będzie świadczenia tylko wtedy, gdy będzie wypadkiem w zatrudnieniu, t. zn. pozostawać będzie w więcej lub mniej ścisłym związku z pracą. Ustawa austriacka stawiała w porównaniu z przepisami ustawy scaleniowej pewne ograniczenia wypadkom, które, zdarzają się w drodze do pracy lub z pracy, — wymagając wyraźnie, aby droga przebyta była „z” i „do” mieszkania pracownika oraz, aby droga nie doznała żadnej przerwy, uzasadnionej własnym interesem ubezpieczonego lub jakiejś innej przerwy, która nie pozostaje w związku ze stosunkiem pracy.

Ordynacja ubezpieczeniowa, obowiązująca w województwie pomorskiem i poznańskiem, nie uznawała za wypadki w zatrudnieniu wypadków w drodze do pracy i z pracy, natomiast w morskiem ubezpieczeniu wypadkowym narówni z wypadkami przy pracy stawała wypadki przy usługach domowych i innych, które przedsiębiorca lub osoba działająca z jego polecenia zleciła ubezpieczonym, zatrudnionym głównie w przedsiębiorstwie, jakoteż usługi ubezpieczonych przy ratowaniu ludzi lub rzeczy. Wypadki, którym uległ ubezpieczony podczas przebywania wbrew obowiązkowi poza pokładem oraz podczas urlopu na lądzie, nie uznawały przepisy powyższe za wypadki uzasadniające obowiązek odszkodowania.

Na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego, ustawa Sejmu Śląskiego z dnia 1.X.1928 r. (Dz. Ustaw Śląskich Nr. 24, poz. 44) rozszerzyła pojęcie wypadku na wypadki przy przechowywaniu, czyszczeniu, naprawie i przenoszeniu narzędzi pracy, — oraz na wypadki w drodze do pracy i z pracy. Ustawodawstwo to zbliżało się więc najbardziej do dzisiejszych przepisów ustawy scaleniowej.

Przepisy ustaw państw obcych nie zawierają w zasadzie zbyt znacznych odchyień w zakresie definicji wypadku od wyżej przedstawionych, a wypadki uznane przez ustawę scaleniową za wypadki przy pracy należą do jednych z najszerszych ujęć. Wypadki w drodze do pracy i z pracy uznają za wypadek w zatrudnieniu tylko ustawy w Finlandji, Jugosławji i Czechosłowacji. Ustawy innych państw uznają pewne zdarzenia za wypadki w zatrudnieniu zależnie od skutków, jakie zdarzenie za sobą pociągnęło. Należy tu między innymi ustawodawstwo angielskie, uznające za wypadek w zatrudnieniu, — uzasadniający udzielenie świadczeń, — również wypadek spowodowany działaniem uszkodzonego, sprzecznym z regulaminem pracy lub z poleceniami zwierzchnika, jeśli spowodowało ono śmierć lub ciężkie uszkodzenie tego pracownika, oraz jeżeli czynność ta pozostawała w związku z zatrudnieniem pracownika i wykonaną została w interesie przedsiębiorstwa. Także narówni z wypadkami przy pracy są traktowane w Anglii wypadki zaszłe w górnictwie przy czynnościach ratowniczych, o ile udział pracownika w tych czynnościach opierał się na zezwoleniu pracodawcy.

Ustawodawstwo sowieckie, oprócz wypadków przy pracy, w drodze do pracy i z pracy, oraz wypadków na obszarze przedsiębiorstwa, — uważa także za wypadki przy pracy wypadki powstałe „przy wypełnianiu społecznych obowiązków, związanych z pracą w danem przedsiębiorstwie lub instytucji, a także w związku z wypełnianiem specjalnych zadań sowieckich partyjnych lub zawodowych organizacji, chociażby nie były one związane z danem przedsiębiorstwem względnie instytucją¹⁾, oraz wypadki „przy wypełnianiu czynności, chociażby nawet bez polecenia zarządu przedsiębiorstwa, jednak w interesie przedsiębiorstwa”²⁾.

Jak z tego widać, przepisy rozszerzające pojęcie wypadku przy pracy mają uzasadnienie w specyficznym dla Rosji Sowieckiej ustroju społecznym.

II.

Z wypadkiem łączy się ściśle zagadnienie choroby zawodowej. Zagadnienie to i traktowanie choroby zawodowej narówni z wypadkami ma swe uzasadnienie w tem, że choroby zawodowe powstają, podobnie jak i wypadki, w związku z pracą zawodową i, podobnie, jak one, pociągają za sobą ujemne następstwa dla zdolności zarobkowej danego pracownika. Ponadto odszkodowanie chorób zawodowych na koszt pracodawców, uzasadnione jest tem samem „ryzykiem zawodowem”, co odszkodowanie za wypadki w zatrudnieniu. Ponieważ charakter przyczyny choroby zawodowej, poza związkiem przyczynowym z zatrudnieniem, jest zupełnie odmienny od przyczyn wypadku — odszkodowanie skutków chorób zawodowych, narówni ze skutkami wypadków, natrafiało na znaczne przeszkody.

Choroba zawodowa bowiem w przeciwieństwie do wypadku, może być i zwykle jest przewidziana, gdyż pracownicy zatrudnieni w pewnych zawodach po upływie dłuższego lub krótszego okresu czasu prawie z reguły zapadają na daną chorobę. Odporność lub jej brak u danego osobnika może jedynie przyspieszyć lub odroczyć chwilę, w której dana choroba się ujawni. Chorobę zawodową wywołuje szereg zdarzeń powoli działających, z których żadne, samo przez się ujemnego skutku nie wywiera, a ich działalność ujemna uzewnętrzni się dopiero z chwilą powstania sprzyjających okoliczności. Niektórzy autorzy podkreślają charakter ujemnego oddziaływania pracy zawodowej wywołującej chorobę zawodową, uznając każde z tych działań za odrębny wypadek przy pracy, oddziałujący ujemnie na zdrowie robotnika. Uzewnętrznienie tych ujemnych oddziaływań następuje zbiorowo w postaci choroby zawodowej³⁾. Na podobnem stanowisku stanęła Międzynarodowa Konferencja Pracy na VII sesji (Genewa, 1925 r.) w związku z dyskusją nad uchwalaniem projektu konwencji w sprawie odszkodowania za choroby zawodowe.

Ustawa scaleniowa narówni z wypadkami traktuje choroby zawodowe. Jednakże wskutek braku danych

¹⁾ R. Szymanko: Ubezpieczenia społeczne w Sowietach, „Przegląd Ubezp. Społ.” r. 1933, str. 255.

²⁾ Tamże.

³⁾ Lefort: Traité de la législation sur les maladies professionnelles, str. 2. La réparation des maladies professionnelles B. I. T. Genève 1925, str. 11. Cyt. Uzasadnienie do projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym, druk sejmowy Nr. 529, okres III.

statystycznych oraz braku doświadczenia, liczba chorób zawodowych wymienionych w ustawie jest stosunkowo mała. I tak, za choroby zawodowe uważa się jedną z niżej wymienionych chorób, jeżeli powstała ona przez zatrudnienie zawodowe w wymienionych przedsiębiorstwach, zakładach i gospodarstwach. Do chorób zawodowych należą: 1) zachorowanie z powodu zatrucia ołowiem, jego związkami lub stopami, — w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni są wystawieni na działanie tych substancyj; 2) zachorowanie z powodu zatrucia rtęcią, jej związkami i amalgamatami w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni są wystawieni na działanie tych substancyj; 3) zakażenie węglikiem — w gospodarstwach rolnych, przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni stykają się z chorem zwierzętami lub zakażeniami przedmiotami.

Definicja przyjęta w ustawie scaleniowej jest węższą od definicji choroby zawodowej, podanej w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.VIII.1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676), określającej choroby zawodowe, jako choroby ostre lub przewlekłe, powstające wskutek wykonywania pewnego zawodu, z istoty danej pracy lub z powodu warunków wśród których się ona odbywa. Tłómaczy się to tem, że przyjęcie definicji z rozporządzenia wyż. cyt. pociągnęłoby w konsekwencji zbyt duże obciążenie Zakładu Ubezpiec. od Wypadków, wskutek nałożenia nań obowiązku odszkodowania chorób, w których trudno, lub czasem nawet nie można stwierdzić, czy choroba powstała wskutek wykonywania zawodu, czy też zupełnie niezależnie od niego (np. gruźlica płuc u drukarzy). Liczba chorób zawodowych może być jednak rozszerzoną w drodze rozporządzeń Rady Ministrów, jeśli stan majątkowy Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków na to pozwoli.

Ustawa austriacka z 28.XII.1887 r. nie zawierała żadnych przepisów w stosunku do chorób zawodowych. Ordynacja ubezpieczeniowa niemiecka z 1911 r. zawierała postanowienia, zezwalające Radzie Ministrów na rozciągnięcie ubezpieczenia wypadkowego na określone przemysłowe choroby zawodowe, — lecz uprawnienia te nie zostały wykorzystane.

Włączenie chorób zawodowych, do ubezpieczenia wypadkowego nastąpiło w ostatnich latach w szeregu państw, między innymi uczyniły to Niemcy (rozporządzenie z dnia 12.V.1925 r. Dz. U. Rzeszy I, str. 69), Włochy—(ustawa z maja 1929 r.), przyczem lista chorób zawodowych, uzasadniających ubezpieczenie jest szerszą od listy zamieszczonej w projekcie konwencji uchwalonej na wspomnianej wyżej Międzynarodowej Konferencji Pracy w Genewie 1925 r. ¹⁾ Również ustawodawstwo sowieckie traktuje narówni z wypadkami choroby zawodowe, ustalając bardzo szeroki zasięg tychże.

¹⁾ Porównaj: H. Sterling: Projekty konwencji i zalecenia przyjęte przez M. K. P., str. 129 i nast.

Omówienie wypadku i choroby zawodowej nie byłoby zupełne, gdyby nie została poruszona kwestja przewinień osób i wpływu tychże przewinień na wypadek i chorobę zawodową. Są bowiem wypadki, które spowodowane zostały jedynie lub głównie przewinieniem pracodawcy, pracownika lub osoby trzeciej, przy równoczesnym braku wpływu ze strony czynności zawodowej. Przewinienie osób trzecich nie odbiera wypadkowi względnie chorobie zawodowej ich cech istotnych i rodzić może tylko zależnie od rodzaju tego przewinienia prawo żądania — ze strony uszkodzonego względnie osób ponoszących świadczenia — odszkodowania od osób, które uszkodzenie zawiniły. Dlatego też zajmiemy się bliżej tylko kwestją winy po stronie pracownika.

W myśl art. 188 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, rozmyślne spowodowanie niezdolności do zarobkowania celem otrzymania renty bądź odszkodowania, nie będzie uważane za wypadek w zatrudnieniu lub chorobę zawodową, powodując tem samem odmowę przyznania świadczeń ubezpieczeniowych. Jak z powyższego wynika, wypadki, spowodowane przez pracownika niezachowaniem lub przekroczeniem przepisów, jakoteż wynikłe z niedbalstwa lub nawet przeoczenia, są uważane za wypadki w znaczeniu ustawy. Jest to stanowisko bardzo liberalne i tłómaczyć je można tem, że ograniczenia w tej dziedzinie mogą w przypadkach, w których ocena stanu faktycznego jest bardzo utrudniona, prowadzić do niesprawiedliwych i krzywdzących rozstrzygnięć.

Pod tym względem przepisy ustawy scaleniowej są liberalniejsze od przepisów ustawy z 28.XII.1887 r., według której zdarzenie posiadające cechy zewnętrzne wypadku nie było za takie uważane, jeżeli spowodowane zostało przez pracownika rozmyślnie lub przy popełnianiu zbrodni stwierdzonej w drodze sądowo-karnej.

Również i ordynacja ubezpieczeniowa z 1911 r. odmawiała charakteru wypadku wypadkom spowodowanym rozmyślnie. Jednak wypadki, powstałe przy wykonywaniu czynności, która jest według wyroku karno-sądowego zbrodnią lub rozmyślnym występkiem, — mogły (ale nie musiały) być uznane za wypadki przy pracy, z dopuszczalnością ograniczenia świadczeń.

Ustawy państw obcych, regulujące ubezpieczenia wypadkowe, nie zawierają podstawowych różnic w sprawie traktowania winy pracownika. Jedynie ustawa francuska przewiduje całkowite odebranie względnie częściowe ograniczenie odszkodowań, jeżeli wypadek zaszedł z nieprzebaczalnej winy pracownika (un faute inexcusable de l'ouvrier), — zaś ustawy angielskie wykluczają odszkodowanie, jeżeli wypadek spowodowany został przez ciężkie i zasadnicze przeoczenie uszkodzonego, jednak tylko w stosunku do uszkodzeń drobniejszych.

(d. n.).

| | | | |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Ogółem przypis składek | 1 9 2 8 | 1 9 2 9 | 1 9 3 0 |
| | 63.852.184.56 | 80.442.106.08 | 83.041.156.52 |
| | 100 | 125 | 130 |
| | 1 9 3 1 | 1 9 3 2 | |
| | 82.465.260.17 | 69.576.292.01 | |
| | 129 | 108 | |
| Ogółem świad- czenia | 1 9 2 8 | 1 9 2 9 | 1 9 3 0 |
| | 6.767.595.94 | 10.964.177.88 | 13.379.663.93 |
| | 100 | 162 | 198 |
| | 1 9 3 1 | 1 9 3 2 | |
| | 15.837.378.60 | 19.960.430.93 | |
| | 234 | 294 | |

Jak wynika z powyższego zestawienia, wydatki na świadczenia wznoszą się każdego roku, wzrost ten następuje wskutek przybytku nowych rent i wzrostu ich wysokości, podczas gdy suma dochodów zakładów z tytułu składek ulega tylko

konjunkturalnym zmianom, wynikającym ze zmiany liczby ubezpieczonych i ich zarobków.

Z czasem na pokrycie wzmogionych wydatków na świadczenia nie wystarczą już same wpływy z bieżących składek i muszą być one uzupełnione z innych źródeł.

Dochód ten uzyskuje Zakład z wpływów odsetek od ulokowanych w ubiegłych latach nadwyżek dochodów nad wydatkami. Dochód Zakładu z odsetek od ulokowanych funduszy wzmacnia ciągle finansową podstawę Zakładu, a w okresie wzmogionych wydatków na świadczenia jest nawet jedynym źródłem dalszego wzrastania rezerw Zakładu.

Jak wynika z powyższego zestawienia, kwestja wpływów składek jest podwójnie ważna. Składki bowiem stwarzają dla Zakładu raz jako pierwotne, drugi raz pochodne (z tytułu odsetek) źródło jego dochodów.

Ilustrację wzrostu dochodów Zakładu z oprocentowania funduszy w stosunku do dochodu ze składek przedstawia nam poniższe zestawienie tych dochodów Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych:

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| W tysiãcach złotych | | | | | |
| 1) Stan lokat | 146.928.— | 225.453.— | 313.147.— | 424.526.— | 499.833.— |
| 2) Dochód ze składek | 63.852.— | 80.442.— | 83.041.— | 82.465.— | 69.576.— |
| 3) Dochód z oprocentowania funduszy | 7.744.— | 13.291.— | 20.509.— | 27.465.— | 28.355.— |
| 4) Procent dochodu z lokat do dochodu ze składek | 12.13 | 16.52 | 24.70 | 33.3 | 40.75 |

Jak wynika z tego zestawienia, dochód z odsetek wznosi się każdego roku w miarę wzrostu ulokowanych funduszy. W 1928 roku dochód z oprocentowania funduszy wynosił zaledwie 12.13% dochodu ze składek, a w 1932 r. osiągnął już 40.75% tego dochodu.

Dochody tak z tytułu składek jak i odsetek są podstawą działalności świadczeniowej Zakładu, większe więc straty Zakładu w funduszach ubezpieczeniowych, któreby mogły wynikać tak z powodu nieściągalności części składek, jak i z powodu straty na lokatach funduszy oraz z powodu niedostatecznego dochodu z oprocentowania gromadzonych funduszy, musiałyby pociągnąć za sobą obniżenie świadczeń lub podwyższenie składek, albo też zmusiłyby Zakład do szukania pomocy w funduszach publicznych Państwa, co nie byłoby dla Zakładu, jako samowystarczającej finansowo instytucji, ani możliwe, ani racjonalne.

W działalności jednak Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych daje się zauważyć poważny wzrost zaległości w wpływach z tytułu składek.

W ciągu 5 lat od 1928 r. do 1932 r. zaległości Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w dziale emerytalnego ubezpieczenia osiągnęły sumę zł. 63.260.000.—

| | | | | |
|---|---------|------------------------|---|--------|
| W procentowym stosunku do tej sumy zaległości | | | | |
| Zakładu w Warszawie | wynoszą | na dzień 31.12.1932 r. | — | 63.05% |
| „ we Lwowie | „ | „ | — | 21.67% |
| „ w Poznaniu | „ | „ | — | 9.30% |
| „ w Król. Hucie | „ | „ | — | 5.98% |

Procentowy zaś stosunek zaległości poszczególnych Zakładów do ogółu lokat tych Zakładów wynosi:

| | | |
|---------------|---|--------|
| w Warszawie | — | 19.39% |
| we Lwowie | — | 12.50% |
| w Poznaniu | — | 6.48% |
| w Król. Hucie | — | 4.04% |

W poszczególnych latach zaległości wszystkich Zakładów łącznie wznosiły przeciętnie o około zł. 11.120.000.— rocznie, przy czym najniższy wzrost zaległości wynosił w 1932 r. około zł. 6.900.000.—, a najwyższy w 1931 r. — kwotę zł. 13.120.000.—

Największy wzrost zaległości wykazał Zakład w Warszawie, następnie Zakład we Lwowie, znacznie mniejszy wzrost zaległości ma Zakład w Król. Hucie, a najmniejszy Zakład w Poznaniu.

Przeciętny roczny wzrost zaległości w tym okresie wynosił

| | | |
|-------------------------|---|---------------|
| w Zakładzie w Warszawie | — | 8.000.000 zł. |
| „ „ we Lwowie | — | 1.950.000 zł. |
| „ „ w Król. Hucie | — | 608.000 zł. |
| „ „ w Poznaniu | — | 576.000 zł. |

Przeciętny wzrost zaległości ostatnich trzech Zakładów obliczono przez odjęcie zaległości z dawnych ustaw, których wysokość ustalono z końcem 1927 r. na zł. 3.952.000.— w Zakładzie we Lwowie, zł. 744.000.— w Zakładzie w Król. Hucie i zł. 3.006.000.— w Poznaniu.

Wzrost zaległości w poszczególnych Zakładach w okresie czasu od 1928 do 1932 r. w liczbach względnych i bezwzględnych ilustruje poniższe zestawienie:

Stan zaległości składowych Z. U. P. U.

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Zaległości ogółem | 20.766.953.67 | 30.673.913.71 | 43.243.046.63 | 56.365.875.47 | 63 260.164.28 |
| Warszawa | 8.757.865.56 | 17.630.820.96 | 25.681.393.38 | 36.478.327.35 | 39 887.126.60 |
| Lwów | 5.813.818.24 | 6.482.819.78 | 8.423.121.45 | 9.664.471.85 | 13.701.380.21 |
| Poznań | 4.603.723.29 | 4.465.601.83 | 6.461.084.27 | 6.747.300.55 | 5.886.336.24 |
| Król. Huta | 1.591.546.58 | 2.094.671.14 | 2.677.447.53 | 3.475.775.72 | 3.785.321.23 |

Wzrost zaległości w stosunku do roku 1928, wziętego za 100 i w liczbach względnych.

| | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 |
|-----------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Zaległości ogółem | 100 | 147.70 | 208.23 | 271.42 | 304.62 |
| Warszawa | 42.17 | 84.90 | 123.66 | 175.65 | 192.07 |
| | 100 | 201.31 | 293.24 | 416.52 | 455.44 |
| Lwów | 28 | 31.21 | 40.56 | 46.54 | 65.98 |
| | 100 | 111.51 | 144.88 | 166.23 | 235.67 |
| Poznań | 22.17 | 21.50 | 31.11 | 32.49 | 28.34 |
| | 100 | 97. | 140.34 | 146.56 | 127.86 |
| Król. Huta | 7.66 | 10.09 | 12.90 | 16.74 | 18.23 |
| | 100 | 131.61 | 169.23 | 218.39 | 237.84 |

Z porównania zaległości z przeciętnym miesięcznym przypisem wynika, że w 1928 r. łączne zaległości Zakładów odpowiadały prawie 4-o miesięcznemu przypisowi.

W następnych latach zaległości wszystkich Zakładów łącznie wzrastały każdego roku i

- w 1929 r. równały się 4.5 miesięcznemu przypisowi
- „ 1930 „ 6.2 „ „
- „ 1931 „ 8.2 „ „
- „ 1932 „ prawie 11 „ „

Wzrost zaległości w stosunku do przypisów składek w poszczególnych latach i Zakładach przedstawia poniższe zestawienie:

Zestawienie zaległości Zakładów w stosunku do przypisów

| | 1928 r. | 1929 r. | 1930 r. | 1931 r. | 1932 r. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Zaległości w przeciętnych miesięcznych przypisach | | | | | |
| Warszawa | 3,6 | 5,5 | 7,9 | 10,5 | 13,8 |
| Lwów | 5,6 | 5,7 | 7,1 | 8,8 | 13,9 |
| Poznań | 5,2 | 4,5 | 6,2 | 7,0 | 17,2 |
| Król.-Huta | 1,4 | 1,5 | 1,9 | 2,6 | 3,4 |

Wzrost zaległości pracodawców w stosunku do przeciętnych miesięcznych przypisów świadczy o wybitnym zmniejszeniu się bieżących przypisów oraz o równoczesnym pogarszaniu się pewności części funduszy Zakładów, mieszczących się w zaległościach składowych pracodawców. Ustawa wymaga dla funduszy Zakładów bezwzględne bezpieczeństwo. Tymczasem fundusze Z. U. P. U., mieszczące się w zaległościach i wykazywane w bilansach jako składowa część majątku Zakładów, nie mają żadnego zabezpieczenia.

Analiza dłużników Zakładu U. P. U. z tytułu składek, przeprowadzona przez b. Związek Z. U. P. U. we wszystkich Zakładach wykazała, że największe zaległości, 40% ogółu zaległości, wykazują przedsiębiorstwa handlowe i wszelkiego

rodzaju drobni pracodawcy, jak wolne zawody, szkoły prywatne, różne organizacje polityczne, społeczne i zawodowe.

Zaległości tych pracodawców wynosiły pod koniec 1932 ponad zł. 25.000.000.—

Zadłużenie przemysłu wynosiło w końcu 1932 r. około 33% ogółu zaległości, t. j. ponad zł. 20.000.000.—

Zadłużenie samorządów wyniosło około 12% ogółu zaległości, t. j. ponad zł. 7.000.000.—, rolnictwa 9%, t. j. ok. 6.000.000.— zł., najniższe zadłużenia wykazały instytucje państwowe — sumę około zł. 4.000.000.—

Analiza zaś miesięcy zadłużenia poszczególnych pracodawców w stosunku do przypisów wykazała zaległości:

- 1) na kontach biernych (które nie mają już ubezpieczonych) w wysokości 10% ogółu zaległości, t. j. zł. 6.326.000.—
- 2) na kontach o zadłużeniu nieprzekraczającym 3-miesięcznego przypisu składek na danym koncie w wysokości około 10%, t. j. zł. 6.326.000.— i

- 3) na kontach o zadłużeniu przekraczającym 3-miesięczny przypis składek w wysokości około 80%, t. j. zł. 50.000.000.—

Wysoki stan zaległości w stosunku do ogółu lokat Zakładów, brak jakiegokolwiek zabezpieczenia zaległych składek i wysoki stan tych zaległości w stosunku do bieżącego przypisu sprawi Zakładom wielki kłopot i niewątpliwie narazi je na poważne straty.

Znaczna część tych zaległości jest całkowicie nieściągalna, lub ich ściągalność jest b. wątpliwa.

Straty Zakładów odbijają się z kolei na finansowych ich podstawach. Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych (od I.I.1934 r. złączone w jeden Zakład z siedzibą w Warszawie), jako instytucje długoterminowego ubezpieczenia, oparte na kapitałowym systemie pokrycia świadczeń, nie wykazują wprawdzie obecnie z powodu zaległości deficytów kasowych, lecz nie posiadają również żadnych funduszy, z którychby mogły pokrywać straty na nieściągalnych składkach.

Należy tu zauważyć, że Zakład pokrywa cały szereg wydatków, które w ustawie przy obliczaniu składki nie były wzięte pod uwagę (koszty administracji, leczenie zapobiegawcze i t. p.), straty więc Zakładu na nieściągalnych składkach odbijają się dotkliwie w pierwszym rzędzie na dochodach

wości Zakładów, a następnie mogą wpłynąć na obniżenie wysokości świadczeń dla ubezpieczonych.

Winy w powstaniu tak wielkich zaległości należy się doszukiwać przede wszystkim w opieszałości pracodawców, a w pewnych wypadkach i zlej ich woli. Pracodawcy bowiem, potrącając ubezpieczonym przy wypłacie wynagrodzenia część składki, przeciętnie w wysokości około 40%, nie wpłacali jej na rachunek Zakładu, — dziś zaś zaległych sum z powodu pogorszenia się konjunktury w całym szeregu przypadków zupełnie nie będą mogli pokryć.

Niemalą także rolę w utworzeniu zaległości pracodawców odegrał brak odpowiednich przepisów, któreby przewidywały sankcje karne dla pracodawców, zatrzymujących bezprawnie części składek potrącone pracownikom (prawo o wy-

kroczeniach art. 58 z 11.I.1932 r. weszło w życie dopiero 1.IX.1932 r., a ustawa o ubezpieczeniu społecznem art. 272 — 1.I.1934 r.).

Wielką rolę w wzroście tych zaległości odegrała również działalność samych Zakładów, które nie zdołały w porę, w okresie dobrej konjunktury usprawnić swych biur i skutkiem opóźnionego ustalania należności oraz braku terminowego ponagrania i egzekwowania opieszalych pracodawców, doprowadziły do wielkiego wzrostu zaległości.

W związku z powyższem nasuwa się pytanie, kto pokryje ubezpieczonym straty drobnych oszczędności, przeznaczonych na świadczenia dla nich i członków i ich rodzin.

Czyż część składek potrąconych pracownikom przez pracodawców ma być ofiarą ubezpieczonych i na czyją korzyść?

MGR. JERZY PIOTROWSKI.

SPECJALNE WARUNKI KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO ROBOTNIKÓW

Ustawa scaleniowa, podobnie jak obowiązujące do chwili jej wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem, daje możność dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia osobom, które opuściły zatrudnienie, warunkujące ubezpieczenie obowiązkowe z mocy ustawy. Zasada uprawnia tych osób do dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia jest, z punktu widzenia społecznego, koniecznym i słusznym uzupełnieniem zasady przymusu ubezpieczenia oraz zasady ciągłości ubezpieczenia, jako warunku nabycia i utrzymania praw do świadczeń. Opuszczając zatrudnienie, objęte ubezpieczeniem obowiązkowym przez podjęcie pracy samodzielnej, ubezpieczony naogół pozostaje na tym samym mniej-więcej poziomie gospodarczym a nawet, zwłaszcza w dzisiejszym okresie, bardzo często pogarsza swoje położenie finansowe. W bardzo licznych przypadkach zlikwidowanie stosunku pracy najmniej nie jest aktem swobodnej decyzji. Problem zabezpieczenia tej kategorii od wypadków losowych (niezdolności do pracy, starości, śmierci, choroby) jest więc również aktualny, jak w odniesieniu do pracowników najemnych, a szczególnie uprawnienia do takiego zabezpieczenia daje im przebycie niekiedy bardzo długiego okresu ubezpieczenia przymusowego.

Zagadnienie to jest bardzo ważne w ubezpieczeniach długoterminowych, zwłaszcza robotniczych, temwięcej, że według obowiązującego ustawodawstwa nie przysługuje ubezpieczonemu prawo do zwrotu wpłaconych składek w razie zaprzestania ubezpieczenia obowiązkowego.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem z dnia 28 marca 1933 r. ustanowiła w artykułach 11 i 223 warunki dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia odmienne od tych, jakie na terenie województw poznańskiego i pomorskiego wyznaczała IV księga ordynacji ubezpieczeniowej z 19.VII.1911 r.

Normy obowiązujące według ordynacji przy kontynuowaniu ubezpieczenia nie odbiegały zasadniczo od norm obowiązkowego ubezpieczenia, objętego tą ordynacją. Ubezpieczenie można było kontynuować dobrowolnie niezależnie od ilości składek, opłaconych w przymusowym ubezpieczeniu. Dla zachowania uprawnień do świadczeń po wystąpieniu z przymusowego ubezpieczenia należało opłacać co najmniej po 20 składek w okresach dwuletnich aż do zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Kontynuujący dobrowolnie ubezpieczenie

mógł wpłacać poszczególne składki według którejkolwiek z pięciu istniejących klas opłat niezależnie od wysokości składki, jaką opłacał w okresie ubezpieczenia obowiązkowego, w którym wysokość składek zależna była od wysokości zarobków.

Jeżeli ubezpieczony nie dochował tego warunku, tracił wszelkie prawa do świadczeń, niezależnie od ilości opłaconych poprzednio składek; dla odzyskania praw konieczne było przebycie nowego okresu wyczekiwania, wynoszącego 20 tygodni składkowych z pewnymi zastrzeżeniami, jeżeli wznowienie ubezpieczenia następowało po ukończeniu przez ubezpieczonego 40 lub 60 roku życia.

Warunki ubezpieczenia dobrowolnego były te same z tą tylko różnicą, że dla utrzymania uprawnień należało opłacać po 40 składek w okresach dwuletnich.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem zawiera w tym zakresie postanowienie znacznie surowsze. W szczególności art. 223 określa w ust. drugim, że osoby kontynuujące ubezpieczenie opłacają składkę w wysokości, odpowiadającej zarobkowi, jaki pobierały w zatrudnieniu, w którym były ostatnio obowiązkowo ubezpieczone, z zastrzeżeniem możności obniżenia podstawy zarobku po przeprowadzeniu dowodu, że ich dochód obniżył się poniżej tej wysokości.

Kontynuowanie ubezpieczenia można podjąć tylko w ciągu 13 tygodni po wystąpieniu z ubezpieczenia obowiązkowego i pod warunkiem przebycia w ubezpieczeniu obowiązującym 150 tygodni składkowych. Prawo do kontynuowania ubezpieczenia gaśnie z dniem upływu półroczna, w którym ubezpieczony nie opłacił co najmniej 20 składek tygodniowych.

Zasady kontynuowania ubezpieczenia ustalone w ustawie scaleniowej są stosunkowo uciążliwe i z punktu widzenia polityki społecznej nie wydają się uzasadnione. Wymagają one bowiem opłacenia w pewnym okresie większej ilości składek dla utrzymania ciągłości ubezpieczenia, aniżeli potrzeba w myśl art. 153 ustawy dla uzyskania świadczeń. Trzeba przytem i to uwzględnić, że ubezpieczony pozostający w stosunku pracy najmniej opłaca tylko część składki, a z chwilą zaprzestania pracy, objętej obowiązkiem ubezpieczenia, sam musi opłacać całą składkę. Musi więc płacić i większą ilość składek i względnie wyższe składki, co sta-

nowi znaczne obciążenie nawet jeżeli dochód ubezpieczonego pozostanie na niezmiennym poziomie, tembardziej zaś, jeżeli dochód ulegnie zmniejszeniu. W tych warunkach powstaje dla wielu osób, które wystąpią z ubezpieczenia przymusowego (w wielu przypadkach zostaną wbrew woli własnej wyeliminowane z kategorii pracowników najemnych) niebezpieczeństwo utraty świadczeń mimo kilkunastoletniego — niekiedy — opłacania składek. Być może, że takie unormowanie wydawało się konieczne ze względów techniczno-kalkulacyjnych, dla uniknięcia zbyt złych ryzyk ubezpieczenia. Skoro jednak ustawa scaleniowa ma tendencję do objęcia ubezpieczeniem obowiązkowym jaknajszerszego zakresu osób, musi stworzyć gwarancję dla nich, że nie grozi im utrata praw, bo to jest jeden z głównych czynników zaufania do ubezpieczenia i w konsekwencji warunków jego sprawności i skuteczności, jako narzędzia polityki społecznej państwa.

Te zagadnienia nabierają szczególnej jasności, jeżeli chodzi o osoby, które ubezpieczyły się przed wejściem w życie ustawy scaleniowej na zasadzie IV księgi ordynacji ubezpieczeniowej w Ubezpieczalni Krajowej.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. w sprawie uprawnień osób, które były ubezpieczone na zasadzie dotychczas obowiązujących ustaw o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość (D. U. 102 poz. 791) daje w § 8 upoważnienie Ministrowi Opieki Społecznej do wydania przepisów, ustalających specjalne warunki dalszego ubezpieczenia dobrowolnego tych osób. Stworzenie tych specjalnych warunków opierałoby się na zasadzie nieuszczerplenia uprawnień, nabytych według ustaw dotychczas obowiązujących a więc także ordynacji ubezpieczeniowej.

Do tego zagadnienia pragnę podnieść kilka uwag odnosnie zakresu tych przepisów specjalnych.

Według brzmienia ust. 2 § 3 wspomnianego rozporządzenia Rady Ministrów nie należy zliczać okresów przebytych w ubezpieczeniu na zasadzie ordynacji z okresami przebytymi na zasadzie ustawy. Ustawę uważa się więc, raczej za pewną zamkniętą całość dla siebie, aniżeli za dalszy ciąg ustaw, według których wykonywało się do 1 stycznia 1934 r. to ubezpieczenie. Wobec uchylecia zaś przepisów ordynacji w stosunku do wszystkich osób, które nie są robotnikami rolnymi, możliwości kontynuowania ubezpieczenia nie będą istniały wcale dla osób, które w ubezpieczeniu na zasadzie art. 1 p. 2 lit. b ustawy scaleniowej nie przebyły 150 tygodni składkowych ubezpieczenia obowiązkowego, o ileby nie zostały ustanowione zapowiedziane warunki specjalne.

Dotyczy to głównie osób, które w chwili wejścia w życie ustawy już kontynuowały dobrowolnie ubezpieczenie albo ubezpieczyły się z własnej woli, a pozatem i tych, które będą pracować najemnie po 1 stycznia 1934 i podlegać ubezpieczeniu obowiązkowemu, jednak przez okres krótszy niż 150 tygodni składkowych.

Jeżeli chodzi o pierwszą kategorię osób, nasuwa się ponadto trudność zaklasyfikowania ich czyto do kategorii robotników rolnych, czyto przemysłowych, ponieważ — oczywiście — jako niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia nie należą do żadnej z tych kategorii. Ponadto trudności techniczne nasuwałoby ustalenie wysokości ostatniego zarobku tych osób, a tem samem stosowanie art. 223 ustawy, wobec innej podstawy wymiaru składek w ordynacji ubezpieczeniowej (pięć klas składek w określonych granicach zarobków) i w ustawie scaleniowej (składka procentowa od zarobku faktycznego). Wydaje się więc najwłaściwsze, aby osoby te

kontynuowały nadal ubezpieczenie dobrowolnie na zasadach ordynacji ubezpieczeniowej z 19 lipca 1911 r.

Ubezpieczeni, którzy w pewnym momencie (jeszcze przed wejściem w życie ustawy) zdecydowali się podjąć czy to kontynuowanie ubezpieczenia przymusowego czy też dobrowolne ubezpieczenie, uświadamiali sobie ściśle określone warunki, obejmujące zarówno wysokość obciążenia, jakie to za sobą pociągnie i korzyści, jakich w rezultacie ubezpieczenia oczekiwali. Wobec wzrostu obciążenia, nieprzewidywanego w momencie dobrowolnego podejmowania czy kontynuowania ubezpieczenia, uprawnienia, nabyte przez te osoby zostają zagrożone niezależnie od ich woli.

Według art. 316 ustawy o ubezpieczeniu społecznym ordynacja ubezpieczeniowa z dnia 19 lipca 1911 straciła z dniem 1 stycznia 1934 r. swą moc wiążącą w stosunku do wszystkich instytucji ubezpieczeniowych z wyjątkiem Ubezpieczalni Krajowej. Na skutek tego dalsze ubezpieczenie na zasadach ordynacji osób, które przed wejściem w życie ustawy scaleniowej ubezpieczone były w Ubezpieczalni Krajowej jest możliwe tylko w Ubezpieczalni Krajowej, prowadzącej w dalszym ciągu ubezpieczenie inwalidzkie robotników rolnych. Miałyby to swoje uzasadnienie w tem, że osoby, które w dniu 1 stycznia 1934 r. już były dobrowolnie ubezpieczone lub kontynuowały ubezpieczenie, nie należą ani do kategorii robotników rolnych ani przemysłowych. Świadczenia za okres kontynuowania ubezpieczenia w Ubezpieczalni Krajowej po 1.1.1934 należałyby się im z Ubezpieczalni Krajowej, natomiast za okres do 1.1.1934 świadczenia pokrywałby Z. U. E. R. z tytułu przejęcia za nich części majątku na podstawie art. 243 ustawy.

Ponadto zachowanie prawa do dalszego kontynuowania ubezpieczenia w Ubezpieczalni Krajowej ma tę wartość praktyczną, że ordynacja ubezpieczeniowa zawiera już gotowe normy prawne dla tego rodzaju kontynuowania i ułatwia ubezpieczonemu orientację, ponieważ z jego stanowiska nie zaślaby żadna zmiana warunków kontynuowania.

Ponieważ jednak z chwilą wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu emerytalnym robotników rolnych przestanie obowiązywać ordynacja ubezpieczeniowa również w Ubezpieczalni Krajowej, możnaby od razu stworzyć możliwości, ewentualnie alternatywne, kontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia tych osób w Zakładzie Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników z zachowaniem im dotychczasowych warunków tego kontynuowania przez reaktywowanie właściwych §§ ordynacji, dotyczących dalszego kontynuowania i dobrowolnego ubezpieczenia. Takie unormowanie zagadnienia umożliwiłaby § 8 wspomnianego już rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 oraz art. 218 ustawy, dopuszczający w określonych okolicznościach na ryczałtowanie składek.

Kontynuowanie ubezpieczenia w Ubezpieczalni Krajowej przez osoby, które były już ubezpieczone po 1.1.1934 r. w Z. U. E. R. niebyłoby jednak racjonalne, ze względu na niepotrzebne pomnażanie kategorii ubezpieczonych przechodnich. Ponadto sprzeczna z pojęciem kontynuowania, jako „dalszego ciągu”, byłaby zasada, że ubezpieczenie przebyte w jednym zakładzie można prowadzić dalej w zakładzie drugim. Dla uniknięcia komplikacji należałoby tym osobom dać możliwości kontynuowania ubezpieczenia na zasadach ustawy, z pewnemi złagodzeniami, uzasadnionemi tem, że ubezpieczony czerpie niekiedy głównie swe prawo do świadczeń z opłat, wniesionych na podstawie przepisów ordynacji. Złagodzenia te winny być dwojakie, a mianowicie dać prawo do kontynuowania ubezpieczenia niezależnie od długości okresu pozostawania w ubezpieczeniu obowiązkowym (ana-

logicznie jak w ordynacji ubezpieczeniowej) oraz zmniejszyć ilość tygodni składkowych, koniecznych do podtrzymywania prawa np. do dwudziestu rocznie.

Pozostaje jeszcze trzecia kategoria osób, które były ubezpieczone na zasadzie ordynacji a następnie ustawy, a mianowicie tych, które przebyły w ubezpieczeniu na zasadzie ustawy ponad 150 tygodni składkowych. Wydaje się, że nie ma uzasadnienia dostatecznego do dawania tym osobom specjalnych uprawnień dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia, aby zachować wysokość nabytych uprawnień. Ubezpieczony jednak, który opłacił znaczną ilość składek na podstawie ordynacji, nie odniesie żadnych korzyści z opłacania na podstawie ustawy wyższych składek skoro w myśl rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 prawo do świadczeń ustala się tylko na zasadzie składek z ustawy scaleniowej, a składki opłacane według ordynacji bierze się tylko za podstawę obliczenia ewent. dodatku, gdyby świadczenia obliczone na zasadzie ordynacji okazały się wyższe, przy-

czem składki opłacone po 1.1.1934 liczy się w wysokości ostatniej składki z okresu przed 1.1.1934.

Reasumując uwagi poprzednie, wydaje się pożądane, aby słusznie przewidziane specjalne warunki dobrowolnego ubezpieczenia osób, które przed 1.1.1934 ubezpieczone były na zasadzie IV. księgi Ordynacji ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu obejmowały:

1. uprawnienia formalne do dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia osób, które nie opłaciły i nie opłacą 150 tygodni składkowych w ubezpieczeniu obowiązkowym na zasadzie ustawy scaleniowej i

2. uprawnienia specjalne w zakresie utrzymania praw do świadczeń przez kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia dla osób, czerpiących prawa do świadczeń również, a niekiedy przede wszystkim, ze składek wniesionych na podstawie przepisów ordynacji ubezpieczeniowej, która dawała im znacznie większe uprawnienia (bo łatwiejsze warunki) do nabywania i utrzymywania praw do świadczeń.

ST. FIEDOROWICZ

O USTAWĘ POSTĘPOWANIA UBEZPIECZENIOWEGO

Pewien wybitny prawnik polski, zapytywany o opinię w sprawie nowego Kodeksu Karnego, miał się wyrazić, iż jest to rzecz skończona doskonała, ma jedną atoli wadę, a mianowicie to, że jego stosowanie w praktyce wymaga od aparatu wymiaru sprawiedliwości zatrudniania na stanowiskach sędziowskich uczonych, o poziomie wiedzy prawniczej, co najmniej profesorów uniwersytetu.

Z dużą słusnością da się to powiedzieć zastosować do dziedziny prawnej, normującej prowadzenie ubezpieczeń społecznych, gdzie dążenia unifikacyjne znalazły obecnie tak dobitny wyraz w odpowiednich aktach ustawodawczych, gdzie jednak w dalszym ciągu panuje niespotykane gdzieś różniczkowanie przepisów, regulujących sprawy proceduralne, związane z wykonywaniem ubezpieczenia oraz wynikającymi na tem tle sporami.

Chwila obecna, będąca świadkiem ostatecznej realizacji najdonioślejszych zamierzeń rozbudowy i racjonalnej organizacji zjednoczenia prawnego i strukturalnego ubezpieczeń społecznych w Polsce, wydaje się najodpowiedniejsza do poruszenia i przedyskutowania tematu, który dotąd nie znalazł ostatecznego opracowania, a który urasta do miary najbardziej palącego problemu na tym terenie.

Istnieje cały szereg aktów prawodawczych, poświęconych uregulowaniu materialno-prawnej strony ubezpieczenia społecznego. Istnieje również szereg norm, regulujących kwestje ściśle proceduralne. Istnieje również szereg przepisów, których nazwa w chwili obecnej, uważanej za moment ostatecznego zementowania struktury ubezpieczeń społecznych, wydaje się zupełnie niestosownym anachronizmem. Są to t. zw. przepisy przejściowe pokutujące ustawicznie i ustawicznie przypominające, że jednak nie wszystko zostało uregulowane, specjalnie zaś dużo tych przepisów istnieje w dziedzinie związanej z orzecznictwem instytucji ubezpieczeń społecznych.

„Instancjami apelacyjnymi dla skarg przeciw orzeczeniom Zarządu Kasy i Komisji Pojedynczej są organy sądowe Urzędu Ubezpieczeń Społecznych...” — głosi ustawa o ubezpieczeniu chorobowym, która obowiązywała lat bez mała 14.

„Spory między pracodawcami, ubezpieczonymi lub uprawnionymi do świadczeń z jednej strony, a Zakładem U. P. U. z drugiej strony rozstrzygają specjalne organa. Ustrój i postępowanie przed nimi określi specjalna ustawa” — przewiduje Rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych; obowiązujące od lat 6-ciu.

„Spory między pracodawcami, ubezpieczonymi lub uprawnionymi do świadczeń z jednej strony, a instytucjami ubezpieczeń społecznych z drugiej strony rozstrzygają specjalne organa. Ustrój tych organów i postępowanie przed nimi określi osobna ustawa” — powtarza ustawa o ubezpieczeniu społecznym, podkreślając konsekwentnie tę zasadę, że specyfizm zagadnień ubezpieczeniowych wymaga odrębności organów, powołanych do rozstrzygania wynikających na tle ubezpieczenia sporów.

Z powyższego ujęcia sprawy odrębności sądownictwa ubezpieczeniowego logicznie wysnuć należy konsekwentny wniosek, że konieczną jest rzeczą również unormowanie ustawowo odrębnej procedury postępowania w ubezpieczeniu społecznym, regulowanego dotąd częściowo na podstawie przepisów prawa administracyjnego (Rozp. Prez. o postępowaniu administracyjnym), częściowo na podstawie przepisów procedury cywilnej, częściowo na podstawie przepisów specjalnych. Odwoływanie się do przepisów z innych dziedzin prawnych opiera się albo na wyraźnym brzmieniu ustawy, albo też na ogólnych zasadach prawnych, zmuszających w braku wyraźnego przepisu do szukania rozwiązania w drodze stosowania analogji prawnej. Jeżeli dodamy do tego stan wynikający z przepisów t. zw. przejściowych, a wyrażający się w załatwianiu nieuniknionych sporów przez Urzędy Wojewódzkie, Urzędy Ubezpieczeń Społecznych, Sądy lub Komisje Rozjemcze, Trybunał Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwo Opieki Społecznej, a wreszcie Najwyższy Trybunał Administracyjny lub, w pewnych wypadkach Sądy ogólne — otrzymamy pełny obraz stosunków, panujących w tej materji na terenie ubezpieczeń społecznych, stosunków usprawiedliwiających w całości zdanie, cytowane na wstępie niniejszego artykułu.

Jeśli chodzi o załatwianie sporów, to praktyczne trudno-

ści, wynikające z takiego zróżniczkowania instytucji odwoławczych, dokuczliwe dotąd, wzmożą się obecnie w znacznym stopniu; pamiętać musimy, że organizacyjne zcalenie ubezpieczeń, skoncentrowanie w ubezpieczalniach społecznych załatwiania czynności prawnych dotąd w dawnych zakładach ubezpieczeń społecznych wykonywanych, przysporzy nowym instytucjom, nieposiadającym dostatecznego przygotowania, nie wszędzie dysponującym odpowiednio przygotowanym personelem, trudności których pokonanie w wielu wypadkach przekraczać będzie ich możliwości.

Dlatego też wydaje się rzeczą konieczną, równie pilną jak praca nad uruchomieniem jednolitego aparatu sądownictwa ubezpieczeniowego, opracowanie jednolitych przepisów proceduralnych, obowiązujących w postępowaniu zarówno przed instytucjami ubezpieczeń społecznych, jak i przed organami apelacyjnymi, powołanymi do rozstrzygania sporów między stronami zainteresowanymi, a instytucjami ubezpieczeń społecznych.

Dotychczas przepisy takie, noszące zresztą charakter fragmentaryczny, sprowadzające się do załatwienia sprawy trybu zgłaszania roszczeń oraz wymaganych dowodów, rozrzucone są w całym szeregu bądź to ustaw, bądź to rozporządzeń wykonawczych, pomijając wiele zagadnień najistotniejszego znaczenia.

Wydaje się rzeczą niesporną, że instytucja ubezpieczeń społecznych, będąca zakładem prawnopublicznym, powołanym do stosowania prawa publicznego i wykonywania określonego rodzaju gałęzi administracji publicznej, dysponuje pewnym zakresem ustawowo poruczonego jej władztwa, wyrażającego się w prawie lub obowiązku wydawania pewnych aktów prawnych, specjalnie ważkich, ze względu na ich publicznoprawny charakter. Spory na temat, czy instytucje ubezpieczeń społecznych są, czy też nie są w zakresie ubezpieczenia władzą wobec osób, objętych stosunkiem ubezpieczeniowym, były niejednokrotnie tematem dyskusyj publicznych, przy czym stanowiska zajmowano dość różne. Wydaje się jednak, że zarówno z punktu widzenia teorii prawa, jak i praktycznego ujęcia zgadnienia nie da się uzasadnić poglądu, jakoby instytucja publicznoprawna, stosująca normy przymusowe, bądź sankcje karne, nie była władzą w zakresie swego działania wobec osób, podlegających działaniom tych norm. Konieczność ustawowego ujęcia szczegółowych kompetencji tej władzy w zakresie jej postępowania jest prostym wynikiem powyższego poglądu.

W obecnym stanie rzeczy, instytucja ubezpieczeń społecznych niejednokrotnie staje wobec zagadnienia, jakie przepisy przy postępowaniu w danej sprawie stosować i dlaczego, tembardziej, że strony, błędząc również w labiryncie przeróżnych możliwości, z reguły powołują się na zasady dla siebie najkorzystniejsze. I tak z przepisu art. 116 Rozp. Prez. Rzplitej o postępowaniu administracyjnym, według którego postanowienia tego rozp. mają w sprawach ubezpieczeń społecznych o tyle tylko zastosowanie, o ile według odnośnych ustaw w chwili wejścia w życie tego rozp. orzecznictwo to będzie należało do władz administracji ogólnej — wyciągany jest słuszny wniosek, że przepisy te obowiązują wyłącznie w sprawach odwoławczych lub karnych, oraz, a contrario drugi słuszny wniosek, że nie obowiązują one w „codziennej”, jeśli się tak można wyrazić pracy instytucji ubezpieczeń społecznych. Z powyższego wynika, że poza wypadkami, gdzie ustawa wyraźnie odsyła do norm prawa cywilnego, normy te winny być stosowane w drodze analogji przy ocenie wszelkich kwestyj o charakterze proceduralnym. Temu stanowisku przeciwstawiony jest zarzut, również uzasadniony, powo-

lujący się na publicznoprawny charakter działalności instytucji ubezpieczeń społecznych, wymagający szukania analogji w publicznoprawnych przepisach proceduralnych rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym. W rezultacie organ orzekający instytucji ubezpieczeniowej już we wstępnej fazie rozpatrywania sprawy liczy się z nieuniknioną ewentualnością podniesienia zarzutów, opartych na wadliwości postępowania, wróżących przewlekanie w nieskończoność każdej niemal sprawy, nieraz stosunkowo prostej i co do meritum — jasnej.

Z drugiej strony, osoby objęte sferą stosunku ubezpieczenia przymusowego napotykają również na poważne trudności, nie znajdując wyraźnych zasad regulujących tryb ich postępowania przed instytucją ubezpieczeń społecznych. Podkreślić tu nadto należy specjalnie drażliwe położenie, wynikające z połączenia w osobie orzekającej instytucji elementów władzy publicznej z elementami strony w stosunku ubezpieczeniowym, co wymaga jasnego, wyraźnego i równie, jak tok instancji, odrębnego sformułowania zasad, regulujących wzajemne prawa i obowiązki w postępowaniu ubezpieczeniowym.

Kto zetknął się w praktyce z przebiegiem sporu między instytucją ubezpieczeniową a pracodawcą, ubezpieczonym lub uprawnionym do świadczeń, ten wie z własnego doświadczenia ile trudności przysparza z powodu braku właściwych przepisów uzasadnienie prawidłowości postępowania stron przed wydaniem zaskarżonej decyzji. Trudności te niezem są jednak, wobec kolopotów, wynikających z powyższego braku przy postępowaniu samej instytucji.

Kwestje oceny legitymacji prawnej, rozpatrzenia formalnej prawidłowości zgłoszenia roszczenia, uchybienia terminów, przywrócenia takowych, zawieszenia postępowania, odroczenia lub umorzenia sprawy, zakresu decyzji, prawa wydawania decyzji incydentalnych, wznowienia postępowania, reformationis in melius lub in peius, wglądu do akt, mocy dowodowej dokumentów, prawa badania świadków, biegłych, przypozywania stron zainteresowanych i t. p., a więc cały szereg kwestyj, unormowanych na innych terenach żelaznymi formami przepisów prawnych, wyraźnie dających się w danej sprawie zastosować, stają się na terenie instytucji ubezpieczeniowej problemem zasadniczym, wymagającym teoretycznego uzasadnienia i oparcia w doktrynie prawniczej, obarczając każdą niemal sprawę balastem zbędnych trudności.

Orzekanie o obowiązku ubezpieczenia, skutkami swemi dotykające zarówno pracodawcę, jak pracownika i jego rodzinę, wymiar składek, nakładanie kar, ocena praw do świadczeń, zahaczając w toku rozpatrywania sprawy o kwestje zdolności prawnej, stosunki majątkowe, prawomocność aktów prawnych, wydanych przez inne organy, zmuszają do badania prawidłowości dokumentów lub decydowania o sposobie zastąpienia danych dowodów innymi, wciągając w obręb danej sprawy cały szereg czynników z różnych dziedzin życia, niejednokrotnie kolidujących ze sobą. Prawo małżeńskie, prawo spadkowe, zobowiązania i t. p. działy prawa cywilnego niejednokrotnie przeciwstawiane są zasadom, stosowanym na terenie ubezpieczeń, zasadniczo znajdującym całkowite oparcie w ogólnych pojęciach ubezpieczeniowych, nie mających jednak należytego odpowiednika w przepisach prawnych.

Tak jasna dla ubezpieczeniowca konieczność zachowania w tajemnicy wyników badania lekarskiego jest rzeczą zupełnie niezrozumiałą dla strony, domagającej się wglądu w akty swej sprawy i podnoszącej słusznie zarzut, że uniedostępniczenie jej pewnych okoliczności jest sprzeczne z ogólnie obowiąz-

zującą zasadą jawności postępowania publicznego i uniemożliwia polemizowanie w razie sporu.

Postanowienia dające instytucjom ubezpieczeniowym prawo i obowiązek orzekania i wydawania zarządzeń, żądania wyjaśnień i przeprowadzania każdego dochodzenia, jakie okazują się konieczne, przepisy o charakterze bezwzględnie lub dyskrecyjnym, muszą znaleźć odpowiedniki w specjalnych normach proceduralnych, gdyż w przeciwnym razie grożą one sankcjonowaniem dowolności lub przypadkowości, a w każdym razie nieskoordynowaniem działań instytucji i dezorientacją osób zainteresowanych w ubezpieczeniu.

To też w chwili, gdy ogólne dążenie do usprawnienia działalności instytucji ubezpieczeń społecznych jest jednym

z najpoważniejszych motywów ostatnio dokonywanych prac reorganizacyjnych, koniecznym jest poruszenie i przedyskutowanie tego zagadnienia, którego rozwiązanie będzie dal- szym krokiem naprzód w kierunku rozwoju ubezpieczeń społecznych. Pozostawienie dotychczasowego stanu, względnie ograniczenie odnośnych prac wyłącznie do uregulowania procedury odwoławczej byłoby błędem, którego jednym z naj- poważniejszych skutków będzie ogólne zniechęcenie i zamieszanie, zgubne dla normalnej pracy.

Opracowanie odrębnych, wyczerpujących przepisów proceduralnych uprości i ułatwi wykonywanie ubezpieczenia, uporządkuje pojęcia prawne, oszczędzi czas i nerwy osób sty- kających się z ubezpieczeniami.

ST. F.

ZACHOWANIE UPRAWNIEŃ W PRZECHODNIEM MIĘDZYPAŃSTWOWYM UBEZPIECZENIU NA STAROŚĆ, NA WYPADEK INWALIDZTWA I ŚMIERCI

Nowym ogniwem w długim już łańcuchu wydanych przez Międzynarodowe Biuro Pracy opracowań z zakresu ubezpie- czeń społecznych jest opublikowana ostatnio jako „Szary Rap- port” praca p. t. „Zachowanie uprawnień ekspektatywowych i praw nabytych w zakresie ubezpieczenia na starość, na wy- padek inwalidztwa i śmierci migrujących pracowników”.

Skompletowawszy w czasie ostatnim międzynarodowe prawo ubezpieczeniowe, poświęcone poszczególnym gałęziom ubezpieczenia społecznego, M. B. P. przystąpiło skolci do umor- mowania międzynarodowych zagadnień, jakie nasuwa stoso- wanie ubezpieczeń społecznych, wysuwając słusznie na plan pierwszy doniosłą sprawę zachowania ciągłości ubezpieczenia emerytalnego pracownikom, podlegającym kolejno ubezpiecze- niu temu w kilku państwach. Sprawa ta w czasie ostatniej ses- sji konferencji nie po raz pierwszy stanowiła przedmiot oży- wionej wymiany zdań na plenum konferencji. W dyskusji, która tylko pozornie dotyczyła procedury, a w istocie rzeczy łączyła się jaknajściślej z samym meritum sprawy, stały się z sobą dwa obozy: grupa przedstawicieli rządowych państw emigracyjnych i grupa robotnicza z jednej strony, a grupa przedstawicieli rządowych państw imigracyjnych oraz grupa pracodawców ze strony drugiej. Wobec zwycięstwa odniesio- nego przez obóz pierwszy sprawa zachowania uprawnień znaj- dzie się w pierwszym czytaniu już w czerwcu r. b. na porzą- dku dziennym Międzynarodowej Konferencji Pracy.

Główną przeszkodą w akcji około pomyslnego uregulo- wania w skali międzynarodowej, sprawy zachowania upraw- nień ubezpieczeniowych stanowi najniewątплиwiej specjalny, techniczny i nie dla wszystkich zrozumiały charakter proble- mów, których rozwiązanie musi tu wchodzić w grę. Copraw- da imponujący ostatnio rozwój międzynarodowych dwustron- nych umów ubezpieczeniowych przygotował poważnie grunt dla reglamentacji międzynarodowej (opracowanie M. B. P. wy- licza nie mniej jak 25 wielkich umów bilateralnych). Mimo to, jednak dla całego szeregu państw (a już zwłaszcza wszyst- kich bez wyjątku państw pozaeuropejskich), a poza tem dla wielu państw, między którymi nie odbywa się wymiana sił ro- boczych, zachowanie uprawnień jest zagadnieniem całkowicie obcym i dalekim, a proponowane obecnie, technicznie dość za- wile, metody rozstrzygnięcia tego zagadnienia wywołują nie- kiedy obojętną, a nawet niezyczliwą nieufność, jak wszystko, co denerwuje swą niezrozumiałością.

To też dobrze się stało, że przygotowane przez M. B. P. opracowanie, uprzystępniając w sposób bardzo jasny i prze- rzysty główne zagadnienia zachowania uprawnień, ułatwia tem samem spopularyzowanie wielkiego tego zagadnienia między- narodowego i — co zatem idzie — zwiększa szanse pomyslnego jego rozwiązania.

Opracowanie M. B. P. dzieli się na dwie części: 1), po- święconą zachowaniu ekspektatywowych uprawnień ubezpie- czeniowych i 2) zajmującą się sprawą zachowania świadczeń już płynnych.

Główną wartość wydawnictwa stanowi przeprowadzone bardzo skrupulatnie i sumiennie zestawienie porównawcze roz- wiązań, jakie w zakresie poszczególnych zagadnień ubezpie- czeniowych przynoszą poszczególne umowy dwustronne; główne wrażenie, jakie się tu nasunąć musi, to duże — mimo różnic w szczegółach — podobieństwo sposobów rozwiązania zagad- nienia, jakie przynoszą poszczególne umowy dwustronne. Trudno nie zauważyć, że wytworzył się wystandaryzowany typ umowy dwustronnej, który niezależnie od odrębności usta- wodawstw państw związanych z sobą umową i od odrębności rozwiązań umownych, jakie z tych czy innych względów wy- bierają poszczególne państwa, przewija się poprzez wszystkie umowy o wzajemności w ubezpieczeniu społecznym.

Porównując z sobą dwa wielkie, związane dość sztucznie w jedną całość, działy zachowania uprawnień ubezpieczenio- wych, należy stwierdzić, że znacznie trudniejsze, ale też prawnie i aktualnie ciekawsze problemy nasuwa dziedzina pierwsza związana z zachowaniem ekspektatyw, niż dziedzina druga, dotycząca zachowania płynnych już świadczeń re- ntowych w razie emigracji z państwa, świadczeń tych udziela- jącego.

Omawiając przesłanki faktyczne sprawy zachowania ekspektatyw, M. B. P. stwierdza, że na sytuację — tak w tej dziedzinie przy stanie bezumownym ujemną i krytyczną — składają się w pierwszym rzędzie przepisy, uzależniające w większości ustawodawstw prawo do świadczeń od przeby- cia czasu wyczekiwania, a pozatem przepisy wymagające utrzy- mania ważności nabytej już ekspektatywy, do chwili zajścia zdarzenia losowego.

Przechodząc do omówienia sposobów zagwarantowania w umowach dwustronnych zachowania uprawnień ekspektaty- wowych, M. B. P. poddaje głębokiemu rozpatrzeniu, pod ką-

tem widzenia matematyczno-ubezpieceniowym, systemy 1) przekazywania składek oraz 2) przekazywania wartości kapitałowej. Po stwierdzeniu zasadniczych trudności, jakie narzucałoby zastosowanie jednego z dwóch tych systemów, zatrzymuje się na obszernej analizie systemu trzeciego, który określa się w monografii M. B. P. jako system „zachowania w każdym z państw uprawnień ekspektywowych“.

System pierwszy, opracowanie M. B. P. ilustruje na — jedynym dotąd w historii umów społecznych — przykładzie konwencji niemiecko-włoskiej z dn. 31 lipca 1912 r., która zresztą na skutek wybuchu wojny światowej straciła moc obowiązującą i prawdopodobnie nie odzyska jej w przyszłości. Na zasadzie umowy tej Włosi zatrudnieni w Niemczech mogli żądać, by do włoskich instytucyj ubezpieczeniowych przekazywano połowę składki ubezpieczenia inwalidzkiego. Niemcy pracujący we Włoszech mogli żądać tu ubezpieczenia ich na starość lub na wypadek inwalidztwa, przyczem wracając do Niemiec, mogli żądać zwrotu opłaconych składek. Przeciw zastosowaniu systemu tego przemawiają poważne wątpliwości, związane z trudnością ustalenia państwa, do którego składka miałaby być przekazywana, z ograniczeniem możliwości przekazywania jedynie i wyłącznie składek bez jakichkolwiek dodatków dopłacanych do świadczeń przez fundusze publiczne i z różnymi innymi wątpliwościami społecznej i finansowej natury.

Drugi system urzeczywistniony został dotąd również w jednej tylko umowie międzypaństwowej, a mianowicie w konwencji angielsko-irlandzkiej z r. 1924. Zastosowanie systemu tego możliwe jest w pełni tylko w zakresie ubezpieczenia opartego na indywidualnej kapitalizacji; natomiast systemy kapitalizacji zbiorowej i repartycji utrudniają bardzo poważnie, a nawet w istocie rzeczy właściwie uniemożliwiają, zdaniem M. B. P., już samo ustalenie indywidualnej wartości kapitałowej, które stanowić musi pierwszy warunek wprowadzenia w życie omawianego tu systemu. W stosunkach między Anglią a Irlandją przekazywanie wartości kapitałowej możliwe było już choćby z tego względu, że w obydwóch państwach — po oddzieleniu się Irlandji od Anglii — istniało i istnieje do dziś to samo ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczenia emerytalnego. Zastosowanie systemu przekazywania wartości kapitałowej nasuwa konieczność ustalenia terminu przekazywania wartości kapitałowej (w chwili przejścia z ubezpieczenia jednego państwa do ubezpieczenia państwa drugiego, czy też z chwilą zajścia zdarzenia losowego), sposobu użytkowania kapitału i ustalenia uprawnień w instytucji przejmującej, wreszcie ustalenia finansowych rozrachunków pomiędzy instytucją odstepującą a instytucją przejmującą.

System trzeci polegający na zachowaniu ekspektyw we wszystkich państwach, w których uprawniony podlegał ubezpieczeniu, zastosowany został po raz pierwszy w umowie pracy zawartej w dn. 30 września 1919 r. Dalszemi etapami w rozwoju tego systemu były konwencja polsko-francuska o pomocy i opiece społecznej z 14 października 1920 r., układ o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych pomiędzy Włochami a Jugosławją i traktat austriacko-niemiecki z r. 1926.

Pierwsze zagadnienie, które w zakresie systemu trzeciego opracowanie M. B. P. poddaje bliższemu rozpatrzeniu, to zagadnienie systemów ubezpieczeniowych objętych zachowaniem uprawnień. Monografia stwierdza dużą różnorodność rozwiązań, przyjętych w tym zakresie przez poszczególne umowy, z których pewne obejmują wszystkie działy ubezpieczenia emerytalnego, a inne tylko określone gałęzie zawodowego ubezpieczenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci

(np. konwencja o ubezpieczeniu górniczem francusko-belgijska, polsko-belgijska i polsko-francuska).

Badając skolei zasięg terytorjalny ubezpieczeń objętych umowami, opracowanie słusznie zauważa tendencję do regulowania w umowach dwustronnych również i zachowania uprawnień ubezpieczeniowych nabytych w państwie trzecim; w praktyce umownej stnieją jednak bardzo znaczne odchylenia pomiędzy rozstrzygnięciem, przyjętem w poszczególnych umowach w tym zakresie.

Mówiąc dalej o „równości systemów ubezpieczeniowych“, opracowanie poddaje rozpatrzeniu, czy wzajemność stosuje się na zasadzie umów dwustronnych tylko w stosunkach pomiędzy jedną i tą samą gałęzią ubezpieczenia emerytalnego, czy też również — i to w jakim zakresie — w razie przejścia z jednego działu ubezpieczenia emerytalnego w jednym państwie do drugiego działu ubezpieczenia emerytalnego w państwie drugim. Główne znaczenie posiada tu sprawa ewent. zaliczania na okresy specjalnego ubezpieczenia zawodowego jednej strony okresów przebytych w ogólnym ubezpieczeniu emerytalnym strony drugiej. Także i w obrębie tego ostatniego zagadnienia trudno byłoby zauważyć pełną jednolitość w rozwiązaniu go przez poszczególne umowy bilateralne. Wydaje się, że problem ten, podwójnie skomplikowany, bo wynikający z równoczesnego przechodniego ubezpieczenia międzypaństwowego i międzydziałowego, należy do najtrudniejszych problemów międzynarodowego zachowania uprawnień.

O ile chodzi o obywatelstwo osób, objętych postanowieniami międzynarodowych umów ubezpieczeniowych, opracowanie notuje wyraźną tendencję ku przyznaniu dobrodziejstw umownych nie tylko obywatelom państw, które zawarły umowę, ale także obywatelom państw trzecich, kolejno podlegających ubezpieczeniu w obydwóch państwach — kontrahentach.

Istotą systemu trzeciego zachowania uprawnień jest zliczanie okresów ubezpieczeniowych przebytych w państwach, w których robotnik ubezpieczony był przeciw ryzykom starości, śmierci i niezdolności do pracy.

Wchodzi tu w grę w pierwszym rzędzie okresy, za które opłacono składki. Dochodzą do nich okresy zrównane z okresami składek (wypada żałować, że zagadnieniu temu, które nasuwa przy stosowaniu umów dwustronnych bardzo poważne trudności, M. B. P. nie poświęci nieco więcej uwagi). Osobno M. B. P. omawia okresy pobierania świadczeń, które również najczęściej uwzględniane są przy ustalaniu praw do świadczeń w państwie drugim. Klasyfikując zaliczanie składek, M. B. P. rozróżnia uwzględnianie ich na zachowanie uprawnień, na przebycie czasu wyczekiwania, na przywrócenie wygasłych ekspektyw, wreszcie na ustalenie prawa kontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia.

Drugą połowę zagadnienia zachowania uprawnień stanowi sprawa wymiaru świadczeń przez instytucje ubezpieczenia, w których pracownik podlegał w poszczególnych państwach ubezpieczeniu emerytalnemu.

M. B. P. rozróżnia tu świadczenia i elementy świadczeń stałe, niezależnie od długości czasu przebytego w ubezpieczeniu oraz świadczenia i elementy świadczeń zmienne, w zależności od długości czasu ubezpieczenia. Świadczenia pierwszego typu podlegają najczęściej redukcji pro rata parte temporis (o ile nie chodzi o minimalne okresy ubezpieczenia, albo o ile tylko ubezpieczenie jednej strony nie udziela świadczenia); świadczenia drugiego rodzaju pokrywane są przez instytucję, w której przebyty został okres ubezpieczenia uzasadniająca odpowiednio świadczenie, czy też odpowiednią część świadczenia. Przy wymiarze świadczeń pozostaje naogół zachowana (z zastrzeżeniem wymienionego powyżej skracania świadczeń

stałych) autonomia ustawodawstwa właściwego dla danego ubezpieczenia i danej instytucji ubezpieczeniowej. Niebrak jednak pewnych odchyleń od tej zasady.

Osobny rozdział stanowi regulowane w sposób dość niejednolity i sprzeczny zagadnienie dopłat publicznych do świadczeń ubezpieczeniowych.

Umowy są naogół co do świadczeń obciążających fundusze publiczne bardziej restryktywne niż co do świadczeń obciążających fundusze ubezpieczeniowe. Niektóre przewidują, że dodatki państwowe dzielą w całej rozciągłości losy części stałej właściwych świadczeń ubezpieczeniowych. Inne umowy stanowią, że dodatek państwowy do renty, której koszty ponoszą ubezpieczenia obydwóch państw, pokrywa w całości to państwo, w którym przebywa rencista.

System zachowania uprawnień przewidziany jest w zasadzie pod kątem widzenia warunków i założeń emerytalnych świadczeń perjodycznych — rentowych. W części ma on jednak zastosowanie również do niektórych świadczeń jednorazowych; stosuje się to zwłaszcza do świadczeń udzielanych pozostałym członkom rodziny z chwilą śmierci ich żywiciela czy to w miejsce czy też obok świadczeń rentowych na rzecz wdowy, sierot i innych członków rodziny ubezpieczonego. Umowy o zachowaniu uprawnień stosuje się najczęściej do świadczeń pieniężnych. Natomiast rozciągnięcie korzyści umownych na świadczenia rzeczowe, których z biegiem czasu w coraz szerszym zakresie udzielają ubezpieczenia rentowe, jest właściwie rzeczą przyszłości. Główną trudność stanowi tu podział między poszczególne państwa kosztów świadczeń leczniczych.

System umowny nie byłby zupełny, gdyby nie zawierał spotykaną prawie że bez wyjątku w umowach dwustronnych t. zw. klauzuli ochronnej, która przewiduje, że jeżeli suma świadczeń udzielanych przy zastosowaniu tegoż systemu przez dwa państwa jest mniejsza od świadczenia, którego udzielałoby ubezpieczenie jednego państwa na zasadzie jego ustawodawstwa wewnętrznego i z uwzględnieniem wyłącznie okresów ubezpieczeniowych przebytych w tem państwie, to zwiększa się świadczenia o tę różnicę. Nadwyżkę tę ponosi ubezpieczenie, które udzieliłoby przy stanie beztraktatowym wyższego świadczenia. Wychodząc z założenia, że możliwą jest sytuacja, w której uzupełnienie tego rodzaju należałoby się z kilku instytucji ubezpieczeniowych, niektóre umowy stanowią wyraźnie, że miarodajny byłby największy dodatek należny z tego tytułu, przyczem odnośną sumę dzieliłoby się pomiędzy poszczególne instytucje w stosunku do dodatków, któreby je obciążały.

Poważną trudność przy nawiązaniu łączności pomiędzy ubezpieczeniem emerytalnym kilku państw stanowi sprawa zastosowania we wzajemnych między nimi stosunkach klauzul o spoczywaniu lub redukowaniu świadczeń w razie ich zbiegu z rentami czy też dochodami z innego tytułu, przysługującymi rencistom; wydaje się, że — wobec rozwoju (na tle finansowego przesilenia ubezpieczeń społecznych i ogólnego kryzysu gospodarczego) klauzul tego rodzaju w poszczególnych ustawodawstwach ubezpieczeniowych — sprawa zastosowania we wzajemnych stosunkach ograniczeń tego typu będzie musiała skupić na sobie poważną uwagę przy zawieraniu umów ubezpieczeniowych.

Zagadnienie udzielania świadczeń nasuwa pytanie, czy uprawniony winien wnosić swe roszczenia do instytucji ubezpieczeniowych wszystkich państw, w których kolejno ubezpieczeniu podlegał, czy też tylko do jednej instytucji i jeżeli tak, to do której. O ile chodzi o dalsze stadja likwidacji świadczeń, wchodzi tu w grę analogiczna alternatywa wypłaty pełnego

świadczenia (stanowiącego sumę rent częściowych należnych z poszczególnych państw) przez jedną jedyną instytucję ubezpieczeniową, czy też przez każdą z tych instytucji z osobna. Rolę stosunkowo drugorzędną odgrywa zagadnienie sposobu wypłat w razie pobytu uprawnionych zagranicą, sprawa możliwości zastąpienia niewielkich świadczeń rentowych, odpowiadających udziałowi ubezpieczenia jednego z państw obciążonych, w drodze udzielenia jednorazowej odprawy kapitałowej, sprawa udzielenia — w razie sporu o to, kogo ma obciążać — świadczenia tymczasowej renty i t. p.

Drugie wielkie zagadnienie zachowania uprawnień obok zachowania uprawnień ekspektatywowych stanowi zagadnienie zachowania uprawnień do świadczeń już płynnych. Jakkolwiek nie zostało ono jeszcze rozstrzygnięte przy sposobności materialnej reglamentacji ubezpieczenia emerytalnego na ostatniej sesji Konferencji, to jednak w jednym z artykułów konwencji o ubezpieczeniu na starość robotników przemysłowych i analogicznych artykułach innych konwencji emerytalnych doczekało się częściowego załatwienia przez przyjęcie tezy, że w razie wypłaty świadczeń zagranicę obywatelom własnym muszą one być udzielane w tym samym zakresie i na tych samych warunkach przebywającym zagranicą obywatelom państw — kontrahentów. Zdaje się, że żadne względy rzeczowej i technicznej natury nie stały na przeszkodzie dalej idącemu załatwieniu łącznie z ustaleniem międzynarodowego prawa emerytalnego również i sprawy zachowania świadczeń nabytych, nie przemawiały za odłożeniem go do unormowania zachowania ekspektatyw. Wobec tego, że Konferencja wypowiedziała się za połączeniem sprawy zachowania uprawnień do świadczeń płynnych ze sprawą zachowania ekspektatyw, stanowić ona będzie przedmiot prac najbliższej sesji Konferencji i znaleźć razem z nią uwzględnienie w konwencji, która według wszelkiego prawdopodobieństwa uchwalona zostanie w drugiej dyskusji na XIX sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy w r. 1935. To też przygotowane przez M. B. P. opracowanie, zawiera również informacje tak o stanie ustawodawstw w tym zakresie, jak i o rozwiązaniach, jakie przynoszą poszczególne umowy dwustronne.

Sprawa powyższa technicznie znacznie mniej skomplikowana i sprowadzająca się w istocie rzeczy do uchylenia możliwych w tej mierze ograniczeń, związanych z pobytym zagranicą, nie nastrocza jednak większych trudności i nie wymaga zbyt szczegółowego rozpatrzenia. To też M. B. P. słusznie nie poświęca sprawie tej przesadnej i nadmiernie szczegółowej uwagi.

O ile chodzi o samo meritum sprawy, M. B. P. nie kryje się z opinią przychylną możliwie daleko idącemu i szerokiemu uwzględnieniu postulatu zachowania uprawnień, polemizując z argumentami wysuwanymi przez przeciwników tego postulatu (trudność wypłaty świadczeń uprawnionym przebywającym zagranicą, i sprawowanie nad nimi kontroli, wreszcie obawa przed niekorzystnymi następstwami wypłat z punktu widzenia bilansu płatniczego. Z kolei rozpatruje różne typy ograniczeń, polegające na uzależnianiu wypłaty świadczeń od zgody instytucji ubezpieczeniowej na wypłatę świadczeń zagranicę, na zastępowaniu renty odprawą kapitałową oraz na zawieszaniu lub odmawianiu wypłaty świadczeń lub części świadczeń, obciążających fundusze publiczne.

M. B. P. systematyzuje dalej w sposób bardzo logiczny i przejrzysty różne rozwiązania, przyjęte przez poszczególne ustawodawstwa, dzieląc je na pięć wielkich grup.

Do pierwszej należą ustawodawstwa, które przewidują zachowanie uprawnień. Należą tu państwa, w których świadczenia opierają się wyłącznie na skłódkach i należne są uprawnio-

nym bez względu na ich obywatelstwo i miejsce pobytu, państwa, które również i w razie pobytu w kraju odmawiają obywatelom obcym dodatków z funduszy publicznych, wreszcie państwa, które, przewidując współdziałanie państwa w świadczeniach ubezpieczeniowych, udzielają dodatków opartych na funduszach państwowych tak obywatelom własnym jak i obcym również i w razie pobytu zagranicą.

Do drugiej grupy należą państwa, które zachowanie uprawnień zastrzegają wyłącznie obywatelom własnym.

Państwa należące do trzeciej grupy przewidują ograniczenia, o ile chodzi o zachowanie uprawnień do świadczeń tak w stosunku do obywateli własnych, jak i obcych (wchodzą tu w grę państwa, które uzależniają zachowanie uprawnień od pozwolenia na pobyt zagranicą, które zastępują świadczenia rentowe odprawą kapitałową albo które wstrzymują pełne świadczenia albo ich część).

Czwartą i piątą grupę państw stanowią państwa, które

przewidują ograniczenia w tym zakresie w tej czy innej formie czyto wyłącznie w stosunku do obywateli własnych czy też wyłącznie w stosunku do obywateli obcych.

Część trzecią opracowania M. B. P. poświęca omówieniu ogólnych warunków wykonania umów, wyjaśniając zastosowanie ogólnych zasad prawa traktatowego do reglamentacji wzajemności ubezpieczeniowej (sprawa wejścia w życie i wygaśnięcia umów, wzajemnej pomocy administracyjnej i sądowej i rozstrzygnięcia sporów powstałych na tle stosowania postanowień umownych).

Rekapitulując, należy stwierdzić, że M. B. P. spełniło spoczywające na nim zadanie, przygotowując w sposób gruntowny i wyczerpujący międzynarodowe unormowanie zagadnienia, którego znaczenie tak na tle ogólnych stosunków międzynarodowych, jak i pod kątem widzenia skuteczności i celowości społecznego ustawodawstwa ubezpieczeniowego nie może być niedoceniane. To też należy mu się za to uznanie.

Dr. Med. CZ. P.

USTAWA SCALENIOWA A LECZENIE PRACOWNIKÓW ROLNYCH W PRAKTYCE

Zagadnienie ubezpieczeń społecznych jest nierozdzielnie związane z współczesnym ustrojem społecznym i pojęciem nowoczesnego państwa. Państwo zabezpiecza swym obywatelom bezpieczeństwo, wymiar sprawiedliwości i porządek, utrzymując w tym celu wojsko, sądy i policję. Samorządy zabezpieczają możliwość korzystania z wody, elektryczności, gazu wzamian za płacone przez obywateli podatki i opłaty, które są właściwie składkami społecznymi na rzecz ogólnego dobra. Skasowanie ubezpieczeń społecznych byłoby powrotem do czasów średniowiecza, cofnięciem kultury i zahamowaniem postępu.

Mały przykład tych możliwości dają nam wprowadzone w życie artykuły 212 i 213 ustawy scaleniowej. Artykułami temi zostali zwolnieni robotnicy rolni w Wielkopolsce z przysmusu należenia do kas chorych (ubezpieczalni społecznych). Wprawdzie ustawa przelewa obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej na pracodawców, a rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 24.X. 1933 r. dokładnie określa rozmiary pomocy leczniczej, jednak **5-cio miesięczne doświadczenie wykaże, że dotychczas rozporządzenie to pozostało na papierze** a interes materialny pracodawców wysuwa się na pierwsze miejsce. Ubezpieczalnie społeczne z natury rzeczy muszą dostosowywać swe wydatki do ram budżetu i ograniczać nadmiernie wykorzystywanie świadczeń przez jednostki na szkodę ogółu ubezpieczonych. Niema w nich jednak hamowania lecznictwa tam gdzie potrzeba jego rzeczywiście istnieje. W tej myśli pewne kategorie chorych i chorób np. dzieci do 3 lat, choroby zakaźne, weneryczne, gruźlica i t. d. zostały zwolnione z wszelkich dopłat. Pracodawca natomiast, który płaci koszty leczenia swego robotnika, jest bezpośrednio zainteresowany w tem, by płacić jak najmniej i ogranicza wszelkimi sposobami swe wydatki, utrudniające pracownikom leczenie. Powiedzieć można, że **z dniem 1 listopada 1933 r. wieś Wielkopolska przestała się leczyć**, a ilość robotników rolnych i członków ich rodzin leczących się obecnie sięga najwyżej 5% liczby leczonych poprzednio przez kasy chorych. Przekazy do lekarza wydaje się tylko w wyjątkowo ciężkich wypadkach i zapowiada się otwarcie, że robotnicy, którzy za dużo będą się leczyć, zostaną zwolnieni z pracy. Ludzie wobec

tego boją się korzystać z leczenia. Wprawdzie jest możliwość skargi do władz administracyjnych, ale rzecz zrozumiała, że skarga w tych warunkach równa się także utracie pracy, więc skarg niema i będą chyba w wyjątkowych wypadkach. Niezadowolone jednak i rozgoryczone po wsiach jest powszechne. Pracodawcy opłaci się nawet ryzyko zapłacenia 100 czy 200 zł. kary w wyjątkowym wypadku, podczas gdy pieniądze płacone poprzednio kasom chorych pozostają w jego kieszeni. Nie dziwnego, że w tych warunkach rozwija się w zastraszający sposób leczenie pokątne przez rozmaitego rodzaju oszustów wędrujących po wsiach i wyludzkających ostatnie grosze z kieszeni naiwnych. Powstaje nowy rodzaj handlu domokrażnego lekarstwami potajemnie fabrykowanymi. Handlarze ci noszą w walizkach lub poprostu w kieszeniach rozmaite cudowne krople i maści. W wypadku przychwylenia takiego handlarza przez policję tłumaczy się on zwykle, że lekarstw nie sprzedaje a rozdaje dla reklamy.

Paragraf 5 cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej mówi, że robotnicy rolni, których zatrudnienie niema charakteru stałego ani sezonowego uzyskują prawo do świadczeń ze strony pracodawcy dopiero z 26-tym dniem zatrudnienia. Otóż t. zw. deputantów zatrudnionych stale w majątkach ziemskich jest niewiele, większość to robotnicy pracujący dorywczo. Ci są faktycznie pozbawieni nawet problematycznej pomocy lekarskiej, gdyż po 26-ciu dniach można ich poprostu nie przyjąć do dalszej pracy o ile wiadomo, że ktoś z rodziny jest chory i trzeba za niego płacić. Nie mówię już o drobnych rolnikach. Ci są tak słabi finansowo, że nie mogą zapewnić swym robotnikom najskromniejszego leczenia. Średnia nawet własność nicraz nie podoba wymaganiem nowoczesnego lecznictwa, o ile naturalnie chciałaby sumiennie wykonać swe obowiązki. Obecny stan lecznictwa na wsi jest cofnięciem się o kilkadziesiąt lat wstecz i grozi bezpowrotnym zmarnowaniem drogo opłaconego przez kasy chorych wysokiego poziomu zdrowotnego wsi Wielkopolskiej. Oplakany jest los chorych na choroby przewlekłe, weneryczne i gruźlicę, potrzebujących systematycznego leczenia. Niema obecnie mowy o dokładnych kuracjach lub sanatoryjnym leczeniu gruźlików. Nie są leczone dzieci i kobiety, tak często

nego. Zasiłek pieniężny należy się nie krócej niż przez 39 tygodni w poszczególnym wypadku choroby ubezpieczonego. Świadczenia dla członków rodzin — pomoc lekarska i lekarstwa (art. 110) mają być zupełnie bezpłatne; w art. 111 dodać, że do członków rodziny prócz małżonki i dzieci zaliczają się także rodzice i dziadkowie.

2) Prawo do pobierania zasiłku pieniężnego przysługiwać będzie od pierwszego dnia choroby wszystkim ubezpieczonym (art. 115 jako sprzeczny z tą zasadą skreślić w całości).

3) Ubezpieczeni, którzy skutkiem utraty zarobku nie mogą uiszczać opłat, jeżeli przedtem byli ubezpieczeni conajmniej przez ostatnie 6 tygodni lub w ciągu ubiegłych 12 miesięcy conajmniej przez 26 tygodni, o ile wypadek choroby zajdzie nie później niż przed upływem 4 tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia — zachowują prawo do pełnych świadczeń przez czas ustalony w p. 1 t. j. 39 tygodni.

Aż do czasu wygaśnięcia obecnego masowego bezrobocia mają bezrobotni i ich rodziny prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i lekarstw.

4) Świadczenia dla inwalidów wypadkowych podwyższa się na 80 do 100%, dla inwalidów pracy i starców na 40 do 75% ich policzalnego zarobku.

Najwyższa granica wieku starczego nie powinna wynosić więcej aniżeli 55 lat.

Emerytury starcze wypłacone według art. 302, 303, 304 ustawy podwyższyć o 100%, aby wynosiły odpowiednio do dzisiejszych warunków przynajmniej 40 do 50 zł. miesięcznie, a nadto, aby objęły tych, którzy w ciągu ostatnich 14 lat pozostawali przynajmniej 2 lata w pracy.

5) Robotnicy rolni wszystkich kategorii winni być objęci wszelkiego rodzaju ubezpieczeniami (chorobowemi, wypadkowemi, na starość).

6) Celem zrealizowania tych wskazań należy: a) przywrócić pełny samorząd ubezpieczonych we wszystkich stopniach i zakładach ubezpieczenia; b) uprościć i zdecentralizować administrację; c) znieść zupełnie zbędnych i wysoko płatnych komisarzy i dyrektorów, a zastąpić ich honorowymi i bezpłatnymi wybieralnymi członkami zarządów i ich przewodniczącymi; d) podnieść do wysokości $\frac{1}{3}$ całej składki opłaty na rzecz ubezpieczenia, uiszczane przez przedsiębiorców, oraz podnieść odpowiednio dopłaty ze skarbu państwa“

ZAOPATRZENIA INWALIDZKIE DLA STARCÓW

Bezpośrednio po ukonstytuowaniu się, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przystąpił do przyznawania i wypłaty zaopatrzeń inwalidzkich z mocy art. 302 i 303 ust. o ub. społ.

Na obszarze b. dzielnic rosyjskiej i austriackiej zaopatrzenia te są — do czasu przebycia okresu wyczekiwania przez objętych z dniem 1 stycznia b. r. ubezpieczeniem emerytalnym robotników — jedynymi świadczeniami rentowemi Zakładu.

W ciągu pierwszego półrocza b. r. korzystać z zaopatrzeń mogą tylko robotnicy, mający ukończone 65 lat życia (art. 302 ust. 1 i 303 ust. 4). Po przebyciu w ubezpieczeniu 26 tygodni będą mogli ubiegać się o nie mający ukończone 60 lat, pod warunkiem jednak stwierdzenia niezdolności do zarobkowania, działalność zatem świadczeniowa Zakładu dozna znacznego rozszerzenia.

W najbliższym czasie następować będą również przyznania zaopatrzenia dla członków rodziny robotnika — wdów i sierot. Do tych zaopatrzeń uprawniona jest rodzina pozostała po pobierającym już zaopatrzenie, bądź po ubezpieczonym w wieku 60 lat, posiadającym conajmniej 26 tyg. składkowych. Dotych-

czas jednak przyznane zaopatrzenia dotyczą samych tylko robotników mających ukończone 65 lat życia.

Wysokość zaopatrzenia, ustalona rozporządzeniem Ministra Op. Społ. na 20 zł. miesięcznie, nie jest zasadniczo niższa od dotychczas dostępnych dla robotników świadczeń emerytalnych, a więc rent na zasadzie Ordynacji Ub. Niem. w województwach poznańskim i pomorskim, rent Kas brackich w Małopolsce (25 zł. mies.), emerytur z Kas brackich na terenie zagłębia dąbrowskiego i wypłacanych przez niektóre większe przedsiębiorstwa wsparć, nieopartych na szczególnym tytule prawnym (10 — 30 zł. mies.).

Wykorzystując uprawnienia, zawarte w rozporządzeniu Min. Op. Społ. z 28.XII.1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103 poz. 812) Zakład powierzył do odwołania przyznawanie zaopatrzeń inwalidzkich właściwym ubezpieczalniami społecznymi, działającym w tym zakresie w ramach wydanego przez Izbę regulaminu podług ścisłych wskazówek Zakładu. Wypłata zaopatrzeń należy wyłącznie do Zakładu.

Prace organizacyjne zostały przeprowadzone możliwie najszybciej. Jeszcze w ciągu stycznia b. r. wydany został wspomniany regulamin Izby, dostarczone zostały ubezpieczalniami wszelkie potrzebne druki i wydane niezbędne zarządzenia. Dotychczas Zakład wydał już 6 okólników, zawierających wskazówki i instrukcje, dotyczące przyznawania zaopatrzeń. Dla udostępnienia warstwom robotniczemu znajomości nowych uprawnień, wydał Zakład stosowne pouczenie w formie ulotki. Poza to dla ułatwienia uzyskiwania zaświadczeń o braku środków utrzymania, wydawanych przez władze samorządowe lub administracyjne, opracował Zakład i wydał specjalny formularz tego zaświadczenia, wprowadzony już dość powszechnie w użycie.

Wypłatę pierwszych zaopatrzeń rozpoczęto dn. 12 lutego. W ciągu 6 tygodni do dn. 26 marca ilość przyznanych zaopatrzeń przekroczyła już 2 tys. (2026).

Przyznane zaopatrzenia inwalidzkie przypadają na następujące ubezpieczalnie:

| | | | |
|-----------------------|-----|------------------------|--------------|
| Baranowicze | 1 | Nowy Sącz | 28 |
| Biała | 128 | Ostrowiec | 5 |
| Bielsko | 283 | Pabjanice | 153 |
| Białystok | 6 | Pińsk | 10 |
| Ciechanów | 3 | Piotrków | 23 |
| Chrzanów | 64 | Płock | 11 |
| Częstochowa | 53 | Przemyśl | 24 |
| Czortków | 1 | Radom | 78 |
| Drohobycz | 46 | Rzeszów | 3 |
| Jarosław | 3 | Siedlce | 18 |
| Kalisz | 11 | Sosnowiec | 255 |
| Kielce | 15 | Stanisławów | 5 |
| Kołomyja | 4 | Stryj | 10 |
| Kraków | 43 | Tarnopol | 1 |
| Kutno | 37 | Tomaszów | 38 |
| Lublin | 65 | Warszawa | 260 |
| Lwów | 58 | Włocławek | 14 |
| Łódź | 203 | Złoczów | 1 |
| Łuck | 2 | Żyrardów | 40 |
| Łomża | 9 | Razem | 2 026 |

Liczby powyższe nie mogą bynajmniej dawać poglądu na liczbę uprawnionych do świadczeń na poszczególnych terenach, odzwierciedlają one raczej stopień organizacji prac ubezpieczalni a przedewszystkiem są one ściśle związane z czasem potrzebnym dla uzyskania koniecznych dokumentów (metryki, dowodu obywatelstwa, zaświadczeń z poprzedniej pracy, zaświadczeń o braku środków utrzymania). Według nadesłanych przez ubezpieczalnie sprawozdań liczba zgłoszonych i zarejestrowanych

roszczeń już z końcem lutego wynosiła 4174, w szeregu jednak szczególnie większych ubezpieczalni uzyskanie wspomnianych dokumentów trwa kilka tygodni (w Warszawie na 1.III zarejestrowano 1307 roszczeń, mogło być załatwione 41, w Łodzi 737 i 34 i t. p.).

Zarówno z podanego wyżej zestawienia, jak i z sprawozdań ubezpieczalni wynika, że akcja przyznawania zaopatrzeń obejmuje w największym stopniu teren b. Królestwa i zachodniej Małopolski łącznie z Śląskiem Cieszyńskim.

Natomiast na 4 województwa wschodnie przypada aż 13 przyznanych zaopatrzeń. Większość ubezpieczalni z wileńską na czele (Wilno, Lida, Grodno, Brześć, Równe, Kowel, Dubno) nie przystąpiło jeszcze do przyznawania zaopatrzeń. Również brak dotąd decyzji z szeregu ubezpieczalni w środkowej i wschodniej Małopolsce (Zakopane, Tarnów, Tarnobrzeg, Krosno, Brzeżany), z obszaru b. Kongresówki brak jedynie Zamościa.

Oczywiście wyżej podane cyfry nie stanowią żadnej podstawy dla przewidywań co do ogólnej liczby uprawnionych do zaopatrzeń inwalidzkich.

Wspomnieć należy jeszcze o kilku zagadnieniach, które wyłoniły się już w początkowej fazie działalności Zakładu i w najbliższej przyszłości będą musiały znaleźć definitywne rozwiązanie.

Najwięcej trudności tak formalnych jak i merytorycznych nasuwa stwierdzenie braku środków utrzymania. Cytowane rozporządzenie Min. Op. Społ. wymaga dołączania do roszczeń zaświadczenia właściwej władzy o braku środków utrzymania. W praktyce jednak władze administracyjne i samorządowe bądź wydają zaświadczenia stereotypowe, nie oparte na zbadaniu stanu materialnego petenta przez swe organa, bądź — częściej — ograniczają się do opisu tego stanu, nie decydując w własnym zakresie, czy dany stan materialny należy uważać za brak środków utrzymania. Na instytucje ubezpieczeniowe spada zatem konieczność oceny i decyzji w tych zagadnieniach, co jest o tyle trudne, że wobec konieczności uwzględniania warunków lokalnych i indywidualnych (stan rodzinny) ustalenie jednolitych konkretnych kryteriów jest w praktyce nieosiągalne.

Szczególne trudności budzą trzy często napotymane kwestje:

1. Posiadacze domów wraz z skrawkami gruntu lub karłowatych gospodarstw rolnych (zach. Małopolska, woj. Kielecki) — w tej sprawie Zakład stoi na stanowisku, że pod uwagę brać należy przedewszystkiem osiągnany dochód (czynsze i t. d.).

2. pracownicy pozostający nadal w zatrudnieniu nisko wynagradzanem (n. p. dozorczy w miastach prowincjonalnych, nie otrzymujący płacy w gotówce lub płace kilkozłotowe).

3. b. długoletni robotnicy szeregu większych przedsiębiorstw otrzymujący od pracodawców nie oparte na tytule prawnym wsparcia, przyczem z reguły pracodawcy zapowiadają wstrzymanie wypłaty tych wsparć dla uprawnionych do zaopatrzenia.

Duże trudności napotyka niejednokrotnie stwierdzenie 4-letniego okresu zatrudnienia w czasie między 1.I.1930 a 1.I.1934 r. Trudności te dotyczą robotników sezonowych (budowlanych), zatrudnianych przez licznych pracodawców w ciągu krótkich okresów czasu, oraz robotników przedsiębiorstw zlikwidowanych, po których nie pozostały żadne księgi. Dowód ze świadków w tych sprawach jest dla ubezpieczalni trudny do przeprowadzenia, mógłby on być stosowany w większym zakresie dopiero przez instancje odwoławcze t. j. przez Sady Rozjemcze, mające możliwość przesłuchiwania pod przysięgą. Z nielicznymi wyjątkami (Kraków) brak jest w ubezpieczalniach materiałów ewidencyjnych, na podstawie których możnaby stwierdzić okresy ubezpieczenia na wypadek choroby w latach poprzednich, lub też odnośne materiały są nieuporządkowane, tak że w praktyce ten

sposób stwierdzenia warunku poprzedniej pracy nie może być brany pod uwagę.

Całkowicie od instytucji ubezpieczeniowych niezależne są napotymane przez uprawnionych trudności w uzyskaniu dowodu obywatelstwa, szczególnie w Małopolsce, gdzie zarządy gmin odmawiają wydawania zaświadczeń przynależności do gminy, stanowiących podstawę dla stwierdzenia obywatelstwa. Te trudności, jak również trudności w uzyskiwaniu aktów stanu cywilnego, okazały się niewątpliwie największe w województwach wschodnich i być może stanowią one jedną z głównych przyczyn zanikającej liczby roszczeń z tego terenu.

Pierwsze doświadczenia co do współdziałania ubezpieczalni społecznych z Zakładem przy przyznawaniu świadczeń z zakresu ubezpieczenia emerytalnego robotników, wypadają naogół zadowalająco i pozwalają na pomyślnie horoskopy. Ubezpieczalnie wykazują duże zrozumienie dla powierzonych im nowych zadań i staranność w ich pełnieniu, pewne zaś wymagające i ostrykcyjne usterki musi się w znacznej mierze przypisać niesłychanie trudnym warunkom pracy w tych instytucjach w ciągu pierwszych miesięcy obowiązywania ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

R. G.

UBEZPIECZENIE SŁUŻBY DOMOWEJ.

Jedną z bardziej aktualnych spraw jakie wyłoniły się na tle ustawy o ubezpieczeniu społecznym jest kwestja obliczania i wysokości składek za służbę domową. Do chwili wejścia w życie ustawy scaleniowej kwestja ta traktowana była przez b. Kasy Chorych lokalnie i składki w formie zryczałtowanej obliczano na podstawie przeciętnego miejscowego zarobku. Takie ujęcie sprawy jako najdogodniejsze tak dla instytucji ubezpieczeniowych jak i pracodawców nie spotykało się ze sprzeciwami.

Z chwilą wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym została rozpisana przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych ankieta w omawianej sprawie do wszystkich Ubezpieczalni Społecznych. Wynikiem tej ankiety było opowiedzenie się ogromnej większości Ubezpieczalni za utrzymaniem dotychczasowego stanu rzeczy t. j. zryczałtowanych składek za służbę domową, obliczonych na podstawie przeciętnych zarobków.

W międzyczasie rozpoczęły się ostre ataki prasy na kwestję ubezpieczenia służby domowej, przewidujące, w związku z nowymi rodzajami ubezpieczeń wprowadzonymi przez ustawę scaleniową (oprócz ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczenie od wypadku i emerytalne), zbyt wysokie składki niewspółmiernie obciążające budżety domowe, co w rzeczywistości musiałyby pociągnąć masowe zwalnianie służby domowej, a tem samem wzrost bezrobocia. Celem zapobieżenia takiemu obrotowi sprawy Ministerstwo Opieki Społecznej przystąpiło do uregulowania kwestji ubezpieczenia służby domowej i zwołując konferencję z przedstawicielami Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie postanowiło kwestję tę wszechstronnie rozpatrzyć. W wyniku odbytych narad stwierdzono, że sprawa ustalenia przeciętnych zarobków dla różnych kategorii pracowników w myśl art. 16 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniu społecznym wymaga dłuższego czasu dla przestudowania i opracowania odnośnych materiałów. Ponieważ jednak kwestja ustalenia sposobu pobierania składek w stosunku do niektórych zawodów, a specjalnie w stosunku do służby domowej i dozorców domowych, wymaga rychłego załatwienia, przeto do czasu ewentualnego rozstrzygnięcia sprawy w płaszczyźnie przepisów art. 16 ust. 4 ustawy zalecono Ubezpieczalniam społecznym stosować do służby domowej (służących i dozorców domowych) albo zasadę zarobków lokalnych po myśli art. 15 ust. 4 ustawy, t. j. w razie niemożności ustalenia zarobku rzeczywistego, albo zasadę zarobków rzeczywistych z tem, że

Prócz tych reform na niekorzyść ubezpieczonych należy podnieść, że w pewnym kierunku nawet nastąpiło polepszenie świadczeń w ubezpieczeniu chorobowym, nieznacznie wprawdzie, a dotyczące członków rodziny ubezpieczonego.

Jeżeli jednak w chorobowym krótkoterminowym ubezpieczeniu z konieczności naogół nastąpiło pewne obniżenie świadczeń, to znów w ubezpieczeniu robotniczym emerytalnym nastąpiło podwyższenie świadczeń bez podwyższenia składki i bez dopłat państwa, tak iż ogólnie biorąc, nie można mówić o bezwzględnej obniżeniu składki w ubezp. społ. w Czechosłowacji, lecz właściwie o przegrupowaniu świadczeń z jednego ubezpieczenia na drugie, z krótkoterminowych na długotrwałe i wartość ustawy o ubezp. społ. dla ubezpieczonych wogóle pozostała jakby bez zmiany.

Zmiany w ubezpieczeniu emerytalnym dotyczą przede wszystkim podwyższenia rent starczych ubezpieczonych, którzy wskutek krótkiego trwania ubezpieczenia mają prawo do stosunkowo niskich rent. Jest to t. zwany „Alterszuschuss“ — dodatek do renty z powodu wieku. W myśl projektu noweli ubezpieczenia lub renciści, którzy do 31.XII.1931 przebyli okres wyczekiwania otrzymają dodatki do renty w wysokości kwoty, która powstanie z pomnożenia 1/2 przeciętnej rocznej kwoty wzrostu renty przez liczbę lat, o którą dana osoba była starsza ponad 27 lat w 1926 r. Przepiętna roczna kwota wzrostu równa się 1/2 kwot wzrostu w czasie od 1.I.1927 — 31.XII.1931 r. Rozumie się, że z chwilą wzrostu rent zasadniczych (inwalidzkich

i starczych) wzrastają także ewentualne przyszłe renty pochodne (wdowie i sieroce). W cyfrach to podwyższenie rent wypadnie w ten sposób, że zamiast obecnych rent, wynoszących rocznie 1200—1600 koron, podwyższone renty wahać się będą w granicach 1200—2600 koron, i to zależnie od wieku rencisty. Podwyższenie rent będzie miało bezsprzecznie i ten skutek, że wskutek podwyższenia rent, część rencistów, mając znośne renty, przestanie pracować, co zmusi do odciążenia stanu bezrobocia. Dalszą ważniejszą projektowaną zmianą, jest niżenie granicy wieku z 65 na 60 lat przy bezwzględnych rentach wdowich (uprawnionych do renty bez względu na zdolność do pracy).

Projektowana nowela, jak widzimy, przepojona jest głęboką troską o los ubezpieczenia i ubezpieczonych, a zawarte w niej zmiany świadczą o dużym zrozumieniu istoty i zadań ubezp. społ. w czasach przeżywanego kryzysu gospodarczego. (Soziale Rundschau Nr. 6 — 10 z 1933 r. str. 1 — 66, Nr. 1 — 2 z 1934 r. str. 2 — 4, 7 — 16).

DZIAŁALNOŚĆ ŚWIADCZENIOWA CENTRALNEGO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W CZECHOSŁOWACJI,

W Nr. 2 z b. r. organu Zakładu „Mitteilungen der Zentralsocialversicherungsanstalt“ zamieszczone są pewne dane cyfrowe, oświetlające działalność świadczeniową Zakładu.

Z danych tych wynika, że w 1933 roku wpłynęło:

| | | | |
|----------------------------|--------|--|--------|
| podają o renty inwalidzkie | 47,911 | z czego załatwiono pomyślnie (przyznano) | 34,962 |
| „ „ starcze | 8 408 | „ „ „ | 7,266 |
| „ „ wdowie | 6.033 | „ „ „ | 4.510 |
| „ „ sieroce | 5.340 | „ „ „ | 5.056 |
| „ o odpr. wsk. zamążp. | 49.865 | „ „ „ | 44.958 |
| „ wskut. śmierci ubezp. | 7.201 | „ „ „ | 7.204 |

Od 1926 r. począwszy do końca 1933 r. wpłynęło podań

| | | przyznano | odmówiono |
|--|---------|-----------|-----------|
| o renty inwalidzkie | 117 600 | 86 109 | 27 161 |
| „ starcze | 15 308 | 13 183 | 2 097 |
| „ wdowie | 21 350 | 15 717 | 5 138 |
| „ sieroce | 19 510 | 19 257 | 2 136 |
| (łącznie podania) o odprawy wskutek zamążpójścia | 227 946 | 203 357 | 18 712 |

Stan rent w latach 1929 — 1933

| w końcu roku | inwal. | starcze | wdowie | sieroce | razem |
|--------------|--------|---------|--------|---------|---------|
| 1929 | 604 | 1 | 1 007 | 1 444 | 3 056 |
| 1930 | 6 062 | 11 | 3 399 | 4 752 | 14 224 |
| 1931 | 20 495 | 916 | 6 680 | 8 712 | 36 803 |
| 1932 | 44 801 | 5 661 | 10 263 | 12 736 | 73 461 |
| 1933 | 73 330 | 12 375 | 14 171 | 17 327 | 117 203 |

Ogółem wypłacono w latach 1926 — 1933

(koron)

| rok | r. inwalidzkie | r. starcze | r. wdowie | r. sieroce | odprawy wskutek | | razem |
|-------|----------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | | | | zamążpójścia | śmierci | |
| 1926 | | | | | | 463 059,60 | 463 059,60 |
| 1927 | | | | | | 3 550 516,70 | 3 550 516,70 |
| 1928 | | | | | | 4 397 782,90 | 4 397 782,90 |
| 1929 | 470 795,90 | 2 317,60 | 415 808,60 | 503 943,70 | 10 742 400 | 4 042 310,30 | 16 177 576,10 |
| 1930 | 6 277 644,40 | 15 784,06 | 1 916 924,05 | 2 170 894,84 | 19 252 300 | 5 037 108,25 | 34 670 655,60 |
| 1931 | 23 560 995,82 | 625 082,39 | 3 989 131,99 | 4 152 713,39 | 21 656 700 | 5 150 093,05 | 59 134 716,64 |
| 1932 | 54 348 243,28 | 5 835 350,90 | 6 261 311,20 | 6 177 420,80 | 22 127 800 | 5 550 515,15 | 100 300 641,33 |
| 1933 | 91 968 142,45 | 14 663 497,35 | 8 981 751,42 | 8 550 028,50 | 21 058 425 | 6 211 786,85 | 151 433 631,57 |
| razem | 176 625 821,85 | 21 142 032,30 | 21 564 927,26 | 21 555 001,23 | 94 837 625 | 34 403 172,80 | 370 128 580,44 |

W 1933 roku wypłacono tytułem rent:

| | | |
|--------------|----------------|-------|
| inwalidzkich | 91.968.142,45 | koron |
| starczych | 14.663.497,35 | „ |
| wdowich | 8.981.751,42 | „ |
| sierocych | 8.550.028,50 | „ |
| razem | 124.163.419,72 | „ |

Tytułem jednorazowych odpraw wskutek:

| | | |
|-----------------|---------------|-------|
| zamążpójścia | 21.058.425.— | koron |
| śmierci ubezp. | 6.211.786,85 | „ |
| tytułem zapomóg | 365.493.— | „ |
| razem | 27.635.704,85 | koron |

DZIAŁALNOŚĆ KAS CHORYCH W AUSTRII W 1932 R.

„Wiadomości Urzędowe“ Ministerstwa Administracji Społecznej (Nr. 1/2 z 1934 r., str. 37—49) zawierają statystykę robotniczych Kas Chorych za 1932 rok. Z cyfr przytoczonych w wymienionym organie urzędowym podajemy najważniejsze.

Kas chorych w roku sprawozdawczym było 63 (statystyka nie uwzględnia kas górniczych i 7 kas przedsiębiorstw komunikacyjnych), w tem 33 terytorjalnych, 18 fabrycznych, 5 kas stowarzyszeniowych i 7 związkowych. Ilość ubezpieczonych wynosiła przeciętnie w ciągu roku 793.016 osób (kobiet 356.866) t. j. o 115.064 osób mniej niż w 1931 roku, przyczem w kasach terytorjalnych było ubezpieczonych 650.428 osób i prawie połowa ubezpieczonych — 386.634 przypadała na Kasy Wiedeńskie; najwięcej ubezpieczonych było 1 czerwca — 848.591, najmniej 31.XII.1932 — 703.652; na 100 ubezpieczonych było 55,3 mężczyzn i 44,7 kobiet; na 1000 ubezpieczonych w najwyższej grupie zarobkowej było 401 osób.

Na 100 ubezpieczonych 47 przeciętnie chorowało, przyczem zachorowań było 61,7 i przeciętna choroba trwała 20,2 dni. Na 100 ubezpieczonych kobiet przypadało 2,58 położeń. Cyfra chorobowości (Morbiditysziffer) wynosiła 13,07, przyczem dla mężczyzn 13,24 a dla kobiet (łącznie z położami) 12,86. Na 100 ubezpieczonych przypadało przeciętnie 0,84 wypadków śmierci. W sprawozdaniu podkreślono, że stosunki chorobowe i śmiertelności w roku sprawozdawczym korzystniej się kształtowały niżli w 1931 r.

Działalność kas finansowa przedstawiała się następująco: ogólne wpływy wyniosły 95.020.464 szyl. a wydatki 97.521.036 szyl., niedobór więc wyniósł 2.500.572 szyl. (w roku 1931 była nadwyżka 1.517.695 szyl.). Przepis składek wyniósł 84.877.298 szyl., wydatki na świadczenia wyniosły 78.598.197 szyl., z czego na zasiłki 30.911.195 szyl., na pomoc lekarską 22.734.262 szyl., na środki lecznicze 9.663.987 szyl., na koszty szpitalne 14.122.284 szyl. i na zapomogi pośmiertne 1.166.469 szyl.

Na jednego ubezpieczonego przypadało przeciętnie wydatków na świadczenia: w kasach terytorjalnych 98,60 szyl., fabrycznych 126,24 szyl., stowarzyszeniowych 116,35 szyl. i w kasach związkowych 83,60 szyl., we wszystkich kasach ogółem przeciętnie 98,49 szyl.

Koszty administracyjne wyniosły (brutto) 14.589.971 szyl., po uwzględnieniu zaś kwot zwrotu od innych instytucji za ściąganie składek (głównie ubez. na wypadek bezrobocia), właściwe koszty administracyjne Kas Chorych wyniosły 10.334.057 szyl. t. j. 10% wszystkich wpływów i wynosiły na 1 ubezpieczonego przeciętnie 12,95 szyl.

Stan majątkowy Kas Chorych przedstawiał się następująco: aktywa 62.398.465 szyl. i pasywa 29.321.254 szyl.

| Aktywa: | | Pasywa: | |
|----------------|-----------------|------------------|---------------|
| gotówka | 1.063.500 szyl. | Pożyczki | 912.730 szyl. |
| papiery wart. | 1.434.120 „ | niesł. pretensje | 4.127.723 „ |
| pożycz. hipot. | 1.831.020 „ | długi na nie- | |
| nieruchom. | 13.695.268 „ | chomościach | 482.237 „ |
| lokaty w inst. | | in. zobow. | 23.798.566 „ |
| kredytów. | 15.697.967 „ | | |
| inwentarz | 4.111.024 „ | | |
| zaległ. skład. | 20.805.805 „ | | |
| różne | 3.759.761 „ | | |

REFORMA UBEZPIECZENIA ROBOTNIKÓW OD WYPADKÓW PRZY PRACY W AUSTRII.

W celu zrównoważenia dochodów i wydatków instytucji ubezpieczenia robotników od wypadków przy pracy, rząd wprowadził na mocy dekretu z dn. 21 grudnia 1933 r. pewne ograni-

czenia w warunkach udzielania świadczeń ubezpieczenia wypadkowego.

Tylko wypadki, które pociągnęły niezdolność do zarobkowania przekraczającą $\frac{1}{6}$ dadzą prawo do odszkodowania. Gdy niezdolność do zarobkowania nie wynosi więcej niż $\frac{1}{4}$, renta będzie udzielana co najwyżej na 3 lata.

Renty udzielone przed 1 stycznia 1934 r. będą płatne do końca maja 1934 r. w wypadkach niezdolności nie przekraczających $\frac{1}{6}$ i przez przeciąg roku, począwszy od 1 stycznia 1934 r. w wypadkach niezdolności od $\frac{1}{6}$ do $\frac{1}{4}$.

W ubezpieczeniu robotników kolejowych, renta będzie obliczana na podstawie wynagrodzenia rocznego w wysokości 4.800 szylingów, podczas gdy dotychczas ustalana była na podstawie płacy ogólnej. Oprócz tego nie będzie się już robiło różnicy między wypadkami, wynikającymi z eksploatacji kolejowej w ścisłym znaczeniu a innymi wypadkami przy pracy. W razie więc całkowitej niezdolności do zarobkowania, renta ustalona w wysokości $\frac{3}{4}$ wynagrodzenia rocznego nie będzie mogła przekroczyć 266 szylingów na miesiąc. Zasiłek na koszty pogrzebowe wynosić ma 180 szylingów.

Renciści i kandydaci do renty obowiązani są do poddania się oględzinom lekarskim na koszt instytucji ubezpieczeniowej. W razie odmowy, renta nie będzie udzielona lub zawieszona.

Zgłoszenia wypadków przy pracy, które dotychczas przesyłane były władzy administracyjnej będą musiały na przyszłość być przesyłane bezpośrednio do właściwej instytucji ubezpieczeniowej, która zawiadomi o nich inspekcję pracy.

Dekret przewiduje wreszcie lepsze rozgraniczenie kompetencji instytucji ubezpieczeniowych i nakłada na te instytucje opłaty przeznaczone na pokrycie częściowe kosztów kontroli, wykonywanej przez administrację centralną, których wysokość ustali minister przezorności społecznej.

(„Informations sociales“, XLIX, Nr. 8/34).

ORGANIZACJE BEZPIECZENSTWA PRACY W AUSTRII.

Organizacje poświęcone bezpieczeństwu pracy w Austrii, w ostatnich latach uległy gruntownemu przeobrażeniu i zmodyfikowaniu tak dalece, że obecnie mała republika, w przeciwieństwie do starej monarchji kroczy w pierwszym szeregu państw, wyróżniających się na polu walki z nieszczęśliwymi wypadkami.

Oficjalnie te sprawy podlegają „Ministerium für soziale Verwaltung“.

Ministerstwo korzysta z pomocy stowarzyszenia „Gesellschaft für Sozialtechnik“ jako organu doradczego i opiniodawczego. Stowarzyszenie to założone w r. 1919 jest instytucją opartą wyłącznie na składkach członków i założycieli, które mi są także i urzędy publiczne państwowe i samorządowe. Oficjalnym organem stowarzyszenia jest „Zeitschrift für Gewerbehygiene und Unfallverhütung“ wraz z dodatkiem poświęconym pożarnictwu. Pismo to, posiadające b. szeroki zakres abonentów, zawiera wiele prac oryginalnych, poświęconych specjalnie zagadnieniom z dziedziny szeroko ujętego ubezpieczenia pracy. Towarzystwo rozwija obecnie działalność utrzymaną na wysokim poziomie technicznym, badając pewne szczególne kwestje z dziedziny bezpieczeństwa pracy, ruchu kołowego i transportu. Towarzystwo opiera swą działalność na współpracy z inspektorami przemysłowymi oraz pracownikami uniwersyteckimi i politechnicznymi.

Zakłady Ubezpieczeń od Wypadków w rolnictwie (Landarbeiterversicherungsanstalten) utworzyły wspólnie specjalny dział poświęcony bezpieczeństwu pracy. Dział ten otrzymuje

zawiadomienia o bardziej charakterystycznych wypadkach, zaszytych na terenie działania także i innych zakładów ubezpieczeń i udziela porad, dotyczących zabezpieczenia przedsiębiorstw w przyszłości przed tego rodzaju wypadkami. Prowadzi on w czasopismach rolniczych systematyczną akcję propagandową z zakresu bezpieczeństwa pracy; ponadto wydał serię udatnych plakatów ostrzegawczych, odnoszących się do zabezpieczenia 4-ch maszyn najczęściej stosowanych w rolnictwie i przemyśle drzewnym. Plakaty te umiejętnie dostosowano do niższego poziomu umysłowego robotników rolnych, zwracając ich uwagę w dobitny sposób na niebezpieczne części maszyn.

Najbardziej interesującą i żywotną z pośród organizacji działających w Austrii w zakresie bezpieczeństwa pracy jest „Oesterreichische Zentralstelle für Unfallverhütung” w Wiedniu, największa w Austrii społeczna instytucja poświęcona wyłącznie propagandzie bezpieczeństwa, uprawianej we wszelkich możliwych postaciach. Jej budżet roczny wynosi około 120 tys. szylingów, a więc sumę b. znaczną, szczególnie jeśli wziąć pod uwagę trudności finansowe, w jakich Austrija stale się znajduje. Instytucja czerpie dochody z subwencji zakładów ubezpieczeń (poza ubezpieczeniami rolniczymi) zarządów gmin większych miast, zrzeszeń przemysłowych, stowarzyszeń i t. p.

Stały personel tej centrali składa się z dyrektora, 2-ch inżynierów, 6-ciu pracowników pomocniczych i kino-operatora, używanego do wyświetleń i do zdjęć oryginalnych filmów propagandowych, stanowiących specjalność centrali. Ponadto centrala rozporządza zakontraktowanymi dwoma artystami malarzami, wykonującymi ilustracje do broszur propagandowych i plakaty ostrzegawcze pod stałym dozorem komisji fachowców.

Przykład energicznej działalności tej instytucji stanowią wyniki jej pracy za jeden rok, zaliczający się do kryzysowych (1931). Wydawnictwo plakatów ostrzegawczych osiągnęło liczbę 65 typów; ponadto wydano kilkadziesiąt hasel, które rozesłano w ilości prawie 100 tys. egzemplarzy, pozyskując dla akcji około 2.300 nowych przedsiębiorstw oraz 300 dokształcających szkół zawodowych. W tymże roku rozdzielono 11 tys. starannie wydanych broszur propagandowych, z których część rozesłano jako premje za zebranie kolekcji 12 małych ulotek propagandowych dedawanych do woreczków z wypłatami robotniczymi. Centrala przeprowadza nagradzanie specjalnymi dyplomami osób zasłużonych na polu zwalczania nieszczęśliwych wypadków; wydała szereg numerów biuletynu w ilości prawie 100 tys. egzemplarzy. Centrala dociera jednocześnie do prasy fachowej codziennej, której w ciągu roku dostarczone około 600 artykułów z zakresu działania centrali.

To też nic dziwnego, że przypomina ona nowoczesnie zorganizowane biuro reklamowe, w którym wre życie i gorączkowa praca. Z metod reklamy handlowej zapożyczono wszelkie środki działania, nadając celom głębokie piętno humanitaryzmu. Specjalnością centrali, jak już wspomniano, jest opracowywanie filmów bezpieczeństwa pracy, których dotychczas wykonano dwa: „Przyczajone niebezpieczeństwo” (Die lauernde Gefahr) i „Od północy do północy” (Von Mitternacht bis Mitternacht) o łącznej długości około 3.600 metrów. Filmy te podzielono na kilkanaście aktów w ten sposób, aby każdy stanowił odrębną całość. Dzięki temu film można wyświetlać w całości np. na wykładach, lub też odrębnie podawać pewne jego części jako wkładki do innego programu. Filmy te (t. zw. Spielfilmy), wykonano na podstawie nowej metody przedstawienia niebezpieczeństwa pracy i ruchu ulicznego oraz propagandy higieny pracy ściśle związanych z akcją dramatyczną, odgrywaną przez dobrych artystów z „Burgteatru”.

UMOWA MIĘDZY AUSTRIĄ A JUGOSŁAWIĄ O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH.

Umowa w sprawie ubezpieczeń społecznych podpisana przez Austrię i Jugosławię 21 lipca 1931 r. weszła w życie 1 stycznia 1934 r.

Tym dokumentem układające się kraje uregulowały w swych stosunkach wzajemnych różne zagadnienia, wynikające z wykonywania ubezpieczeń społecznych, jak: sprawę zastosowania ustaw do pracowników, zatrudnionych kolejno w jednym i w drugim kraju, położenie pod względem ubezpieczeniowym w jednym z tych krajów obywateli drugiego kraju, zachowanie ekspektatyw oraz praw nabytych w stosunku do pracowników, którzy zmieniają miejsce zamieszkania, przemieszczając się z jednego kraju do drugiego, wzajemne udzielanie sobie pomocy administracyjnej i sądowej w sprawie ubezpieczeń społecznych.

Umowy dotyczą ogólnych systemów ubezpieczeń na wypadek choroby i od wypadków przy pracy, oraz specjalnego ubezpieczenia na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci dla pracowników w górnictwie i pracowników umysłowych (employés). Ryzyko bezrobocia wchodzi w grę tylko o tyle, o ile chodzi o zasiłki na wypadek bezrobocia w ścisłym znaczeniu tego wyrazu.

Nie jest objęte umową robotnicze ubezpieczenie na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci, które nie działa jako system normalny ani w jednym ani w drugim kraju. System przejściowy rent starczych, stosowany w Austrii i nie mający równoznacznika w drugim kraju, pozostaje poza nawiasem zawartego układu.

Główne postanowienia traktatu są następujące:

Ustawodawstwo mające zastosowanie w stosunkach między układającymi się krajami

Umowa wychodzi z założenia terytorjalnego: do przeciwników stosuje się ustawy ubezpieczeniowe, obowiązujące w miejscu ich zatrudnienia. Kryterjum to, przyjęte ogólnie w ubezpieczeniu pracowników, nie jest jednakże dostosowane do potrzeb pracowników, zatrudnionych przez tego samego pracodawcę to w jednym to w drugim kraju, a którzy przy każdym przejściu granicy musieliby zmieniać system ubezpieczenia.

W interesie ciągłości ubezpieczenia takich pracowników, układające się strony porozumiały się co do odstępstw od zasady terytorjalności. Pracownicy zwolnieni przez przedsiębiorstwo, mające siedzibę w jednym z tych krajów, celem pracy czasowej w drugim kraju, pozostają w ciągu roku pod działaniem ustawy, mającej zastosowanie w siedzibie przedsiębiorstwa, które ich zwolniło. Ustawa siedziby przedsiębiorstwa ma również zastosowanie do zajęć, wymagających pobytów wielokrotnych, nieprzekraczających jednakże sześciu miesięcy na terytorjum drugiego kraju.

To samo odstępstwo stosuje się jeszcze do personelu przedsiębiorstw transportowych użyteczności publicznej, o ile chodzi o pracowników zatrudnionych czasowo, na drogach łącznikowych i na stacjach pogranicznych nawet w sposób stały, w drugim z układających się krajów. Odstępstwo to rozciąga się na personel stały przedsiębiorstwa żegluga rzecznej państwa jugosłowiańskiego. Traktat nie zamierza jednak określać ustawy, mającej zastosowanie do załóg oraz innych osób zatrudnionych w sposób stały na statkach, odbywających żeglugę na Dunaju, co się tłumaczy — o czym zresztą świadczą prace przygotowawcze — zamiarem „przekazania jakiejś przyszłej konwencji między wszystkimi państwami naddunajskimi

pilnej sprawy uregulowania ubezpieczenia społecznego załóg dunajskich i nie przesądzania przez poszczególną umowę koniecznego uregulowania ogólnego tej kwestji”.

Równość traktowania

Ustawy austriackie i jugosłowiańskie pod względem podlegania ubezpieczeniu nie czynią żadnej różnicy między obywatelami własnymi a cudzoziemcami; z tego przeto powodu nie było potrzeby wprowadzać specjalnych postanowień.

W myśl umowy każdy z krajów udziela obywatelom drugiego kraju oraz członkom rodziny takich samych praw do świadczeń, jakich udziela swym własnym obywatelom. W stosunku do ryzyka choroby i macierzyństwa umowa przekształca w ściśle zobowiązanie na rzecz obywateli układających się krajów równość traktowania, którą dotychczas dobrowolnie przyznawało prawo wewnętrzne, co się tyczy ubezpieczenia od wypadków, traktat potwierdza tylko zobowiązanie wzięte na siebie przez oba kraje przez fakt ratyfikowania międzynarodowej konwencji w sprawie traktowania pracowników cudzoziemskich narówni z krajowymi w zakresie odszkodowania za wypadki przy pracy (Genewa, 1925).

Traktat ma natomiast bezpośrednie skutki pod względem ubezpieczenia na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci pracowników umysłowych oraz górniczych: pewne korzyści dotychczas rezerwowane tylko dla własnych obywateli zostają z samego prawa udzielane obywatelom drugiego kraju. Zasada równości traktowania nie rozciąga się jednakże na korzyści zdobyte bez żadnej kontrapozycji ze strony ubezpieczonego, które nie mają odpowiednika w ustawodawstwie drugiego kraju; tak np. uwzględnienie całkowite lub częściowe, przy obliczaniu rent austriackich, pewnych okresów zatrudnienia, które swego czasu nie pociągały płacenia składek, przysługuje ubezpieczonym narodowości jugosłowiańskiej tylko na podstawie wykupu takich okresów zapomocą składek opłaconych później, które mogą za zgodą instytucji ubezpieczeniowej być rozłożone na okres trzyletni.

Co się tyczy bezrobocia, równość traktowania obywateli obu krajów dotyczy, jak to już wyżej zaznaczono, tylko właściwych świadczeń na wypadek bezrobocia.

Zachowanie ekspektatyw.

Międzysystem austriacki i jugosłowiański, ubezpieczenia na starość i na wypadek inwalidztwa i śmierci pracowników umysłowych, zachowanie ekspektatyw zorganizowane jest na korzyść pracowników — bez względu na ich narodowość — ubezpieczonych kolejno w Austrii i w Jugosławji.

Pracownicy umysłowi, którzy należeli lub będą należeli do jednego z tych systemów, będą mogli korzystać w każdym z tych systemów z wszystkich okresów składkowych przebytych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych obu krajów. I tak, aby ustalić, czy okres wyczekiwania uprawniający do renty został ukończony, każdy system będzie jednakowo uwzględniał okresy przebyte według systemu drugiego kraju. Również, aby wiedzieć, czy prawa dotyczące opłaconych składek w jednym kraju zostają utrzymane, będzie się brało w rachubę na korzyść zainteresowanego jego przeszłość ubezpieczonego również w drugim kraju.

Ogólna liczba okresów składkowych przebytych w obu krajach nie będzie jednak dawała większych korzyści migrantom w stosunku do ubezpieczonych, którzy nie przestali należeć do ubezpieczenia jednego tylko kraju. W myśl traktatu migrant będzie miał całkowite prawo, i to na zasadzie każdego

z obu systemów, do takich elementów renty, jakie są ustalone w stosunku do liczby i wysokości składek wpłacanych do tego systemu. Natomiast elementy tej renty ustalone niezależnie od okresów składkowych zostaną zmniejszone w każdym systemie w stosunku do długości okresów składkowych przebytych według ustawy tego systemu odpowiednio do całkowitego trwania okresów składkowych, uwzględnianych przy obliczaniu renty.

Te same prawidła stosują się do rent uprawnionych członków rodziny i do świadczeń kapitałowych ubezpieczenia pracowników umysłowych. Obowiązują one również w ubezpieczalniach górniczych obu krajów ze zmianami, których wymaga przystosowanie tych systemów.

Do ustalenia praw do renty, wynikających z mechanizmu zachowania praw w ten sposób zorganizowanego, będą brane w rachubę nawet dawniejsze okresy składkowe z przed wejścia w życie traktatu. W określeniu wysokości i czasu trwania świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, kasy chorych jednego z dwóch krajów uwzględnią składki opłacone jakiegokolwiek z kas chorych drugiego kraju. Toż samo tyczy się będzie ustalenia prawa do kontynuowanego ubezpieczenia chorobowego, przyczem jednak to prawo będzie zawieszane, dopóki zainteresowany jest obowiązkowo ubezpieczony w drugim kraju.

Zachowanie praw w razie przebywania w drugim kraju.

Prawo wewnętrzne obu krajów ogranicza korzystanie z rent w wypadku przebywania zagranicą lub uzależnia je od zezwolenia instytucji ubezpieczeniowej.

Traktat znosi warunek przebywania w kraju instytucji ubezpieczeniowej dłuższej, o ile chodzi o obywateli układających się krajów, którzy przebywają na terytorjum jednego lub drugiego z tych krajów. Co zaś do obywateli obu tych krajów, którzy przebywają na terytorjum trzeciego państwa, będą oni korzystali ze swej renty pod warunkiem, że otrzymają zezwolenie odpowiedniej instytucji ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony, dotknięty chorobą podczas pobytu w drugim kraju, ma tam prawo do świadczeń chorobowych dopóki stan zdrowia nie pozwala mu na powrót do kraju, w którym ma siedzibę instytucja ubezpieczeniowa. Dopóki przebywa w drugim kraju, świadczenia są mu udzielane bezpośrednio przez jego kasę albo też na jej rachunek przez pracodawcę.

Specjalne ułatwienia są udzielane pracownikom pogranicznym, ponieważ okręgi pograniczne nie są uważane za terytorjum obce. Kasy chorych mogą w tych okręgach bądź same zorganizować udzielanie świadczeń w gotówce i w naturze bądź poruczyć to kasie drugiego kraju. W pierwszym wypadku kasy porozumiewają się z lekarzami drugiego kraju i będą miały możność przeprowadzania własnymi środkami kontroli chorych; w drugim wypadku kasa, od której żądają świadczeń, udzieli ich według ustawy kasy żądającej, która zwróci koszty faktyczne.

Wzajemna pomoc administracyjna i sądowa.

Dla ułatwienia stosowania ubezpieczeń społecznych instytucje ubezpieczeniowe, władze administracyjne i sądy użyczać sobie będą wzajemnie pomocy w takiej samej mierze, jakby chodziło o stosowanie ich własnego ustawodawstwa o ubezpieczeniach. Instytucje ubezpieczeniowe będą sprawdzały, czy osoby korzystające ze świadczeń udzielonych przez ubezpieczalnię drugiego kraju wykonują nadal warunki, uprawniające do tych świadczeń; wezmą też na siebie wszelkie badania lub ekspertyzy lekarskie, jakie będą potrzebne.

Konsulowie obu krajów są upoważnieni do reprezentowania swych obywateli wobec instytucji, władz i sądów ubezpieczalni społecznych drugiego kraju.

Zwolnienia od opłat udzielane w jednym kraju przy składaniu dokumentów władzom administracyjnym i instytucjom ubezpieczeniowym, rozciągają się na dokumenty składane w drugim kraju.

Traktat zawarty na czas nieograniczony z wypowiedzeniem sześciomiesięcznym. Przez zastosowanie zasady praw nabytych zobowiązania przyjęte przez instytucje ubezpieczeniowe na podstawie traktatu nie zostaną naruszone na skutek ewentualnego wypowiedzenia; toż samo dotyczy ekspektatyw, przypadających na okresy poprzedzające wygaśnięcie traktatu.

(„Informations sociales”, XLIX, Nr. 8/34).

ZAGADNIENIA BEZPIECZENSTWA PRACY W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej istnieje cały szereg instytucji zajmujących się sprawą bezpieczeństwa pracy, a największą z nich jest National Safety Council — po polsku — Narodowa Rada Bezpieczeństwa w Chicago.

Twórcy tej organizacji doszli do wniosku, że wypadki są marnotrawstwem, szkodliwym z punktu widzenia materialnego, jak i humanitarnego, oraz że dają się uniknąć przez zastosowanie odpowiednich urządzeń, a przede wszystkim przez właściwe pouczenie ludzi o grożących im niebezpieczeństwach i o sposobach ich uniknięcia.

Założona przed przeszło 20 laty Narodowa Rada Bezpieczeństwa oparła swą egzystencję na wpłatach instytucji i osób, wchodzących w jej skład. Dziś organizacja ta liczy ponad 5.000 członków, w tem około 600 członków zagranicznych, przyczem 70% stanowią przedsiębiorstwa przemysłowe. Budżet roczny przekracza sumę 1 miliona dolarów, a zużytkowany jest w całości na rozszerzenie zakresu pracy, bowiem Rada Bezpieczeństwa jest organizacją o celach niezarobkowych.

Poważnym impulsem do rozwoju tej instytucji było wprowadzenie w Ameryce prawa o obowiązkowym odszkodowaniu dla robotników, t. zw. „Workmens compensation laws”. W interesie każdego przedsiębiorstwa leży obniżenie sum, płaconych tytułem odszkodowania za wynikłe podczas pracy wypadki. Obniżenie to jest możliwe jedynie drogą zmniejszenia liczby wypadków i stopnia ich ciężkości. Osiągnięto to dzięki wydatnej pomocy Rady Bezpieczeństwa.

Instytucja ta dzięki długoletniemu doświadczeniu, rozporządza olbrzymim zasobem wiadomości w zakresie organizacji bezpieczeństwa dla każdej gałęzi przemysłu. Informacje organizacyjne udzielane są członkom tej instytucji bezpłatnie, pozatem członkowie otrzymują stałe publikacje Rady Bezpieczeństwa.

Działalność publikacyjna National Safety Council jest bardzo rozległa. Obejmuje ona:

5 miesięczników, rozchodzących się w liczbie od 10.000 do 150.000 egzemplarzy, przeznaczonych dla przedsiębiorstw, szkół, robotników i t. d.,

3 miliony barwnych plakatów w 736-ciu odmianach rocznie,

400.000 barwnych, ilustrowanych kalendarzy bezpieczeństwa rocznie,

2½ milionów wkładek do kopert płatniczych dla robotników. Wkładowe te zawierają krótkie przepisy i hasła bezpieczeństwa dla danej gałęzi przemysłu.

Przeeglądy statystyczne, sprawozdania z dorocznych kongresów.

Wielka liczba wszelkiego rodzaju broszur i prac specjalnych, a więc ogólne przepisy bezpieczeństwa, opis zabezpieczeń dla wszelkich gałęzi przemysłu, broszury z zakresu zdrowia przemysłowego i cały szereg wydawnictw okolicznościowych.

Rada Bezpieczeństwa przeprowadza pozatem w szerokim zakresie akcję edukacyjną w szkołach, wśród robotników i majstrów fabrycznych i t. d.

Mimo, że instytucja ta nie posiada żadnej formalnej władzy lub egzekutywy, przepisy jej stosowane są dobrowolnie i bez żadnych sprzeciwów, bowiem korzyść ze stosowania się do tych przepisów jest oczywista.

Korzyść ta polega przede wszystkim na znacznej oszczędności wydatków, jakie za sobą pociągają wypadki. Koszty odszkodowania robotników obciążają całkowicie pracodawcę. To też pracodawcy ubezpieczają się, opłacając składki roczne, zależne w dużej mierze od stopnia bezpieczeństwa danej gałęzi przemysłu. Składki obliczane są na podstawie średniówek i składają się z następujących czynników:

1. składka podstawowa, wspólna dla wszystkich przedsiębiorców,

2. t. zw. dostosowanie według ceduły, zależne od skali niebezpieczeństwa danej gałęzi przemysłu,

3. gra składki, zależna od stopnia bezpieczeństwa danej fabryki.

Gra składki określa się na podstawie 3 — do 5-cioletniej obserwacji danego zakładu. Składka jest obniżona, gdy dzięki urządzeniom zabezpieczającym oraz dobrej organizacji bezpieczeństwa, stopa częstotliwości oraz stopa ciężkości wypadków dla danego zakładu spadnie poniżej przeciętnych norm dla danej gałęzi przemysłu.

Działalność instytucji bezpieczeństwa w Ameryce wpłynęła bardzo dodatnio na obniżenie ogólnej liczby wypadków w przemyśle i innych dziedzinach życia, a rola Narodowej Rady Bezpieczeństwa w tej mierze jest szczególnie doniosła. Dzięki umiejętnej propagandzie, przez wykazanie korzyści osiągniętych drogą zwiększenia bezpieczeństwa, instytucja ta zyskuje z każdym rokiem coraz większą powagę, o czym świadczą stały wzrost liczby jej członków. Czynnikiem finansowym występuje tu jako najwymowniejszy atut w dziedzinie propagandy bezpieczeństwa, dominując bezwarunkowo nad względami natury humanitarnej. Nie należy jednak twierdzić, że względy finansowe w Ameryce zawsze dominują i niewątpliwie bezinteresowny współdziałanie setek osób dobrej woli w pracach Narodowej Rady Bezpieczeństwa dobitnie świadczy o tem, że humanitarne względy odgrywają w dziedzinie bezpieczeństwa rolę nie mniej poważną. Z umiejętnego wykorzystania obu tych czynników osiągnięto doskonałe wyniki. W ciągu ubiegłych 20-tu lat zmniejszono liczbę wypadków w przemyśle od 50 — 90%, ratując w ten sposób życie i zdrowie wielu tysięcy ludzi.

STOSOWANIE USTAW O ODSZKODOWANIU ZA WYPADKI PRZY PRACY I CHOROBY ZAWODOWE, O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH I RENTACH BEZSKŁADKOWYCH W WIELKIEJ BRYTANII

W Wielkiej Brytanii świadczenia udzielane w razie fizycznej niezdolności do pracy lub śmierci pracownikom najemnym i uprawnionym członkom ich rodziny, podlegają czterem głównym ustawom: ustawie o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby i inwalidztwa, ustawie o rentach starczych i ustawie o rentach składkowych, wdowich, sierocych i starczych. Poniżej podaje się

krótkie omówienie postanowień każdej z tych ustaw oraz dane statystyczne, wykazujące zakres stosowania, fundusze i wydatki każdego z systemów ubezpieczeniowych, działających na mocy tych ustaw.

ODSZKODOWANIE ZA WYPADKI PRZY PRACY.

Postanowienia ustawowe.

Odszkodowanie za wypadki przy pracy zostało ustanowione w r. 1897. Mają prawo do odszkodowania wszyscy pracownicy najemni, z wyjątkiem pracowników nie fizycznych, pobierających powyżej 350 funtów rocznie wynagrodzenia.

Ubezpieczenie jest dobrowolne. W większości swej pracodawcy dla ubezpieczenia swego personelu zwracają się do towarzystw ubezpieczeń lub stowarzyszeń ubezpieczeń wzajemnych. Główne towarzystwa ubezpieczeń porozumiały się między sobą co do ustalenia składek w ten sposób, aby 62,5% tych składek przeznaczyć na wypłatę odszkodowań.

Przyznany zostaje zasiłek za doznane uszkodzenia fizyczne na skutek wypadku zasłęgo przy pracy lub w związku z pracą oraz za zły stan zdrowia wskutek określonych chorób zawodowych. Zasiłek wypłacany jest wyłącznie w gotówce.

Przez czas trwania całkowitej niezdolności do pracy, ofiara wypadku otrzymuje od czwartego dnia zasiłek tygodniowy, w wysokości 75 do 80% pobieranej płacy, zależnie od wahań tej płacy między 25 a 50 szylingami lub więcej na tydzień; zasiłek najwyższy wynosi 30 szylingów tygodniowo. Przez prze-

ciąg czasowej niezdolności do pracy pracownik otrzymuje proporcjonalną część płacy w stosunku do straty, jaką ponosi.

Wysokość zapomogi pogrzebowej zmienia się w zależności od wynagrodzenia ofiary wypadku i od stopnia w jakim utrzymywać musiał uprawnionych członków rodziny. Gdy poszkodowany pozostawia członków rodziny, którzy byli całkowicie na jego utrzymaniu, zasiłek polega na sumie ryczałtowej, równąjącej się trzyletniej płacy, wynosić mogącej najwyżej 300 funtów a najmniej 200 funtów. Ponadto każde dziecko do 16 roku życia otrzymuje zasiłek w wysokości 15% płacy, pobieranej przez ofiarę wypadku. Zasiłek ogólny wynosić może najwyżej 600 funtów.

Według obliczeń około 16 milionów pracowników podlega ustawodawstwu o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, a w 1931 r. suma wypłaconych zasiłków wynosiła 7.500 000 funtów szterl., przyczem wkłady pracodawców na cele odszkodowania wynosiły w przybliżeniu 11 milionów funtów szterlingów. Szczegółowe statystyki liczby wypadków, które podlegały odszkodowaniu oraz sum wypłaconych wykazują stan rzeczy w siedmiu głównych gałęziach działalności gospodarczej: przewóz merski, fabryki, koleje, doki, kopalnie, kamieniołomy i roboty konstrukcyjne (bez budowlanych).

Statystykę tę wykazuje tablica poniższa.

Od 1917 do 1923 r. stawki zasiłków zostały podwyższone, aby dostosować je do wzrostu kosztów utrzymania. W r. 1924 skala stawek została ostatecznie zmieniona i suma wypłacana na wypadek śmierci znacznie zwiększona.

| Lata | Liczba osób objętych ubezpieczeniem (w tysiącach) | Niezdolność do pracy | | Śmierć | | Ogółem | |
|------|---|----------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|
| | | Liczba wypadków | Zasiłki (w tysiącach funtów) | Liczba wypadków | Zasiłki (w tysiącach funtów) | Liczba wypadków | Zasiłki (w tysiącach funtów) |
| 1913 | 7.509 | 476.920 | 2.767 | 3.748 | 595 | 480.668 | 3.362 |
| 1920 | 8.348 | 381.986 | 5.222 | 3.531 | 756 | 385.517 | 5.978 |
| 1925 | 7.541 | 473.055 | 5.778 | 3.030 | 865 | 476.085 | 6.643 |
| 1927 | 7.403 | 455.852 | 5.553 | 2.567 | 763 | 458.419 | 6.316 |
| 1928 | 7.434 | 461.485 | 5.684 | 2.735 | 773 | 464.220 | 6.457 |
| 1929 | 7.450 | 478.602 | 5.762 | 2.819 | 808 | 481.421 | 6.570 |
| 1930 | 7.172 | 458.509 | 5.664 | 2.621 | 752 | 461.130 | 6.416 |
| 1931 | 6.914 | 346.571 | 5.402 | 2.315 | 665 | 398.886 | 6.067 |

UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY I INWALIDZTWA.

Postanowienia ustawowe.

Ubezpieczenie na wypadek choroby i inwalidztwa zostało ustanowione w 1911 r. Jest ono obowiązujące dla wszystkich pracowników najemnych, z wyjątkiem pracowników nie fizycznych, pobierających powyżej 250 funtów rocznie wynagrodzenia. Osoby, które na podstawie warunków swego zatrudnienia mają prawo do innych równoznacznych świadczeń, są wyłączone z ubezpieczenia.

Składki są ściągane i świadczenia wypłacane przez 7500 zatwierdzonych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, dobrowolnie zatwierdzonych przez grupy ubezpieczonych. Udzielanie świadczeń lekarskich odbywa się na podstawie terytorjalnej przez 200 komisji ubezpieczeniowych lokalnych, reprezentujących ubezpieczonych, lekarzy i władze miejscowe. Towarzystwa i komisje są kontrolowane przez ministerstwo higieny i przez departament Higieny dla Szkocji. Środki finansowe pochodzą ze składki łączonej ubezpieczonego i jego pracodawcy oraz z subwencji państwowej.

Wysokość łącznej składki wpłacanej w tydzień wynosi:

| | Pracodawca | Ubezpieczony | Ogółem |
|-----------|------------|--------------|--------|
| Mężczyźni | 4½ d. | 4½ d. | 9 d. |
| Kobiety | 4½ d. | 4 d. | 8½ d. |

Państwo płaci część (1/7 dla mężczyzn i 1/8 dla kobiet) kosztów świadczeń i administracji, a do r. 1931 ponosiło całkowicie koszty administracji centralnej.

Przewidziane są świadczenia lekarskie, chorobowe, inwalidzkie, na wypadek macierzyństwa i świadczenia dodatkowe.

Świadczenia lekarskie obejmują leczenie oraz dostarczanie środków lekarskich tak długo i tak często, jak to się okaże potrzebne.

Świadczenie chorobowe polega na zasiłku tygodniowym, płatnym od czwartego dnia niezdolności do pracy, podczas 26 tygodni w wysokości 15 szylingów dla mężczyzn i 12 szylingów dla kobiet (od 1933 r. 10 szylingów dla kobiet zamężnych). Aby mieć prawo do całkowitego zasiłku, trzeba wpłacać składki przez 104 tygodnie.

Świadczenie inwalidzkie to zasiłek tygodniowy równy połowie świadczenia chorobowego, płatny gdy niezdolność do pracy przeciąga się ponad 26 tygodni. Udzielenie go uzależnione jest od opłacenia 104 składek tygodniowych.

Świadczenie na wypadek macierzyństwa polega na ryczałtowym zasiłku 2 funtów dla kobiety nieubezpieczonej i 4 funtów dla kobiety ubezpieczonej.

Każde towarzystwo zatwierdzone, które wykazuje przy bilansie pięcioletnim rozporządzalną nadwyżkę, może ją zużytkować na podwyższenie świadczeń gotówkowych oraz płacić część kosztów leczenia dentystycznego, oftalmicznego, szpitalnego i innych.

Liczba ubezpieczonych

| Lata | Tysiące | Lata | Tysiące |
|------|---------|------|---------|
| 1914 | 13.687 | 1928 | 16.526 |
| 1920 | 15.279 | 1929 | 16.748 |
| 1925 | 15.835 | 1930 | 16.997 |
| 1927 | 16.498 | 1931 | 17.232 |

Dochody i rezerwy (w tysiącach funtów sterlingów)

| Lata | Składki | Procenty | Subwencje państwowe | Ogółem | Rezerwy w końcu roku |
|------|---------|----------|---------------------|--------|----------------------|
| 1914 | 16.797 | 618 | 5.737 | 23.152 | 22.983 |
| 1920 | 22.688 | 3.271 | 10.206 | 36.165 | 31.441 |
| 1925 | 27.721 | 5.644 | 8.073 | 41.438 | 126.627 |
| 1927 | 26.382 | 5.571 | 7.573 | 39.526 | 125.178 |
| 1928 | 25.979 | 5.660 | 7.135 | 38.774 | 126.429 |
| 1929 | 26.005 | 5.535 | 7.631 | 39.171 | 125.696 |
| 1930 | 26.039 | 5.930 | 7.335 | 39.304 | 126.426 |
| 1931 | 25.769 | 6.202 | 7.074 | 39.045 | 127.936 |

Składki. — Od lipca 1920 r. stawki ogólnej składki tygodniowej płaconej przez pracodawcę i pracownika zostały podwyższone jednocześnie ze stawkami świadczeń, mianowicie z 7 na 10 pensów dla mężczyzny i z 6 na 9 pensów dla kobiet. Następnie, ponieważ przestano wypłacać, wskutek wprowadzenia rent starczych uwzględnionych od 65 roku, świadczeń po 65 latach zamiast po 70 jak to było poprzednio, stawki składek zostały odpowiednio obniżone z 9 na 8½ pensa, począwszy od 1926 roku.

Subwencja państwowa. — Od lipca 1920 r. wysokość subwencji państwowej zmniejszono z 1/3 do 2/5 kosztów świad-

Wydatki (w tysiącach funtów sterlingów)

| Lata | Świadczenia | | | | | Admini- stracja | Ogółem |
|------|--------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------|
| | Choro- ba | Inwa- lidz- two | Macie- rzyń- stwo | Świad- czenia lekar- skie | Inne Świad- czenia | | |
| 1914 | 6.458 | 184 | 1.368 | 5.620 | 817 | 3.002 | 17.449 |
| 1920 | 6.163 | 2.002 | 1.924 | 10.017 | 1.084 | 4.979 | 26.169 |
| 1925 | 10.339 | 5.103 | 1.704 | 9.428 | 937 | 4.908 | 32.419 |
| 1927 | 13.034 | 7.175 | 1.738 | 9.784 | 3.980 | 5.189 | 40.900 |
| 1928 | 11.276 | 6.146 | 1.750 | 10.093 | 3.045 | 5.263 | 37.573 |
| 1929 | 13.215 | 6.432 | 1.735 | 10.338 | 2.783 | 5.395 | 39.898 |
| 1930 | 11.173 | 6.333 | 1.802 | 10.282 | 3.351 | 5.658 | 38.599 |
| 1931 | 12.087 | 6.072 | 1.762 | 10.683 | 3.310 | 5.693 | 38.607 |

czeń i administracji w ubezpieczeniu kobiet. Od kwietnia 1922 r. specjalna subwencja, udzielana od r. 1920 ze względów na zwiększenie świadczeń lekarskich, została zniesiona. Od stycznia 1926 r. subwencja państwowa została jeszcze zmniejszona z 2/5 na 1/7 kosztów świadczeń i administracji dla mężczyzn a na 1/5 tych kosztów dla kobiet.

Fundusze rezerwowe. — Fundusze rezerwowe pozostały na tym samym mniej więcej poziomie od r. 1925, ponieważ znaczne sumy udzielone na świadczenia dodatkowe pochłonęły nadwyżki, jakimi dysponowano.

Świadczenia na wypadek choroby, inwalidztwa i macierzyństwa. — Od lipca 1920 r. stawki tych świadczeń zostały podwyższone mniej więcej o połowę. Od lipca 1921 r. cyfry obejmują dodatki do świadczeń ustawowych, udzielane w postaci świadczeń specjalnych.

Inne świadczenia. — Od maja 1921 r. zniesiono świadczenia na pobyt w sanatorjach. Od lipca 1921 r. przewidziano świadczenia dodatkowe na leczenie.

RENTY BEZSKŁADKOWE

Postanowienia ustawowe.

System rent bezskładkowych został ustanowiony w 1908 roku. Renty te z prawa są udzielane obywatelom brytyjskim, którzy przebywali w Wielkiej Brytanji 12 lat w ciągu 20 lat, poprzedzających datę, w której dochodzą do wieku uprawniającego do renty, a których środki nie przekraczają określonej sumy.

Ktokolwiek korzystał z renty starczej *składkowej* do lat 70 (patrz poniżej „Renty składkowe”) ma prawo od tego wieku do renty bezskładkowej, według stawki najwyższej, bez różnicy narodowości, miejsca przebywania i dochodów. System rent bezskładkowych administrowany jest przez państwo łącznie z władzami miejscowymi.

Liczba i koszt rent bezskładkowych, udzielanych pod pewnymi warunkami co do narodowości, miejsca przebywania i dochodów.

| Lata | Liczba rencistów | | | Koszt w tysiącach (funtów szterlingów) |
|------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|--|
| | renty według stawki normalnej | renty według stawek zmniejszonych | Ogółem | |
| 1913 | 738.694 | 43.283 | 781.929 | 9.822 |
| 1920 | 774.937 | 53.425 | 828.362 | 20.696 |
| 1925 | 1.041.100 | 29.993 | 1.071.093 | 27.017 |
| 1927 | 972.621 | 23.357 | 995.978 | 26.808 |
| 1928 | 926.287 | 24.508 | 950.798 | 25.474 |
| 1929 | 901.263 | 25.472 | 926.735 | 24.377 |
| 1930 | 855.204 | 25.097 | 880.301 | 23.632 |
| 1931 | 804.831 | 24.827 | 829.658 | 22.279 |

Koszt ogólny rent bezskładkowych ponosi państwo. Renty bezskładkowe udzielane są dożywotnio, począwszy od 70 roku życia (50 dla niewidomych).

Normalna wysokość renty wynosi 10 szylingów tygodniowo (26 funtów 5 szylingów rocznie). Dla osób, które nie korzystały do tego czasu z renty składkowej, normalna stawka obniżona jest sumą wszystkich dochodów rocznych, przekraczających 26 funtów 5 szylingów (po potrąceniu 39 pierwszych funtów dochodu rocznego, pochodzącego z innego źródła niż praca).

Od lipca 1926 r. osoby ubezpieczone na podstawie stosowania systemu rent składkowych i ich żony nabyły prawa do rent bezskładkowych bez różnicy narodowości, miejsca przebywania i dochodów. Z roku na rok zmniejsza się liczba rent udzielanych z zastrzeżeniem pewnych warunków a zwiększa się liczba rent udzielanych bez warunków, jak wykazuje to poniższa tabela:

Renty starcze udzielane po 70 roku życia osobom, które poprzednio korzystały z rent składkowych.

| Lata | Liczba | Koszt w (tysiącach funtów szterl.) | Lata | Liczba | Koszt w (tysiącach funtów szterl.) |
|------|---------|------------------------------------|------|---------|------------------------------------|
| 1927 | 289.681 | 6.022 | 1930 | 551.851 | 13.044 |
| 1928 | 366.786 | 8,578 | 1931 | 647.795 | 15.830 |
| 1929 | 446.596 | 10.541 | — | — | — |

RENTY SKŁADKOWE.

Postanowienia ustawowe.

Renty składkowe dla pozostałych członków rodziny i na starość zostały ustanowione w 1925 r.

Ubezpieczenie jest obowiązkowe dla osób, podlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby i inwalidztwa jakoteż dla pewnych innych kategorii.

Składki są ściągane razem ze składkami na wymienione ubezpieczenie.

Funduszami zarządza i rent udziela ministerstwo higieny i departament higieny dla Szkocji.

Srodki finansowe pochodzą ze składek pracodawców i ubezpieczonych i z subwencji państwa.

Łączna składka tygodniowa ubezpieczonego i pracodawcy wynosi:

| | Pracodawca | Ubezpieczony | Ogółem |
|-----------|------------|--------------|--------|
| Mężczyźni | 4½ d. | 2 d. | 4½ d. |
| Kobiety | 2½ d. | 4½ d. | 9 d. |

W zasadzie państwo wypłaca różnicę między wydatkami a dochodami, pochodzącymi ze składek. Wszczególności płaci wszystkie wydatki, wynikające z udzielania rent za ryzyka, które zaszyły zanim system zaczął działać (styczeń 1926). Ponadto, płaci wszystkie renty bezskładkowe, udzielane od 70 roku życia osobom, które poprzednio korzystały z rent składkowych (patrz powyżej pod „Renty bezskładkowe”). Świadczenia stanowią renty udzielane od 65 do 70 lat ubezpieczonym i ich żonom oraz renty dla pozostałych członków rodziny.

Renty starcze dla ubezpieczonego i jego żony wynoszą po 10 szylingów tygodniowo dla każdego. Aby mieć prawo do renty interesowany musi mieć pięć lat ubezpieczenia.

Wdowa po ubezpieczonym, która powtórnie nie wyszła za mąż, ma prawo do renty w wysokości 10 szylingów na tydzień i ponadto dla dzieci poniżej 16 lat do zasiłku 5 szylingów na pierwsze dziecko a 3 szylingi na każde następne. Renta sieroca wynosi 7 szylingów 6 pensów tygodniowo. Udzielenie rent wdowich i sierocych uzależnione jest od trzech lat ubezpieczenia.

Wdowa po ubezpieczonym na podstawie systemu ubezpieczenia chorobowego i inwalidzkiego, który zmarł przed wejściem w życie systemu rent składkowych, ma prawo do renty tylko po osiągnięciu 55 lat albo jeżeli utrzymywać musi dziecko w wieku poniżej 16 lat.

Subwencja państwa. — W 1930 r. państwo podwyższyło swą subwencję z 4 do 9 milionów funtów sterl. rocznie i od tego czasu ma być ona podwyższana o milion funtów rocznie aż dojdzie do sumy 21 milionów funtów, na której to sumie się zatrzyma; podwyżka ta spowodowana została znacznym rozciągnięciem w r. 1930 prawa wdów do rent.

Liczba ubezpieczonych

| Lata | Tysiące | Lata | Tysiące |
|------|---------|------|---------|
| 1927 | 17.206 | 1930 | 17.423 |
| 1928 | 17.078 | 1931 | 17.653 |
| 1929 | 17.200 | — | — |

Dochody i rezerwy

(w tysiącach funtów sterlingów)

| Lata | Składki | Procenty | Subwencja państwowa | Ogółem | Rezerwy w końcu roku |
|------|---------|----------|---------------------|--------|----------------------|
| 1927 | 23.254 | 1.097 | 4.000 | 28.354 | 37.426 |
| 1928 | 23.300 | 1.798 | 4.000 | 29.003 | 42.699 |
| 1929 | 24.077 | 1.999 | 4.000 | 30.076 | 46.330 |
| 1930 | 23.438 | 2.208 | 9.000 | 34.646 | 46.369 |
| 1931 | 22.871 | 2.164 | 10.000 | 35.035 | 40.539 |

Fundusze rezerwowe. — Zmniejszenie się funduszy rezerwowych w r. 1931 tłumaczy się częściowo faktem, że wydatki zaczęły już przewyższać dochody, oraz częściowo przez przekazanie ubezpieczeniu chorobowemu i inwalidzkiemu sumy 1.125.000 funtów sterlingów, przeznaczonych na rozszerzenie sytuacji finansowej tego ubezpieczenia, zachwianego przez bezrobocie.

Wydatki

(w tysiącach funtów sterlingów)

| Lata | R e n t y | | Admini- stracja | Ogółem |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|--------|
| | Wdowy i sieroty | Starość (65 — 70 lat) | | |
| 1927 | 8.044 | 3.004 | 900 | 11.948 |
| 1928 | 9.147 | 13.655 | 1.024 | 23.826 |
| 1929 | 10.614 | 14.731 | 1.100 | 26.445 |
| 1930 | 16.890 | 16.362 | 1.355 | 34.607 |
| 1931 | 21.087 | 17.348 | 1.305 | 39.740 |

Renty dla pozostałych. — Od lipca 1930 r. wdowy w starszym wieku i bezdzietne po osobach, podlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby i inwalidztwa, ale zmarłych przed wejściem w życie systemu rent składkowych, mają prawo do rent wdowich, skąd wynika szybki wzrost wydatków.

Wzrost liczby osób pobierających renty wykazuje poniższa tabela:

Liczba osób pobierających rentę

| Lata | Wdowy | Dzieci | Starość (65 — 70 lat) | Ogółem |
|------|---------|---------|-----------------------|-----------|
| 1927 | 194.498 | 262.938 | — | 457.436 |
| 1928 | 233.351 | 272.255 | 529.663 | 1.035.269 |
| 1929 | 280.162 | 285.445 | 569.952 | 1.135.559 |
| 1930 | 534.626 | 308.486 | 629.705 | 1.472.817 |
| 1931 | 669.171 | 326.557 | 663.892 | 1.659.620 |

(„Revue internationale du Travail”, vol. XXIX, Nr. 1/34)

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

STATYSTYKA UBEZPIECZALNI CHOROBYCH
W ANGLJI, NIEMCZECH I W POLSCE Jerzy Neyman.
Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1934, str. 115.

„Naczelnem założeniem pracy niniejszej — pisze autor w rozdziale wstępnym, — jest że *statystyka prowadzona przez instytucje ubezpieczeń na wypadek choroby* względnie przez instytucje służby zdrowia i wogóle przez każdą instytucję o określonych zadaniach społecznych lub gospodarczych, — *powinna przede wszystkim służyć zadaniom tejże instytucji. Statystyka winna być narzędziem i to narzędziem świadomie używanem przy planowem gospodarowaniu w instytucji macierzystej.*“

Postulat ten, dodaje autor, może się wydawać banalnym, bliższa jednak analiza działalności wielu instytucji wykazuje, że jest on w warunkach polskich niezmiernie aktualny.

Zdanie pierwsze, przytoczone przez nas in extenso, może stanowić niejako motto pracy prof. Jerzego Neymana. Myśl ta stale przyświeca powyższej publikacji. Jej głównym celem jest zwrócenie uwagi na fakt, iż *szereg zagadnień o charakterze gospodarczym* (w szerokim znaczeniu tego wyrazu), związanych z działalnością, zarówno poszczególnych ubezpieczalni społecznych, jak i całego ich systemu łącznie z Zakładem Ubezpieczalni na wypadek choroby, *a mających bezpośredni wpływ na finanse tych instytucji* (jak np. zagadnienia profilaktyki, zagadnienie specjalnej opieki lekarskiej nad młodocianymi i t. p.), *łatwo można sformułować i rozwiązać właśnie przy pomocy statystyki.*

Dla poparcia swych wywodów autor w swej pracy daje obraz porównawczy statystyk, prowadzonych przez ubezpieczalnie chorobowe w Anglii, Niemczech i Polsce.

Systemowi angielskiego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w publikacji niniejszej poświęcono najwięcej miejsca.

Jak wiadomo, ubezpieczenie chorobowe w Anglii wykonywane jest przez instytucje dwóch rodzajów, a mianowicie przez powstałe jeszcze w XVIII w. bractwa względnie stowarzyszenia wzajemnych ubezpieczeń t. zw. *Towarzystwa Aprobowane*, które wypłacają zasiłki chorobowe, połogowe i pogrzebowe oraz przez *Lokalne Komisje Ubezpieczeniowe*, przeprowadzające leczenie ubezpieczonych. Te ostatnie składają się z nominatów Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli władz komunalnych i towarzystw aprobowanych. Jakkolwiek autor ma zastrzeżenia co do *organizacji* angielskich instytucji ubezpieczeniowych, to jednak ich *system gospodarowania uważa za godny zalecenia*. W rozdziale drugim prof. Neyman omawia działalność towarzystw aprobowanych, zagadnienia statystyczne związane z ich życiem, ewidencją, sposobem układania tablic w praktyce towarzystw aprobowanych oraz badania nad chorobowością, związane z zagadnieniami ochrony pracy.

Autor, przy jednoczesnym podaniu szeregu przykładów opracowań i badań statystycznych, zaczerpniętych bądź ze statystyki towarzystw aprobowanych bądź z angielskiej literatury aktuarjalno-statystycznej, wykazuje ile interesujących zagadnień z dziedziny ubezpieczenia chorobowego *może znaleźć rozwiązanie dzięki umiejętnie prowadzonej i praktycznie nastawionej statystyce*. Autor podkreśla, że w publikacjach angielskich, dotyczących działalności instytucji ubezpieczeń na wypadek choroby, niema ani jednego rachunku, ani jednego zesta-

wienia, które nie stanowiłoby rozwiązania jakiegoś zagadnienia nawskroś praktycznego.

Rzut ogólny na statystykę kas chorych w Niemczech znajdujemy w rozdziale następnym, w którym opisany jest system ewidencji i niemieckie badania nad chorobowością, związane z zagadnieniami ochrony pracy.

Z publikowanych opracowań statystycznych wynika, iż w niemieckich kasach chorych dominuje *naogół* nastawienie na zilustrowanie działalności, *nastawienie „propagandowo-sprawozdawcze”*, nie zaś, jak to ma miejsce w statystyce angielskich instytucji ubezpieczeniowych, nastawienie na rozwiązywanie praktyczne ważnych zagadnień lub na wykrywanie niedomagań i usterek w działalności instytucji.

Statystyce b. kas chorych w Polsce prof. Neyman poświęca rozdział czwarty. Statystyka ta podobna jest do statystyki kas chorych niemieckich. Zdaniem autora posiada jednak w większym jeszcze stopniu, niż statystyka niemiecka, nastawienie *ilustracyjne* i jest niezmiernie daleka od rozwiązywania zagadnień praktycznych.

Jakkolwiek w ciągu ostatnich kilku lat były przeprowadzone badania statystyczne wykazujące znaczne wahania w poziomie świadczeń, udzielanych przez polskie instytucje ubezpieczenia chorobowego, i czynione były wysiłki, zmierzające do ustalenia jednakowego racjonalnego poziomu tych świadczeń, to jednak wobec *braku tablic chorobowości, opracowanych na podstawie doświadczeń polskich i właściwości systemu polskiego ubezpieczenia chorobowego*, który nie opiera się, jak system angielski, na aktuarjalnej podstawie, — prace te nie przyniosły poważniejszych rezultatów.

Omawiając stan statystyki polskich kas chorych, autor nie poprzestaje jedynie na dość surowej jej krytyce. Wyrażając nadzieję, że w tym względzie nastąpi poprawa z chwilą wprowadzenia w życie ustawy scaleniowej, stawia konkretne postulaty (Rozdział V), dotyczące prowadzenia statystyki chorobowej w Polsce, które zdaniem jego winny być realizowane obecnie w związku z przeprowadzaną reorganizacją instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby. Racjonalna reorganizacja, a następnie normalne funkcjonowanie każdego systemu ubezpieczeniowego, bez względu na to czy opiera się on na aktuarjalnej podstawie czy nie, wymaga stałego korzystania z danych statystycznych i rezultatów badań statystycznych. Każda kwestja polityki ubezpieczeniowej, zdaniem autora, może i powinna być wyrażona jako zagadnienie statystyczne, a rozwiązanie jej winno służyć za podstawę do decyzji w praktyce.

Praca prof. Neymana napisana jest żywo i barwnie. Poruszony kapitalny temat niewątpliwie zostanie omówiony obszernie na łamach „Przeglądu”. Interesuje on bardzo nie tylko pracujących w ubezpieczalniach społecznych statystyków i matematyków, ale w równym stopniu ubezpieczeniowców — administratorów i organizatorów.

Publikacja zawiera dwa aneksy:

Aneks A.: K. Iwaszkiewiczówna i J. Neyman. „Dwa przykłady zastosowania tablic chorobowości do ustalania różnic strukturalnych w wydatkach dwu Kas Chorych”.

Aneks B.: M. Alpern, K. Iwaszkiewiczówna i J. Neyman. „Współzależność pomiędzy dochodami a niektórymi pozycjami wydatków w polskich Kasach Chorych”.

T. Bartnicki.

LES SERVICES SOCIAUX (Urządzenia społeczne). Etudes et Documents, Serie M, Nr. XI.

Wydawnictwo Międzynarodowego Biura Pracy, Genewa, 1933, Str. 725. Cena 17,50 fr. szwajc.

Imponujące swymi rozmiarami (725 str.) i ogromem opracowanego w nim materiału (przeszło 400 zanalizowanych ustawodawstw 24 państw i 500 tablic statystycznych), nowe wydawnictwo M. B. P. stanowi całkowicie nowy przyczynek w pracach wydawniczych instytucji genewskiej.

Szczególnie ciekawą i interesującą jest już sama geneza tego opracowania, które ma zapoczątkować nową serję periodycznych wydawnictw. Świadczy ona o tem, jak często inicjatywa podjęta w jednym kierunku, zupełnie niezależnie od świadomej woli inicjatora, daje wyniki całkowicie odmienne od zamierzonych.

W kwietniu 1926 r. brytyjski minister pracy zwrócił się do M. B. P. z prośbą o podjęcie prac ankietowych nad kosztami urzędzeń społecznych w całym szeregu państw. Nietrudno uprzytomnić sobie obecne warunki ówczesnej inicjatywy angielskiej. Jednym z najmocniejszych haseł przeciwników ustawodawstwa społecznego było powtarzane zdawkowo we wszystkich państwach twierdzenie, jakoby obciążenie społeczne w danym państwie przekraczało znacznie ciężary socjalne ponoszone przez produkcję w państwach konkurujących z niem na międzynarodowych rynkach zbytu. O ile argumentacja tego rodzaju miała być brana poważnie pod uwagę, musiała się łączyć z podjęciem ściśle rzeczowych i naukowych prac, zmierzających do międzynarodowego porównania obciążenia społecznego w poszczególnych państwach. Tylko bowiem ustalenie pewnego wspólnego państw i stwierdzenie zkości różnicy pomiędzy nimi pozwoliłoby na zaszeregowanie ich z punktu widzenia rozmiarów obciążenia socjalnego produkcji tych państw.

Międzynarodowe Biuro Pracy poświęciło się z dużym odaniem niezwykle ciężkiemu zadaniu, jakie postawiła mu inicjatywa angielska. Po wysłuchaniu komitetu rzeczoznawców w lipcu 1926 r. Rada Administracyjna na 36 swej sesji (październik 1926 r.) powzięła decyzję podjęcia prac w powyższym kierunku, powołując w tym celu osobną komisję Rady. Międzynarodowe Biuro Pracy przed poczynieniem dalszych kroków w tej mierze przeprowadziło ankietę wstępną nad obciążeniem społecznym w Niemczech, Francji, W. Brytanji, Polsce i Czechosłowacji. Na dwóch sesjach odbytych w Genewie w maju 1929 r. i w Brukseli w październiku 1930 r. Komisja przeprowadziła gruntowną dyskusję nad możliwościami międzynarodowego porównania obciążenia socjalnego produkcji. Nie rozpatrując bliżej poszczególnych stadiów prac Komisji i niewątpliwie bardzo ciekawej wymiany zdań, przeprowadzonej w jej łonie, należy stwierdzić, że prace dały ostatecznie rezultat całkowicie negatywny. Komisja doszła mianowicie do wniosku, że w obecnych stosunkach jakiegokolwiek międzynarodowe porównanie ciężarów społecznych byłoby niemożliwe. Jak brzmią bowiem główne — przyjęte w zasadzie przez Komisję — konkluzje Biura? „Wyrażenie kosztów urzędzeń społecznych w formach i przy zastosowaniu metod, które pozwoliłyby na wyświelenie rozmiaru obciążenia, czy też poziomu ochrony społecznej, nie mogło być skuteczne: a) kryteria, których zastosowanie byłoby możliwe, są pozbawione wartości albo mają wartość bardzo tylko słabą; dotyczy to takich kryteriów jak przeciętne wydatki na głowę aktywnego pracownika albo na głowę mieszkańca, albo na głowę korzystającego ze świadczeń społecznych. b) kryteria, które pozwoliłyby natomiast na wyrażenie w sposób ciekawy poziomu ochrony społecznej nie mogą być zastosowane w braku danych faktycznych; dotyczy to kryteriów następujących: stosunek pomiędzy kosztami urzędzeń społecznych a dochodem społecznym lub wartością produkcji narodowej; stosunek po-

między kosztami siły roboczej (włączając tu wydatki społecznej natury) a kosztami produkcji”.

Jedno w każdym razie nie ulegało wątpliwości; to mianowicie, że nic nie przemawiało za ograniczeniem się jedynie i wyłącznie do ubezpieczeń społecznych i na pominięciu ważnych innych gałęzi ochrony społecznej, a więc w pierwszym rzędzie opieki społecznej, która zaspakaja w inny sposób te same potrzeby, do których zaspokojenia służą ubezpieczenia społeczne.

Drugi wniosek, który wyciągnięto z prac wstępnych nad międzynarodowym porównaniem obciążenia społecznego i który interesuje nas tu bezpośrednio, polegał na tem, że uznano za konieczne nadanie nowego kierunku pracom M. B. P. około zbierania i publikowania informacji o dochodach i wydatkach w zakresie poszczególnych urzędzeń społecznych. Komisja zaproponowała Radzie Administracyjnej, by poleciła M. B. P. opracowanie periodycznego — o ile to możliwe rocznego — wydawnictwa, zawierającego informacje o funkcjonowaniu urzędzeń społecznych.

Wykonując odnośną uchwałę powziętą przez Radę Administracyjną w kwietniu 1931 r. (która wypowiedziała się pozatem za rozszerzeniem zakresu studjów również na dodatki rodzinne i płatne urlopy), M. B. P. przystąpiło do opracowania pierwszego rocznika za rok 1930, którego tekst pod datą 1933 r. otrzymaliśmy pod koniec lutego r. b.

Główna wartość wielkiego dzieła dokonanego w tym zakresie przez M. B. P. polega na tem, że skupiło ono i zestawilo systematycznie dane, które w części były zupełnie niedostępne, a w części rozsiane były po najróżniejszych publikacjach urzędowych, półurzędowych i prywatnych. Opracowanie Międzynarodowego Biura Pracy połączyło z nią po raz pierwszy w jedną całość dane o stanie prawnym ustawodawstwa społecznego i o jego stosowaniu praktycznym. Pozatem rozszerzyło zakres obserwacji międzynarodowych z ubezpieczeń społecznych, które już i poprzednio śledzone były i porównywane bacznie przez M. B. P., na różne inne dziedziny, które czy to w zupełności pozostawały poza zakresem jego studjów, czy też którym poświęcało ono uwagę ubocznie i okolicznościowo, a które w części nie mieszczą się nawet ściśle w obrębie statutowej kompetencji Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Sporządzona dla każdego z 24 państw monografia jego urzędzeń społecznych składa się mianowicie z sześciu części: 1) statystyka ludności z podziałem pracowników według głównych gałęzi gospodarstwa i głównych grup zawodowych; 2) ubezpieczenia społeczne; 3) opieka społeczna; 4) tanie budownictwo mieszkaniowe; 5) dodatki rodzinne; 3) obciążające pracodawcę urlopy pracowników.

W stosunku do każdego z urzędzeń społecznych opracowanie podaje krótki przegląd ustawodawstwa, pozatem główne dane statystyczne dotyczące stosowania go w praktyce; tak n.p. statystyka ubezpieczeniowa obejmuje cyfrę ubezpieczonych dochodów, wydatków, rachunków roboczych i bilanse każdej gałęzi ubezpieczenia społecznego.

Trudno dość silnie podkreślić wartość zestawionych z sobą wogóle po raz pierwszy na płaszczyźnie międzynarodowej danych z zakresu zwłaszcza *opieki społecznej*, która na kompetentnym dla niej statutowo terenie Ligi Narodów traktowana była dotąd bardzo po macoszemu.

Błędny byłby zarzut, jakoby spóźnione było wydanie w chwili obecnej rocznika za rok 1930. Wobec publikowania po dwóch — trzech latach przez większość państw roczników statystycznych, wcześniejsze wydanie rocznika musiałoby natrafiać na poważne trudności.

Należy sobie tylko życzyć, by — jak to zapowiada Międzynarodowe Biuro Pracy — w możliwie najbliższym terminie wydany został rocznik następny.

Zdrowotnictwi a sociali politika (Zdrowotność a polityka społeczna).

Praca zbiorowa wydana przez Instytut Społeczny w Czechosłowacji. Stron 170. Cena Kc. 8.—. Do nabycia bezpośrednio w Instytucie: Praga II, Palackého náměstí cis. 4.

Praca zawiera następujące referaty: Zdrowotność a polityka społeczna — Dr. Wł. Prochazka; Organizacja służby zdrowia w Czechosłowacji — Doc. Dr. B. Vacek; Lekarz i personel pomocniczy — Dr. V. J. Prosék; Ubezpieczenie społeczne a zdrowotność publiczna i opieka społeczna — Dr. E. Bresky; Szpitale publiczne a polityka społeczna — Prof. Dr. A. Jirásek; Społeczno-zdrowotna służba szpitala w mieście przemysłowym — Dr. B. Albert. Higiena w przemyśle — Doc. Dr. Ziel; Poradnie a polityka społeczna — Prof. Dr. H. Pelz; Poradnie dla zwalczania chorób społecznych — Doc. Dr. A. Gutwirth; Poradnie dla dzieci — Dr. J. Vesely; Opieka społeczna nad młodzieżą szkolną — Doc. Th. Gruschka; Opieka psychiatryczna i jej społeczne zadania — Dr. Fr. Kafka; Sanatorja dla gruźlików — Doc. Dr. Sv. Basar.

Einführung in die Sozialversicherung (Wprowadzenie w ubezpieczenia społeczne) — Dr. Resch Josef.

Karl Ueberrenters Verlag, Wien 1934. Str. 81.

Broszurka ma na celu zapoznanie czytelnika z szerokim zakresem zagadnień ubezpieczeniowych. Po wstępie, w którym autor omawia istotę ubezpieczeń społecznych, poszczególne rozdziały poświęcone są ubezpieczeniu prywatnemu, rozwojowi ubezpieczeń społecznych w ogólności oraz historii ubezpieczeń społecznych w Austrii, podstawowym zagadnieniom ubezpieczeń społecznych (zakres ubezpieczeń, świadczenia, środki finansowe, instytucje ubezpieczeniowe, walka z systemem ubezpieczeń społecznych), poszczególnym ich rodzajom, ubezpieczeniom społecznym zagranicą, a wreszcie znaczeniu ubezpieczeń społecznych dla gospodarstwa narodowego. Na końcu podano literaturę przedmiotu.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY Warszawa. Dwutyg. Nr. 3. 1 lutego 1934 r.

Organizacja ubezpieczeń społecznych — J. B. Autor omawia scalenie ustawowe i organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce. O ile ustosunkowanie autora do scalenia ustawowego możnaby nazwać dodatkiem, w scaleniu tem widzi on bowiem poważne korzyści rzeczowe i programowe, o tyle, co się tyczy scalenia organizacyjnego, uważa, iż nowa organizacja ubezpieczeń w Polsce oparta została na zasadzie koncentracji, w odróżnieniu od dotychczasowego stanu rzeczy i form, przyjętych w większości krajów, w których istnieją ubezpieczenia. Na poparcie swych wywodów autor przytacza jako przykład... Niemcy, gdzie w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby istnieje ok. 7000 kas chorych, a ubezpieczenie inwalidzkie jest wykonywane przez 40 instytucyj i t. d.

Szkoda, że p. J. B. nie są znane najnowsze ustawodawstwa z zakresu ubezpieczeń społecznych, wydane w ostatnim czasie w różnych państwach. Szkoda dalej, że autor, pisząc o ubezpieczeniach społecznych Niemiec i stawiając je jako pewien przykład, nie czytuje fachowej prasy niemieckiej, która naogół zgodnie uważa system organizacyjny, szczególnie ubezpieczenia na wypadek choroby, za przestarzały i nie odpowiadający w pełni aktualnym postulatom i tendencjom rozwojowym. Według autora system dekoncentracji „ma obok minusów również i poważne plusy”. Plusów autor nie przytacza szerzej, jeśli zaś chodzi o ujemne strony, to zdaniem jego „jest to głównie pewien brak koordynacji w funkcjonowaniu ubezpieczeń”. W koncentracji autor obawia się skłonności do biurokratyzacji.

Skości artykuł omawia organizację i kompetencje Izby Ubezpieczeń społecznych, zakładów ubezpieczeń społecznych i ubezpieczalni społecznych, przyczem obok zasadniczego tematu autor porusza ubocznie również i inne kwestje nie dotyczące ściśle omawianego zagadnienia.

Na uwagę zasługuje jedynie następujący ustęp artykułu:

„W odróżnieniu od pozostałych zakładów, które własne koszty administracji pokrywają ze składek ubezpieczeniowych, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby żyje ze składek ubezpieczalni społecznych. W ramach nowej organizacji istnienie tego Zakładu jest najmniej uzasadnione. Czynnności jego winny być rozdzielone między Izbę i pozostałe zakłady. Wydaje się, że Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby zawdzięcza swe powstanie nie tyle potrzebie, ile względem zaokrąglenia schematu organizacyjnego, w którym każdy rodzaj ubezpieczenia koncentruje się w odpowiednim zakładzie”.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Nr. 4. 15 lutego 1934 r. W dziale „Notatki” zamieszczono:

„Zaległości ubezpieczeń społecznych” — J. Autor omawia projekt ustawy o ułatwieniu spłaty zaległych składek i opłat na rzecz instytucyj ubezpieczeń społecznych, przyczem ustosunkowuje się krytycznie do przyjętego w okólnikach Ministerstwa Opieki Społecznej pojęcia „zaległości”, stanowisko bowiem Ministerstwa — jego zdaniem — przekreśla korzyści, wynikające z ustawy dla pracodawców.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Nr. 5. 1 marca 1934 r. W dziale „Notatki” zamieszczono:

Nowelizacja ubezpieczenia pracowników umysłowych — K. Autor streszcza te postanowienia projektu nowelizacji, które przewidują pewne zmniejszenie świadczeń i wyciąga z tego dowolne a zarazem tendencyjnie ujęte wnioski, zarówno co do przyszłości ubezpieczenia pracowników umysłowych jak i jego celowości. Pozatem i samo streszczenie wybranych fragmentów nie zawsze zgadza się z prawdą, jak np. to, że nowela wprowadza 6 miesięczny okres wyczekiwania dla jednorazowej odprawy.

GÓRNOŚLĄSKIE WIADOMOŚCI GOSPODARCZE, Katowice. Dwutyg. Nr. 4. 28 luty 1934 r.

Ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych — J. G. Artykuł jest streszczeniem nowych przepisów o ubezpieczeniu od wypadków i chorób zawodowych.

PORADNIK PRZEDSIĘBIORCY. Nr. 6. Poznań 15 marca 1934 r. W dziale „Sprawy Socjalne” omówiono następującą sprawę z dziedziny ubezpieczeń społecznych:

Jak przeprowadzono likwidację repartycyjnego ubezpieczenia w Wielkopolsce i na Pomorzu? — K. Autor wskazuje, iż w r. 1934 przypadały do zapłacenia na powyższym terenie następujące należności z tytułu ubezpieczenia od wypadków: 1) 3 i 4 rata składki repartycyjnej za rok 1932; 2) składka repartycyjna za rok 1933, należna zgodnie z § 731 ord. ubezp.; 3) bieżące składki w myśl ustawy z dnia 28 marca 1933 r., która przewiduje opłacanie składek za ubezpieczenie od wypadków zgóry. Opłacenie jednak wszystkich tych składek w jednym roku byłoby dla sfer gospodarczych zbyt uciążliwe, chociaż należności Ubezpieczalni Krajowej są słuszne i prawnie uzasadnione. Związki gospodarcze podjęły starania o skreślenie części zobowiązań pracodawców. Starania zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem dla pracodawców, bowiem czynniki miarodajne postanowiły nie przeprowadzać repartycji za r. 1933 na wydatki zaś w tym roku powstałe zużyć istniejący fundusz administracyjny, wynoszący przeszło 4 miliony złotych zwłaszcza, że fundusz ten odpowiada mniej więcej sumie wydatków.

W tym stanie rzeczy sytuacja przedstawia się obecnie w ten sposób, że ci pracodawcy płacą bieżące składki w myśl ustawy scaleniowej i 3 oraz 4 raty składek za r. 1932, których termin został wyznaczony na 15 stycznia i 31 marca 1934 r., składek zaś za rok 1933 wogóle nie będą płacili.

Ubezpieczenie chałupników — W. G. Autor analizuje istotne elementy pojęcia chałupnika w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jako to: a) zawodowość, b) wyrabianie, przerabianie lub wykończanie przedmiotów, c) własną pracę, d) na zamówienie jednego lub więcej przedsiębiorców, e) we własnym mieszkaniu.

PRZEWODNIK SPOŁECZNY. Mies. Nr. 2. Luty 1934 r. Wydawca: Katolicka Szkoła Społeczna w Poznaniu.

Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym — K. Artykuł jest streszczeniem ustawy z dnia 28 marca 1933 r., przyczem autor stara się zarazem dać odpowiedź na pytanie, po co wprowadzono taką ustawę, która wywołuje tyle niezadowolonia. Po zanalizowaniu najważniejszych postanowień i porównaniu stanu danego i nowego, autor prowadzi do wniosku, iż ustawa jest jednak mimo pewnych ofiar ze strony świata pracy poważną dla niego korzyścią.

OSZCZĘDNOŚĆ. Dwutyg. Warszawa, 15 lutego 1934. Nr. 3. Nowa ustawa scaleniowa o ubezpieczeniu społecznym — J. Zaboklicki. Artykuł podaje treść ustawy.

INSPEKTOR PRACY. Warszawa. Paźdz.—Grudzień 1933. **Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym** — E. Modliński. Artykuł podaje treść ustawy.

POLSKA GOSPODARCZA Warszawa. Tyg. Nr. 7. 17 lutego 1934 r. W dziale „Rolnictwo” zamieszczono artykuł:

Ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych — B. Artykuł streszcza projekt ustawy robotników rolnych, wniesiony do Sejmu w ciągu ostatniej sesji, oraz podaje najważniejsze zasady kontrprojektu, wysuniętego przez sfery rolnicze, a opartego na założeniach indywidualnej przymusowej oszczędności. W zakończeniu autor przytacza najważniejsze zastrzeżenia, wysuwane ze strony znawców ubezpieczeniowych, co do systemu zaopatrzenia dla robotników rolnych, proponowanego przez sfery rolnicze.

LEKARZ POLSKI. Nr. 1, styczeń 1934.

Dr. Etienne Burnet: „Reforma studjów lekarskich“.

Przeprowadzenie gruntownej reformy studjów lekarskich w czasach obecnych narzuca się jako wyraźna konieczność życiowa, którą uświadamiają sobie w sposób mniej lub więcej jaskrawy i konkretny społeczeństwa wszystkich prawie krajów. Reforma ta nie może się ograniczać wyłącznie do strony pedagogicznej studjów lekarskich, przeciwnie, musi sięgnąć tak głęboko, aby umożliwiła szkolenie lekarzy, którzyby odpowiedzieli następnie nowym potrzebom społeczeństwa i zdobywającym sobie coraz większe uznanie nowym formom medycyny praktycznej.

Od niepamiętnych czasów istniały zawsze obok siebie dwie postacie lecznictwa: indywidualna (prywatna) i zbiorowa (społeczna, ubezpieczeniowa). Już od dłuższego czasu zasięg stosowania lecznictwa indywidualnego maleje wydatnie na rzecz

lecznictwa zbiorowego; jest to wyrazem pewnych dążeń społeczno-organizacyjnych, opartych na przekonaniu, że zdrowie człowieka jest jednym z tych jego praw, które społeczeństwo musi specjalnie respektować i którem musi się szczególnie opiekować (w interesie całości). Ponieważ lecznictwo indywidualne (jednostkowe) kurczy się wydatnie na rzecz lecznictwa zbiorowego, więc i przyszli lekarze już w czasie swych studjów uniwersyteckich muszą być szkoleni w tym kierunku — muszą się praktycznie zapoznawać z lecznictwem ubezpieczeniowym, z kulturą zdrowia, medycyną zapobiegawczą i z warunkami społecznymi i ekonomicznymi tego środowiska, w którym będą pracowali.

Student medycyny w ciągu swego 5 — 6 letniego pobytu w uniwersytecie nie jest w stanie nauczyć się wszystkiego tak, aby mógł po tem uchodzić za twór wykończony. Wydział lekarski uniwersytetu powinien dać tylko podstawy lekarzowi — przez dostarczenie mu zasadniczych wiadomości i zaznajomienie go z ogólnym zarysem medycyny. Dopiero po uzyskaniu dyplomu lekarz zaczyna się specjalizować w odpowiednich kierunkach, i specjalizację tę musi już kontynuować następnie do końca życia, jeśli nie chce cofnąć się w swym rozwoju fachowym. A więc uniwersytet musi swoją działalność szkolenia lekarzy różniczkować w 2 kierunkach: 1) ukształtowanie lekarza podstawowego, praktyka, przystosowanego do nowoczesnych potrzeb społeczeństwa (potrzeb lecznictwa zbiorowego), zdolnego do samodzielnego myślenia i przejawiania swojej inicjatywy, i przygotowanego do dalszego samodzielnego (przy pomocy kursów dokształcających i szpitali) specjalizowania się; 2) szkolenie specjalistów-praktyków (po uzyskaniu przez nich dyplomów) — co powinno się odbywać przy wydatnem poparciu instytucji, zatrudniających danych lekarzy (udzielanie płatnych urlopów), w których interesie jest ułatwienie lekarzom nabycia kwalifikacji specjalistycznych, gdyż będą z nich korzystać chorzy, pozostający pod opieką tej instytucji. Cz.

LEKARZ POLSKI. Nr. 2, luty 1934.

Z organizacji lekarskich — Odezwa Zarządu Zjednoczenia Lekarzy.

Do wielkich zmian, jakie zaszły w ostatnich latach w dziedzinie opieki społecznej nad zdrowiem obywateli państwa, lekarze polscy ustosunkowywali się dotychczas zupełnie biernie, nie zdradzając posiadania w tym kierunku jakichkolwiek sprzecyzowanych poglądów. Dotyczyło to w pierwszym rzędzie wprowadzenia w życie społecznego lecznictwa ubezpieczeniowego, co się odbyło prawie bez jakiegokolwiek bardziej czynnego udziału świata lekarskiego w przeprowadzeniu tej reformy. Utworzenie Kas Chorych duża część lekarzy przyjęła wyraźnie nieprzychylnie, pozostała zaś ich część zgłosiła w tym kierunku zupełne desintéressement. To też nic dziwnego, że inicjatywa organizacyjna w tej dziedzinie przeszła w ręce nielekarskie, lekarze zaś zeszli tu do roli najemnych pracowników, traktujących pracę w kasach chorych częstokroć tylko jako uboczny zarobek, pozwalający na dorywcze załatwienie luk w budżecie domowym. Nadszedł już najwyższy czas, żeby skończyć z tą szkodliwą dla społeczeństwa, instytucyj ubezpieczeniowych i dla samych lekarzy biernością i oportunizmem.

Chcesz odbyć podróż tanio — szybko — wygodnie?
Leć samolotem!

W pełnym zrozumieniu współczesnych postulatów społecznych i w wyniku pozytywnego ustosunkowania się do zagadnień i interesów państwa, Zjednoczenie Lekarzy wysuwa następujące tezy programowe, których realizacja powinna być celem skoordynowanych wysiłków całego świata lekarskiego.

1) „Reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i zorganizowanie powszechnej służby zdrowia, któraby objęła opieką zdrowotną cały kraj i całą jego ludność”.

2) „Rozwój i umocnienie stanowiska lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych jako formie ewolucyjnej na drodze do objęcia całego kraju opieką lekarską. W lecznictwie ubezpieczeniowym czynnik lekarski winien zająć właściwe mu miejsce, mieć wpływ na rozwój i całość akcji, a praca lekarska powinna znaleźć jak najlepsze warunki i jak najmniej skrzepowania do rozwinięcia jej w myśl wymagań wiedzy”.

3) „Reforma studjów lekarskich na wyższych uczelniach w kierunku przystosowania ich do praktycznych potrzeb lecznictwa, wymagań społeczno-lekarskich (medycyna społeczna) i utrzymania poziomu moralnego przyszłych lekarzy”.

4) „Nadanie pełnych i konkretnych form działania Izdom Lekarskim jako instytucjom „powołanym do normowania warunków życia lekarskiego”.

5) „Zapewnienie głosu czynnikowi lekarskiemu w ogólnej polityce kraju jako jednemu z ważniejszych zagadnień z dziedziny ochrony państwa i narodu”.

Cz.

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE. Nr. 4, luty 1934.

Dr. R. Konkiewicz, „Związek Lekarzy w obliczu zadań państwowych”.

Pracownicze związki zawodowe odegrały na całym świecie ogromną rolę w walce świata pracy z kapitałem; w dużej mierze jest to ich dziełem, że położenie gospodarcze proletariatu w ostatnich dziesiątkach lat uległo znacznej poprawie. W Polsce związki zawodowe zbyt ściśle się zespoliły z partjami politycznymi, co zaciążyło niepomysłnie na dalszym ich rozwoju.

Związki zawodowe, uważane powszechnie za instytucje pożyteczne i pod względem społecznym, i państwowym, nie tracą bynajmniej nic ze swego znaczenia w zastosowaniu i do stanu lekarskiego. Stan lekarski, będący w związku z charakterem wykonywanej pracy zawodem dotychczas zasadniczo wolnym i nieskrępowanym, powinien pozostać takim i nadal ze względu na dobro samych chorych. Konieczność pewnego skrzepowania lekarzy i uzależnienia ich w pracy na terenie kas chorych od różnych czynników natury organizacyjno-gospodarczej wysunęła dosyć trudny do rozstrzygnięcia dylemat. Ogromną pomocą i skuteczną mogłoby tu okazać ścisłe współdziałanie w tym względzie Kas Chorych z zawodową organizacją lekarską.

Czy związki zawodowe lekarskie mogą być zastąpione w swej działalności przez Izby Lekarskie? Zdaniem autora — nie, gdyż nie są przygotowane do takiej pracy konstrukcyjnie i organizacyjnie; cechują się one pewną ociężałością, charakterystyczną dla każdej oficjalnej reprezentacji. Poza to, posiadają one swoje właściwe tylko im zadania, które je bardzo absorbują. Jakkolwiek trzeba przyznać, że jeśli chodzi o zachowanie godności stanu lekarskiego i troskę o warunki pracy i płacy lekarzy, to zadania związków zawodowych i Izby Lekarskich pokrywają się ze sobą, tem nie mniej — gdyby np. Izby Lekarskie miały zawierać umowy z kasami chorych i dopilnowywać ich szczegółowego wykonania, to byłyby do tego poprostu niezdolne, chociażby ze względu na brak oddziałów prowincjonalnych. Ze wszystkich tych powodów utrzymanie zawodowych związków lekarskich jest konieczne dla utrzymania ładu i porządku nie odcinku życia lekarskiego. Konieczność ta nosi charakter konieczności państwowej. Powszechna, silna i zwarta

lekarska organizacja zawodowa, wolna od jakichkolwiek ubocznych wpływów partyjnych, będzie bardzo cennym czynnikiem regulującym, za pośrednictwem którego władze państwowe będą mogły oddziaływać na układanie się stosunków między kasami chorych a światem lekarskim w sposób jak najbardziej korzystny tak dla jednych, jak i dla drugiego.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE. Nr. 8, luty 1934.

Dr. E. Grzegorzewski: „Udział lekarzy wolnopraktykujących w planowej akcji zapobiegawczej”.

Wydział Zdrowia miasta Detroit Stanów Zjednoczonych Am. P. opracował i wprowadził w życie przed 3 laty plan wspólnej akcji zapobiegawczej na terenie miasta, któraby zjednoczyła wysiłki w tym kierunku instytucji opieki lekarskiej, zorganizowanej (urzędowej) z wysiłkiem lekarzy wolnopraktykujących. Celem tej akcji było dostarczenie ludności miasta maksymalnej pomocy zapobiegawczej, jaka przy dzisiejszym stanie wiedzy i w obecnych warunkach organizacyjnych może być dana. Na pierwszy ogień wysunięto: szczepienia zapobiegawcze przeciwko błonicy, przeciwko ospie, rejestracja przypadków gruźlicy, doroczne badanie lekarskie wszystkich obywateli i doroczne badanie dentystyczne. Cała akcja zapobiegawcza miała być zogniskowana w gabinecie lekarza wolnopraktykującego. Czynności wstępne polegały na przygotowaniu lekarzy pod względem fachowym i pod względem ich nastawienia psychicznego do stosowania medycyny zapobiegawczej, na odpowiedniemi zaagitowaniu wśród ludności i na zorganizowaniu akcji pod względem techniczno-materiałnym. Przez cały czas utrzymywano ścisły kontakt (uzgadnianie posunięć) z miejscowem Towarzystwem Lekarskiem. Drogą listów i odwiedzin lekarza-koordynatora zwerbowano do współdziałania w akcji szczepień przeciwbłoniczych (pierwszy punkt programu) 1100 lekarzy, którzy się zobowiązali do wykonywania tych szczepień za określoną opłatą (wnoszona przez pacjenta lub przez Wydział Zdrowia) w pewne dni i godziny. Wykaz tych lekarzy podano do wiadomości ogólnej zapomocą ogłoszeń (w aptekach, urzędach, szkołach i t. d.). Odpowiednią propagandę wśród ludności prowadzono zapomocą radja, prasy, kin, plakatów, kościołów i t. d.; najskuteczniejszą jednak w tym względzie okazała się propaganda, prowadzona przez pielęgniarki społeczne po domach.

Kampanja przeciwbłonicza udała się w zupełności, gdyż liczba przypadków błonicy zmniejszyła się w porównaniu z okresem przed jej rozpoczęciem do jednej piątej. A poza tem, rozwinęło się i utrwaliło współdziałanie między ogółem ludności, stanem lekarskim i władzami służby zdrowia, szerokie zaś sfery ludności nabrały zaufania do zwalczania chorób na drodze zapobiegania.

Cz.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE. Nr. 2, luty 1934.

Dr. J. Hozer: „Czynności administracyjne lekarzy ordynujących w ubezpieczalniach”.

Przy obecnym systemie organizacji lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych lekarze ordynujący są bezwzględnie przeładowani czynnościami manipulacyjno-administracyjnymi, na które zużywają oni — przy pobieżnem obliczeniu — około 40% czasu, przeznaczzonego na przyjmowanie chorych. Lekarze ci są obowiązani — poza rozpoznawaniem chorób i leczeniem chorych — do wykonywania następujących czynności: 1) odebranie znaczka za poradę, naklejenie go, skasowanie i wpisanie daty porady; 2) o ile chory zgłasza się bez adnotacji biura o zwolnienie od opłat z mocy ustawy — zbadanie, czy zachodzą warunki ustawowe do takiego zwolnienia. 3) wypisanie na receptę „wolny od dopłaty” lub „podlega dopłacie”, imienia i na-

zwiska chorego, numeru legitymacji, datę i miejsce wystawienia, pieczęć, podpis, ewent. odpis recepty (leki wydawane na koszt obcych zakładów); na prowincji — księgować wydawane leki i pobierane opłaty; 4) prowadzenie historii choroby (wywiady, rozpoznanie, leczenie, kwalifikacja zdolności do pracy, ewent. uwagi o skierowaniu do innego lekarza, wyniki badań pomocniczych); 5) zgłaszanie niezdolności do pracy ubezpieczonego (wypisywanie całego szeregu podwójnych rubryk); 6) wystawianie asygnat zasiłkowych z wypełnieniem podwójnych rubryk. 7) wypełnianie wniosków na asygnaty szpitalne, leczenie klimatyczne, środki pomocnicze i t. p.; 8) wydawanie na żądanie władz ubezpieczalni poświadczeń, opinii i t. p.; 9) zgłaszanie dla władz państwowych chorób zakaźnych, zawodowych i gruźlicy; 10) prowadzenie statystyki chorobowej (według tabeli ponumerowanej od 1 do 200) i statystyki ruchu chorych.

Już samo zestawienie tych czynności manipulacyjno-administracyjnych dowodzi tego, jak palącą jest kwestja przeprowadzenia reorganizacji lecznictwa kasowego w tym kierunku, aby przez odciążenie lekarzy w ich czynnościach administracyjnych, pozostawić im więcej czasu na to, co jest głównym ich zadaniem na terenie ubezpieczalni — to jest na właściwe leczenie chorych. Wymaga tego i interes ubezpieczonych, i interes samej ubezpieczalni.

Cz.

ZDROWIE PUBLICZNE Nr. 1, styczeń 1934.

Dr. St. Stypułkowski: „Do opieki społecznej przez zagadnienie zdrowotne“

Ża niezmiernie korzystne dla całości sprawy opieki społecznej i zdrowotnej nad ludnością miast należy uważać powiązanie terenowe działalności ośrodka zdrowia ze stacją opieki społecznej (jak to ma miejsce między innymi na terenie I miejskiego Ośrodka Zdrowia w Mokotowie w Warszawie). Powiązanie to ma na celu lepsze wykorzystanie personelu i urządzeń obu działów i skuteczniejszą koordynację ich wysiłków na danym terenie — przy zachowaniu odrębności ich zasadniczych programów. Bez względu na to, czy kierownik ośrodka zdrowia (lekarz) będzie zarazem kierownikiem stacji opieki społecznej, czy tylko będzie z nią współpracował, w całości akcji dominującą rolę i dającą specjalne nastawienie całej pracy będzie odgrywał zawsze lekarz wraz z pielęgniarką społeczną — jako posiadający specjalne przygotowanie teoretyczne i praktyczne.

Współcześnie pojęciem zadaniem opieki społecznej jest nie tylko niesienie pomocy potrzebującym jej, lecz przede wszystkim skierowanie swych wysiłków ku zmniejszeniu liczby potrzebujących czyli usuwanie przyczyny zła. Jedynie racjonalną drogą, prowadzącą do tego celu, jest nawiązanie ścisłego kontaktu z rodziną jako elementarną jednostką biologiczną, moralną i ekonomiczną społeczeństwa. Podtrzymując rodzinę w jej konstrukcji i sprawnym funkcjonowaniu, opieka społeczna wypełnia swoje zadanie możliwie ekonomicznie i celowo; jest to rodzaj akcji zapobiegawczej. Koniecznym jest do tego zastąpienie opieki społecznej zamkniętej (drogiej) przez opiekę otwartą, o charakterze wychowawczym (znacznie tańszą). Jednak zreformowanie opieki społecznej w myśl wyżej wyszczególnionych przesłanek możliwym się stało dopiero z chwilą połączenia zcentralizowanych terenowo ośrodków zdrowia ze stacjami opieki społecznej. Ogólny plan działania takiego scalonego ośrodka składałby się z następujących punktów: 1) moralna opieka nad rodziną, 2) opieka nad kulturalnymi potrzebami rodziny, 3) szeroko zakrojona opieka zdrowotna (począwszy od matki ciężarnej, niemowlęcia, poprzez środowisko, higienę osobistą, choroby społeczne i zakaźne — aż do starości). Zasadnicze podejście do wypełnienia tego programu musi się

rozpoczynać od zagadnień zdrowotnych i wychowawczych, ściśle, zresztą, ze sobą zespolonych. W związku z tem jasnym jest, że nadawać ton całej tej akcji i grać najbardziej odpowiedzialną rolę będą: lekarz i pielęgniarka społeczna.

Cz.

LEKARZ POLSKI Nr. 3, marzec 1934.

Referat zbiorowy Dr. E. Bobrowskiego, Dr. R. Kunickiego, Dr. J. Szumskiego i Dyr. K. Osiewskiego: „Projekt organizacji lecznictwa“

Lecznictwo ubezpieczeniowe powinno odpowiadać następującym wymaganiom: 1) powinno być możliwie jak najbardziej dostępne dla ubezpieczonych, 2) możliwie najsprawniejsze i o jak najwyższym poziomie pod względem fachowo-lekarskim, 3) powinno również odpowiadać potrzebom instytucji ubezpieczeniowych, a jego koszt powinien się mieścić w ramach kryzysowego uszczuplonego budżetu ubezpieczalni społecznych. Dostępność lecznictwa zależy od wielkości terenu, przydzielonego do poszczególnych organizacyjnych jednostek lecznictwa i wzrasta w miarę jego decentralizacji. Sprawność i poziom lecznictwa zależą od urządzeń leczniczych i kwalifikacji fachowych personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego, zgrupowanie zaś odpowiednio wykwalifikowanych sił i utrzymanie ich kwalifikacji na wysokim poziomie wymaga scentralizowania lecznictwa. Wreszcie, taniość lecznictwa również wymaga jego scentralizowania.

A więc, praktyczne rozwiązanie sprawy organizacji lecznictwa w terenie będzie kompromisowe między jego decentralizacją (na rzecz dostępności) a centralizacją (na rzecz utrzymania wysokiego poziomu i niskich kosztów). Tam, gdzie duża gęstość zaludnienia umożliwi scentralizowanie lecznictwa bez szkody dla jego dostępności, organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego zbliży się do ideału, za jaki uważają autorowie ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne — najbardziej odpowiadające potrzebom ubezpieczonych i instytucji ubezpieczeniowych, tendencjom medycyny praktycznej i nastawieniu ubezpieczonych wobec lecznictwa. Działalność zapobiegawczą należy prowadzić zawsze centralnie (referat profilaktyki przy lekarzu naczelnym); jej wyniki zależą nie tyle od takiej czy innej organizacji lecznictwa, co od właściwego nastawienia poszczególnych lekarzy.

Zależnie od stopnia zagęszczenia ubezpieczonych w terenie autorowie rozróżniają 3 możliwości organizacyjne lecznictwa:

I. *Typ lecznictwa „A“ (specjalistyczno-ambulatoryjne)* — przy zagęszczeniu ubezpieczonych w terenie nie niższym od 1000 na 1 km² (Warszawa, Łódź, Kraków, Lwów, Sosnowiec, Częstochowa i t. p.). Ubezpieczeni zgłaszają się bezpośrednio do położonego możliwie centralnie ambulatorjum specjalistycznego. Jest to najtańszy typ organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego.

II. *Typ lecznictwa „B“ (ambulatorja rejonowe i specjalistyczne)* — przy zagęszczeniu nie niższym od 250 na 1 km². Ze względu na konieczność udostępnienia pomocy leczniczej i niedopuszczenia do nadmiernego wzrostu wydatków na lecznictwo — tworzy się jedno centralne ambulatorjum specjalistyczne i kilka ambulatorjów rejonowych (z lekarzami ogólnymi) na obwodzie. Jest to typ organizacyjny droższy od poprzedniego.

III. *Typ lecznictwa „C“ (rozproszone ambulatorja rejonowe)* — przy gęstości zaludnienia poniżej 250 ubezpieczonych na 1 km². Ambulatorjów specjalistycznych niema tutaj wcale. Pomoc specjalistyczną ubezpieczeni mogą uzyskać z sąsiednich ośrodków typu „B“ lub „A“.

Cz.

LEKARZ POLSKI. Warszawa. Mies. Nr. 2. 1 lutego 1934 r.

W roku bieżącym wszczęta została na łamach „Wiadomości Farmaceutycznych“ i „Lekarza Polskiego“ dyskusja, którą spowodowało umieszczenie w Nr. 51 „Polskiej Gazety Lekarskiej“ artykułu D-ra L. Gangła p. t. „*Kilka uwag o partactwie lekarskiem uprawianem przez aptekarzy*“.

Pominawszy cały szereg wzajemnych zarzutów i wyjaśnień, na uwagę zasługuje stanowisko zajęte przez D-ra T. Ch. w artykule „*Partactwo lekarskie uprawiane przez aptekarzy*“ Dr. T. Ch. odpierając zarzut „Wiadomości Farmaceutycznych“ odnośnie partactwa aptekarskiego uprawianego przez lekarzy przy wydawaniu lekarstw w punktach rozdawania leków ubezpieczalni społecznych, przytacza par. 5 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o sposobie wydawania leków przez ubezpieczalnie społeczne poza aptekami i konkluduje:

„Gdzież może być mowa o konkurencji lekarza z aptekarzem, lub partactwie aptekarskiem lekarza, opłacanego przez Kasę Chorych? Przecież świat farmaceutyczny może walczyć i winien walczyć, by na punktach rozdawnictwa leków byli farmaceuci. Ale nie o to chodzi aptekarzom. Chodzi o zniesienie wogóle punktów rozdawnictwa leków Kas Chorych, o zniesienie aptek Kas Chorych, by istniały tylko apteki prywatne. I tu musimy z całą stanowczością przeciwstawić się temu egoistycznemu pogładowi, nieprzystosowanemu do obecnych pojęć. Skoro zdrowie obywatela jest własnością Państwa, skoro Państwo dopomaga wszystkimi siłami zarówno finansowymi jak i moralnymi, by utrzymać ubezpieczenia społeczne, opiekę zdrowotną nad bezrobotnym, skoro przystępujemy do forsowania projektu powszechnej służby zdrowia i powszechnego lecznictwa, musimy zapewnić obywatelowi wszystkie środki, zdążające do podniesienia jego zdrowia, a więc lekarstwa, specyfikacji i t. d. W tym celu konieczne jest upaństwowienie aptek, będących częścią upaństwowionej pomocy lekarskiej dla wszystkich obywateli państwa.

Prywatna praktyka, prywatne apteki to już kwestja dnia wczorajszego i jeszcze dzisiejszego, jutro będzie znacznie bogatsze pod względem społecznym“.

Jak widać z powyższej konkluzji Dr. T. Ch. zmierza do zasadniczego przeobrażenia dotychczasowego stanu prawnogospodarczego w dziedzinie aptekarstwa. S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 6 (1716) z dnia 11 lutego 1934 r.

Oceniając krytycznie projekt rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej o opuszczeniu od cen oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych, autor artykułu p. H. Anasiewicz twierdzi, że gdyby omawiany projekt, który „miał za zadanie ratować złą i nieekonomiczną gospodarkę byłych Kas Chorych, a obecnie ubezpieczalni społecznych, których się nie uratuje“, wszedł w życie, egzystencja aptek prywatnych zostałaby podkopana, a nawet byłyby one zrujnowane.

Posiłkując się obliczeniem cen za środki apteczne w opakowaniu gotowym i utrzymując, że koszty rzeczowe apteki, łącznie z kosztami utrzymania służącej, wynoszą 10% obrotu, zaś podatki 7% obrotu apteki, p. H. A. wykazuje, że przy uwzględnieniu 15% opustu zysk apteki byłby minimalny, a nawet przy wydawaniu niektórych artykułów powstawałyby straty dla apteki.

W wyniku swoich obliczeń p. H. Anasiewicz dochodzi do wniosku, że 15% opust od artykułów aptecznych gotowych jest nie do przyjęcia, jak również nie może być przyjęty opust od receptury w wysokości 25% dla aptek, których obrót miesięcz-

ny nie przekracza 1000 zł. W dalszych wywodach p. H. A. jest zdania, że wysokość opustów dla ubezpieczalni społecznych powinna być uzależniona od wysokości obrotu, przyczem apteki o obrocie do 200 zł. powinny być zwolnione od obowiązku udzielania opustów za leki wydawane ubezpieczalniom społecznym. S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 7 (1717) z dnia 18 lutego 1934 r.

Przedrukowano artykuł z lwowskiej „Chwili“ z dnia 7 stycznia b. r. pod tytułem „Czy i dlaczego leki są drogie“, napisany przez aptekarza mag. J. S. w którym autor nawiązując do głosów, wypowiedzianych na sejmowej komisji budżetowej o drożyznie leków wywodzi, że drożyzna leków jest spowodowana nie „wysoką taksą“ lecz zalaniem aptek gotowymi środkami, które są nieszczęściem dla zawodu aptekarskiego i wraz z Kasami Chorych doprowadzają aptekarstwo do ruiny. Ponadto zaznacza, że monopol na wyrób i sprzedaż leków w aptekach od szeregu lat nie istnieje, czego dowodem ma być między innymi, uruchomienie aptek kasowych, których powstanie było ciężkim ciosem dla aptek dotychczasowych, ale miało wszelkie cechy legalności w przeciwieństwie do punktów rozdzielczych leków Kas Chorych, których powstanie, w stosunku do aptek prywatnych, było, zdaniem autora, jaskrawym łamaniem prawa.

Artykuł zakończony jest twierdzeniem, że wszelkie eksperymenty o centrach zakupu, o aptekach kasowych wykazały małą wartość i dlatego mag. J. S. uważa, że tylko apteka publiczna może dać dobre leki i przynieść ze sobą taniłość.

S. R.

KRONIKA FARMACEUTYCZNA Nr. 5 z dnia 5 marca 1934 r.

W artykule „*Przed Zjazdem Delegatów Z. Z. F. P.*“ poruszona została sprawa punktów wydawania leków ubezpieczalni społecznych.

Autor artykułu przedstawia powyższą sprawę w sposób następujący: nowem zagadnieniem będzie sprawa t. zw. punktów rozdzielczych Ubezpieczalni Społecznych, które dotychczas istniały tylko iure caduco, a obecnie mają podstawę prawną. Usankcjonowanie punktów w dużej mierze zawdzięczamy sami sobie t. j. wszystkim tym gorliwym kolegom, zajmującym stanowiska administracyjne, którzy w swym zapędzie oszczędnościowym i quasi ultra-społecznym zapomnieli o legalności i zawodzie, a widzieli tylko siebie na swych kierowniczych stanowiskach. I chociaż wielu z nich znalazło się, a może wielu jeszcze się znajdzie w pewnym momencie u „rozbitego koryta“, tem niemniej zarazą punktów rozszerzała się i obecnie może przynieść bardzo poważne konsekwencje dla zawodu. Na zakończenie wywodów pisze: „Zagadnienie powyższe spotka się z protestem całego zawodu aptekarskiego, gdyż jest jaskrawym naruszeniem jego istotnych uprawnień“.

„LIST OTWARTY DO FARMACEUTÓW-PRACOWNIKÓW APTEK“.

Z datą mies. luty 1934 r. został rozpowszechniony przez p. Wacława Łopackiego list otwarty skierowany do farmaceutów-pracowników aptek Rz. P.

Wydanie listu otwartego, według twierdzenia autora, stało spowodowane jakoby mającą się ukazać w krótkim czasie nową ustawą aptekarską, a ponadto uniemożliwieniem przez Zarząd Główny Związku Zaw. Farmaceutów-Pracowników w Rz. P. podania do wiadomości farmaceutów-pracowników treści tego listu za pośrednictwem „Kroniki Farmaceutycznej“ oficjalnego organu Związku Zaw. Farmaceutów-Pracowników w Rzplitej.

Ważniejszą częścią listu otwartego p. W. Łopackiego, która może interesować instytucje ubezpieczeń społecznych, jest projekt, zmierzający do przejęcia aptek prywatnych przez samorząd miejski i związki samorządowe (magistraty i sejmiki powiatowe) od dotychczasowych ich właścicieli.

W streszczeniu projekt ten przedstawia się następująco: farmaceuci-pracownicy powinni dążyć, aby mająca być ogłoszona nowa ustawa aptekarska przewidywała przejęcie aptek prywatnych przez magistraty i sejmiki powiatowe w drodze wykupu od dotychczasowych właścicieli.

Właściciele aptek prywatnych otrzymaliby za apteki odpowiednią kwotę, uzależnioną od obrotu, w formie czteroprocentowych, wydanych w tym celu obligacji samorządowych, amortyzowanych w przeciągu 15 lat. Fundusz amortyzacyjny i na oprocentowanie obligacji powstałyby z czynności dzierżawnych aptek.

Przez pierwsze 15 lat samorządy komunalne nie prowadziłyby aptek we własnym zakresie, natomiast zostałyby one wydzierżawione, przy czem pierwszeństwo do dzierżawy posiadałby były właściciel apteki. Tenuta dzierżawna wynosiłaby 10 — 15% obrotu apteki.

Oceniając, że przeciętna cena apteki obliczona według jej obrotu rocznego, wynosi 40.000 zł., oraz przyjmując, że wykupieniu podlegałoby 2.000 aptek, autor listu oblicza, że ogólna wartość wszystkich aptek wyniesie 80.000.000 zł., która to suma byłaby zamortyzowana, zaś obligacje oprocentowane z czynszu dzierżawnego aptek w okresie pierwszego 15-lecia. Następnie podane jest wyliczenie sum, potrzebnych na amortyzację obligacji i ich oprocentowanie, poczem autor twierdzi, że projekt ten jest zupełnie realny i nadmieniam zarazem, że przy zrealizowaniu projektu Rząd, samorząd jak również właściciele aptek nie poniosą strat materialnych.

Przytoczony powyżej w streszczeniu projekt p. Łopackiego odślania nurtujący wśród farmaceutów-pracowników pogląd, obojętne większości czy mniejszości, na zagadnienie ustroju prawnego-gospodarczego aptek. Można zarzucić projektowi p. Łopackiego brak konsekwencji, ponieważ zmierza do przymusowej sprzedaży aptek prywatnych samorządom, aby te ostatnie wydzierżawiły je tym samym b. właścicielom. W tym stanie w okresie przynajmniej pierwszych 15 lat nie byłoby żadnych zmian w stosunku do obecnie istniejącego stanu, trudno bowiem uchwycić zasadniczą różnicę, jeżeli wogóle ta różnica istnieje, między prowadzeniem apteki przez właściciela, a dzierżawcę.

Pomijając więc pewną niekonsekwencję, najciekawszy jest właśnie sam kierunek, w jakim ma iść przeobrażenie. Zarówno wydoby autor, jak i inne ukazujące się w tym zakresie głosy, stwierdzają coraz bardziej na potrzebę zniesienia w Państwie, ze względów dobra ogólnego, systemu prywatnych aptek.

S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE, Nr. 8 (1718).
25 lutego 1934 r.

„Wiad. Farm.“ podają treść pisma wysłanego w dniu 16 lutego b. r. przez Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne do Ministerstwa Opieki Społecznej, w sprawie punktów wydawania leków ubezpieczalni społecznych.

Pismo wyraża wątpliwość co do potrzeby utrzymywania w punktach całego szeregu środków leczniczych. Przytoczono nazwy leków, które miały być wydane w styczniu przez punkt wydawania leków w Opocznie, a które to leki nie są pomieszczone w załączniku do rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej o sposobie wydawania leków przez ubezpieczalnie społeczne poza aptekami.

P. P. T. F. stoi na stanowisku zniesienia punktów wydawania leków i przekazania ich czynności aptekom.

S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE Nr. 10 (1720).
11 marca 1934 r.

W rubryce przeglądu prawnego podane zostało in extenso rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1934 r. o opuszczeniu od cen taksy aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych, z nadmienieniem, że przytoczone rozporządzenie stanowi nowy etap „ustawodawstwa ubezpieczeniowego, dążącego — może mimowoli — ale stale i konsekwentnie do pauperyzacji aptek publicznych“.

Ponadto dokonano zestawienia zmian, jakie wprowadziło nowe rozporządzenie w stosunku do rozporządzenia z dnia 15 maja 1929 r., wskazując na następujące zmiany:

1) zwiększenie opustu z 5% na 10% od sprzedaży odręcznej,

2) zamiast 5% opustu od receptury w miejscowościach w których ubezpieczalnie społeczne prowadzą apteki własne, wprowadzony został obowiązek udzielania 25% opustu.

3) obowiązek wydawania leków ubezpieczonym na rachunek ubezpieczalni społecznych,

4) zamiast 15-dniowego terminu regulowania rachunków, wprowadzony został termin 30-dniowy. W razie nieregulowania należności w powyższym terminie apteka ma prawo żądać ustawowych odsetek zwłoki, wówczas, gdy poprzednie rozporządzenie przewidywało w takim wypadku utratę opustu.

5) wprowadzono obowiązek sporządzania rachunków za wydane leki według wzoru ustalonego przez ubezpieczalnię.

W dalszych wywodach „Wiad. Farm.“, zestawiają wysokość opustów, udzielanych przez apteki dla ubezpieczalni społecznych w Polsce i dla Kas Chorych w Niemczech. S. R.

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE, Nr. 11 (1721).
18 marca 1934 r.

W rubryce: sprawy zawodowe, w artykule „Jak to się stać mogło?“ p. E. Kuczyński analizuje rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o opuszczeniu od cen, oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych, a w szczególności § 2 powyższego rozporządzenia, który nakłada na apteki publiczne obowiązek wydawania leków ubezpieczonym na rachunek Ubezpieczalni Społecznych.

Autor artykułu chciałby widzieć umieszczenie w rozporządzeniu § 2 jako wynik przypadku, gdyż zdaniem jego, brak jest dostatecznych uprawnień do nałożenia na apteki obowiązku wydawania leków na rachunek ubezpieczalni; to też dochodzi do wniosku, że jest podstawa do poczynienia zabiegów o zmianę tego przepisu w kierunku przychylniejszym dla aptek prywatnych.

S. R.

**DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR OFFENTLICHE
VERSICHERUNG UND VOLKSWOHLFAHRT**. Praga.
Folge 3. März 1934.

Das neue polnische Sozialversicherungsgesetz (Nowa polska ustawa o ubezpieczeniu społecznym) — G. Trepesch, Dalszy ciąg artykułu, streszczającego ustawę scaleniową.

SOZIALE REVUE. Praga. Nr. 1 — 2. Styczeń — luty 1934 r.

Die Uebertritte in der Sozialversicherung (Przechodzenie w ubezpieczeniu społecznym z jednej instytucji do innej) — Dr. Ant. Zelenka.

A. Wykłady

- | | |
|---|----------|
| 1) Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia | 4 godz. |
| 2) Organizacja i działalność poszczególnych działów pracy: | |
| a) walka z chorobami społecznymi | 11 " |
| b) opieka nad matką i dzieckiem | 4 " |
| c) higiena szkolna | 3 " |
| d) higiena otoczenia | 8 " |
| e) walka z ostrymi chorobami zakaźnymi | 2 " |
| f) szczepienia ochronne | 2 " |
| g) higiena psychiczna | 2 " |
| h) kontrola lekarska sportów | 2 " |
| i) ratownictwo ogólne i przeciwgazowe | 4 " |
| j) propaganda i popularyzacja higieny | 3 " |
| 3) Praca pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia | 3 " |
| 4) Ośrodki Zdrowia a opieka społeczna i ubezpieczenia społeczne | 2 " |
| 5) Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia | 2 " |
| 6) Seminarja dyskusyjne | 4 " |
| Razem: | 56 godz. |

B. Zajęcia praktyczne.

- 1) Praktyka w Ośrodkach Zdrowia w działach: walki z gruźlicą, jaglicą, z chorobami wenerycznymi, opieki nad matką, dzieckiem i t. p.
- 2) Demonstracje pracy pielęgniarki na terenie.
- 3) Ćwiczenia z zakresu inspekcji sanitarnej.

C. Wycieczki do Ośrodków Zdrowia.

D. Colloquium.

ZARZĄDZENIA ZAKŁADU UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY.

od dnia 24 lutego — 24 marca 1934 r.

Akcja propagandowa przeciwjaglicza.

Okólnik Nr. 7/34 z dnia 20 marca 1934 r.

Z. U. Ch. przesyłając w odpisie zarządzenie Ministerstwa Opieki Społecznej, rozesłane do władz administracji ogólnej, w sprawie propagandy przeciwjagliczej, zaleca wzięcie udziału w tej akcji w zakresie zarządzeniem ustalonym.

Treść zarządzenia Ministerstwa podana jest wyżej, w dziale zarządzeń Min. Op. Społecznej.

Umowa ze Związkami Kas Chorych Górnego Śląska.

Okólnik Nr. 8/34 z dnia 24 marca 1934 r.

Do

Wszystkich Ubezpieczalni Społecznych.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby przesyła w załączeniu układ zawarty w imieniu i na podstawie pełnomocnictw Ubezpieczalni ze Związkami Kas Chorych Górnego Śląska — do wiadomości i wykonywania postanowień zawartych w układzie.

Układ powyższy został zatwierdzony przez Ministerstwo Opieki Społecznej reskryptem Nr. 165/U. N. z dnia 21.II. b. r.

Układ wchodzi w życie z dniem podpisania go przez zainteresowane instytucje t. j. z dniem 23 lutego b. r. I zał.

Komisarz

(—) Doc. Dr. W. Czarnocki.

Dyrektor

(—) Z. Klemensiewicz

UKŁAD.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, występujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczalni Społecznych, działających na zasadzie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym.

Związek Ogólno-Miejscowych i Wiejskich Kas Chorych górnośląskiej części województwa śląskiego, występujący w imie-

niu i na rzecz ogólnych i wiejskich Kas Chorych województwa śląskiego.

Związek Kas Chorych Zakładów Przemysłowych województwa śląskiego w Tarnowskich Górach, występujący w imieniu i na rzecz przemysłowych Kas Chorych województwa śląskiego oraz Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach i Pszczyńskiego Bractwa Górniczego w Katowicach.

Wszystkie powyższe instytucje, działające na podstawie pełnomocnictw udzielonych im przez zainteresowane Ubezpieczalnie, Kasy Chorych i Bractwa Górnicze

zawierają układ następującej treści:

§ 1.

Ubezpieczalnie Społeczne i Kasy Chorych, reprezentowane przez powyższe instytucje, zawierające układ, obowiązują się do wzajemnego udzielania ubezpieczonym i członkom ich rodzin świadczeń na wypadek choroby oraz do wzajemnej pomocy administracyjnej wedle zasad, określonych w niniejszym układzie.

Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach i Pszczyńskie Bractwo Górnicze w Katowicach traktuje się narówni z Kasami Chorych.

§ 2.

Udzielanie świadczeń ubezpieczonym i członkom ich rodzin, zamieszkałym lub przebywającym poza terenem Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej, odbywa się na zasadzie pisemnego zlecenia (przekazu) obejmującego między innymi:

- a) imię i nazwisko ubezpieczonego względnie członka jego rodziny,
- b) zakres świadczeń (pomoc lekarska, specjalistyczna, położnicza, szpitala, zasiłki i t. d.),
- c) czasokres ważności przekazu,
- d) ewent. ograniczenia świadczeń.

Ubezpieczalnie Społeczne (Kasy Chorych) mogą za obopólnym porozumieniem ustalić odmienny sposób przekazywania swych chorych do leczenia.

§ 3.

Ubezpieczalnie Społeczne (Kasy Chorych) obowiązują się udzielać świadczeń w granicach przekazu Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej i na jej rachunek. W wypadku konieczności stosowania zabiegów, przekraczających zakres przekazu (§ 2) obowiązana jest Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca postarać się o uprzednią zgodę Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej z wyjątkiem wypadków nagłych, groźących niebezpieczeństwem dla życia, przy których stosuje się postanowienia § 4 ust. ostatni niniejszego układu.

§ 4.

Ubezpieczalnie społeczne (Kasy Chorych) mogą udzielać świadczeń bez pisemnego zlecenia Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej jedynie w wypadkach nagłych, gdy zwłoka grozi niebezpieczeństwem a zgłaszający się wykaże w sposób dostateczny swe prawa do świadczeń.

Przepis powyższy odnosi się również do osób, które po zachorowaniu opuściły obszar Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

Jako dowód uprawnień ubezpieczonych względnie członków rodziny do świadczeń poza terenem Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej wystarcza w nagłym wypadku legitymacja Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej lub poświadczenie pracodawcy, stwierdzające istnienie stosunku pracy w dniu zgłoszenia.

W wypadkach wątpliwych może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca — na rachunek zgłaszającego się — zasięgnąć telefonicznej lub telegraficznej informacji o jego uprawnieniach.

Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca udziela wówczas pierwszej pomocy i obowiązana jest zawiadomić bezzwłocznie Ubezpieczalnię (Kasę Chorych) macierzystą o udzieleniu tej pomocy dla uzyskania przekazu.

Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) macierzysta winna do dni trzech od daty otrzymania wiadomości udzielić odpowiedzi Ubezpieczalni (Kasie Chorych) pośredniczącej. Na wypadek stwierdzenia braku uprawnień osoby zgłaszającej się Ubezpie-

czalnia (Kasa Chorych) macierzysta nie ponosi kosztów pierwszej pomocy, udzielonej przez Ubezpieczalnię (Kasę Chorych) pośredniczącą. Brak odpowiedzi w ciągu dni trzech uważa się za udzielenie zezwolenia.

§ 5.

Przepisy niniejszego układu odnoszą się także do osób, które wskutek braku pracy utraciły członkostwo Ubezpieczalni (Kasy Chorych), a mimo to zachowały prawo do jej świadczeń.

Postanowienia § 4 niniejszego układu będą stosowane jedynie wobec tych osób, które przedłożą legitymację właściwych urzędów pośrednictwa pracy a z legitymacji tych będzie wynikało zatrzymanie praw do świadczeń Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

§ 6.

Ubezpieczalnie Społeczne, działające na zasadzie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym mogą się zwracać o objęcie w leczenie do którejkolwiek z Kas Chorych, działających na terenie Górnego Śląska a właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu uprawnionego.

§ 7.

Ubezpieczalnie (Kasy Chorych) pośredniczące udzielają leczenia szpitalnego jedynie na wyraźne zlecenie Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej. W wypadkach nagłych, gdy w toku leczenia chorego zajdzie konieczność umieszczenia go w szpitalu a zwłoka grozi niebezpieczeństwem dla życia, może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca umieścić chorego w szpitalu na rachunek Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej nawet bez pisemnego zlecenia.

Jeżeli pośrednicząca Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) zarządziła leczenie szpitalne bez zlecenia w następstwie nagłego przypadku, obowiązana jest Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) macierzysta bezzwłocznie oświadczyć się, czy roszczenie uznaje lub nie. Jeżeli nie złoży takiego oświadczenia w ciągu dni 7 od dnia otrzymania zawiadomienia, należy przyjąć, że Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca otrzymała zlecenie. Koszty powstałe do tego czasu obciążają Ubezpieczalnię (Kasę Chorych) macierzystą.

Jeżeli dla wyjaśnienia choroby zachodzi potrzeba badania szpitalnego, może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca umieścić chorego na okres najwyżej 4 dni w szpitalu bez zlecenia Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej, która obowiązana będzie wynikłe stąd koszty pokryć.

Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca będzie umieszczała chorych w szpitalach na najniższej takse szpitalnej, tam, gdzie umieszcza swych własnych chorych. Jeżeli na podstawie istniejących umów Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca korzysta z ulg w opłacie szpitalnej dla członków obcych Ubezpieczalni (Kasy Chorych), nie może zaliczać Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej wyższych kosztów.

§ 8.

Leczenie przez lekarzy specjalistów winna Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca ograniczyć do przypadków koniecznej potrzeby, stosując przy ocenie konieczności takie same zasady jak wobec swych własnych członków, z tym jednak ograniczeniem, iż przepisy statutu Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej obowiązują w wypadkach, gdy zakres świadczeń zależy od jej decyzji.

Pomocy dentystycznej może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca udzielać zasadniczo tylko na wyraźne zlecenie i jedynie w granicach ustalonych przez Ubezpieczalnię (Kasę Chorych) macierzystą. Wyjątek stanowią wypadki nagłe, nie cierpiące zwłoki. W takich wypadkach mają zastosowanie przepisy § 4 niniejszego układu.

Wykonanie protez dentystycznych zastrzeżone jest w każdym razie decyzji Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

§ 9.

Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca winna przy zapisywaniu leków i środków leczniczych stosować jak najdalej idącą oszczędność i ograniczyć zapisywanie do takich samych leków i środków leczniczych, jakich udziela własnym ubezpieczonym z następującymi zastrzeżeniami:

- a) ubezpieczonym w Ubezpieczalniach Społecznych i członkom ich rodzin za dopłatą, przewidzianą w obowiązujących przepisach prawnych,
- b) ubezpieczonym w Kasach Chorych Górnego Śląska bezpłatnie,
- c) członkom rodzin ubezpieczonych w Kasach górnośląskich za dopłatą w kwocie 1 zł. od każdej recepty.

Kwoty pobranych dopłat potrąca się przy rozrachunku.

Wydawanie mniejszych środków leczniczych (opaski, okulary, protezy i t. d.) wartości powyżej 5 zł. uzależnione jest w każdym wypadku od uprzedniej zgody Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

§ 10.

Ubezpieczalnie (Kasy Chorych) obowiązane są wzajemnie udzielać ubezpieczonym i członkom rodzin na pisemne zlecenie pomocy położniczej w zakresie, objętym w zleceniu.

Jeżeli przy porodzie zajdzie potrzeba interwencji lekarza, może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca udzielić tej pomocy na pisemne wezwanie akuszerki, przy zastosowaniu przepisów §§ 4 i 5 niniejszego układu.

Jeżeli w związku z położeniem zajdzie konieczność wykonania zabiegu operacyjnego, może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca zarządzić umieszczenie położnicy w szpitalu bez specjalnego zlecenia Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

§ 11.

Świadczeń pieniężnych udziela Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca tylko na wyraźne zlecenie i w granicach przekazu Ubezpieczalni (Kasy Chorych) macierzystej.

§ 12.

Jeżeli prawo do kontynuowania członkostwa w Ubezpieczalni (Kasie Chorych lub Bractwie Górniczym) lub prawo do świadczeń Ubezpieczalni (Kasy Chorych) wraz z pomocą położniczą uzależnione jest od przebycia pewnych okresów w ubezpieczeniu na wypadek choroby, okresy przebyte w ubezpieczeniu w Ubezpieczalniach (Kasach Chorych) objętych nin. układem będą zaliczane łącznie. Świadczeń tych udziela na własny rachunek Ubezpieczalni (Kasa Chorych), do której ubezpieczony ostatnio należał.

§ 13.

Do pensjonistów Śląskich Bractw Górniczych oraz członków ich rodzin (inwalidzi, ich żony i dzieci do lat 15, wdowy oraz sieroty bez ojca lub bez obojga rodziców) odnoszą się postanowienia niniejszego układu, określone w §§ 2, 3, 4, ust. 1, 3, 4 i 5, w §§ 8 i 9 ust. 1 i 3 z tym, iż do kosztów lekarstw dopłacają wszyscy po 1 zł. od każdej recepty oraz, że leczenie szpitalne na rachunek Bractwa Górniczego dopuszczalne jest jedynie w szpitalu danego bractwa i tylko w wypadkach konieczności operacji.

§ 14.

Ubezpieczalnie (Kasy Chorych) objęte niniejszym układem udzielają sobie wzajemnie wszelkiej pomocy administracyjnej w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby. Odnosi się to również do dochodzeń o roszczenia ubezpieczonych lub członków rodzin względnie osób pozostałych po ubezpieczonych o odszkodowanie, które z mocy ustawy lub statutu przeszło na Ubezpieczalnię (Kasę Chorych).

Pomocy administracyjnej udzielają sobie Ubezpieczalnie (Kasy Chorych) wzajemnie bezpłatnie, lecz za zwrotem rzeczywiste poniesionych kosztów podróży, djet i innych wydatków w gotówce (badania lekarskie i t. p.). Koszty te oblicza się według stawek, obowiązujących dla Ubezpieczalni (Kasy Chorych) pośredniczącej.

§ 15.

Opusty i ulgi, jakie przysługują Ubezpieczalniom (Kasom Chorych) z mocy specjalnych umów, obowiązują się Ubezpieczalnie (Kasy Chorych) stosować wzajemnie przy likwidacji rachunków.

§ 16.

Do czasu ustalenia przez instytucje zawierające niniejszy układ, jednolitego cennika za świadczenia lecznicze, będą Ubezpieczalnie Społeczne stosować w rozrachunkach cennik, ustalony przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Kasy Chorych Górnośląskie najniższe stawki urzędowego cennika należności lekarskich.

§ 17.

W rachunkach należy wyszczególnić pojedyncze wydatki Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) pośrednicząca winna rachunki te poświadczyć co do słuszności oraz co do tego, iż policzone koszty odpowiadają przepisom niniejszego układu. Dołączanie dowodów nie jest potrzebne. Wyjątkowo może Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) macierzysta żądać bliższego wyjaśnienia. Ubezpieczalnia (Kasa Chorych) macierzysta winna uregulować rachunek w ciągu miesiąca od otrzymania.

§ 18.

Spory między Ubezpieczalniami a Kasami Chorych, wynikłe na tle wykonywania niniejszego układu, rozstrzygają właściwe Związki Kas Chorych oraz Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby we wzajemnym porozumieniu. W braku porozumienia rozstrzyga Komisja, w skład której wchodzi przedstawiciele instytucji zawierających niniejszy układ, po jednym z każdej.

§ 19.

Niniejszy układ wchodzi w życie z dniem podpisania go przez instytucje, które go zawierają. Układ ten może być wypowiedziany w terminie 3-miesięcznym

Zarząd Związku Kas Chorych i Zakładów Przemysłowych Województwa Śląskiego

Związek Ogólno-Miejscowych i Wiejskich Kas Chorych Górnośląskiej części Województwa Śląskiego

(—) Podpis nieczytelny (—) *Dragon* (—) *Siwy*
(—) Podpis nieczytelny.

Warszawa, 23 lutego 1934 r.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby

(—) *W Czarnocki.* (—) *Zygmunt Klemensiewicz.*

KOMUNIKAT.

IX. Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Warszawie w dn. 4, 5 i 6 września b. r. program zawiera 3 zasadnicze referaty: 1) Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego, prof. Karwacki (Polska), 2) Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie, prof. Putti (Włochy), 3) Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy, prof. L. Bernard (Francja).

Do tematu biologicznego zostali zaproszeni następujący koreferenci: Prof. J. Van Beneden (Belgia), prof. P. Courmont (Francja), Dr. F. van Deinsse (Holandia), prof. B. Lange (Niemcy), Dr. E. Long (Stany Zjednoczone Am. P.), Dr. Y. Nedeljkovic (Jugosławia), Dr. E. Piasecka-Zeylandowa (Polska), Dr. A. Saenz (Urugwaj), Prof. K. Schlossman (Estonia), Prof. J. Valtis (Grecja).

Do tematu klinicznego zaproszono następujących 10 koreferentów: Prof. F. Bezançon (Francja), Dr. O. Chievitz (Danja), Prof. E. Erlacher (Austria), Dr. Gebhardt (Niemcy), Dr. L. Hyde (Stany Zjednoczone A. P.), Dr. Maffei i Dr. Delcheff (Belgia), Dr. A. J. Palmén (Finlandia), Prof. Rollier (Szwajcaria), Dr. H. Waldenström (Szwecja), Prof. A. Wojciechowski (Polska).

Na liście koreferentów do tematu społecznego figurują następujące nazwiska: Dr. Th. Begtrup-Hansen (Danja), Dr. K.H. Blümel (Niemcy), Dr. K. Dąbrowski i Dr. Cz. Wroczyński (Polska), Dr. Fergus Hewat (Anglia), Prof. Ilvento (Italia), Dr. L. Koganas (Litwa), Dr. J. A. Miller (St. Zjednoczone A. P.), Dr. M. Nasta (Rumunia), Dr. Cepulic (Jugosławia), Dr. J. Vceľak (Czechosławacja).

Ponadto odbędą się odczyty: M. A. Kingsbury (Stany Zjednoczone A. P.) p. t. „Dodatkowe metody walki z gruźlicą

w okręgu wiejskim niskiej umieralności z gruźlicy“ oraz D-ra Skokowskiej-Rudolf i D-ra Miłosza Grodeckiego (łącznie) „Stan walki z gruźlicą w Polsce“.

Po zakończeniu Zjazdu program przewiduje 3 wycieczki: 1) do Krakowa i górskich stacyj klimatycznych (Zakopane, Szczawnica i inne), 2) do Lwowa i na Huculszczyznę i 3) do Ciechocinka, Torunia i Gdyni).

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego („Membres Conseillers“ i Membres Titulaires“) są zaproszeni na Zjazd i nie opłacają wpisu, otrzymują oni bezpłatnie pamiętnik Zjazdu; członkowie ci są proszeni o nadesłanie zgłoszeń za pośrednictwem swego Rządu, lub Centralnej organizacji przeciwgruźliczej swego kraju, lub wreszcie bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Konferencji — ul. Chocimska 24 Warszawa, względnie do Sekretariatu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (Boulevard St. Michel 66 Paris VI), skąd będą one przesłane do Warszawy.

Osoby, które nie są członkami Union Internationale (Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego) o pragnęłyby wziąć udział w Konferencji, wpłacają określoną składkę i zgłaszają się wyłącznie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie — ul. Chocimska 24.

Każdemu członkowi Zjazdu mogą towarzyszyć osoby z rodziny, które korzystają z tych samych co członkowie ułatwień za opłatą 20 zł.

Na czele Polskiego Komitetu Organizacyjnego, który działa w porozumieniu z sekretariatem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego stoi Dr. Eugenjusz Piestrzyński, podsekretarz stanu Min. Opieki Społecznej i Prezes Zjazdu.

SPROSTOWANIE.

Do artykułu „O składce za ubezpieczenie wypadkowe i zaliczaniu zakładów pracy do klas i kategorii niebezpieczeństwa“ Zbigniewa Łomnickiego, umieszczonego w zeszycie 3 „Przeglądu“ z b. r., wkraśli się następujące błędy, które prostujemy:

1) na str. 154 szpalta 1 zdanie rozpoczynające się w wierszu 10 od góry powinno brzmieć: „Pojęcie zakładu pracy jest w myśl § 1 rozporządzenia pojęciem bardzo szerokim: każda osoba fizyczna lub prawna prawa prywatnego lub publicznego, zatrudniająca osoby, podlegające ubezpieczeniu od wypadków, jest uważana za prowadzącą warsztat pracy. Składka wypadkowa nie zależy od tego...“

2) na tr. 154, szpalta 1, wiersz 13 od góry, zamiast „2“ powinno być „8“.

3) na str. 156, szpalta 1, wiersze 13, 14, 15, 16, 17 od góry należy przenieść i umieścić po ostatnim wierszu tej szpalty po słowach „w tym czasie nie...“

4) na str. 156, szpalta 1, wiersz 11 od dołu, zamiast ⁵⁶/₅ powinno być ⁵⁶/₄

I Z B A

UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W Y D A Ł A :

„NOWE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE“ Cena Zł 1.80
dla instytucyj Ubezp. Społecz. „ „ 1.50
„CO KAŻDY UBEZPIECZONY WIEDZIEĆ
POWINIEN“ „ „ —.20

Do nabycia w Zakładzie Ubezp. na Wypadek Choroby WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 23/25—VII p.

!!! PODRÓŻUJCIE SAMOLOTAMI !!!

Zawiadomienie

Niniejszem zawiadamiamy wszystkie P. T. Instytucje ubezpieczeń społecznych i Czytelników „Przeglądu”, że od dnia 1 kwietnia 1934 r.

„PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH”

staje się wydawnictwem IZBY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Z dniem powyższym zmienia się adres wydawnictwa. Wszelką korespondencję do Redakcji i Administracji „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” należy kierować pod nowy adres:

Warszawa, ul. Czerniakowska 231
(Izba Ubezpieczeń Społecznych).

Redakcja i Administracja
„Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LIDZIE ogłasza KONKURS

na stanowisko lekarza ordynującego na punkcie leczniczym Ubezpieczalni w Iwji z płacą odpowiadającą należności za 1 godz 20 min. pracy dziennie, co wynosi mniej więcej 120 zł. miesięcznie w/g norm obowiązujących na zasadzie § 17 umowy zbiorowej z dnia 22.XII.1933 r.

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione 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.

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 Izb Lekarskich w Nr. 9 z r. 1933. Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie w terminie do dnia 20 kwietnia 1934 r. godz. 12 w południe

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 10 od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska dnia 1 maja 1934 r.

p. o. Dyrektora
Ubezpieczalni
(St. Widacki)

Lekarz Naczelny
Ubezpieczalni
(Dr. N. Czarnocki).

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie zł. 30.—

Kwartalnie zł. 7.50

Numer pojedynczy „ 2.50

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

Ceny ogłoszeń:

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

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

Za tekstem ceny ogłoszeń wynoszą:

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

Redakcja i Administracja: Czerniakowska 231, tel. 8-31-85 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 23-429

Redakcja: St. Balcerski i J. Zieliński.

Redaktor odpowiedzialny: St. Balcerski.

Wydawca: IZBA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE.

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

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TOMASZOWIE MAZ. ogłasza

Konkurs

na stanowisko lekarza Ośrodka Leczniczego w Brzezinach — łódzkich.

Wymagane dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

- a) metryka 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, określone dla tego rodzaju stanowiska w § 2 wytycznych do umów z lekarzami w b. Kasach Chorych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich w Nr. 9 z r. 1933. 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.

Podanie wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem: Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz. (ul. Św. Tekli 32) w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 r. godz. 12 w południe.

Objęcie stanowiska — z dniem 1 maja 1934 r.

p. o. Naczelnego Lekarza p. o. Dyrektora Ubezpieczalni
(—) Dr. St. Lesiewicz (—) Dr. T. Osiński

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁYMSTOKU ogłasza

Konkurs

na stanowiska lekarzy Ośrodków w: Choroszczy, Zabłudowie, Knyszynie, oraz na stanowisko lekarza neurologa w m. Białymstoku

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione 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.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 Wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych (Ubezpieczalniach Społecznych), ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich 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 Związek Kas Chorych (Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby) w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 r. godz. 12 w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 30 od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione. Ewentualne objęcie stanowisk od dnia 1-go maja 1934 r.

Ryszard Sztukel

Dr. Jan Szymański

Dyrektor
Ubezpieczalni Społecznej.

Lekarz Naczelny
Ubezpieczalni Społecznej.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LUBLINIE

ogłasza

K O N K U R S

na stanowiska lekarzy ordynujących w Ośrodkach Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie:

- 1) na stanowisko lekarza do Ośrodka Ubezpieczalni w Wąwolnicy, pow. puławski, z płacą odpowiadającą należności za 15 godzin pracy miesięcznie, w/g norm obowiązujących na zasadzie § 17. Umowy zbiorowej z dn. 28.XI.1933 r.;
- 2) na stanowisko lekarza do Ośrodka Ubezpieczalni w Parczewie, pow. włodawski, z płacą odpowiadającą należności za 25 godzin pracy miesięcznie w/g tychże norm umowy zbiorowej;
- 3) na stanowisko lekarza do Ośrodka Ubezpieczalni w Uhrusku, pow. włodawski, z płacą odpowiadającą należności za 20 godzin pracy miesięcznie, w/g tychże norm umowy zbiorowej;
- 4) na stanowisko lekarza do Ośrodka Ubezpieczalni w Dubecznie, pow. włodawski, z płacą odpowiadającą należności za 20 godzin pracy miesięcznie, w/g tychże norm umowy zbiorowej;
- 5) na stanowisko lekarza-phtizjologa do Oddziału Ubezpieczalni w Chełmie Lub., z płacą odpowiadającą należności za 25 godzin pracy miesięcznie, w/g tychże norm umowy zbiorowej.
- 6) na stanowisko lekarza do Ośrodka Ubezpieczalni w Bełżycach, pow. lubelski, z płacą odpowiadającą należności za 20 godzin pracy miesięcznie, w/g tychże norm umowy zbiorowej.

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione 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.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2. Wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich w Nr. 9 z roku 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 wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie w terminie do dnia 14 kwietnia 1934 roku, godz. 12 w południe.

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

Objęcie stanowisk z dniem 1-maja 1934 r.

Dyrektor
(Wł. Nelken)

Lekarz Naczelny
(Dr. Dehnel Marjan)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SOSNOWCU ogłasza

Konkurs

na stanowisko lekarza obwodowego Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu.

Kandydaci na to stanowisko winni przedłożyć:

- 1) metrykę urodzenia,
- 2) dowód obywatelstwa polskiego,
- 3) świadectwo poprzedniej pracy,
- 4) dyplom lekarski,
- 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- 6) własnoręcznie napisany życiorys,
- 7) zaświadczenie przynajmniej o 8 letniej pracy w b. Kasach Chorych (obecnie w Ubezpieczalniach Społecznych),
- 8) zaświadczenia przynajmniej o jednorocznej pracy administracyjno-lekarskiej.

Stanowisko lekarza obwodowego płatne jest Zł. 500.— mies.

Stanowisko do objęcia od dnia 1 czerwca 1934 r. Podania udokumentowane uwierzytelnionymi odpisami, należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu w zapieczętowanych kopertach z napisem: „Konkurs na stanowisko lekarza obwodowego” do godziny 12-ej dnia 20-go kwietnia 1934 r.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi należy uważać za nieuwzględnione.

w z. Lekarza Naczelnego: p. o. Dyrektora
Ubezpieczalni Społecznej Ubezpieczalni Społecznej
(—) Dr. B. Niepielski (—) Dr. W. Gosiewski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŻANACH ogłasza

Konkurs

na stanowisko lekarza ordynującego w Rejonie Leczniczym w Brzeżanach.

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

- 1) metrykę urodzenia,
- 2) dowód obywatelstwa polskiego,
- 3) świadectwo z poprzedniej pracy,
- 4) dyplom lekarski,
- 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- 6) własnoręcznie napisany życiorys.

Znajomość położnictwa konieczna.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowiska w § 2. Wytocznych dla umów z Lekarzami w b. Kasach Chorych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich w Nr. 9 z r. 1933. Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawarciu umowy.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Brzeżanach w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 r. godz. 12-ta w południe.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 15-tu od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska dnia 1 maja 1934 r.

p. o. Lekarza Naczelnego: p. o. Dyrektora Ubezpieczalni:
Dr. Mostowy Jerzy Jankowski Władysław

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CHRZANOWIE ogłasza

Konkurs

na stanowisko chirurga, ordynującego w Chrzanowie.

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

- 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) zaświadczenie stwierdzające kwalifikacje chirurga specjalisty.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone w § 2 Wytocznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr. 9 z 1933 r.

Szczegółowe warunki pracy będą ustalone przy zawarciu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej z lekarzami Ubezpieczalni. Wynagrodzenie będzie ustalone w stosunku za 2 godziny ordynacyjne dziennie.

Podania wraz z wyżej wymienionymi dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie do dnia 15 kwietnia 1934 r. do godz. 12-tej. Podania, które pozostaną bez odpowiedzi do dnia 20.IV. b. r. należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelnny: Dyrektor:
(—) Dr. K. Woynarowski (—) R. Loteczka

DYREKCJA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W ŁODZI ogłasza

Konkurs

na stanowisko Kierownika Roentgenologii w Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi z jednoczesnym ordynowaniem w zakresie roentgenologii.

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

- 1) własnoręcznie napisany życiorys,
- 2) metrykę urodzenia,
- 3) dowód obywatelstwa polskiego,
- 4) dyplom lekarski, ważny na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- 5) dowód odbycia co najmniej dwuletniej praktyki lekarskiej,
- 6) dowód posiadania co najmniej dwuletniego przygotowania teoretycznego i klinicznego w dziedzinie promieniotecznictwa,
- 7) dowód dwuletniej praktyki w większych zakładach roentgenologicznych zwłaszcza w instytucjach Ubezpieczeń Społecznych.

Zasadnicze wynagrodzenie przewiduje się w wysokości 900.— zł. miesięcznie. Lata pracy w zakresie roentgenologii w instytucjach Ubezpieczeń Społecznych mogą być zaliczone przy przyjęciu na to stanowisko.

Stanowisko to jest do objęcia najpóźniej do 1.VII.1934 r. Podania składać należy do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi (ul. Wólczańska 225) do dnia 30 kwietnia 1934 r. do godz. 12-ej, w zamkniętej kopercie z napisem: „Konkurs na kierownika roentgenologa”.

p. o. Lekarza Naczelnego p. o. Dyrektora
(—) Dr. Ryszard Kunicki (—) Jan Dworski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W JAROSŁAWIU ogłasza

Konkurs

A) Na stanowisko lekarza poradni dla kobiet ciężarnych i niemowląt przy Ubezpieczalni Społecznej w Jarosławiu z opłatą, odpowiadającą należyci 10-ciu godzin faktycznych i obliczeniowych, w/g norm obowiązujących na zasadzie § 17 umowy zbiorowej, opartej na wytycznych z dnia 28.XI.1933 r.

B) Na stanowisko lekarza ambulatoryjnego z siedzibą w Obwodzie w Przeworsku z płacą, odpowiadającą 25-ciu godzinom faktycznym i obliczeniowym.

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć następujące oryginalne dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

- a) metrykę urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) świadectwo o poprzedniej pracy,
- d) dyplom lekarski,
- e) dowód wykonywania praktyki lekarskiej,
- f) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr. 9 r. 1933.

Szczegółowe warunki płacy i pracy będą ustalone przy zawarciu umowy o pracę, na podstawie wytycznych, ustalonych przez były Związek Kas Chorych w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Podanie wraz z dokumentami wyżej wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Jarosławiu w terminie do dnia 20 kwietnia do godziny 12-jej w południe.

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

Objęcie stanowiska od 1 maja 1934 r.

p. o. Dyrektor
St. Kwiatkowski.

p. o. Naczelny Lekarz
Dr. Jan Dyszyński.

Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie ogłasza KONKURS

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 Ustawy o Ubezpieczeniu Społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 936) oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

- a) metrykę urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) dowody studjów i dotychczasowej pracy,
- d) życiorys.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Komisarza Zarządzającego Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, przy ul. Brajerowskiej 8 w terminie do dnia 12 kwietnia 1934 r. godz. 12 w południe.

Komisarz Zarządzający
Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie
(inż. St. Zwoliński)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PABJANICACH POSZUKUJE KANDYDATA

na stanowisko 2-go lekarza ambulatoryjnego
w Ośrodku Lecznicy w Sieradzu.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami”, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr. 9 z 1933 roku.

Liczba godzin pracy wynosi miesięcznie 30, w tem 25 godzin ambulatoryjnych oraz 5 godzin z przeliczenia przeciętnego czasu wizyt na miesiąc.

Wynagrodzenie w granicach około 130 zł. miesięcznie.

Stanowisko jest do objęcia od 1 czerwca r. b.

Do oferty należy dołączyć uwierzytelnione odpisy następujących dokumentów:

- 1) metryki urodzenia,
- 2) dowodu obywatelstwa polskiego,
- 3) świadectw o poprzedniej pracy,
- 4) dyplomu lekarskiego,
- 5) dowodu na prawo wykonywania praktyki lekarskiej,
- 6) dowodu odbycia praktyki szpitalnej lub klinicznej,
- 7) własnoręcznie napisany życiorys.

Oferty należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Pabjanicach do dnia 1 maja r. b.

Oferty, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 30-od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Naczelny Lekarz
(Dr. W. Eichler)

Dyrektor
(P. Goliński)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GRODNIE ogłasza KONKURS

na stanowisko lekarza ośrodka leczniczego
w Raczkach (pow. Augustowski)

Kandydaci na to stanowisko winni wnieść do Dyrekcji Ubezpieczalni podanie zaopatrzone w 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.

Szczegółowe warunki pracy i uposażenia będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie dnia 31.I.1934 r. Przewidywana ilość godzin pracy do obliczenia uposażenia — 25 miesięcznie.

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie, w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 roku.

Ewentualne objęcie stanowiska od 1 maja 1934 r

Naczelny Lekarz:
(Dr. Lenartowicz).

Dyrektor:
(S. Wierzbicki).

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY

o g ł a s z a

KONKURS

na stanowisko **DYREKTORA** w Sanatorjum „EXCELSIOR” w Iwoniczu Zdroju

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać odpowiednie przygotowanie kliniczne i administracyjne, kwalifikujące do pełnienia obowiązków dyrektora Sanatorjum, oraz przygotowanie w zakresie chirurgji i ginekologji.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

- a) metrykę urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) dyplom lekarski,
- d) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- e) świadectwa o poprzedniej pracy w klinikach, szpitalach i t. p.
- f) własnoręcznie napisany życiorys.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone w umowie służbowej.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Zakładu Ubezpieczenia na wypadek Choroby w Warszawie, ul. Nowy Świat 23/25, w terminie do dnia 15 kwietnia 1934 roku godz. 12-ta.

Ewentualne objęcie stanowiska z dniem 1 maja r. b.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 30-tu od daty ogłoszenia konkursu, należy uważać za nieuwzględnione.

Warszawa, dn. 1 kwietnia 1934 r.

KOMISARZ:
Doc. Dr. W. Czarnocki

DYREKTOR:
Z. Klemensiewicz

LEKARZ NACZELNY
Dr. J. Bujalski

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY

o g ł a s z a

KONKURS

na stanowisko **LEKARZA-RENTGENOLOGA** w Sanatorjum „EXCELSIOR” w Iwoniczu Zdroju

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać prócz odpowiedniego przygotowania z zakresu rentgenologji również przygotowanie z zakresu fizjoterapij.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

- a) metryka urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) dyplom lekarski,
- d) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- e) świadectwo o poprzedniej pracy,
- f) świadectwo zdrowia,
- g) własnoręcznie napisany życiorys.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone w umowie służbowej.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem: Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Warszawa, ul. Nowy Świat 23/25, w terminie do dn. 15 kwietnia r. b., godz. 12-ta w południe.

Ewentualne objęcie stanowiska z dn. 1 maja b. r.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 30 od daty ogłoszenia konkursu, należy uważać za nieuwzględnione.

KOMISARZ:
Doc. Dr. W. Czarnocki

DYREKTOR:
Z. Klemensiewicz

LEKARZ NACZELNY:
Dr. J. Bujalski

SPIS RZECZY.

Artykuły:

| | |
|--|-----|
| J. Ł.....KI: Ataki | 263 |
| Dr. B. NOWAKOWSKI: Ubezpieczenie chorób zawodowych | 265 |
| STEFAN MATEJA: Uwagi w sprawie ustawy o ubezpieczeniu społecznem | 271 |
| Dr. J. B. KON: Zagadnienia budżetowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych | 274 |
| MARJAN WISŁOCKI: Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznem | 282 |

| | |
|---|-----|
| Orzecznictwo i opinie prawne | 291 |
|---|-----|

Materiały:

| | |
|---|-----|
| Mgr. STEFAN RDZANEK: O ustrój aptek publicznych | 296 |
| R. S.: Ubezpieczenia społeczne a mechanizacja | 296 |
| S. HARTMAN: Nowa organizacja i zadania Funduszu Bezrobocia | 297 |
| A. TEKSTORÓWNA: Działalność Z. U. P. U. w dziale ubezpieczenia na wyp. braku pracy w r. 1933 | 298 |

Kronika krajowa:

| | |
|--|-----|
| Budżet Ministerstwa Opieki Społecznej na rok 1954/55 | 301 |
| Zaopatrzenie inwalidzkie dla robotników | 302 |
| Sprawozdanie Biura Opieki Lekarskiej dla Bezrobotnych w woj. śląskiem za r. 1953 | 302 |
| Z działalności Towarzystwa Polityki Społecznej w r. 1953 | 304 |

Kronika zagraniczna:

| | |
|--|-----|
| Ubezpieczenia społeczne w Szwecji | 304 |
| Odszkodowanie za wypadki przy pracy w Japonii | 308 |
| Nowa ustawa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy na Kubie | 308 |
| Ustawodawstwo o rentach starczych i inwalidzkich w Australji | 310 |
| Rozwój obowiązkowego ubezpieczenia od wypadków w Costarica | 311 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Książki i czasopisma | 311 |
|---------------------------------------|-----|

| | |
|---|-----|
| Przegląd ustawodawstwa | 316 |
|---|-----|

| | |
|--------------------------------|-----|
| Ruch służbowy | 317 |
|--------------------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Komunikat | 320 |
|----------------------------|-----|

SOMMAIRE.

Articles:

| | |
|--|-----|
| J. Ł... ki: Les attaques sur les assurances sociales | 263 |
| Dr. B. Nowakowski: L'assurance des maladies professionnelles | 265 |
| Stefan Mateja: Aperçus sur la loi du 28 mars 1933 | 271 |
| Dr. J. B. Kon: La question budgétaire dans les assurances soc. | 274 |
| Marjan Wisłocki: L'assurance - accidents d'après la loi sur les assurances sociales | 282 |

INHALT

Aufsätze:

| | |
|---|-----|
| J. Ł... ki: Angriffe auf die Sozialversicherung | 263 |
| Dr. B. Nowakowski: Die Versicherung der Berufskrankheiten | 265 |
| Stefan Mateja: Bemerkungen zu dem Gesetz über Sozialversicherung | 271 |
| Dr. J. B. Kon: Die Budgetfrage in der Sozialversicherung | 274 |
| Marjan Wisłocki: Die Unfallversicherung nach dem Gesetz vom 28 März 1933 | 282 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| Jurisprudence et interprétation | 291 | Rechtsprechung und Auslegung | 291 |
| Notices: | | Notizen: | |
| Mgr. Stefan Rdzanek: Les pharmacies publiques | 295 | Mgr. Stefan Rdzanek: Die Struktur der öffentlichen Apotheken | 295 |
| R. S.: Les assurances soc. et le machinisme | 296 | R. S.: Die Sozialversicherung und Mechanisierung | 296 |
| S. Hartman: La nouvelle organisation et les tâches nouvelles de l'assurance-chômage | 297 | S. Hartman: Neue Organisation und Aufgaben der Arbeitslosen-versicherung | 297 |
| A. Tekstorówna: L'activité des instituts d'assurance-chômage en 1933 | 298 | A. Tekstorówna: Die Tätigkeit der Versicherungsanstalt für Angestellte auf dem Gebiete der Arbeitslosigkeit-versicherung im 1933 | 298 |
| Chronique nationale: | | Inlandschronik: | |
| Le Budget du Ministère de l'assistance sociale pour la période 1954/55 | 501 | Das Budget des Ministerium der Sozialen Fürsorge für das Jahr 1954/55 | 501 |
| Les allocations d'invalidité pour les ouvriers | 502 | Die Invalidenversorgung für Arbeiter | 502 |
| Le secours médical pour les chômeurs en Haute Silésie | 502 | Die Krankenhilfe für Arbeitslosen in Woj. Śląsk | 502 |
| L'activité de la Société de la Politique Sociale en 1953 | 504 | Die Tätigkeit der Gesellschaft für Soziale Politik. im J. 1953 | 504 |
| Chronique internationale | 304 | Auslandschronik | 304 |
| Littérature | 311 | Bücher und Schriften | 311 |
| Législation | 316 | Gesetzgebung | 316 |
| Communiqué | 320 | Bekanntmachung | 320 |

Komunikat od Wydawnictwa.

Niniejszem zawiadamiamy, że w najbliższym czasie zaczną wychodzić oddzielny dodatek urzędowy do „Przeglądu Ubezpie. Społ.”, który będzie zawierał zbiór okólników i instrukcyj Min. Op. Społ., Izby Ubezpieczeń Społ. oraz Zakładów Ubezpieczeń. W związku z powyższym w numerze niniejszym został pominięty „Dział Urzędowy”.

Równocześnie przypominamy obecny adres „Przeglądu”: Warszawa, Czerniakowska 231 (Izba Ubezpieczeń 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 nieogłoszoną);
- 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.