PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ROK IX
WARSZAWA
MAJ
1934 R.
ZESZYT 5
MIESIĘCZNIK

J. Ł....SKI

ATAKI

Ubezpieczenia społeczne nigdy nie były w Polsce benjaminkiem tak zwanej opinji publicznej. Od początku swego istnienia stale podlegały bardzo ostrym atakom. Zarzucano im biurokratyzm, krępowanie wolności osobistej, marnotrawstwo pieniędzy publicznych, popieranie próżniactwa i t. p. Zarzuty te po większej części były czerpane z dawno zapomnianych na zachodzie składów antysocjalnego oręża, jednak gospodarcze i kulturalne zacofanie życia zbiorowego u nas stwarzało grunt podatny do żonglowania argumentami choćby całkowicie zwietrzałemi. Nawet wśród znacznej części bezpośrednio zainteresowanych w rozwoju ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza śród pracowników umysłowych, można było zauważyć wybitną niechęć do urządzeń ubezpieczenia społecznego. Szczególnie Kasy Chorych, stanowiące prawie całkowitą nowość na terenie b. zab. rosyjskiego stały się przedmiotem niezadowolenia, skarg, utyskiwań oraz bardziej lub mniej udatnych złośliwości i dowcipów. W miarę jednak zwiększania się sprawności instytucyj ubezpieczenia społecznego, w miarę wyraźnie stwierdzanych korzyści, jakie ubezpieczenia społeczne gwarantowały rzeszom pracującym, rosła również śród ubezpieczonych świadomość o potrzebie nietylko utrzymania dotychczas wprowadzonych działów ubezpieczeń społecznych, ale wprowadzenia dalszych, rozwinięcia ich i skoordynowania.

Rozbudowa ubezpieczeń społecznych staje się hasłem zrozumiałem już nie tylko dla zorganizowanej awangardy świata pracy, ale także dla szarych mas, nawet nie wciągniętych w orbitę działania ośrodków zawodowych i politycznych. Faktem jest jednak, iż ubezpieczenie społeczne (zresztą nie tylko u nas ale i na zachodzie) nie związały ze sobą klasy pracującej tak silnie jak objektywnie uczynić to mogły. Przyczyna tkwi niewątpliwie w pewnym oportunizmie, który cechował politykę ubezpieczeń społecznych. Po wojnie światowej, w okresie wielkiego poruszenia mas, ubezpieczenia społeczne nabrały wielkiego rozpędu. Tymczasem polityka społeczna państw nie potrafiła rozbudować ich tak szeroko i nadać im takich form, iżby masy pracujące wydatnie odczuły poprawę sytuacji. I to było słabą stroną rozwoju ubezpieczeń społecznych. Niewątpliwie także i w Polsce.

Jeżeli świat pracy coraz to lepiej począł rozumieć i oceniać korzyści ubezpieczeń społecznych, to tak zwane sfery gospodarcze coraz bardziej zajmowały negatywne stanowisko w stosunku do wszelkich „obciążeń socjalnych". Gdy nastąpiła stabilizacja stosunków społecznych, wzburzonych przez wojnę i przewroty społeczne powojenne, wzmogła się kampanja przeciwko „zdobyczom społecznym", a więc także przeciwko ubezpieczeniom. Ataki prowadzone dotychczas w imię pewnych przeżytych poglądów nabierają innego charakteru i uzyskują nową podstawę teoretyczną. Idzie już nie o walkę z niesympatycznemi nowinkami ubezpieczeniowemi, ale wyraźnie o wyparcie klas pracujących z pozycji uzyskanej dzięki zdobyczom socjalnym przy podziale dochodu społecznego. Teoretycznie uzasadnia się kampanję potrzebami produkcji, którą niszczą przerosty i luksusy ubezpieczenia socjalnego.

Szczególnie ostry atak na ubezpieczenia społeczne przypada na r. 1925. Zupełnie wyraźnie mówi się wówczas o rewizji ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Wypadki polityczne i polepszenie się sytuacji gospodarczej, wzrost prosperity obraz zmieniają. Ubezpieczenia społeczne nie ulegają redukcji; przeciwnie znów nabierają tempa. Dekret o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, ustalenie podstaw prawnych reorganizacji ubezpieczeń górniczych, projekt ustawy scaleniowej — oto momenty charakteryzujące okres 1926 — 1928 na polu ubezpieczeń społecznych. Przychodzi kryzys, kryzys przewlekły, zdradzający cechy załamania struktury gospodarczej. Następuje „stabilizacja na niższym poziomie", a jednocześnie wzrasta intensywność walki poszczególnych klas społecznych o udział w dochodzie społecznym. I znów ubezpieczenia społeczne muszą się stać przedmiotem ataków. Idzie już teraz nie o przerosty i luksusy. *Idzie o byt ubezpieczeń społecznych.* „Sprowadzenie rozbudowa-

nych i nowopowstałych do życia ubezpieczeń społecznych do właściwej najniższej nawet miary nie da zdecydowanych rezultatów. Dać je może czasowe, przynajmniej, do powrotu równowagi gospodarczej, zawieszenie działania ubezpieczeń długoterminowych, a ograniczenie do minimum krótkoterminowych". („Czas" z lutego 1934 r.) — oto wyznanie wiary obozu walki z ubezpieczeniami społecznemi w Polsce.

Rzecz jednak charakterystyczna: kampanji przeciwko ubezpieczeniom społecznym jako takim nie prowadzą oficjalne reprezentacje sfer gospodarczych. Mało nawet mamy wystąpień o tym charakterze czołowych przedstawicieli interesów wielkokapitalistycznych. Wystąpienie takie, jak znana broszura inż. Landsberga należy w ostatnich czasach prawie do wyjątków. Natomiast główny atak prowadzi prasa. Trudności organizacyjne aparatu ubezpieczeniowego, trudności finansowe, niedomagania w funkcjonowaniu instytucyj, braki i luki ustawowe dają coraz to asumpt do elektryzowania opinji publicznej wiadomościami o nieżyciowości ubezpieczeń społecznych, o ich szkodliwości zarówno dla życia gospodarczego jak i interesów ubezpieczonych. Coraz częściej cel tych wystąpień prasowych jest aż nadto przejrzysty. Idzie nie o to, aby wytknąć błędy i błędy te zwalczać, idzie o co innego, o to mianowicie, by wykazać bankructwo podstawowych założeń współczesnych ubezpieczeń społecznych—przedewszystkiem powszechności i przymusu. W ten sposób przygotowuje się grunt do dalszej akcji. Skompromitowanie idei ubezpieczeń społecznych w oczach opinji, nawet opinji ubezpieczonych, znakomicie ułatwi w następnem stadjum walki ich likwidację. Gdy zbiorowość przyzwyczai się patrzeć na ubezpieczenie pracy najemnej, jak na pasożyta, gdy będzie widziała w nich tylko polipa aparatu administracyjnego, co najmniej z obojętnością, jeśli nie z zadowoleniem powita „zawieszenie działania" ubezpieczeń społecznych. Tymczasem taktyka wymaga, aby w stadjum obecnem walki z ubezpieczeniami nie był słyszany głos czynników bezpośrednio zainteresowanych w „ograniczeniu ciężarów społecznych".

Od czasu do czasu ktoś usiłuje dać syntezę prowadzonej walki. Takie syntetyczne artykuły noszą już charakter teoretycznego ujęcia i wyciągają wnioski. Niedwuznaczny wniosek wyciągnął „Czas" w artykule zakończonym cytowanem już zdaniem. Z teoretycznego stanowiska podszedł do zagadnienia ubezpieczeń społecznego również autor „Światopoglądu emerytalnego" z „okienka" „Gazety Polskiej".

Na artykuł ten odpowiedziano. Pisali o nim pp. Krahelska, Downarowicz, dr. Wilczyński. „Jutro Pracy" scharakteryzowało go, jako wyraz „światopoglądu loteryjnego". Sądzę, że na tem miejscu również niepodobna mu paru słów nie poświęcić. Choćby już z tego względu, iż znać w nim pióro ekonomisty, który wie do czego dąży i umie trafić do przekonania. Dlatego właśnie artykuł ten jest tembardziej szkodliwy.

Na pierwszy rzut oka teoretyczne wywody autora z „okienka" posiadają wszelkie pozory słuszności. Wiadomą jest rzeczą, iż nie byłoby możliwem ubezpieczenie od ognia, gdyby wszystkie objekty przez ogień zagrożone ulegały spłonięciu. Czy możliwem więc jest ubezpieczenie na wypadek choroby, gdy przecież wszyscy chorują. Otóż o to właśnie idzie, że wprawdzie wszyscy chorują, ale nie jednakowo długo oraz nie w jednym i tym samym czasie. I dlatego ubezpieczenie na wypadek choroby nie jest absurdem. Zdarzenia losowe, których skutki pokrywa ubezpieczenie, nie mogą dotykać wszystkich, a, jeśli dotykają wszystkich, to nie jednocześnie. Ubezpieczenie na życie jest typowem ubezpieczeniem przeciwko skutkom zdarzeń, które dotykają wszystkich, a przecież opiera się na najbardziej ścisłych podstawach kalkulacyjnych. Teoretyczne więc podejście do zagadnienia nieco szwankuje. A dalej to już nie mankamenty teoretyczne, lecz poprostu conajmniej nieścisłości faktyczne. Autor przypisuje zwolennikom światopoglądu emerytalnego tendencje objęcia ubezpieczeniem na wypadek braku pracy każdego, kto pracował choć kilka tygodni. Gdzie te „kilka tygodni" znalazł szanowny autor w polskiem ustawodawstwie? A może autor uważa, że 20 lub 26 to „kilka". Podobnie jak monopol i przymus ubezpieczenia $^2/_3$ wartości budowli jest według niektórych naszych ekonomistów całkowitem upaństwowieniem ubezpieczeń. Autor zarzuca zwolennikom światopoglądu emerytalnego, że chcą wyeliminować z życia gospodarczego ryzyko. Do tego samego (mniejsza o to czy słusznie mówi autor o „eliminowaniu ryzyka", na co zwrócił uwagę już dr. Wilczyński) dąży przecież każdy kapitalista, posługujący się ubezpieczeniem prywatnem, które według Sombarta stało się niezbędnym elementem mechanizmu gospodarki kapitalistycznej. Nie o to więc prawdopodobnie autorowi idzie. Idzie o co innego — o to, aby każdy „prywatnie" ryzyko eliminował wedle swoich możności. Tylko wtedy eliminować je będą silni gospodarczo, słabi, sami *siebie* wyeliminują poza granice egzystencji. Takie są drogi rozumowania publicysty „który wyszedł z najistotniejszych założeń klasycznej ekonomji", jak to scharakteryzował „Czas" wywody autora „Światopoglądu emerytalnego". Mój Boże — „założenia klasycznej ekonomji" — w dobie, gdy ustrój, którego wczesne stadjum tę ekonomję stworzyło, trzeszczy w swoich podstawach, a interwencjonizm państwowy „szaleje" nawet w Ameryce.

Teoretyczne podejście do zagadnienia ubezpieczeń społecznych „okienka" „Gazety Polskiej" zachęciło również innych publicystów, wyzwalających pracowników z jarzma ubezpieczeniowego, do teoretycznych rozważań. Jeden z autorów, zabierających głos w dyskusji na temat „czy przerost ubezpieczeń społecznych", doszedł do przekonania, że nasze „ubezpieczenie społeczne" to poprostu nieporozumienie, tłumaczenie z rosyjskiego (pewno „bolszewickiego") „socjalnoje obezpieczenje" czyli powszechna opieka. Szkoda, że autor nie wie, że jeszcze „przed bolszewikami" używaliśmy terminu „ubezpieczenia społeczne" i że nie znaczy on nic innego, jak „Sozialversicherung", „l'assurance sociale" lub „social insurance", „socjalnoje *strachowanje*", a nie *„obezpieczenje"*. Ma ten termin konkretną treść społeczno-gospodarczą i prawną, i w Polsce w zakresie ubezpieczeń społecznych nic się specjalnego nie dzieje, co nie byłoby znanem dobrze już w poniektórych krajach od kilkudziesięciu lat. Ten autor dochodzi do wniosku, że istotną cechą ubezpieczeń społecznych jest aparat biurokratyczny, pasożyt, którego co rychlej należałoby strząsnąć. Zamiast ubezpieczeń autor proponuje oszczędność w P. K. O. Co jednak zrobi autor z tymi, którzy niedostatecznie

oszczędzą? Jak sobie wyobraża renty z indywidualnych oszczędności? Czy sądzi, że mogą istnieć renty bez stworzenia wspólnoty ubezpieczeniowej? I czy operacje te będą robiły się w P. K. O. same bez żadnego aparatu-pasożyta? Wywody są tak mętne, iż na pytania te trudno znaleźć w nich odpowiedzi.

Autor „światopoglądu emerytalnego" wie czego chce i wie jak do czytelnika trafić, autor, który miesza „strachowanje" i „obezpieczenje" nie wie czego chce właściwie. Dokuczają mu ubezpieczenia społeczne, nie znosi ich i nic więcej. Gdyby autor nie teoretyzował, a prosto z mostu walił w „pasożyta", możnaby to jeszcze spokojnie przeżyć, ale teoretyzowanie bez pojęcia o rzeczy boli nas nawet... w przeciwnym obozie.

Śród ataków na ubezpieczenia społeczne nie brak, jak widzimy, i momentów prawie że humorystycznych. Niestety momenty te należą do wyjątków. Przeważają ataki, prowadzone przez ludzi, którzy umieją je prowadzić a, co najważniejsze, wiedzą, że walczą nie z „przerostem", ale z zasadą. I chcą tej walki.

Podkreśliliśmy wyżej, że masy nie zostały dość silnie związane z ubezpieczeniami społecznemi. Zadaniem polityki socjalnej jest stworzenie warunków tego związania. Wówczas, ale tylko wówczas, wynik wszelki będzie z góry przesądzony, na korzyść ubezpieczeń i ubezpieczonych.

Dr. BRUNON NOWAKOWSKI
(Państwowa Szkoła Higjeny)

UBEZPIECZENIE CHORÓB ZAWODOWYCH

Sprawa ubezpieczenia chorób zawodowych jest w tej chwili szczególnie aktualna z dwóch przyczyn. W r. b. z chwilą wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem wkroczyliśmy nareszcie na drogę ubezpieczenia tych chorób. Pozatem na tegorocznej sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy na porządku dziennym znajduje się sprawa rozszerzenia listy chorób zawodowych, objętych konwencją międzynarodową z r. 1925. Nowość tego ubezpieczenia uzasadnia potrzebę nieco obszerniejszego omówienia zagadnienia.

I. Pojęcie „choroby zawodowe".

Określenie społeczne chorób zawodowych. Wyjaśnienia wymaga przedewszystkiem samo pojęcie „chorób zawodowych", gdyż treść jego może być i jest różnie rozumiana. W piśmiennictwie roi się wprost od definicyj, nieraz bardzo od siebie odbiegających. Niedziw więc, że wśród mniej obeznanych z zagadnieniem na tem tle sporo bywa nieporozumień. Żeby wyjść z trudności wydaje mi się konieczne podkreślić myśl przewodnią, która spowodowała wyodrębnienie tej grupy, z pośród ogółu chorób.

Zwróćmy się po odpowiedź do samych chorób zawodowych. Jest to oczywiście pojęcie przyczynowe. Ale co ma wspólnego właśnie pod tym kątem widzenia zaćma szara, czyli zmętnienie soczewki oka hutnika, przypisywana działaniu promieni cieplnych roztopionego żelaza lub szkła, z głuchotą kotlarza, wywołaną przez długotrwałe działanie drgań dźwiękowych, lub z zakażeniem zarodnikami wąglika ranki na skórze garbarza lub z chorobą umysłową na tle zatrucia siarczkiem węgla i t. d. i t. d.? W płaszczyźnie przyrodniczej, w której zazwyczaj lekarz rozpatruje powstanie chorób, nic je nie łączy. Nie posiadają one odrębności klinicznej, choroby te spotkać można niezależnie od wykonywania pracy zawodowej. Interesują różne specjalności lekarskie. Przytoczone powyżej przykłady wymagają udziału okulisty, otiatry, internisty, neurologa lub psychjatry. To też wołanie o lekarzy-specjalistów chorób zawodowych, które się słyszy nieraz z ust poważnych, wymaga wyjaśnienia w tym sensie, że istotnie trzeba lekarzy specjalnie obeznanych z chorobami zawodowemi, ale różnych specjalności klinicznych. Potrzeba tu zawsze zespołu lekarzy, o ile chodzi o rozpoznanie i leczenie. Możliwa jest specjalizacja w dziedzinie zapobiegania chorobom zawodowym w osobie higjenisty pracy. Ta różnorodność kliniczna nie oznacza bynajmniej, że dla postępowania lekarza leczącego obojętne jest, gdzie choroba została nabyta, w domu, czy w warsztacie pracy. Jeżeli przyczyną jej jest styczność codzienna z którąś szkodliwością zawodową, to nawet najlżejsze zachorowanie będzie oznaczało niezdolność do pracy. Widoki wyleczenia bez usunięcia przyczyny byłyby nikłe lub żadne. Ale ten wzgląd nie dotyczy wszystkich chorób zawodowych i nie wszystkich przypadków, nie tłomaczy więc potrzeby ich wyodrębnienia.

Łączność tych wszystkich chorób odnajdujemy dopiero w płaszczyźnie społecznej — w fakcie ich związku przyczynowego z pracą zawodową. Świadomość tego społecznego oblicza chorób zawodowych posiadał już ojciec medycyny pracy, lekarz włoski Ramazzini, autor pierwszego podręcznika im poświęconego, który ukazał się w r. 1701. Istotę sprawy ujął on, jak nie trzeba lepiej, w zdaniu, które przytaczam w tłomaczeniu Dr. med. Sylwestra Pleszkowskiego[1]): „Jakoż wiele jest sztuk i rzemiosł, które częstokroć stają się przyczyną chorób dla tych, co się im oddają, a nieszczęśliwy rzemieślnik, napotykając niekiedy naycięższe choroby tam, gdzie spodziewał się znaleśdź sposób do utrzymania własnego i ubogiey swey rodziny życia, umiera, złorzecząc niewdzięczney swojey professyi"! Ta tragiczna sprzeczność pomiędzy celem pracy, mającej zabezpieczyć byt jednostki i rodziny, a wywołaną przez pracę chorobą lub zgonem, podważającą ten byt, czyni z nich zagadnienie sprawiedliwości społecznej. Są one produktem ubocznym cywilizacji, wola i intellekt ludzki jest wpółodpowiedzial-

[1]) O chorobach rzemieślników i o tych, które pochodzą z rozmaitych professyy. Wilno rok 1828.

ny za ich istnienie. Teoretycznie moglibyśmy wyrzec się produktów, do których wyrobu potrzebne są surowce szkodliwe dla zdrowia, moglibyśmy zakazać wszelkich niebezpiecznych sposobów pracy. Jeżeli w imię obsłużenia całości potrzeb społecznych z tych możliwości nie korzystamy, to w każdym bądź razie skutki chorób nabytych przez pracę nie powinny obciążać ofiary, lecz tych, którzy z jej pracy korzystali — społeczeństwo, a u pracowników najemnych — pracodawcę. Tak wyłania się koncepcja chorób zawodowych jako grupy schorzeń, uprawniającej moralnie ich ofiary do odszkodowania za poniesioną szkodę. Jest to społeczne określenie choroby zawodowej, w tej postaci jest ono zrozumiałe dla każdego. Jedyną istotną cechą tego określenia jest związek przyczynowy z pracą zawodową, rodzaj i sposób uszkodzenia, rodzaj choroby jest zupełnie obojętny. W tym pojęciu mieści się zarówno np. gwałtowne uszkodzenie ciała przez uraz mechaniczny — więc wypadek, jak powoli rozwijające się cierpienie wewnętrzne. Odróżnienie tych dwuch sposobów powstania uszkodzenia stało się potrzebne dopiero przy realizacji postulatu zadośćuczynienia za poniesioną szkodę. Gdy pojęciu społecznemu choroby zawodowej przeciwstawia się choroba pozazawodowa, w praktyce zwłaszcza ubezpieczeniowej przeciwstawia się choroby zawodowe wypadkom przy pracy. Tu leży źródło wielu nieporozumień słownych. By uniknąć ich w tej pracy, nazwijmy choroby zawodowe, jak je powyżej określiliśmy, „chorobami pracy", który to termin („maladies du travail") w piśmiennictwie międzynarodowem zaczyna się coraz częściej pojawiać, zachowując termin „choroba zawodowa" jako przeciwstawienie wypadkom przy pracy.

Wypadek przy pracy contra choroba zawodowa. Skąd się bierze to przeciwstawienie dwuch rodzajów schorzeń wywołanych przez pracę, różniących się tylko cechą z punktu widzenia społecznego nieistotną odmiennego przebiegu w czasie? Momentem decydującym są względy ubezpieczeniowe.

Jak wiadomo, pierwotną formą zadośćuczynienia za szkody na życiu i zdrowiu spowodowane przez pracę było zastosowanie odnośnych przepisów prawa cywilnego i karnego. Pracownik może więc dochodzić swych praw przed sądem. W tym stanie prawnym obowiązuje społeczne określenie choroby zawodowej, istotnem jest bowiem związek przyczynowy z pracą a nie sposób rozwoju cierpienia. Zato istnieje inne ograniczenie o dużej doniosłości praktycznej — należy udowodnić winę pracodawcy. Jeżeli dane cierpienie posiada znamiona wypadku, jeżeli istniała określona w czasie przyczyna, to oczywiście zarówno ustalenie związku przyczynowego z pracą jak rozstrzygnięcie pytania co do winy pracodawcy jest łatwiejsze, niż gdy tych warunków nie było. Nawet jeżeli zachodzi wypadek z winy pracodawcy, przeprowadzenie dowodu winy bywa niełatwe. Pozatem pracownik całkowicie obciążony był skutkami wypadków wywołanych siłą wyższą, z przyczyn nieustalonych, przez towarzysza pracy i oczywiście z własnej winy, choćby to była nieuwaga, brak wprawy i t. p. To też olbrzymia większość ofiar „chorób pracy" z wypadkami włącznie nie otrzymywała odszkodowania.

Istotną poprawę mogło dać tylko uproszczenie dochodzenia praw poszkodowanego. Po szeregu przemian koncepcji odpowiedzialności cywilnej pracodawcy, których omówienie zaprowadziłoby nas zadaleko, znaleziono wyjście w koncepcji ryzyka zawodowego, na którym oparto społeczne ubezpieczenie wypadkowe. Przyjęto, że praca zawodowa mieści w sobie ryzyko uszkodzenia pracownika, na które składa się szereg momentów łącznie z winą pracodawcy oraz pracownika. Tym ryzykiem obciążono ogólne koszta przedsiębiorstwa. Wyłączone jest tylko świadome samouszkodzenie pracownika. Nie wyklucza ta koncepcja dochodzenia winy pracodawcy w myśl postanowień kodeksu karnego lub innych ustaw, ubezpieczeniowych lub z zakresu higjeny i bezpieczeństwa pracy. Istotne jest uchylenie zagadnienia winy stron przy ustaleniu prawa do odszkodowania, ograniczenie się do ustalenia związku przyczynowego z pracą zawodową, co jest rzeczą ubezpieczalni. Oznacza to nietylko poważne uproszczenie proceduralne, lecz znaczne rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do świadczeń. Ten przywilej uproszczonego dochodzenia ograniczono jednak do wypadków, pozostawiając dawny stan prawny w stosunku do chorób pracy niewypadkowych.

Czemże wypadki przy pracy zasłużyły na takie wyróżnienie? Są one, podobnie jak choroby zawodowe uprzednio rozpatrywane, grupą klinicznie różnorodną, bez odrębności klinicznej w stosunku do wypadków pozazawodowych. Przeważają coprawda urazy mechaniczne, ale znamiona wypadku posiadają również niektóre przypadki zatruć, zakażeń, schorzenia wywołane przez czynniki fizykalne, jak oparzenia i t. p. Definicje wypadku też nie są jednobrzmiące. Ustawy ubezpieczeniowe nie wyłączając naszej, nie wiążą się naogół żadną definicją, pozostawiając to teorji i praktyce orzecznictwa. W definicjach tych najczęściej spotyka się jako cechę istotną „nagłość" lub „gwałtowność" przyczyny uszkodzenia. Podobnie u nas Departament Służby Zdrowia w następujący sposób określił pojęcie wypadku: „Za wypadek przy pracy należy uważać uszkodzenie na zdrowiu pracownika zewnętrzne lub wewnętrzne z powodu nagłego i krótkotrwałego zdarzenia przy pracy, zmuszającego go do zaprzestania jego zwykłego zatrudnienia". Co jest istotne w podobnych definicjach, zwłaszcza w zestawieniu z definicją chorób zawodowych w ściślejszem tego słowa znaczeniu, możnaby ująć w sposób następujący. W każdem uszkodzeniu ciała można odróżnić siłę bodźca i czas jego działania. Przy dużej sile czas działania może być krótki, przy małej sile czas musi być długi. Wypadek jest funkcją siły bodźca, choroba zawodowa jest funkcją czasu działania bodźca. Ten sam proces chorobowy może być wypadkiem albo chorobą zawodową—np. zatrucie tlenkiem węgla u robotnika, naprawiającego zepsuty przewód gazowy, z którego wydobywa się dużo gazu świetlnego, będzie wypadkiem przy pracy; to samo zatrucie występujące u mechanika warsztatu reperacyjnego po długotrwałem przebywaniu w atmosferze stale zatruwanej przez gazy spalinowe samochodowe będzie chorobą zawodową. W przykładzie tym występuje wyraźnie nielogiczność tego wyróżnienia wypadków z punktu widzenia lekarskiego, niesprawiedliwość z punktu widzenia społecznego, wreszcie trudność dokładnego

odróżnienia wypadku od choroby zawodowej. Istnieją wszelkie przejścia pomiędzy ilością tlenku węgla, zabójczą momentalnie, poprzez dawki wymagające minut, godzin, wreszcie dni i tygodni, by nastąpiło schorzenie.

Wypadki przy pracy zawdzięczają to uprzywilejowanie w stosunku do chorób zawodowych dramatyczności swego przebiegu, która przemawia bezpośrednio do uczuć i wyobraźni. Również reakcja ze strony poszkodowanego lub jego rodziny jest silniejsza. Przy chorobach powoli się rozwijających związek przyczynowy z pracą może nawet pozostać niewiadomy, może być sporny. Żeby odczuć moralne równouprawnienie chorób zawodowych, potrzeba analizy myślowej, żeby zrozumieć ich doniosłość społeczną, trzeba wyrobić w sobie „sumienie statystyczne", wyczuć wymowę liczb. Podobnie człowiek odruchowo rzucający się do wody, by z narażeniem własnego życia ratować tonącego, odmawia nieraz choćby drobnego datku np. na rzecz organizacji walczącej z nadmierną śmiertelnością niemowląt, choć chodzi tu nie o jednostkę, a o tysiące niewinnych ofiar nieuświadomienia i niedostatku. Drugi wzgląd jest natury praktycznej — określone w czasie powstanie wypadku ułatwia ustalenie miejsca i innych istotnych okoliczności potrzebnych do rozstrzygnięcia zawodowego charakteru nabytego schorzenia. Od tej cechy uzależnione jest prawo do świadczeń, formalnie i moralnie. Intencją ustawodawcy mogło być tylko możliwie ścisłe odróżnienie schorzenia zawodowego od niezawodowego, faktycznie przez ograniczenie ubezpieczenia do wypadków, poza niem pozostały również choroby różniące się od wypadków jedynie odmiennym w czasie sposobem powstania. To też w prawnym pojęciu wypadku przy pracy z punktu widzenia społecznego mieści się pewien subjektywizm, który tłomaczy różnice w interpretacji tego pojęcia spotykane w piśmiennictwie i w praktyce orzeczniczej.

Spotykają się tu dwie sprzeczne tendencje. Jedna w interesie prawidłowej administracji ubezpieczenia wypadkowego dąży do najściślejszego odróżnienia wypadku od choroby zawodowej. Pragnie uniknąć niejasności, nieścisłości, które prowadzą do długich sporów, zajmując czas i narażając na koszta poszkodowanych i ubezpieczalnię. Ma za sobą prawo formalne. Druga w obronie praw poszkodowanych dąży do rozszerzenia pojęcia wypadku, by pomieścić w niem jaknajwiększą liczbę chorób pracy, mając za sobą poczucie sprawiedliwości społecznej. To też spory te nie dadzą się rozstrzygnąć samą tylko logiką, decyduje akt woli ustawodawcy. Niezależnie od tego, gdzie umieścimy granicę pomiędzy wypadkiem a chorobą pracy niewypadkową, skoro taka grupa istnieje, naturalne jest dążenie do bliższego jej określenia. Tak powstało pojęcie — możnaby je nazwać ubezpieczeniowem — chorób zawodowych, jako przeciwstawienie wypadkom przy pracy. A że życiowo rzecz biorąc, względy ubezpieczeniowe są decydujące, to określenie chorób zawodowych zwycięża.

Nie może ono być objektywne, skoro pojęcie wypadku nim nie jest. To też nie będę wyliczał stosowanych w piśmiennictwie definicyj, gdyż w każdym kraju winny one być uzgodnione z obowiązującem pojęciem wypadku. Najłatwiej byłoby zdefinjować choroby zawodowe negatywnie jako choroby pracy nieposiadające znamion wypadku. W określeniu pozytywnem najdogodniej byłoby może przeciwstawić wypadek jako skutek działania bodźca tak silnego, że *jednorazowe* działanie wystarczyło do wywołania procesu chorobowego, chorobie zawodowej jako skutkowi bodźca na tyle słabego, że dopiero *kilkakrotne* jego zadziałanie wywołało chorobę. Powtarzam, jakąkolwiek cechę różniczkową wybierzemy, w ostateczności potrzeba aktu woli instancji, upoważnionej do interpretacji prawnej tej cechy. Z tem zastrzeżeniem przytaczam bardziej szczegółowe przeciwstawienie wypadków i chorób zawodowych, będące odbiciem szeregu definicyj.

C h o r o b a z a w o d o w a jest wynikiem zwykłego zajęcia, skutkiem wielokrotnego zadziałania przyczyn mechanicznych, fizykalnych, chemicznych i t. p. którego można wręcz oczekiwać z uwagi na istotę wykonywanej pracy lub na warunki, wśród których się ona odbywa. W y p a d e k wywołany jest nagle przez zdarzenie niep.. widziane ,zakłócające normalny bieg pracy o skutkach natychmiastowych. Rodzaj i warunki pracy decydują o częstotliwości c h o r ó b z a w o d o w y c h w danem środowisku zawodowem, o ich przebiegu i objawach. Moment, przyczyna i miejsce w y p a d k u nie dadzą się naogół z ścisłością przewidzieć. C h o r o b a z a w o d o w a ma zazwyczaj początek powolny, ukryty, trudny do ustalenia. Przebieg w y p a d k u w czasie może być dokładnie ustalony. W c h o r o b a c h z a w o d o w y c h identyczna co do rodzaju i intensywności przyczyna u jednych może wywołać lekkie schorzenie, u innych bardzo ciężkie objawy. Różnice osobnicze wpływają dopiero na dalszy przebieg, skutki i komplikacje uszkodzenia w y p a d k o w e g o. Zgon w przebiegu c h o r o b y z a w o d o w e j jest zazwyczaj skutkiem szeregu poszczególnych urazów, z których każdy z osobna obniżając odporność ustroju czyni następny bardziej niebezpieczny. Zgon skutkiem w y p a d k u jest wynikiem urazu jednorazowego lub jego następstw i komplikacyj.

Określenie ustawowe chorób zawodowych. Oczywiście tego rodzaju rozstrzygnięcia prawnego, przyznającego ofiarom wypadków przy pracy wyższe świadczenia, niż ofiarom chorób zawodowych nie można uznać za zadawalniające. Wspomniałem o próbach rozszerzenia pojęcia wypadku, na tej drodze osiągnięto niejedno. Pojęcie „nagłości", przyjęte w niemieckiej definicji, udało się rozciągnąć na okres zmiany roboczej, pod pojęcie „gwałtowności" podciągnięto ukąszenie komara zimniczego, zakażenie wąglikiem i t. p. Były również próby uznania powolnych zatruć zawodowych za wypadki przy pracy rozumując, że przedstawiają one sumę poszczególnych zatruć wypadkowych. Oczywiście tego rodzaju sztuczki interpretacyjne mają swoje granice. Najwłaściwszą drogą, na którą wkroczyła większość państw, to ubezpieczenie chorób zawodowych narówni z wypadkami. Rzecznicy poszkodowanych, zwłaszcza związki zawodowe, domagały się, by podobnie jak w ubezpieczeniu wypadkowem zadowolić się ogólną definicją chorób zawodowych, nie ograniczyć tego ubezpieczenia do poszczególnych chorób. Żądaniu temu żadne z wielkich państw przemysłowych nie uczyniło zadość. Zrobił

tak np. stan Kalifornja, zastępując w ustawie wypadkowej słowo „accident" — wypadek — słowem „injury" — uszkodzenie. Natomiast większość państw wreszcie i Międzynarodowa Konferencja Pracy określają choroby zawodowe podlegające odszkodowaniu zapomocą listy. W ten sposób dochodzimy do trzeciej możliwości definjowania chorób zawodowych, najbardziej subjektywnego, bo zupełnie zależnego od woli ustawodawcy — nazwijmy to określeniem ustawowem. Relatywizm tego rodzaju określenia jest tak daleko posunięty, że nietylko w różnych krajach istnieją różne określenia ustawowe chorób zawodowych, lecz nawet w jednem państwie, jak u nas, dla różnych celów może istnieć kilka list różniących się między sobą. Mamy w Polsce dwie listy w rozporządzeniu wykonawczem z dn. 17.XII.1928 (Dziennik Ustaw Nr. 5 ex 1929) do rozporządzenia Prezydenta o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu z r. 1927 oraz trzecią listę w ustawie o ubezpieczeniu społecznem z r. 1933. W tych warunkach operowanie ogólną liczbą chorób zawodowych jest bezprzedmiotowe, gdyż niewiadomo, co się pod tą nazwą kryje. Porównywać można tylko liczby przypadków poszczególnych chorób zawodowych i to z dokładnem podaniem zasad ich rejestracji.

Jakież są przyczyny wiązania się listą? Chodzi tu o trudności odgraniczenia chorób zawodowych od pozazawodowych, trudności nietylko proceduralne, lecz merytoryczne. Istnieją różne stopnie pewności lub prawdopodobieństwa co do związku przyczynowego pomiędzy zawodem i chorobą. Wybitna mniejszość chorób pracy posiada odrębność kliniczną, nie zdarza się poza pracą, jak choroba kesonowa wywołana przez nagłe i znaczne obniżenie ciśnienia atmosferycznego, jakie się zdarzyć może tylko przy pracy pod wodą. Bywają zatrucia w przemyśle chemicznym wywołane produktami przejściowemi, więc niespotykanemi poza obrębem danej fabryki. Zmiany chorobowe w stawie barkowym, występujące po szeregu lat pracy u robotników obsługujących pneumatyczne narzędzia, nie mogą się zdarzyć u osób niepracujących. W tych przypadkach rozpoznanie choroby rozstrzyga automatycznie o ich zawodowym charakterze. W wypadkach przy pracy związek przyczynowy musi być ustalony dochodzeniem, nie wynika on z natury uszkodzenia. Jest to ułatwione zadziałaniem określonego w czasie zdarzenia. W chorobach zawodowych brak naogół tego zdarzenia, pozostaje więc w większości przypadków tylko prawdopodobieństwo, które może być większe lub mniejsze.

Weźmy dla przykładu zatrucie ołowiem, jedną z najbardziej rozpowszechnionych i najlepiej poznanych chorób zawodowych. Dawniej, kiedy w Europie przemysł nie był jeszcze rozwinięty, a higjena stała bardzo nisko, zatrucia pokarmowe ołowiem były prawdopodobnie liczniejsze, niż zatrucia zawodowe. I dotąd jeszcze zatrucia ołowiem pozazawodowe mogą się zdarzyć. Jest on ukryty w tylu przedmiotach codziennego użytku, że ostatnie badania wykazały jego obecność w wydalinach nawet niemowląt. Powstało pojęcie „nosicieli ołowiu" dla osób, nie posiadających wiadomej styczności z ołowiem, a wydalających go. Jeżeli więc lekarz rozpoznaje zatrucie ołowiem, to nie wynika z tego jeszcze, że ma on do czynienia z chorobą zawodową. Dopiero zawód chorego, warunki jego pracy, czynią przyjęcie choroby zawodowej prawdopodobne lub nieprawdopodobne. Jeżeli to będzie robotnik huty ołowiu, fabryki akumulatorów, gdzie niesposób niezetknąć się codziennie z ołowiem w postaci łatwo się udzielającej, prawdopodobieństwo związku choroby z pracą jest bliskie pewności. Nawet gdyby w tym przypadku chory stykał się z ołowiem poza zawodem, dysproporcja pomiędzy ilością trucizny wchłoniętej podczas pracy, a tą ilością, jaką mógł wchłonąć poza nią — wyjąwszy świadome lub omyłkowe zatrucie się dużą dawką — jest tak duża, że przedewszystkiem będziemy winić zawód. Atoli to prawdopodobieństwo maleje w miarę jak w danym zawodzie styczność z ołowiem staje się mniej regularna, konieczna. Mimo małego prawdopodobieństwa jednak mógł zawinić zawód, lecz dopiero dochodzenie co do bliższych warunków pracy może sprawę wyjaśnić.

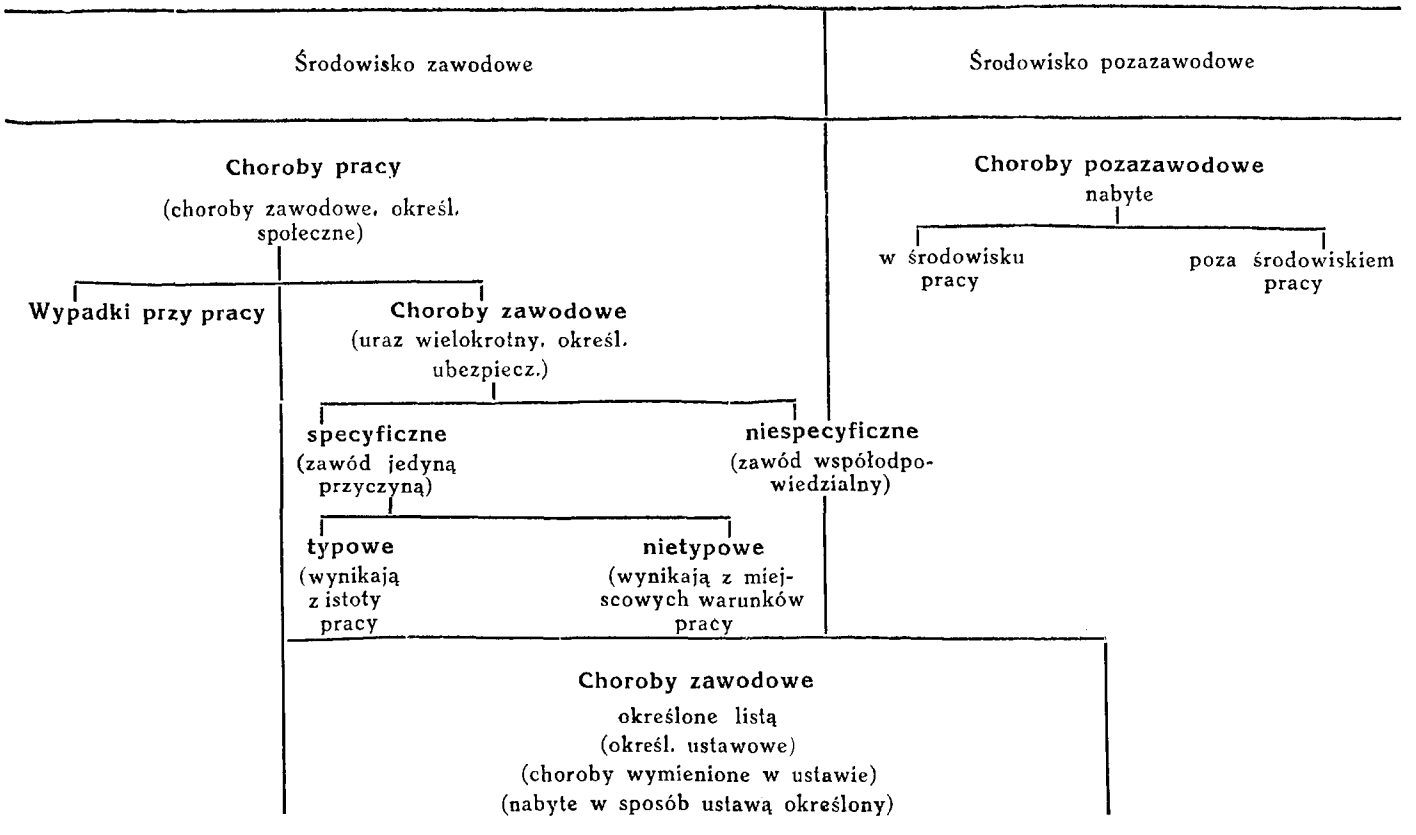
Często wyjaśnienie to natrafi na duże trudności. Mogą one być dwojakiego rodzaju, albo odnoszą się do warunków pracy, albo do rodzaju i przebiegu choroby. Trudności pierwszego rodzaju mogą polegać na tem, że styczność z daną szkodliwością nie wynika z istoty zawodu chorego, a wyjątkowe, chwilowe okoliczności wywołały zachorowanie, które podczas dokonywania dochodzenia przestały istnieć. Częściej objawy choroby są nietypowe i powstają wątpliwości co do zidentyfikowania choroby. Laicy niedoceniają trudności, które może mieć najlepszy lekarz w ustaleniu choroby nie jako pewnego zespołu objawów, a jako jednostki określonej przyczynowo. Ten sam objaw, ten sam zespół objawów może mieć cały szereg zupełnie różnych przyczyn. W chorobie rozwijającej się powoli, nieraz latami, kilka przyczyn zdolnych wywołać podobne objawy mogło działać na pacjenta. Która z nich była istotna, jaką wśród nich wagę posiadała szkodliwość zawodowa, to rozstrzygnąć, może być wręcz niemożliwe.

Pod względem większego lub mniejszego prawdopodobieństwa związku z pracą chorób zawodowych można odróżnić choroby wynikające z istoty danej pracy i takie, które spowodowane są szczególnemi warunkami pracy danego osobnika. Np. ołowica u składacza ręcznego w drukarni wynika z istoty jego pracy. Polega ona na codziennej nieuniknionej styczności z czcionkami zawierającemi ołów. Introligator w zasadzie z ołowiem przy swej pracy się nie styka. Jednak pracując w małej drukarni w wspólnem pomieszczeniu z składaczami może również zatruć się ołowiem. Winy w tym wypadku nie ponosi jego zawód ale miejscowe warunki pracy, za które odpowiedzialność ponosi pracodawca. Ma on moralnie to samo prawo do odszkodowania, co składacz, choć trudno powiedzieć, żeby introligatorzy *stale i regularnie* stykali się z ołowiem, co niektóre definicje wysuwają jako cechę różniczkową chorób zawodowych. Możnaby odróżnić te dwa rodzaje chorób zawodowych jako *typowe* — wynikające z istoty — i *nietypowe* — wynikające z warunków miejscowych pracy.

Typowe i nietypowe choroby zawodowe, jak je wyżej określono, powstają jednak całkowicie w środowisku zawodowem. Istnieje pozatem bardzo ważna, o ile chodzi o liczebność i ciężkość ich skutków, grupa chorób, powstających w związku z pracą za-

wodową, ale z udziałem przyczyn pozazawodowych. Do tej grupy należy gruźlica w zawodach narażonych na pylice. Gruźlica może być chorobą zawodową typową np. u lekarza czy pielęgniarki przychodni przeciwgruźliczej. Jakkolwiek zwłaszcza w środowisku wielkomiejskiem prawie każdy dorosły już został zakażony zarazkiem gruźlicy w okresie dzieciństwa, więc poza zawodem, to jednak większość daje sobie z tem zakażeniem radę. Wytwarza się pewna równowaga pomiędzy zjadliwością zarazka i odpornością ustroju. Taki osobnik narażony przy pracy na częste masowe dalsze zakażanie się zarazkami gruźliczemi ulegnie chorobie, gdy w innych warunkach pracy mógłby zupełnie wyleczyć się. Taką może być sytuacja lekarza i pomocniczego personelu leczniczego zmuszonego do stałej styczności z chorymi na gruźlicę. Inaczej przedstawia się związek przyczynowy z pracą w licznej grupie robotników pracujących w pyle zwłaszcza krzemowym, jak część górników, robotnicy w kamieniołomach piaskowca i granitu, kamieniarze, szlifierze, część robotników przemysłu ceramicznego i t. p. I oni zakażają się gruźlicą przeważnie w domu, a bez zarazka gruźliczego niema gruźlicy. Dom, wogóle środowisko pozazawodowe, jest więc istotnym czynnikiem powodującym u nich tę chorobę. Ale porównując chorobowość i umieralność z gruźlicy tych zawodów z innemi zawodami lub z całą ludnością stwierdzamy tak duże, nieraz przeszło 10-krotne, pogorszenie ich szans życiowych, że o poważnym wpływie zawodu nie na zakażenie, ale na przebieg schorzenia wątpić nie można. Wyniki badań statystycznych w zawodach, gdzie chodzi o pył krzemowy, są dziś potwierdzone i wyjaśnione przez badania doświadczalne, wykazujące specyficznie niekorzystny wpływ pylicy krzemowej na przebieg zakażenia gruźliczego. Możnaby ominąć tę trudność ubezpieczając nie gruźlicę lecz pylicę, która posiada cechę typowej choroby zawodowej. Ale w ubezpieczeniu chodzi nietylko o chorobę, a o jej wpływ na zdolność do zarobkowania. Negując związek przyczynowy zawodu z gruźlicą, uznając go tylko w stosunku do pylicy, stawiamy lekarzowi orzekającemu niemożliwe do rozstrzygnięcia pytanie, jaka część istniejącej niezdolności przypada na pylicę, jaka na gruźlicę. Byłoby to zresztą niesłuszne, gdyż przecież w wypadkach przy pracy odszkodowujemy nietylko bezpośrednie następstwa wypadku, lecz również dalsze jego skutki np. tę samą gruźlicę, o ile tylko wypadek odegrał istotną rolę w jej dalszem rozwoju. Uznanie gruźlicy na tle pylicy za chorobę zawodową odpowiada zresztą definicjom mającym wielu zwolenników, wysuwającym jako ich cechę większą częstotliwość danego schorzenia w określonym zawodzie — oczywiście przy istnieniu związku z określoną szkodliwością zawodową. W tym przypadku byłby nią pył krzemowy. Dla odróżnienia tej kategorji chorób zawodowych, w których zawód odgrywa rolę czynnika ważnego ale tylko współdziałającego z czynnikami pozazawodowemi, nazwano je chorobami zawodowemi niespecyficznemi. Specyficznemi są te, które całkowicie należy położyć na karb zawodu.

Te różne ugrupowania wewnątrz pojęcia chorób pracy w ich wzajemnym stosunku zestawione zostały poniżej:



Listy chorób zawodowych. Trzeba przyznać, że istnienie tylu odmian związku przyczynowego pomiędzy chorobą a pracą zawodową przemawia na korzyść listy. Listy te rozmaicie bywają konstruowane. Lista szwajcarska ogranicza się do wyliczenia substancyj szkodliwych. Schorzenie wywołane wyłącznie przez jedną z tych substancyj lub powstałe z istotnym jej udziałem zrównane jest z wypadkami przy pracy. Zachodzi tu właściwie rozszerzenie ustawowej definicji wypadku na uszkodzenia wywołane określoną przez listę substancją, niezależnie od przebiegu uszkodzenia w czasie. Większość państw stosuje listy dwukolumnowe. W pierwszej wymienione są rodzaje uszkodzeń , w drugiej zawody, czynności lub zakłady, w których one zostały nabyte. Obie kolumny są sprzęgnięte w ten sposób, że ani choroba zawodowa, nabyta w zawodzie wymienionym w liście, ale niewymieniona w kolumnie uszkodzeń, ani choroby wymienione w liście, ale nabyte w zawodzie nieobjętym listą, nie są uznane za choroby zawodowe w rozumieniu danej ustawy. Istnieją duże różnice w precyzowaniu bądź rodzaju uszkodzeń, bądź zawodów.

Lista francuska nie zadawala się wymienieniem np. ołowicy, a precyzuje obrazy chorobowe jak: kolka ołowicza, porażenia ołowicze, niedokrwistość ołowicza i t. d. Równie szczegółowo wymienia czynności przemysłowe, przyczem winny one stanowić zwykłe zajęcie robotnika dotkniętego daną postacią ołowicy. A więc ołowica zawodowa występująca w postaci nieprzewidzianej w liście, lub u robotnika zajętego czynnością nieobjętą listą, lub zatrutego z okazji prac niewchodzących w skład jego zwykłego zatrudnienia, nie są uznane za chorobę zawodową.

Lista angielska zadawala się ogólnem określeniem choroby i odpowiadających jej czynności zawodowych jak np. „zatrucie i jego następstwa spowodowane stosowaniem ołowiu — wszystkie prace związane z stosowaniem ołowiu, jego preparatów lub związków".

W Anglji wiązanie kolumny uszkodzeń z kolumną czynności ma dodatkowe znaczenie dużej doniosłości praktycznej. Albowiem wystarczy świadectwo lekarza upoważnionego, że zachodzi niezdolność do zarobkowania na skutek zachorowania objętego listą u robotnika zatrudnionego przy pracy, wymienionej w liście, by *bez dochodzenia* przyjąć, że istnieje choroba zawodowa, chyba że *pracodawca* udowodni, iż nie zachodzi związek przyczynowy z zawodem. Jeżeli zachodzi choroba wymieniona w liście u robotnika zatrudnionego przy robotach nie wyliczonych w ustawie musi on udowodnić związek z zawodem. Znać rozwój w kierunku bardziej ogólnego formułowania listy.

W liście niemieckiej z r. 1925 uznanie szeregu zatruć zawodowych było ograniczone do „zakładów w których ubezpieczeni *regularnie* narażeni są na działanie wymienionych w kolumnie I substancyj". W noweli z r. 1929 już niema tego ograniczenia, objęte są ubezpieczeniem wszystkie „zakłady i czynności podlegające ubezpieczeniu wypadkowemu". Przy tak ogólnikowym sformułowaniu zawodów oczywiście dochodzenie co do związku przyczynowego schorzenia z pracą jest konieczne. Obciąża ono zakład ubezpieczeniowy, nie chorego.

Podobnie polska lista ubezpieczeniowa ujmuje rzecz ogólnie. Art. 138 ustęp 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznem brzmi:

„Za choroby zawodowe w rozumieniu ustawy niniejszej uważa się niżej wymienione choroby, jeżeli powstały przez zatrudnienie zawodowe w przedsiębiorstwach, zakładach i gospodarstwach niżej wymienionych:

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 wąglikiem — w gospodarstwach rolnych, w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni stykają się z choremi zwierzętami lub zakażonemi przedmiotami".

Do tych różnic w formułowaniu poszczególnych chorób zawodowych przyłączają się jeszcze znaczne różnice co do liczby chorób wciągniętych na listę. To też niema prawdopodobnie dwuch list porównywalnych w swej treści.

Zupełnie inne znaczenie posiadają listy spotykane w ustawach, mających za cel zapobieganie chorobom zawodowym. Z tego punktu widzenia właściwe jest jaknajszersze pojęcie chorób zawodowych, ograniczone w praktyce jedynie względem na to, czy możliwe jest zapobieganie danej chorobie. Zagadnienie z punktu widzenia odszkodowania bardzo istotne, czy zawód jest wyłączną przyczyną, czy tylko jedną z wielu przyczyn, dla akcji zapobiegawczej jest mniej ważne, niż pytanie, jaka jest częstotliwość danej choroby, jak poważne są jej skutki. W ten sposób powstały nasze dwie listy chorób zawodowych oparte na dekrecie o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu. Pierwsza z nich obejmuje 49 pozycyj, ma charakter czysto definicyjny — precyzuje drogą wyliczenia definicję chorób zawodowych, zawartą w dekrecie w formie następującej: „Za choroby zawodowe w rozumieniu rozporządzenia niniejszego uważane są choroby ostre i przewlekłe, powstające: wskutek wykonywania pewnego zawodu, z istoty danej pracy lub z powodu warunków, wśród których się ona odbywa". Znaczenie praktyczne ma dopiero druga lista obejmująca 17 pozycyj, jak następuje:

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, ich stopami i związkami: 1) ołów, 2) rtęć, 3) arszenik i związki arsenowe, 4) fosfor, 5) chrom, 6) tlenki azotu, 7) tlenek węgla, 8) siarczek węgla, 9) związki cjanowe, 10) benzol i pochodne, 11) alkohol metylowy, 12) terpentyna.

B. 13) zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radjoaktywnemi, 14) owrzodzenia i nowotwory u osób narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, 15) pylica krzemicowa u osób, nara-

żonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca i t. p.), 16) glistnica u górników, 17) wąglik u osób zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry i t. p.

Choroby drugiej listy podlegają obowiązkowemu zgłaszaniu przez lekarzy, a każde zgłoszenie powoduje dochodzenie przyczyn choroby przez lekarza powiatowego i inspektora pracy. Tylko I wykaz do dekretu o zapobieganiu chorobom zawodowym z jego 49 pozycjami, przyczem poszczególne pozycje obejmują więcej niż jedną chorobę, jest próbą definicji pojęcia chorób zawodowych, listy ubezpieczeniowe są aktami woli ustawodawczej ograniczającemi zasięg działania ubezpieczenia.

d. n.

STEFAN MATEJA

UWAGI W SPRAWIE USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM

Ustawa z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. 51, poz. 396) urzeczywistnia zapowiedź Konstytucji marcowej (art. 102 ust. 2), jest bowiem prawie całkowitą kodyfikacją prawa o tem ubezpieczeniu. Można różnie — dodatnio, ujemnie — oceniać tę ustawę, nie można tylko nie zdawać sobie sprawy z jej poważnego znaczenia społecznego i gospodarczego. To znaczenie ustawy sprawia, że interesuje się nią działacz społeczny, ekonomista, prawnik. Omówienie niektórych kwestyj z tej ustawy ze stanowiska prawnego jest przedmiotem tych uwag.

I.

Ustawa ustala kryterjum dla obowiązku ubezpieczenia w art. 2, którego ust. 1 jest w tej materji przepisem podstawowym, gdyż obejmuje większość osób, podlegających temu obowiązkowi.

Tem kryterjum jest: a) stosunek pracy najemnej i b) stosunek służbowy. Stosunki te pod względem prawnym nie są pojęciami dostatecznie oznaczonemi i dlatego wymagają rozważenia, któreby pozwoliło ustalić cechy, wyróżniające je. Przedewszystkiem uderza nieścisłość i niewspółczesność terminu: „stosunek pracy najemnej". Nieścisłość tego terminu wyraża się w tem, że rozumiany dosłownie obejmowałby według terminologji kodeksu cywilnego Napoleona wszystkie stosunki, powstałe na podstawie najmu pracy (art. 1710), a więc — zarówno stosunek z najmu pracy zależnej (art. 1780 — umowa o pracę sensu stricto), jak i stosunek z najmu pracy niezależnej (art. 1787 i n.). W terminologji naszego kodeksu zobowiązań stosunkiem pracy najemnej jest każdy stosunek, który powstaje na podstawie jednej z umów o świadczenie usług (cały tytuł XI: umowa o pracę, o naukę, o dzieło, zlecenia i t. d.). Oczywiście ustawa nie mogła mieć na względzie tak rozumianego stosunku pracy najemnej, byłoby to bowiem sprzeczne z jej racją prawną, którą—w zasadzie—jest ubezpieczenie pracownika, t. j. tego, kto pracuje na podstawie umowy o pracę, albo tego, kto pozostaje w stosunku pracy zależnej, choćby powstałym bez umowy. Że taka jest racja prawna, wynika to z art. 2 ust. 2, w którym ustawa, mówiąc o chałupnikach (lit. c), używa słowa: „również", które byłoby zbędne, gdyby termin: „stosunek pracy najemnej" rozumieć dosłownie; byłoby zbędne, gdyż w dosłownem znaczeniu stosunek ten obejmuje — bez potrzeby zaznaczania — chałupnika. Stąd wniosek, że ustawa przez „stosunek pracy najemnej" określa właściwie stosunek pracy zależnej, powstały bądź na podstawie umowy o pracę, bądź — nawet bez tej umowy; jeżeli zaś tak jest, to zarzut nieścisłości jest słuszny i ma praktyczne znaczenie, bo w stosowaniu tego przepisu mogą się nastręczyć podobne wątpliwości. A zatem de lege ferenda należy wysunąć posulat, żeby tak podstawowy, jak art. 2 ust. 1, przepis uległ zmianie, któraby usunęła samą możliwość wątpliwości.

Niewspółczesność zaś tego terminu wyraża się w nawiązaniu do terminologji prawa rzymskiego. Prawo rzymskie, kształtujące się w innych warunkach społeczno- gospodarczych, traktowało pracę jak rzecz i dlatego oznaczało umowę o nią, podobnie jak i o inną rzecz zmysłową, terminem: „najem". Pod wpływem zmiany warunków doktryna prawa cywilnego uznała różnicę między najmem pracy a umową o pracę, wyrażającą się w osobowym charakterze pracy, który sprawia, że nie podobna pracy traktować w oderwaniu od jej wykonawcy (Colin, Capitant [1]). Należało tedy uwzględnić ten osobowy charakter pracy i zastąpić nieścisły termin: „stosunek pracy najemnej" terminem: „stosunek pracy zależnej".

Termin: „stosunek służbowy" również nie jest dostatecznie jasny. Orzecznictwo Sądu Najwyższego i Najwyższego Trybunału Administracyjnego, osnute coprawda na tle przepisu art. 3 ust. 1 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (D. U. R. P. 44, poz. 272), utożsamiało stosunek służbowy ze stosunkiem, powstałym na podstawie umowy o pracę (Zb. urz. N. 126/27; Rej. 2373/26 z dn. 26/9.1928 r.). Obecnie to utożsamienie jest niemożliwe, nie można przecie dopatrywać się w tych dwuch terminach prawniczego pleonazmu. W. Bruner i Z. Kopankiewicz [2]) rozumieją przez „stosunek służbowy" stosunek pracy zależnej o charakterze publiczno-prawnym, ale nie są w tym poglądzie konsekwentni, gdyż pod pojęcie tego stosunku podciągają i stosunki pokrewne stosunkowi pracy zależnej, a powstałe na podstawie umowy nienazwanej, która, jakąkolwiekby była, nie ma przecie charakteru publicznego. Zasadniczo jednak pogląd tych autorów jest słuszny, ma zresztą podstawę i w art. 5 ust. 2, w myśl którego mogą być objęci przez ustawę i pracownicy, zatrudnieni na podstawie

[1]) Coursélém. de droit civ. t. 2, str. 587 i 588.
[2]) Nowe ubezpieczenia społeczne, str. 14.

ujęciu możnaby i obowiązkowe ubezpieczenie uważać za taką umowę.

aktu nominacyjnego; trzeba tylko zanaczyć, iż stosunek służbowy nie obejmuje umów nienazwanych, zbliżonych do umowy o pracę, te bowiem umowy będą objęte albo przez stosunek pracy najemnej, albo też — przez przepis art. 2 ust. 2.

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają nietylko osoby, zatrudnione na podstawie umowy o pracę, lecz także osoby, których stosunek pracy zależnej nie wynika z umowy, jest pozaumowny a nawet — w pewnych przypadkach — może być przeciwny prawu ogólnemu lub ochronnemu prawu pracy. Te pozaumowne stosunki pracy zależnej są t. zw. stosunkami pracy bez kontraktu (umowy) pracy (A. Raczyński[3]). O tem, że obowiązek ubezpieczenia dotyczy osób, pozostających w pozaumownym stosunku pracy, świadczy przepis art. 16 ust. 1 i brak oznaczenia minimum wieku (art. 2 ust. 1: „... bez różnicy wieku..."). Art. 16 ust. 1 stanowi, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają osoby, które nie pobierają żadnego wynagrodzenia; wprawdzie w przepisie tym są wyliczone osoby, które nie pobierają wynagrodzenia, ale wyliczenie to jest tylko przykładowe, a więc nie wyczerpujące. Stosunek zaś pracy, w którym pracownik nie pobiera wynagrodzenia, nie wynika z umowy o pracę, gdyż praca w wykonaniu tej umowy świadczona jest odpłatnie (art. 1710 K. C. N., § 611 B. G. B.); nasz kodeks zobowiązań tę odpłatność jeszcze mocniej akcentuje (art. 441 i 442 § 1). Brak oznaczenia minimum wieku również przemawia za tym poglądem. Zarówno prawo cywilne (art. 1124 K. C. N.), jak i ochronne ustawodawstwo pracy (art. 5 ustawy z dn. 2.VII.1924 r. — D. U. R. P. 65, p. 636), zawiera ograniczenie co do zdolności zawierania umów. Uniezależnienie zaś obowiązku ubezpieczenia od wieku daje podstawę do wniosku, że umowa o pracę może być nieważna, a mimo to ubezpieczenie obowiązuje i jest ważne; np.: umowa o pracę z 10-letnim jest zabroniona, ale zatrudniony na jej podstawie małoletni podlega obowiązkowi ubezpieczenia. Jest to słuszne unormowanie kwestji, gdyż nawet prawo cywilne opiera nieważność umowy z małoletnim na zasadzie: „minor restituitur non tanquam minor sed tanquam laesus" zasadzie, która w naszym kodeksie zobowiązań jest wyrażona expressis verbis (art. 53). Racją te zasady jest troska o małoletniego. Jeżeli tedy umowa o pracę z małoletnim jest nieważna w przypadku pokrzywdzenia go, to nieważność ubezpieczenia, związanego z taką umową, powiększałaby tylko stopień tego pokrzywdzenia, co oczywiście nie mogłoby być uważane za słuszne.

Podlegają również obowiązkowi ubezpieczenia osoby, wymienione w art. 2 ust. 2; chociaż w pracy swej też są zależne, nie są pracownikami w rozumieniu prawa pracy. Ich zależność jest odmienna: publiczno-prawna i przymusowa (lit. b, d), gospodarcza (lit. c) i swego rodzaju zależność, wynikająca z natury nauczania (lit. a). Najpoważniejsze wątpliwości nastręcza redakcja przepisu pod lit. b; jego gramatyczna wykładnia prowadzi do wniosku, że krewni i powinowaci nie mogą być związani stosunkiem pracy najemnej! Taka wykładnia, oczywiście, jest nie do pomyślenia i prawdopodobnie ustawodawca miał na względzie taki stopień pokrewieństwa (powinowactwa?), który utrudnia ustalenie, czy pracownik dlatego pracuje, że jest spokrewniony, czy też dlatego, że jest związany umową. Jeżeli taka była myśl, to trzeba stwierdzić, iż jej wyrażenie jest niefortunne, bo w prawie familijnem prawo do żądania pracy mają tylko rodzice względem dzieci (władza rodzicielska). Przepis ten tylko wtedy można zrozumieć, kiedy się przyjmie, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają dzieci, zatrudnione u rodziców (§ 1617 B. G. B.). W tem jednak rozumieniu przepis ograniczałby władzę rodzicielską, co, jeżeli było zamierzone, winno być dokonane z większą ostrożnością ze względu przedewszystkiem na stosunki rodzinne ubogich i niezamożnych (małorolnych, drobnych rzemieślników i t. p.).

Stosunek pracy więźniów jest przymusowy; jego źródłem jest akt władzy, administracyjny; dlatego więzień nie może być uważany za pracownika.

Chałupnik również nie jest pracownikiem sensu stricto, ale dominująca w jego pracy zależność gospodarcza stawia go narówni z pracownikiem.

II.

Obowiązkowe ubezpieczenie, pojęte jako stosunek ubezpieczonego — pracownika do ubezpieczającego — instytucji ubezpieczenia, jest przymusowym stosunkiem publiczno-prawnym, wiążącym się z samego prawa ze stosunkiem pracy zależnej w znaczeniu prawnem (umowa o pracę, o naukę, bezumowny stosunek pracy) lub gospodarczem (chałupnictwo). Ustawa zawiera wyjątki od tak pojętego ubezpieczenia: kontynuowanie ubezpieczenia i dobrowolne ubezpieczenie oraz ubezpieczenia z art. 212 i 213 — które będą omówione oddzielnie.

Konstrukcja prawna obowiązkowego ubezpieczenia ma cechy wspólne z umową ubezpieczenia osobistego, której definicja według B. Rotwanda[1]) brzmi: „ubezpieczenie jest umową losową, której mocą jedna strona, za płaconą jej przez drugą stronę premję, zobowiazuje się, na wypadek przewidzianego w umowie zdarzenia.... wypłacić, jednorazowo lub perjodycznie, sumę umówioną". Przyjmując tę definicję bez zastrzeżeń co do jej dokładności, można się na pierwszy rzut oka dopatrzeć cech wspólnych umowy ubezpieczenia osobistego i obowiązkowego ubezpieczenia; obowiązkowe ubezpieczenie — podobnie jak i ta umowa — jest stosunkiem losowym i wzajemnym; jego losowość wyraża się w uzależnieniu świadczeń instytucji ubezpieczenia od przewidzianego w ustawie zdarzenia (art. 1), wzajemność zaś — w obowiązkach stron obu: pracodawcy i pracownika — z jednej, a teiże instytucji — z drugiej strony. Różnica wyraża się w charakterze tych stosunków: prywatno-prawnym umowy ubezpieczenia i publiczno-prawnym obowiązkowego ubezpieczenia; nadto wyraża się w sposobie ich powstawania. Ze względu na brak innych — poza wymienionemi — różnic między niektóremi stosunkami publiczno-prawnemi i prywatno-prawnemi typu zobowiązaniowego w nauce prawa administracyjnego powstała konstrukcja t. zw. umowy publiczno-prawnej; w tem

[3]) Polskie prawo pracy, str. 34.

[1]) Kwartalnik prawa cywilnego i handlowego, zesz. 1, roczn. 1917 — str. 40, przypisek.

Nasuwa się jednak pytanie, czy pojęcie t. zw. umowy publiczno-prawnej może mieć w dziedzinie prawa o ubezpieczeniu społecznem jakąkolwiek wartość teoretyczną lub praktyczną? Żeby na to pytanie odpowiedzieć, wypadnie — przynajmniej ogólnie — poruszyć teoretyczne zagadnienie podziału prawa na publiczne i prywatne. Wybitni przedstawiciele nauki prawa, Wł. L. Jaworski [1]) i L. Petrażycki [2]), uważają, że podział ten teoretycznie utrzymać się nie da, brak mu bowiem logicznej podstawy (fundamenti divisionis). Ma on — jak mówi Jaworski — znaczenie praktyczne, objawiające się w urządzeniach praktycznych i utrzymujące się dlatego, że nie można odnaleźć kryterjum prawniczego. Podział ten tedy spełnia pewnego rodzaju funkcję orjentowania w masie przepisów prawnych, funkcję, której znaczenia nie można zapoznawać, nie należy jej jednak przeceniać. Przytoczony pogląd teoretyków w dobie coraz mocniejszego przesycania prawa prywatnego pierwiastkiem publicznym (obrót ziemią, stosunki pracy, najem mieszkań i t. p.) zyskuje na znaczeniu i czyni podział coraz bardziej konwencjonalnym. Wprowadzenie zatem konstrukcji t. zw. umowy publiczno-prawnej do prawa o ubezpieczeniu społecznem nie przedstawia teoretycznej wartości. Czy przedstawia wartość praktyczną? I tej wartości nie przedstawia, bo z tego wprowadzenia nie wynikają żadne konsekwencje — przeciwnie, określanie ubezpieczenia społecznego jako t. zw. umowy publiczno-prawnej prowadziłoby tylko do zbędnego pomieszania pojęć, które utrudnia orjentację, a nic wzamian nie daje. W istocie rzeczy między obowiązkowem ubezpieczeniem a umową zaduża jest różnica zasadnicza, żeby jej pominięcie nie prowadziło do nieporozumienia. Tę różnicę stanowi zbędność czynnika woli przy powstawaniu stosunku ubezpieczenia, stosunek ten bowiem powstaje p o m i m o, a nawet w b r e w woli osób, które w nim uczestniczą. Brak mu istotnego elementu umowy, którego nie zastąpią inne elementy wspólne. Obowiązkowe ubezpieczenie powstaje z dniem faktycznego rozpoczęcia pracy lub podjęcia zatrudnienia (art. 8), a niezawiadomienie o tem ubezpieczalni w terminie ustawowo oznaczonym (art. 21) pociąga za sobą karę (art. 69). Gdzie tedy miejsce na umowę i jaka korzyść z pomocniczej konstrukcji? Wzajemność zobowiązań, wynikających z ubezpieczenia, również nie jest cechą właściwą tylko umowie, bo wzajemność ta jest np. w stosunku służbowym funkcjonarjusza do państwa, a przecież stosunek ten nie staje się przez to umownym.

Reasumując należy stwierdzić, że obowiazkowe ubezpieczenie jest sui generis aktem administracyjnym, w którym niema między stronami równorzędności prawnej, a zbędna jest zgodność oświadczeń woli. Skoro się uzna trafność tej konkluzji, to analogiczne stosowanie poszczególnych norm prawnych, dotyczących umów (analogia legis), do obowiązkowego ubezpieczenia musi odpaść; co najwyżej może być mowa o analogicznem stosowaniu myśli prawnej (analogia iuris) z uwagi na wspólny poniekąd cel umowy ubezpieczenia i obowiązkowego ubezpieczenia. Niema zatem możności stosowania przepisów kodeksu zobowiązań (np.: o przedawnieniu i t. d.), gdyż ustawa zawiera je, jeżeli zaś ich nie zawiera, to zawierać powinna. Stąd brak przepisów, o których mowa w art. 268 ust. 1, należy uznać za poważną lukę, której nie wypełnia art. 309 i nie wypełni wykładnia. Luka ta wymaga ustawowego wypełnienia, co zresztą ustawa zapowiada. Dopiero te normy stworzą podstawę dla kontroli działalności instytucyj przez ubezpieczonego, kontroli, bez której nie da się pomyśleć żadna działalność prawna (Jaworski).

[1]) Nauka prawa administracyjnego, str. 169 — 171 i 196.
[2]) Tieorja prawa i gosudarstwa, t. II, str. 531 i n.

III.

Skolei należy omówić wyjątki od obowiązkowego ubezpieczenia , a mianowicie: 1) kontynuowanie ubezpieczenia i dobrowolne ubezpieczenie oraz 2) ubezpieczenie, unormowane w art. 212 i 213.

1) Kontynuowanie ubezpieczenia jest dobrowolnem ubezpieczeniem częściowem osoby, która podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu, przebyła w niem określoną ilość tygodni składkowych (art. 10 ust. 1, art. 11 ust. 1) i w określonym terminie po jego ustaniu zgłosiła gotowość kontynuowania go. Jest ono dobrowolne, bo jego powstanie zależy od woli osoby, która chce kontynuować ubezpieczenie, a jest częściowe, bo nie obejmuje ryzyka z art. 1 p. 2 lit. a. Dobrowolne zaś ubezpieczenie jest całkowitem ubezpieczeniem osoby, która nie podlegała i nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu, ale z własnej woli chce podlegać i ma wymagane warunki, t. j. wiek i dochód, nie przekraczający określonego maximum. Obie odmiany ubezpieczenia różnią się od obowiązkowego ubezpieczenia tem, że powstają i ustają wskutek o ś w i a d c z e n i a w o l i ze strony chcącego się ubezpieczyć. Między sobą różnią się te odmiany tem, że kontynuowanie nie jest uzależnione ani od wieku, ani od dochodu, co — przynajmniej teoretycznie — pozwala kontynuować ubezpieczenie wszystkim; wreszcie jeszcze jedna różnica: kontynuujący podlega tym samym rygorom, co i pracodawcy, zatrudniający obowiązkowo ubezpieczonych (art. 223 ust. 2 in fine).

W odniesieniu do tych odmian ubezpieczenia konstrukcja t. zw. umowy publiczno-prawnej jest bardziej odpowiednia, bo w nich element woli jest konieczny; różnica, jaka zachodzi między temi odmianami a umową, polega na braku równorzędności prawnej stron i braku momentu zgodności oświadczenia woli. Ale różnica ta wystarczy do uznania, że ta konstrukcja i dla tych odmian ubezpieczenia jest zbędna. Odmiany te są dobrowolnemi stosunkami publiczno-prawnemi, czyli aktami administracyjnemi, powstającemi przy udziale woli jednej strony (ubezpieczonego).

2) Inaczej pod względem prawnym przedstawia się ubezpieczenie z art. 212. Jest ono prywatno-prawnym stosunkiem ubezpieczonego do ubezpieczającego — pracodawcy, wiążącym się z samego prawa ze stosunkiem pracy zależnej. Stosunek ten jest prywatno-prawny, co pośrednio stwierdza art. 212 ust. 7, według którego spory, wynikające z tego stosunku, podlegają właściwości sądów (art. 2 K. P. C.). Jego źródłem nie jest umowa, a — ustawa, która łączy powstanie zobowiązania ze strony pracodawcy ze stosunkiem pracy zależnej; jest to tedy zobowiązanie ustawowe.

Dr. JAN BOGUSŁAW KON

ZAGADNIENIA BUDŻETOWE W DZIEDZINIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

„cyrklem, wagą i miarą".

I.

Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznem wytworzyła dla ubezpieczenia nową rzeczywistość, nowy świat zagadnień ubezpieczeniowych, domagających się rozwiązania na tle naszej dzisiejszej „rzeczywistej rzeczywistości".

Na czoło wysuwa się zagadnienie weryfikacji założeń, na których oprała się nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznem. Dodatni wynik postępowania weryfikacyjnego w odniesieniu do założeń naszej ustawy znajdzie w pierwszym rzędzie wyraz w równowadze finansowej ubezpieczenia na wypadek choroby.

Równowaga finansowa ubezpieczenia chorobowego przy jednolitym systemie wymiaru składki bez uwzględnienia stopnia ryzyka, reprezentowanego przez poszczególne kategorje ubezpieczonych, nie jest zagadnieniem prostem, któreby mogło znaleść rozwiązanie na drodze prostych operacyj dwoma działaniami arytmetycznemi: dodawaniem i odejmowaniem. Równowaga ta zależy bowiem od bardzo wielu zmiennych czynników, bezpośrednio — od natężenia zapadalności na choroby, śmiertelności i wypadków macierzyństwa, ponadto — od stanu zatrudnienia i wysokości zarobków ubezpieczonych. A chorobowość, liczba dni niezdolności do pracy zależą skolei od wieku, zawodu i płci, nadto od wysokości zarobków ubezpieczonych i ich warunków mieszkaniowych.

Prawdę tę potwierdzają dane statystyczne ubezpieczenia chorobowego w Anglji i w Szwajcarji, a zwłaszcza w Szwajcarji, gdzie ubezpieczenie chorobowe opiera się już oddawna na zasadach ubezpieczeniowo-technicznych. [1]).

Poza wymienionemi wyżej czynnikami niemałą też rolę w ubezpieczeniu chorobowem odgrywają: stan cywilny ubezpieczonych, liczba członków ich rodzin, wreszcie — takie imponderabilia, jak „etyka i moralność ubezpieczeniowa ubezpieczonych", które, jak słusznie wskazał Lorey [2]), są bardzo ważkie w ubezpieczeniu chorobowem, w którem często, z uwagi na trudności objektywnego stwierdzania zajścia zdarzenia losowego, o tem decyduje ostatecznie subjektywne poczucie ubezpieczonego.

W tej sytuacji ubezpieczenia chorobowego jest rzeczą jasną, że nie w każdym układzie warunków działania ubezpieczenia, wynikających ze strukturv gospodarczej terenu i składu osobowego ubezpieczonych, uda się przy ustalonych warunkach udzielania świadczeń i ustalonym zakresie świadczeń osiągnąć dodatni wynik weryfikacji — równowagę finansową.

To też konsekwentnie ustawa przewiduje zmienny zakres świadczeń i dopuszcza pewną elastyczność tak w doborze poszczególnych elementów świadczeń, przewidzianych w ustawie, jak i w ustalaniu ich miary. I słusznie uważa Ed. Gie [3]), że ta elastyczność „jest najznamienniejszą cechą, jaka przebija z postanowień ustawy scaleniowej, dotyczących ubezpieczenia chorobowego".

W postępowaniu weryfikacyjnem winniśmy więc dla osiągnięcia równowagi finansowej odpowiednio konstruować układy warunków udzielania poszczególnych elementów świadczeń (zasiłki, szpitalne leczenie, specjalistyczne i t. p.) i ich miar, zależnie — mówiąc najogólniej — od konjunktury gospodarczej i socjalnej.

Jak skonstruować w danej strukturze gospodarczej i socjalnej działania ubezpieczenia chorobowego taki układ warunków udzielania poszczególnych elementów świadczeń i ich miar, któryby był optimalny tak z punktu widzenia równowagi finansowej, jak i potrzeb ubezpieczonych, jest zagadnieniem niezmiernie doniosłem, a zarazem — zdaje się — bardzo trudnem do rozwiązania. Niemniej, rozwiązanie tego problemu winno być głównym celem studjów i badań nad ubezpieczeniem chorobowem w Polsce.

Zagadnienie weryfikacji założeń nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznem rozwiera przed nami szerokie pole do subtelnych badań finansowych nad wynikami codziennej działalności ubezpieczenia chorobowego. Z tem bowiem zagadnieniem łączą się: zagadnienie odpowiedniego dobierania i ustalania zakresów poszczególnych elementów świadczeń w zależności od struktury gospodarczej i socjalnej, zagadnienie odpowiedniego zarządzania funduszami, przewidzianemi w art. 239 ustawy, i niwelacji empirycznej krzywej odchyleń od poziomu równowagi.

Wyniki badań i studjów w związku z przedstawionemi wyżej zagadnieniami w dużej mierze zależą od materjału cyfrowego, jakim badający będą rozporządzali, od tego, czy materjał cyfrowy będzie tak dobrany, by każde przez nas postawione pytanie znalazło w nich oddźwięk odpowiedni — w formie odpowiedzi.

I tu uderzamy w zagadnienia budżetowe, odgrywające ważną rolę w walce gospodarstw publicznych o równowagę finansową. Dla autorytatywnego uzasadnienia tej roli zagadnień budżetowych, powołujemy się na zdanie Prof. Czumy: „...Pytamy, czy proces powstawania budżetu, tegoż treść i forma oraz wykonanie może mieć wpływ na zaistnienie równowagi budżetu? Odpowiedzmy — tak. Może i ma" [4]).

W zakreślonem wyżej postępowaniu weryfikacyjnem racjonalne budżetowanie i ścisłe badania wyników budżetowych znacznie ułatwią nam rozwiązanie wielu zagadnień z dziedziny ubezpieczenia chorobowego, zwłaszcza — konstruowanie układów norm

[1]) zob. Alfred Manes: Versicherungswesen, t. II, str, 77 — 1924; Jerzy Neyman: Statystyka ubezpieczalni chorob. w Anglji, Niemczech i w Polsce, wyd. ISS. 1934.

[2]) W. Lorey: Rola matematyki ubezpieczeniowej, Wiad. Matem. t. XXXII.

[3]) zob. Ed. Gie.: Ubezpieczenie chorobowe w ramach ustawy scal. Przegl. Ubezp. T. IX. zeszyt 4, str. 207 — 1934 r.

[4]) zob. Ignacy Czuma: Równowaga budżetu na tle prawa budżetowego różnych państw — 1924, str. 242.

świadczeń w zależności od warunków gospodarczych i socjalnych działania poszczególnych ubezpieczalni. I w tem właśnie tkwi istota budżetu, który, zdaniem Prof. Krzyżanowskiego, jest „przewidywaniem przyszłości, dokonywanem gwoli ustalenia norm przyszłego postępowania w sprawach gospodarczych, norm uzyskiwania dochodów i ich zużywania" [1]).

Z uwagi na tę rolę budżetowania podnosimy dziś zagadnienia budżetowe i zamierzamy w niniejszym artykule przedstawić ogólne zagadnienia teorji i praktyki budżetowej sub specie zagadnień ubezpieczenia chorobowego.

II.

Od czterech dopiero lat stosujemy w Polsce system budżetowania w instytucjach ubezpieczenia chorobowego. Pierwszą instrukcję budżetową wprowadził w życie b. Główny Urząd Ubezpieczeń w grudniu r. 1929. Zarówno ta instrukcja, jak i późniejsze, wydane już przez b. Związek Kas Chorych, dotyczyły raczej techniki budżetowania, nie dały natomiast sformułowania ogółu przepisów, stanowiących przedmiot prawa budżetowego, normujących sprawy układania budżetu, specjalizacji pozycyj, metod szacowania, uchwalania, virement, budżetów dodatkowych, wykonywania budżetu i kontroli, prowizorjum itp. itp. Zagadnienia budżetu — i jako normy, upoważniającej organ wykonawczy ubezpieczenia do pobierania dochodów i czynienia wydatków w przewidzianej wysokości oraz wiążącej pod względem księgowości i kontroli, — i jako zestawienia służącego do oceny stanu finansowego i gospodarczego instytucji, nie znalazły w tych instrukcjach należytego wyświetlenia. Instrukcje te miały charakter prowizoryczny i ulegały w okresie ostatnich czterech lat licznym modyfikacjom, w każdym razie nie były wykładnikiem pewnych konkretnych zagadnień ubezpieczenia chorobowego. Cel ich był znacznie skromniejszy, niemniej — doniosły, „jako czynnik wychowawczo-kształcący", co słusznie podniósł P. Dyr. Dagnan, „zmuszający do ścisłej analizy poszczególnych działów i agend instytucji, uczący kalkulacji i przewidywania, niezbędnych w każdem gospodarstwie" [2]).

W nowej ustawie scaleniowej niema wprawdzie artykułu, któryby explicite ustanowił „obowiązek i sposób pokrywania wydatków z wpływów drogą ujęcia rachunkowości w ścisłe przepisy budżetowe i rachunkowe" [3]), jednakże obowiązek budżetowania przez instytucje ubezpieczeń społecznych wynika pośrednio z art. art. 257 i 259 ustawy.

I formalny obowiązek budżetowania domaga się dziś sformułowania prawa budżetowego dla instytucyj ubezpieczeń społecznych i ścisłego dostosowania ich księgowości do ustanowionych schematów budżetowych i do potrzeb kontroli wykonania budżetów, przyczem układ budżetu nie może być dziełem przypadku, wytworem fantazji autora urzepisów budżetowych, winien być ściśle dostosowany do pewnych określonych zagadnień ubezpieczenia chorobowego, w pierwszym rzędzie — do centralnego zagadnienia weryfikacji założeń ustawy.

Najsamprzód trzeba sformułować same zagadnienia ubezpieczenia chorobowego, których rozwiązania szukamy, ustalić, jaki materjał cyfrowy jest potrzebny do rozwiązania tych zagadnień, w końcu dopiero— „dostroić" układ budżetu do postawionych sobie zagadnień. Postulat „rezonancji" winien decydować o układzie budżetu i księgowości. Układ budżetu, któryby czynił zadość temu postulatowi z uwagi na te i te jasno sfromułowane zagadnienia gospodarcze, będzie zrozumiały dla organów wykonawczych instytucyj ubezpieczeń i dla pracowników, zatrudnionych w dziale księgowości, co ogromnie ułatwi współpracę na tym odcinku instytucyj nadrzędnych z ubezpieczalniami, i w wir badań i studjów ubezpieczeniowych wciągnie niejednego szarego pracownika instytucyj ubezpieczeń społecznych niższego rzędu.

Dziś nie umielibyśmy odpowiedzieć, dlaczego w jednym z projektów układu budżetu dla ubezpieczalni mamy w różnych miejscach aż siedem pozycyj „na pranie bielizny". I to niechętnie nastawia pracowników ubezpieczeniowych do systemu budżetowania, który wydaje im się być „wymysłem biurokratycznym". To też z całym naciskiem podkreślamy „zasadę rezonancji" w konstruowaniu schematów budżetowych dla poszczególnych instytucyj ubezpieczeniowych, bo jakże często budżet w wykonaniu odgrywa rolę „stacji nadawczej".

III.

Wedle ogólnej teorji prawa budżetowego budżet musi czynić zadość następującym wymogom: zupełności, specjalizacji, realności i jedności.

Stosownie do zasady zupełności budżet winien obejmować całą działalność instytucji ubezpieczeniowej, wszystkie jej dochody i wydatki, przyczem do wydatków poszczególnych agend, czy działów gospodarki należy zaliczyć nietylko osobowe i rzeczowe, lecz także wydatki na utrzymanie w należytym stanie tej części majątku, która służy danemu działowi gospodarczemu, a także wydatki na oprocentowanie i ewentualnie na amortyzację.

W teorji nie zostało dotąd rozstrzygnięte pytanie, czy zupełność budżetu wymaga wykazywania wartości pieniężnej świadczeń własnego majątku, np. czynsze z nieruchomości, przeznaczonej wyłącznie na cele własne gospodarstwa publicznego. Z uwagi jednak na to, że wiele ubezpieczalni niema własnych nieruchomości, a wydatki na czynsze stanowią poważną pozycję, należałoby dla porównywalności wydatków poszczególnych instytucyj ubezpieczeń, zwłaszcza w dziedzinie świadczeń i kosztów administracyjnych, wykazywać wartość pieniężną świadczeń własnego majątku, oczywiście racjonalnie skalkulowaną wedle ustalonych zasad dla wszystkich instytucyj ubezpieczeniowych.

Analogicznie mogą być wykazywane wzajemne usługi poszczególnych działów gospodarki w postaci wydatku po stronie działu korzystającego z usług, a w postaci dochodu po stronie działu świadczącego,

[1]) zob. Adam Krzyżanowski: Nauka skarbowości — 1923, str. 15.

[2]) zob. K. Dagnan: Kasy Chorych, w dobie kryzysu — Praca i Opieka Społeczna 1932, str. 131.

[3]) por. ustawa z dn. 11 stycznia 1924 o naprawie Skarbu Państwa (Dz. U. R. P. Nr. 4, poz. 28).

oczywiście, o ileby rozwiązanie jakiegoś interesującego zagadnienia wymagało tych danych cyfrowyrh.

Z zasadą zupełności łączy się zagadnienie bardzo aktualne w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, czy należy wykazywać w budżecie sumy przebieżne po stronie dochodów i wydatków — wpływy na rzecz poszczególnych zakładów ubezpieczeń i odpowiednie przelewy. Tu należałoby stanąć na gruncie ogólnej teorji budżetowania, która zaleca eliminowanie wszelkich pozycyj przebieżnych z budżetów, opierając się tu na doświadczeniach Francji, która przez kilkadziesiąt lat, do r. 1892, systematycznie wykazywała wszelkie sumy osób trzecich, które przebiegały przez kasę państwową. [1]).

Zasadę specjalizacji winniśmy realizować jedynie pod kątem potrzeb zagadnień ubezpieczeniowych, przyświecających układowi budżetu. Oczywiście im bardziej budżet jest wyspecjalizowany, tem silniejsza i rozleglejsza jest kontrola, niemniej uważamy, że i specjalizacji winna przyświecać jakaś celowość postępowania, przyczem winna mieć pewne granice, o ile nie chce stać pod zarzutem: „dzielenia włosa na cztery części".

Zasada omawiana wymaga w następstwie budżetowania brutto, by od dochodów nie potrącano żadnych wydatków z niemi związanych, analogicznie — od wydatków żadnych sum z tytułu dochodów. Zasada budżetowania brutto jest bardzo słuszna i winna obowiązywać w budżetach ubezpieczeniowych.

Z zasadą specjalizacji łączy się sprawa przejrzystości układu budżetu, grupowania poszczególnych pozycyj. Poszczególne pozycje można tysiącami sposobów rozmaicie grupować: można wszystkie wydatki na leki skupić w jednej pozycji, można je rozbijać na szereg pozycyj, przydzielanych do różnych grup wydatków: leczenie ambulatoryjne, szpitalne i t. p. Długie dyskusje, które normalnie się toczą nad temi sprawami, nie będą miały miejsca, o ile układ budżetu będzie odpowiadał potrzebom pewnego kompleksu ściśle sformułowanych zagadnień gospodarczych z zakresu ubezpieczeń. Na pytania, dlaczego ta pozycja tu, a tamta tam, odpowiedź będzie prosta i zrozumiała.

Skolei przechodzimy do zasady realności, domagającej się, by cyfry preliminowane były jaknajbardziej zbliżone do rzewistości przyszłej, by odchylenia cyfr preliminowanych od cyfr, które ujawni wykonanie budżetu, były możliwie niewielkie. Normalnie operujemy w tych przypadkach cyframi z wykonania budżetów w ubiegłych okresach. Dane te stanowią cenny materjał do kalkulacyj, jednakże w okresie silniejszych wahań konjunktury gospodarczej, kojunktury stanu zatrudnienia i zarobków ubezpieczonych, należy cyfry z lat ubiegłych poddać rzetelnej analizie i sumiennemu szacowaniu, z uwzględnieniem tych wszystkich zmiennych niewiadomych, wpływających na stan równowagi finansowej ubezpieczenia, a kryjących się w nieznanej przyszłości. Tu wchodzi w grę „sztuka szacowania".

Dochody winno się preliminować na podstawie szczegółowej analizy stosunków gospodarczych terenu, dynamiki wahań stanu zatrudnienia i płac, krzywej rozkładu ubezpieczonych wedle płac, słowem — preliminarz budżetu dochodów winien być korelatem stosunków gospodarczych i socjalnych terenu.

Rzetelne prleiminowanie wydatków nie jest również rzeczą łatwą. Po stronie wydatków mamy trojakiego rodzaju pozycje: szacunkowe, oparte na podstawach prawnych i limitatywne. Pozycje szacunkowe stanowią grupę wydatków, niezależnych od organu wykonywającego budżet, tylko od okoliczności zewnętrznych zpoza sfery naszych wpływów. Do nich zaliczamy wydatki świadczeniowe, w pierwszym rzędzie — na zasiłki, na leczenie szpitalne, na leki i t. p.

Gdybyśmy posiadali tablice chorobowości, któreby nam wskazały, ile dni choroby i niezdolności do pracy w ciągu roku przypada przeciętnie na ubezpieczonego o określonym wieku w danym zawodzie, dalej — t. zw. tablice czynnych, tablice prawdopodobieństw wypłaty zasiłku macierzyństwa, moglibyśmy z dużem prawdopodobieństwem ustalać wydatki świadczeniowe na przyszły okres budżetowy przy pomocy zasad matematyki ubezpieczeniowej[2]). Niestety! Polska statystyka ubezpieczeniowa nie rozporządza dotąd tego rodzaju danemi statystycznemi, któreby nam umożliwiały rzetelne szacowanie przyszłych wydatków świadczeniowych w zakresie ubezpieczenia chorobowego.

Ignoramus i długo jeszcze — ignorabimus.

Na tym odcinku żyjemy jeszcze wciąż w okresie „alchemji".

Za Prof. Neymanem z całym naciskiem podkreślamy, iż „sporządzanie tablic chorobowości stanowi pierwsze i najważniejsze zadanie statystyki Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby" [3]).

W tej sytuacji pozostają nam jedynie: empiryczne dane z wykonania budżetu w okresach ubiegłych w dziale świadczeń, intuicja i... zdrowy rozsądek.

Wydatki w pozycjach, opartych na podstawach prawnych, można ściśle określać, opierając się na odnośnych umowach i aktach prawnych. Wchodzą tu w grę — płace personelu wedle statutu etatów i obowiązujących przepisów służbowych, procenty od pożyczek, czynsze wedle umów, podatki od nieruchomości i t. p. Pozycje limitatywne upoważniają organ wykonawczy do czynienia wydatków na pewne cele w ściśle określonej wysokości i konieczność ich zwiększenia jest zgóry wykluczona i nie może znaleść racyj dostatecznych. Dotyczyć mogą te pozycje subwencyj, wydatków na specjalne cele, na świadczenia dodatkowe i t. p.

Należy przypuszczać, iż w przyszłości będziemy mogli i pozycję na wydatki osobowe i ogólno-administracyjne zaliczyć w poczet pozycyj o charakterze limitatywnym; moglibyśmy wtedy posługiwać się pojęciem „składki netto" w badaniach ubezpieczeniowych.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia zasada jedności budżetu, wyrażającej się w ujęciu wszystkich wydatków w jedną całość, jednym rachunkiem, wskazującym wynik ostateczny — niedobór budżetowy lub nadwyżkę.

[1]) zob. Handwörterbuch der Staatswissenschaft, Jena 1926, t. III, str. 93.

[2]) zob. Loewy: Krankheitsversicherungsmathematik, str. 931 — 943, Versicherungslexikon, Berlin 1930 pod red. Alfr. Manesa.

[3]) zob. Jerzy Neyman: op. cit. rozdz. IV.

IV.

Z zasadą jedności budżetowej łączy się zagadnienie wyodrębniania z budżetu głównego budżetów poszczególnych zakładów i przedsiębiorstw, czyniącego wyłom w tej zasadzie, jednocześnie godzącego i w zasadę budżetowania brutto.

Na terenie budżetu Państwa i budżetów związków komunalnych związek budżetów wydzielonych z budżetem głównym wyraża się w przeniesieniu ich ostatecznych wyników budżetowych — zyski lub straty — do budżetu ogólnego.

Czy zagadnienie wyodrębniania z budżetu ogólnego budżetów pewnych zakładów ma sens na terenie ubezpieczalni?

Czy na terenie tych instytucyj znajdujemy takie agendy wzgl. działy gospodarki, któreby można było uważać za przedsiębiorstwa? A jeśli tak — czy należy budżety tych działów wyodrębniać z budżetu głównego?

Odpowiedzi na te pytania nie są proste, świadczą o tem liczne debaty na ten temat, które już niejednokrotnie toczyły się na terenie b. Związku Kas Chorych i obecnego Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby. W różnych czasach i przy różnych okazjach.

Przedmiot dyskusji stanowią następujące działy gospodarki ubezpieczalni: laboratorja, apteki, szpitale, własne środki lokomocji i własne nieruchomości.

Przedewszystkiem wykluczamy możliwość i sens traktowania wyżej wskazanych działów gospodarki ubezpieczenia chorobowego narówni z przedsiębiorstwami państwowemi skomercjalizowanemi. Ani do apteki, ani do laboratorjów, ani nawet do szpitali nie można zastosować form organizacyjnych, zw. komercjalizacją, które polegają z reguły na nadaniu przedsiębiorstwom osobowości prawnej o odrębnej zdolności kredytowej, wydzieleniu własnego kapitału zakładowego, obrotowego i wszelkiego rodzaju funduszów rezerwowych, utworzeniu własnych organów i t. d. [1]).

I motywy uzsadniające konieczność wydzielania przedsiębiorstw państwowych z budżetu ogólnego, które spotykamy w projekcie ustawy o naprawie skarbu Rzeczypospolitej z dn. 1 marca 1923 r., „dla zapewnienia rentowności przedsiębiorstw i wzmocnienia poczucia odpowiedzialności", nie mogą służyć in extenso jako argument do wydzielania budżetów aptek, szpitali i t. p. z ogólnego budżetu ubezpieczalni. Odrzucamy również argument, skierowany przeciw traktowaniu omawianych działów gospodarki ubezpieczenia chorobowego jako zakłady, któreby mogły być wydzielone z budżetu ogólnego, a wyrażający się w tem, że działalność ich nie jest skierowana na dostarczanie ogółowi dóbr lub usług za odpłatą, a jedynym odbiorcą ich produkcji jest sama ubezpieczalnia, i że zagadnienie dochodu w tym przypadku niema istotnego sensu, ponieważ dochód tych działów powoduje tylko zwiększenie wydatków w pewnych pozycjach budżetu głównego i dochodów i wyraża się właściwie jedynie w pewnych operacjach przebieżnych bez znaczenia dla równowagi budżetu. Sprawa przeznaczenia produkcji jest nieistotna. Znamy przecież przedsiębiorstwa państwowe, których celem jest zaspakajanie wyłącznie potrzeb Państwa, a mianowicie: fabryki karabinów i amunicji, ponadto — nasuwa nam się analogja ze stanem budżetów związków komunalnych, z których wydzielane są i te zakłady, których produkcja jest przeznaczona jedynie na potrzeby związku samorządowego, stosownie do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6.XII.1932 roku o sporządzaniu i ustalaniu budżetów związków komunalnych [2]).

Naszem zdaniem konieczność odrębnego traktowania wskazanych wyżej działów gospodarki ubezpieczalni w ocenie ich działalności i stosowania w tem innej zupełnie miary wynika z faktu, że prowadzenie ich nie należy do bezpośredniej sfery działania instytucyj ubezpieczenia chorobowego.

W tem właśnie tkwi ta ciągła aktualność dręczącego zagadnienia racjonalności prowadzenia przez ubezpieczalnie własnych aptek, laboratorjów, szpitali i t. p.

Jest rzeczą jasną, że jeśli nie przyjmiemy jako pewnika, niemogącego podlegać dyskusji z punktu widzenia słuszności, że apteki własne, szpitale własne i t. p. stanowią z punktu widzenia finansowego ubezpieczenia chorobowego we wszelkich warunkach pewną wartość dodatnią, to na ubezpieczalniach, prowadzących omawiane zakłady, spoczywa onus probandi racjonalności swojej działalności na tym odcinku. W ocenie tej pracy musimy tę racjonalność stwierdzać. Nasuwa się teraz pytanie, na jakiej podstawie oceniać racjonalność działalności ubezpieczalni w tych działach jej gospodarki. Różne są odpowiedzi na tak postawione pytania. Różni różne metody zalecają, niektóre metody ustalania racjonalności poddał analizie w interesujący sposób Prof. Adam Heydel.[3]).

Wielu wysuwa kryterjum możliwie najdalej idącej obniżki kosztów własnych, nie wskazując, jak można objektywnie oceniać koszta jako „wysokie", czy „niskie", nie posługując się kryterjum ceny sprzedażnej jednostki produkcji, kryterjum rentowności.

Inni zaś wysuwają jako kryterjum jakość wytworu własnych aptek, jakość leczenia we własnych szpitalach i t. p.

Subjektywność i zawodność tego kryterjum nie wymaga — zdaje się — specjalnego uzasadnienia.

Przy braku entuzjazmu dla tej prawdy, nie wymagającej rzekomo uzasadnienia, że własne apteki są zawsze „zyskowne" i, że jakość ich wytworów jest wyższa, zagadnienie racjonalności rozwiążemy, kierując się jedynie kryterjami par excellence ekonomicznemi,—drogą zestawienia wszystkich kosztów eksploatacji z wartością produkcji według ustalonej ceny rynkowej.

Stosunek nadwyżki do wartości produkcji będzie wyrazem rentowności i podstawą do porównywania działalności aptek różnych ubezpieczalni.

O sumy ustalonych tą drogą nadwyżek należałoby zmniejszać wydatki w odpowiednich pozycjach budżetu głównego na przedmioty produkcji własnych zakładów i redukować je do wysokości efektywnych kosztów eksploatacji. Unikałoby się tą drogą niepo-

[1]) zob. Tadeusz Grodyński: Zasady gospodarstwa budżetowego w Palsce — 1932 r., str. 127.

[2]) zob. okólnik Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 15.IX. 1933 r. Nr. SF. 11/3/15.

[3]) zob. Adam Heydel: Cel komercjalizacji przedsiębiorstw państwowych, zb. wyd. „Etatyzm w Polsce" r. 1932.

trzebnego zwiększania globalnych sum budżetu po stronie wydatków i dochodów.

W praktyce przedstawiony system rozwiązania zagadnienia racjonalności prowadzenia aptek, szpitali i t. p. działów gospodarki przy pomocy kryterjów ściśle ekonomicznych, przy odrębnym budżecie i odrębnej księgowości, dostosowanej do schematu budżetów zakładów gospodarczych, spowodowałby znaczny wzrost kosztów administracyjnych na terenie tych zakładów, zwłaszcza na terenie aptek w związku z kosztami retaksacji recept.

Odpowiedź na pytanie, czy należy wyodrębniać budżety tych zakładów z budżetu ogólnego, zależy od stopnia zainteresowania badań i studjów nad ubezpieczeniem chorobowem w Polsce zagadnieniem racjonalności prowadzenia omawianych zakładów przez ubezpieczalnie.

Rozwiązanie tego zagadnienia można zwęzić do niektórych tylko zakładów i niektórych tylko ubezpieczalni, — do pewnych tylko „stacyj doświadczalnych". Otrzymane na tej drodze wyniki mogłyby nam służyć w przybliżeniu za kryterjum do oceny działalności poszczególnych zakładów gospodarczych. — W przypadku odpowiedzi negatywnej na pytanie, dotyczące budżetów zakładów gospodarczych, koszty ich eksploatacji znajdują pokrycie w budżecie głównym bądź w jednej pozycji bezpośrednio, bądź w szeregu pozycyj różnych działów budżetu, zawierających wydatki na przedmioty produkcji poszczególnych zakładów. Do budżetu dołącza się wtedy aneks, przedstawiający specjalizację kosztów eksploatacji, przyczem wysokość ich winna się równoważyć z łączną sumą pozycyj, zawierających kredyty na przedmioty produkcji tych zakładów.

Z uwagi na liczne nieporozumienia, jakie stwierdziliśmy ostatnio w jednym z projektów budżetu dla ubezpieczalni na tle swoistego wyodrębniania budżetów zakładów gospodarczych z budżetu ogólnego, jeszcze raz podkreślamy, że budżety osobne dla zakładów poszczególnych mają sens tylko wtedy, gdy się te zakłady prowadzi na zasadach samoistnych przedsiębiorstw, ścisłej kalkulacji wartości wszelkich wzajemnych świadczeń i ścisłego prowadzenia wzajemnych rachunków.

V.

Inne zagadnienia, wiążące się z pierwszem stadjum prac budżetowych — układania, uchwalania i zatwierdzania — sprawa prowizorjum i procedura zatwierdzania budżetów zostały wyczerpująco unormowane postanowieniami art. 259 ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Przechodzimy więc do zagadnień, wiążących się z drugiem stadjum prac budżetowych, z wykonywaniem budżetu.

Na pierwsze miejsce wysuwa się zagadnienie „virement", prawo przenoszenia sum preliminowanych z jednej pozycji do drugiej, powiększania wydatków, przewidzianych w jednej pozycji, kosztem oszczędności w wydatkach drugiej pozycji.

Z uwagi na zasadę specjalizacji wydatków w budżecie, prawo „virement" winno być ściśle sprecyzowane, winno ściśle wskazać granice tej „licencji", której stosowalność winno się ograniczyć do pewnych tylko grup pozycyj wydatkowych.

Zgóry wyklucza się możliwość zużywania osiągniętych oszczędności w niektórych pozycjach na cele nieprzewidziane w budżecie. Naogół prawo budżetowe ogranicza „virement" do pozycyj sobie pokrewnych, przynależnych do jednego paragrafu budżetowego, — przeważnie do wydatków rzeczowo-administracyjnych.

W dziedzinie ubezpieczeń społecznych sprawa „virement" nie została dotąd zupełnie unormowana, dziwnie ją wszystkie dotychczasowe instrukcje pominęły. Niestety, w praktyce budżetowej stanowi ta sprawa pewne malum necessarium, którego nie da się uniknąć.

Na terenie ubezpieczeń społecznych zachodzi szczególna konieczność precyzyjnego sformułowania „virement", mamy bowiem w budżetach instytucyj ubezpieczeń grupy wydatków różnych rodzajów, głęboko różniących się ze sobą pod względem swoich zadań i celów; jakikolwiek „blok" między niemi winien być zgóry wykluczony, mamy tu na myśli wydatki świadczeniowe i administracyjne. Nawet w dziale wydatków na świadczenia mamy wydatki o różnej wadze ubezpieczeniowej i społecznej.

I w tym dziale „virement", któreby polegało na robieniu szczędności w pozycji zasiłków dla zwiększania wydatków w pozycji leczenia ambulatoryjnego, byłoby objawem niezdrowym. W okresie kryzysu gospodarczego „interkalarje" są pożądane we wszelkich pozycjach wydatkowych , i dlatego uważamy, iż prawo „virement" dla instytucyj ubezpieczeń społecznych powinno mocno ograniczać prawo korzystania z oszczędności, jakże często „świadomie robionych", w jednych pozycjach dla celów innych pozycyj budżetowych.

I zagadnienie budżetów dodatkowych, w przypadkach konieczności zwiększania wydatków w niektórych pozycjach, nie mogących korzystać z prawa „virement", lub uskuteczniania wydatków nieprzewidzianych zupełnie w budżecie, nie zostało dotąd rozwiązane dla instytucyj ubezpieczeń społecznych. Oczywiście zasada równowagi budżetu w przypadku konieczności sporządzania budżetu dodatkowego wystąpi z miejsca ze zdecydowanem żądaniem wskazania przedewszystkiem realnego pokrycia nowych wydatków. Żądanie bardzo słuszne, niemniej jednak uważamy, iż na terenie ubezpieczeniowym nie można a limine odrzucać budżetów dodatkowych, nawet w przypadkach, gdyby przedkładający budżety dodatkowe nie mogli się legitymować pokryciem.

Nie zapominajmy, że w ubezpieczeniach o wydatkach świadczeniowych w pozycjach szacunkowych decydują czynniki od nas niezależne, — przebiegi zjawisk losowych, które są raz pomyślne, a często niepomyślne, zwłaszcza w naszej sytuacji, gdy zbraku danych statystycznych budżetowe przewidywania nie są ustalane metodą prawdopodobieństwa. O konieczności zwiększania wydatków mogą decydować: epidemja, niepomyślna aura, i inne przyczyny, powodujące intensywniejszą chorobowość wśród ubezpieczonych. Sporządzanie budżetu dodatkowego jest w tych przypadkach konieczne, a pokrycie winno się szukać bądź drogą poddana ponownej rewizji wszystkich in-

nych pozycyj wydatkowych budżetu, bądź w funduszach, przewidzianych w art. 239 ustawy o ubezpieczeniu społecznym; w każdym razie należy możliwie unikać środków pokrycia, antycypujących dochody przyszłych okresów budżetowych.

Tego rodzaju korektywy już uchwalonych budżetów w postaci budżetów dodatkowych mogą odgrywać specjalnie ważną rolę w codziennych badaniach ubezpieczeniowych nad wynikami działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych.

VI.

Z wykonywaniem budżetów łączą się ponadto liczne zagadnienia, mające swe źródło w okoliczności, że w praktyce jest nie osiągalny ten idealny stan rzeczy, by wszystkie należności przypisane w okresie budżetowym zostały w tym okresie pobrane i szystkie zobowiązania — uregulowane.

Niepodobna uniknąć, po każdym okresie budżetowym pozostałości z tego okresu, tak czynnych, jak i biernych.

Na tle sytuacji wszelakich pozostałości powstaje zagadnienie: jakie dochody i wydatki należy zaliczyć do danego roku budżetowego? Co stanowi o zaliczeniu danego wydatku lub przychodu do danego okresu budżetowego?

Na tle tego zagadnienia zarysowują się trzy zasadnicze systemy budżetowania, w których o zaliczeniu danego wydatku lub dochodu do danego okresu budżetowego decydują terminy: a) powstania uprawnienia finansowego lub zobowiązania, b) płatności, c) zainkasowania przychodu lub uregulowania zobowiązania[1]).

Na terenie ubezpieczeń społecznych omawiane zagadnienie jest interesujące głównie z punktu widzenia wykonywania budżetu dochodów i w tej części budżetu zagadnienie redukuje się do pytania, czy wykonanie budżetu dochodów opierać na przypisie składek, czy na efektywnie osiągniętych wpływach z tytułu składek. Tu nie chodzi o kwestje techniczno-buchalteryjne, takie czy inne rozstrzygnięcie tego zagadnienia ma daleko idące konsekwencje, sięgające wgłąb zasad całej gospodarki finansowej instytucyj prawa publicznego.

Na terenie instytucyj ubezpieczenia chorobowego stosuje się po dziś system budżetowania oparty na przypisie składek. Co miesiąc po uskutecznieniu przypisu składek uznaje się sumą przypisu odnośną pozycję budżetu dochodów, a obciąża się tą sumą t. zw. rachunek pracodawców, wszelkie przyjmowanie wpłat odbywa się „pozabudżetowo", drogą operacyj obciążających odpowiednio kasę i uznających odpowiednio r-k pracodawców. Analogiczne operacje odbywają się po stronie wydatków przy pomocy r-ku dłużników i wierzycieli. Przy podwójnej buchalterji wyjątkowo składnie wszystko się dzieje przy systemie budżetowania, opartym na przypisie składek. Nadwyżkę lub niedobór budżetowy otrzymuje się drogą zestawienia przypisanych dochodów z wydatkami.

Teoretycznie system ten jest bez zarzutu, w praktyce pozostawia bardzo wiele do życzenia w okresie depresji gospodarczej. Gospodarcze nastawienie nasze w tym artykule każe nam abstrahować od kwestyj buchalteryjnych i omawiane zagadnienie systemu budżetowania zaanalizować pod kątem widzenia gogospodarczego, równowagi gospodarczej. W okresie silnej pauperyzacji warstw średnich, ogólnego przesilenia gospodarczego, niszczącego podstawy bytu wielu przedsiębiorstw i zakładów pracy, w okresie nadzorów sądowych i upadłości — do wczoraj jeszcze potężnych — wielkich zakładów pracy, operowanie w gospodarce publicznej przypisami składek i ustalanie na ich podstawie równowagi finansowej muszą budzić szereg wątpliwości i zastrzeżeń w każdym, który uważa, że tylko realne cyfry winny decydować w codziennej działalności instytucyj ubezpieczeniowych.

W badaniach budżetowych interesują nas nietylko istotne nadwyżki lub niedobory, ujawniane w bilansach, ale i nadwyżki i niedobory formalne, wynikające z zamknięć rachunków budżetowych.

Dziś — „przypisowe" nadwyżki budżetowe niedługo pozwalają nam się niemi radować. Coraz częściej bicz nieściągalności zmusza ubezpieczalnie do dokonywania coraz to większych odpisów składek. W perspektywie czasu wczorajsze nadwyżki budżetowe stają się w wyniku odpisów niedoborami.

W okresie kryzysu gospodarczego budżety przypisów zaciemniają obraz właściwego stanu finansowego, utrudniają analizę równowagi finansowej, a sugestja cyfr przypisów często osłabia wolę dostosowywania wydatków do efektywnych wpływów dnia dzisiejszego.

Z punktu widzenia finansowego konieczność odpisywania nieściągalnych składek jest coraz silniejsza, świadczą o tem ostatnie zarządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Ale zastanówmy się na chwilę nad temi perturbacjami, jakie wywołują silniejsze odpisy w budżetach, opartych na przypisach. Odpisami obciąża się wedle dotychczasowej praktyki koszty ogólne, które w wyniku odpisów dochodzą do stosunkowo wielkich sum, stanowiących poważny odsetek globalnej sumy wydatków; w niektórych przypadkach odpisy mogłyby powodować wzrost pozycji kosztów ogólnych do wysokości 60% globalnej sumy wydatków, co w następstwie powowałoby w nieszczęśliwym roku odpisów niezwykły niedobór budżetowy. Pomyślmy, co za pole do nieporozumień otwiera się przed każdym przeciętnym obywatelem, niewtajemniczonym w arkana podwójnej buchalterji i „przypisowego" budżetowania.

Kwoty preliminowane „na straty na nieściągalnych składkach", stanowiące sui generis „del credere", są niepomiernie małe i nie są w stanie osłabiać przedstawionych perturbacyj.

O ile system budżetowania, oparty na terminach powstania uprawnień lub zobowiązań, zaciemnia stronę dochodową budżetu, o tyle pozostałe dwa systemy zaciemniają wydatkową stronę budżetu i powodują stałą niezgodność rachunków budżetowych z rachunkami pozabudżetowemi-dłużników i wierzycieli. Wydatek nie figuruje w r-kach budżetowych, natomiast już nim uznano odpowiedniego wierzyciela, choć należność zostanie uregulowana w następnym okresie budżetowym. Obydwa ostatnio omawiane systemy dają duże pole do „nadużyć budżetowych", do dowolnego przerzucania wydatków na następne okresy budżetowe.

[1]) zob. Adam Krzyżanowski: op. cit. str. 61.

Wszystkie więc omawiane wyżej systemy budżetowania, mające tę wspólną własność, że każdy z tych systemów operuje jednem tylko kryterjum — wspólnem dla dochodów i wydatków, należałoby w obecnej dobie kryzysu gospodarczego zarzucić, — w ich czystej formie.

Koncepcję systemu mieszanego, przyjmującego różne kryterja dla wydatków i dochodów, spotykamy w niedawno wydanem rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6.XII.1932 o sporządzaniu i ustalaniu budżetów związków komunalnych (Dz. U. R. P. Nr. 11 ex 1933 r., poz. 71).

Koncepcja mieszana polega na tem, że po stronie dochodów budżet operuje efektywnie osiągniętemi wpływami, a do wydatków danego okresu budżetowego zalicza wszystkie wydatki, z tytułu których w danym roku powstało zobowiązanie, bez względu na to, czy zobowiązanie to zostało uregulowane w danym okresie budżetowym.

Ten system budżetowania mógłby być z dodatnim wynikiem stosowany i w ubezpieczalniach. Wynik zamknięcia rachunków budżetowych w postaci niedoboru lub nadwyżki opierałby się na mocnych podstawach, ponadto przy tym systemie budżetowania możnaby było i wciągu okresu budżetowego stwierdzać czy mamy niedobór lub nadwyżkę, i miałoby się możność systematycznego dostosowywania wydatków do wyników budżetowych strony dochodowej. Równowagę budżetową ilustrowałyby w ciągu roku dwie pozycje: „wydatki budżetowe" i „dochody budżetowe", któremi należałoby uzupełnić miesięczne bilanse surowe.

System ten w konsekwencji wymaga wydzielenia z księgowości ogólnej tej części, która łączy się bezpośrednio z przypisami składek — r-ki poszczególnych pracodawców, ogólny r-k składek przypisanych i odsetek i t. p., co — zdaje się — jest zgodne i odpowiada tendencjom tymczasowej instrukcji organizacyjnej Izby Ubezpieczeń Społecznych, i nadto wyeliminowania z bilansu pozycji: „pracodawcy", wzamian ubezpieczalnie dołączałyby systematycznie do okresowych sprawozdań budżetowych aneksy, zawierające zestawienia przypisanych, odpisanych, uiszczonych, zaległych i nadpłaconych w okresie sprawozdawczym tak składek, jak i odsetek.

Omawiany system bynamniej nie godzi w zasady podwójnej buchalterji, które w dalszym ciągu mogą obowiązywać w całej rozciągłości. Wyłom uczyniony na punkcie przypisów w niczem nie narusza gmachu księgowości ubezpieczalni, opartej na podwójnej buchalterji.

Konieczność operowania wpływami w wykonaniu budżetu wynika z szeregu postanowień ustawy o ubezpieczeniu społecznem, w których operuje się pojęciem wpływów przy ustalaniu różnych wydatków. Jest rzeczą jasną, że w jednym i tym samym budżecie nie można operować po stronie dochodów sumami przypisanemi, a po stronie wydatkami pozycjami, uzależnionemi od wysokości wpływów (zob. art. art. ustawy: 237 ust. 2, 239, 244 ust. 1 pkt. 4), bowiem przy większych wpływach ze składek z lat ubiegłych pozycje uzależnione od wpływów znacznieby wzrosły, co mogłoby naruszyć równowagę budżetu. Jeśli do wymienionych pozycyj dodamy pozycję wydatków na lekarzy, również uzależnioną od wpływów, to istotnie może być równowaga budżetu zachwiana z przyczyn „strukturalnych" budżetu, zwłaszcza, że obecnie wpływy pochodzą jeszcze ze składek wyższych, wymierzanych na mocy dawnej ustawy z dn. 19 maja 1920 r., gdy strona dochodowa budżetu operuje przypisem składek już według nowej ustawy.

VII.

Budżet wiąże się ściśle z pewnym oznaczonym czasokresem. I terminy a quo i ad quem odgrywają rolę w zagadnieniach budżetowych.

Na terenie ubezpieczeń społecznych przyjęło się, że rok budżetowy rozpoczyna się z dniem 1-go stycznia.

Z uwagi jednak na to, że przy układaniu budżetu na następny rok winno się brać pod uwagę i prawdopodobny stan finansów instytucji na ostatni dzień bieżącego roku budżetowego, i prawdopodobny wynik zamknięcia budżetu bieżącego, a największe natężenie wydatków ubezpieczenia chorobowego przypada, jak wiemy z doświadczenia, na ostatnie trzy miesiące roku kalendarzowego, które mają decydujący wpływ na budżet całoroczny, jesteśmy zdania, że należałoby odstąpić od kalendarzowych terminów i przyjąć terminy budżetu Państwa: od 1-go kwietnia do 31 marca. Przy tych terminach mielibyśmy już przy układaniu preliminarza budżetowego dane cyfrowe, dotyczące wydatków i dochodów ostatniego kwartału roku kalendarzowego, i w następstwie — o wiele dokładniejszy obraz stanu finansowego instytucji.

W odpowiedzi na drugie pytanie: na jak długo obowiązuje budżet, — zarysowały się w dziejach budżetowania dwa poglądy, dwa zasadnicze stanowiska. Pierwsze, że wszelkie kredyty budżetowe, upoważnienia na czynienie wydatków, przewidzianych w poszczególnych pozycjach, gasną z upływem ostatniego dnia okresu budżetowego, a wszelkie dochody po tym terminie należy zaliczać do następnego okresu budżetowego. Ten system budżetowania nazwano — „gestion". Drugi system budżetowania, zwany „l'exercice", opiera się na stanowisku, że wszystkie wydatki zaangażowane na r-k kredytów danego okresu są nadal zaspakajane z kredytów tego budżetu i po upływie okresu budżetowego, aż do czasu zupełnego zlikwidowania tych rachunków i wyczerpania dawnych kredytów, analogicznie z dochodami, które, o ile wpływają z sum przypisanych w danym okresie budżetowym, zalicza się do dochodów danego okresu nawet po upływie już tego okresu budżetowego[1]).

System „l'exercice" rzadko był stosowany, z uwagi na konieczność zamknięcia rachunków budżetowych, bez ograniczeń co do czasu, w ciągu którego można było jeszcze korzystać z uprawnień budżetu okresu ubiegłego. Ograniczenia tego czasu były coraz większe, w końcu powstał właściwie nowy system, nowa modyfikacja systemu „gestion" z pewnym t. zw. okresem ulgowym. W okresie ulgowym, nieprzekraczającym naogół trzech miesięcy, można jeszcze korzystać z kredytów budżetu ubiegłego, a należy przedewszystkiem likwidować pozostałości nie zaksięgowane wzgl. nieuregulowane.

[1]) zob. Tadeusz Grodyński: op. cit. str. 369.

W Polsce okresy ulgowe zniesiono, z wyjątkiem w odniesieniu do wydatków budowlanych, które w przypadkach, gdy inwestycje zostały już rozpoczęte, a nieukończone, można jeszcze w ciągu trzech miesięcy po upływie okresu budżetowego pokrywać z kredytów tegoż okresu.

Zgodnie z zajętem stanowiskiem, co do operowania wyłącznie wpływami w wykonaniu budżetu, uważamy, iż okres ulgowy nie winien być dla ubezpieczalni przewidziany; oczywiście, rachunki z racji wydatków, uskutecznionych przed upływem okresu budżetowego, winny być księgowane i po upływie tego okresu przed ostatecznem zamknięciem rachunkowem.

VIII.

Ostatnim aktem budżetowania jest sprawozdanie z wykonania budżetu, zestawienie wszystkich uskutecznionych w ubiegłym okresie budżetowym wydatków i osiągniętych dochodów.

Sprawozdanie to dotyczy przeszłości, zawiera dane empiryczne, sprawdzone i uzgodnione. Toteż stanowi ważny dokument w badaniach finansowych i ogólno-ubezpieczeniowych.

Sprawozdania budżetowe mogą obejmować wydatki i dochody okresów miesięcznych, kwartalnych i rocznych.

Wedle teorji budżetowania sprawozdania te winny opierać się ściśle na budżecie. Prawidłowe sprawozdanie musi zawierać tyle pozycyj, ile sam budżet, i w tym samym układzie.

Sprawozdanie winno ułatwiać porównywanie kwot rzeczywistych wydatków i dochodów z kwotami preliminowanemi w budżecie.

W dziedzinie ubezpieczenia chorobowego niema dotąd sprawozdań z wykonania budżetów w ścisłem znaczeniu. Wbrew ogólnej teorji budżetowania sprawozdania budżetowe, które dziwnie złączono z bilansami surowemi w jednym formularzu, układem swym w niczem nie przypominają budżetu i w tym stanie rzeczy niema możności porównywania wykonania z budżetem i celowość opracowywania budżetów jest pod znakiem zapytania. Toteż sprawa ta domaga się jaknajszybszego unormowania zgodnie z zasadami gospodarstwa budżetowego.

Pozostaje jeszcze do omówienia ostatnie już zagadnienie, czy i jak należy przedstawiać plan finansowo-gospodarczy organu wykonawczego ubezpieczalni w odniesieniu do poszczególnych składników majątkowych, który w istocie jest czemś szerszem, niż budżet, który ogranicza się tylko do kasowych wyników działalności, wyrażających się w cyfrach wydatków i dochodów.

Z punktu widzenia gospodarczego i planowości finansowej winno się jednocześnie z preliminarzem budżetowym przedstawiać ogólny program finansowo-gospodarczy na najbliższy okres budżetowy, który winien być poddany analizie gospodarczej i ocenie z punktu widzenia celowości.

Ten system stosują z powodzeniem włosi, których układ budżetu zawiera dział: „movimento di capitali".

Pod ten dział podpadają przecież liczne operacje finansowe, które z uwagi na to, że ich wynik nie wyraża się pieniężnie w dochodzie lub w wydatku, nie wchodzą w skład budżetu, jak: sprzedaż majątku, inwestycje, operacje wekslowe i t. p. transformacje składników majątkowych, które mogą być korzystne i celowe, albo szkodliwe i narażające na straty. I te operacje mogą mieć wpływ na stan czystego majątku — nadwyżki lub niedoboru. Toteż winny być objęte planem, któryby był przedmiotem badań przez władze nadzorujące.

W jakiej formie mają ubezpieczalnie przedstawiać swoje zamierzenia transformacyjne w dziedzinie składników majątkowych? — Naogół dzieje się to za pośrednictwem budżetów nadzwyczajnych, w których po stronie dochodów uwidocznia się pożyczki, nadwyżki budżetowe, wpływy ze sprzedaży majątku i t. p., a po stronie wydatków — kupno placów, budowę nieruchomości, pokrycie niedoborów lat ubiegłych i t. p. Ale konstrukcja budżetów nadzwyczajnych nie zezwala na zorjentowanie się w ostatecznym wyniku, pod tym względem nie jest przejrzysty, ponadto jest tendencja do przerzucania do budżetów nadzwyczajnych pewnej kategorji wydatków we właściwem znaczeniu, niezwiązanych z normalnem funkcjonowaniem wzgl., z normalną działalnością — wydatków jednorazowych, nieprzewidzianych i t. p.

I dlatego wydaje nam się, iż z punktu widzenia przejrzystości i konieczności ujęcia wszystkich operacyj transfomacyjnych łącznie z ostatecznym wynikiem budżetowym, w jedną całość, umożliwiającą wyrażenie ostatecznego wyniku w zmianie czystego majątku in plus lub in minus, bardziej odpowiada naszym poglądom system stosowany w Stanach Zjednoczonych, gdzie prezydent przedkłada kongresowi wraz z preliminarzem budżetowym bilanse majątku państwowego: 1) na ostatni dzień skończonego roku budżetowego, 2) wedle prawdopodobnego stanu na ostatni b. roku. 3) wedle prawdopodobnego stanu na końcu przyszłego roku budżetowego, w razie przyjęcia projektowanego preliminarza.

W wyjaśnieniach do ostatniego bilansu zawarłby się cały program finansowo-gospodarczy w szczegółach na najbliższy okres budżetowy, a pozycja nadwyżki wzgl. niedoboru dałaby nam ostateczny wynik wszystkich operacyj tak budżetowych, jak i transformacyjnych.

Szczególnie ważną jest rzeczą przy ocenie transformacyjnych operacyj ustalanie ich celowości, tylko to może mieć tu pewne znaczenie, bo transformacje naogół nie powodują żadnych zmian w pozycji niedoboru lub nadwyżki, tak, że pod tym kątem oceniać ich nie możemy.

Przedstawianie wraz z preliminarzami prawdopodobnych bilansów może mieć w praktyce doniosłe znaczenie dla oceny tak stanu finansowego ubezpieczalni, jak i jej kierownictwa, w zdolności umiejętnego urzeczywistniania zamierzonych planów gospodarczych.

Wkońcu podkreślamy, że operowanie w wykonaniu budżetu wpływami i system przedstawiania wraz z preliminarzem bilansów ze szczegółowym programem finansowo-gospodarczym czynią zbytecznym stosowany dotąd w instytucjach ubezpieczenia chorobowego system sporządzania miesięcznych planów finansowych, co nie wyklucza konieczności w pewnych przypadkach operowania budżetowaniem miesięcznem, którego funkcja polega na utrzymywaniu równowagi budżetowej przez dostosowywanie wydatków do rzeczywistych dochodów.

IX.

Na porządku dziennym trwających jeszcze prac organizacyjnych w związku z wejściem w życie nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznem znajduje się między innemi i sprawa ustalenia schematu budżetu dla ubezpieczalni społecznych.

I tu jeszcze raz podkreślamy konieczność unormowania na terenie ubezpieczeń społecznych dziedziny budżetowania na drodze sformułowania dla instytucyj ubezpieczeń prawa budżetowego i ustalenia schematu budżetu pod kątem aktualnych zagadnień ubezpieczenia chorobowego w Polsce.

Badaniom i studjom nad ubezpieczeniem chorobowem w Polsce ustawa scaleniowa postawiła szereg zadań nowych, wiążących się z zasadniczem zagadnieniem równowagi finansowej.

Nowe cele — nowe drogi. Nowe zagadnienia wymagają od nas stosowania i posługiwania się nowemi metodami badań i analizy w dziedzinie ubezpieczenia chorobowego. Już sam art. 239 ustawy wywoła przewrót w dotychczasowej naszej „metodologji", daje asumpt do nowych i bardzo subtelnych badań finansowych w dziedzinie ubezpieczenia chorobowego, koniecznych do ustalania „strukturalności" wzgl. „konjunkturalności" wszelkich wahań w stanie finansowym ubezpieczalni i odchyleń od poziomu równowagi.

Ważnem narzędziem w tych badaniach winien być budżet, który w codziennej działalności ubezpieczenia odgrywa rolę „seismografu". Im bardziej precyzyjna będzie jego budowa, tem doskonalsza będzie jego sygnalizacja, „dostrojona" do naszych potrzeb, do naszych badań i zagadnień.

Pod tym kątem winny się odbywać prace instytucyj nadrzędnych nad zagadnieniami budżetowemi, nad ustalaniem schematu budżetu i dostosowywaniem księgowości do tegoż schematu.

Wyniki tej pracy nie mogą być „prowizoryczne", gdyż dobra technika i polityka budżetowa, solidnie budowana, opartą być musi na pewnej trwałości i kontynuacji i nie powinna ulegać częstym zmianom zasadniczym, bo wtedy badania porównawcze nad wynikami działalności w poszczególnych okresach budżetowych są wielce utrudnione.

Refleksje nad temi pracami i nad nowym budżetem nasuwają nam słowa Asnyka: „...musisz wziąć nową postać, i nowe siły, i nowych wieków oręż mieć w zapasie".

MARJAN WISŁOCKI

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

Świadczenia.

Celem ubezpieczenia wypadkowego jest wynagrodzenie szkody, jaką pracownik odniósł wskutek utraty lub ograniczenia zdolności zarobkowej spowodowanej wypadkiem lub chorobą zawodową. Wynagrodzeniem tem są świadczenia. O świadczeniach decyduje tedy w pierwszym rzędzie fakt istnienia uszkodzenia, ograniczającego zdolność do zarobkowania, a następnie rodzaj tego uszkodzenia oraz wielkość powstałej szkody.

Skutki wypadku jak i choroby zawodowej mogą przybrać trojaką formę ,a to 1) uszkodzenia ze skutkiem śmiertelnym, 2) uszkodzenia trwałego, powodującego zupełną lub częściową niezdolność, 3) uszkodzenia przejściowego, powodującego zupełną lub częściową niezdolność.

Nietylko jednak charakter uszkodzenia ma tu znaczenie, dużą rolę odgrywa stopień zdolności do wykonywania czynności zarobkowych.

Wprowadzenie pewnych ścisłych norm oceny powstałej niezdolności do zarobkowania jest bardzo utrudnione z powodu wielkiej ilości możliwych form uszkodzeń, często nawet trudnych do przewidzenia. Istnieją jedynie tablice, mające charakter pomocniczy i orjentacyjny.

Uszkodzenie lub śmierć, będące skutkiem wypadku, nie zawsze następują bezzwłocznie po zdarzeniu, które wypadek wywołało, lecz mogą nastąpić również po upływie pewnego czasu. Tem silniej występuje wpływ związku przyczynowego, jaki istnieć musi pomiędzy zdarzeniem, będącem przyczyną uszkodzenia, a uszkodzeniem lub śmiercią—na uznanie danego uszkodzenia za następstwo wypadku.

Świadczenia, przewidziane przez ustawę scaleniową w zakresie ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych, można podzielić: I) ze względu na ich formę i cel bezpośredni na: a) świadczenia pieniężne, b) świadczenia lecznicze i protezy — oraz ze względu na II) osoby, którym są udzielane na: a) świadczenia na rzecz uszkodzonych, b) świadczenia na rzecz członków rodziny.

W kolejności powyższego podziału, omawiając poszczególne świadczenia, stwierdzić należy, że: świadczenia pieniężne polegają na wypłacie jednorazowej pewnych kwot ryczałtowych, lub na perjodycznej wypłacie rent — a mają na celu uchylenie materjalnych, ujemnych skutków wypadku, które powstają z powodu utraty przez uszkodzonego względnie jego rodzinę zarobków, jakie przynosiła praca uszkodzonego. Świadczenia te muszą być tedy tak co do wysokości, jak i co do czasu trwania, uzależniane od istnienia szkody materjalnej. Szkoda materjalna zależy od stopnia niezdolności do wykonywania pracy zawodowej, a następnie od wysokości utraconego zarobku. Wynagrodzenie szkody, będące przedmiotem świadczeń pieniężnych, prawie nigdy nie jest zupeł-

nem. Pewną część musi zawsze ponosić uszkodzony. Ma to uzasadnienie w tem, że ponoszenie przez pracownika częściowej szkody, zwiększa uwagę i ostrożność pracujących.

I.

Jak wspomniano wyżej, świadczenia pieniężne mogą być uiszczane albo w formie stałych perjodycznych świadczeń (renty), albo w formie wypłaty kapitału, którego wysokość określa się na podstawie ścisłych obliczeń, opartych na zasadach matematyki ubezpieczeniowej. Oba te sposoby wypłaty świadczeń pieniężnych mają swe dodatnie i ujemne strony. Jednorazowa wypłata większej sumy, umożliwia niejednokrotnie uszkodzonemu stworzenie pewnego stałego źródła dochodu, zezwala na zmniejszenie kosztów administracji ubezpieczenia i winna mieć miejsce w stosunku do odszkodowań mniejszych (dla lżej uszkodzonych). Wypłata bowiem większych odszkodowań w postaci kapitałowej, pociąga za sobą obawę utraty tego jedynego zaopatrzenia przez jednostki nierozważne i lekkomyślne. Wypłata świadczeń pieniężnych w postaci renty, jakkolwiek zapewnia uszkodzonemu stałe zaopatrzenie, to jednak jest ono zwykle ze względu na szczupłe rozmiary zarobków, zaopatrzeniem niewystarczającem. Dlatego stosunkowo najlepszym jest system pośredni, łączący oba systemy w ten sposób, że przy wypłacie kapitałowej zabezpiecza się należne jej zużycie, a przy wynagrodzeniu w postaci renty, dozwala w pewnych specjalnych okolicznościach, na wypłatę jej wartości kapitałowej.

Ustawa scaleniowa przyjmuje w zasadzie wypłatę świadczeń pieniężnych — w formie renty miesięcznej (z wyjątkiem jednorazowych zapomóg pośmiertnych). — Przewiduje jednak możliwości skapitalizowania renty, na prośbę uprawnionego, jeżeli rencista jest pełnoletni, a zarazem jeżeli istnieje pewność celowego zużycia skapitalizowanej renty. Nadto, jako jedną z form gwarancji celowego zużycia tej sumy, przewiduje ustawa zapewnienie sobie przez Zakład Ubezpieczenia od Wypadków zabezpieczenia hipotecznego sumy kapitałowej, oraz zastrzeżenie kontroli, nad obrotem własności nabytej za skapitalizowaną rentę. Wypłata kapitałowa wartości renty według ustawy austrjackiej z 1887 r. uzależniona była od zgody gminy, na której ciążyłby ewentualnie obowiązek zaopatrzenia uszkodzonego w razie utraty przezeń otrzymanej sumy i nieposiadania środków utrzymania.

Ordynacja ubezpieczeniowa niemiecka z 1911 r. zezwalała dotychczas tylko na kapitalizację rent niewynoszących więcej niż 20% renty pełnej.

Jak już wyżej wspomniano, ustawa scaleniowa nie przewiduje granicy dla wysokości zarobków, któraby powodowała wyłączenie od ubezpieczenia wypadkowego osób, otrzymujących zarobek wyższy ponad ustaloną normę, tworzy jednak, najwyższą normę zarobków, uwzględnianych tak przy wymiarze składek, jak i świadczeń. Normą tą jest w ubezpieczeniu wypadkowem zarobek tygodniowy w wysokości 174 zł., w konsekwencji czego zarobki normę tę przewyższające, uwzględniane są tylko do wysokości tej kwoty.

Podstawą wymiaru renty wypadkowej, jest przeciętny zarobek miesięczny, obliczany na podstawie faktycznych zarobków tygodniowych w okresie 52 tygodni przed dniem wypadku, lub zachorowania na chorobę zawodową. Przez zarobek faktyczny rozumieć należy: 1) wynagrodzenie pieniężne, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe i wszelkie dodatki wypłacane na podstawie umowy lub zwyczaju, o ile mają one charakter trwały (procenty, tantjemy, gratyfikacje), 2) wynagrodzenie w naturze (mieszkanie, utrzymanie, ordynarje i t. p.), 3) świadczenia zwyczajowe osób trzecich. Dla osób niepobierających z powodu nieukończonego wykształcenia, żadnego, lub pełnego wynagrodzenia, — jak uczniowie, praktykanci, wolontarjusze i t. p. — podstawą przy wymiarze renty jest przeciętny zarobek tygodniowy osób, będących w zatrudnieniu, w którem poszkodowany odbywał wykształcenie. — Za zarobek więźniów, oraz krewnych i powinowatych pracodawcy, pracujących bezpłatnie lub z zarobkiem niższym od przeciętnego — przyjmuje się przy wymiarze renty dla tych osób, przeciętny w danej miejscowości zarobek osób, będących w takiem zatrudnieniu, jakie wykonywał poszkodowany. Za zarobek pracowników rolnych przyjmuje się zarobek zryczałtowany — na podstawie szczegółowych przepisów ustawowych. Powyższe przepisy, stosunkowo nieznacznie odbiegają od przepisów ustawy austrjackiej 28.XII.1887 r., która za podstawę wymiaru przyjmowała zarobek całkowity, otrzymany w okresie rocznym przed wypadkiem, wliczając doń również jak i ustawa scaleniowa, oprócz płacy zasadniczej, także tantjemy i dochody w naturze. Jeżeli pracownik przez rok cały nie pracował, za zarobek stanowiący podstawę wymiaru, służył zarobek faktycznie otrzymany, a zarobek w czasie brakującym obliczany był na podstawie zarobku pracowników w tej samej kategorji zatrudnienia, co uszkodzony. Ustawa nie zawierała żadnych ograniczeń co do wysokości zarobku, będącego podstawą wymiaru renty. W odniesieniu do uczniów oraz osób nie pobierających żadnego wynagrodzenia — zawierała wspomniana ustawa identyczne przepisy, jak ustawa o ubezpieczeniu społecznem.

Ordynacja niemiecka z 1911 r. (województwa zachodnie) poza przepisem normującym, że zarobek roczny przekraczający 1800 zł. brany był pod uwagę tylko w ⅓ — nie zawierała zasadniczo odmiennych przepisów, normując tak pojęcie zarobku, jak i zarobki policzalne, podobnie jak ustawa austrjacka.

II.

Świadczenia lecznicze, różnią się od świadczeń pieniężnych tak formą, jak i celem. Polegają bowiem na pomocy leczniczej i udzielane są uszkodzonemu wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, niezależnie od stopnia powstałej niezdolności. Wskutek tego leczenie może mieć również charakter zapobiegawczy, zwłaszcza wtedy, gdy ujemne skutki wypadku, lub choroby zawodowej jeszcze się nie ujawniły. — Świadczenia lecznicze mają zastosowanie tak długo, jak długo ich skuteczność jest możliwą, a więc jak długo można przez leczenie zmniejszyć lub usunąć powstałe uszkodzenie. Rozmiar tych świadczeń zależy tylko od rodzaju uszkodzenia,

a nie od stopnia niezdolności względnie wysokości zarobku uszkodzonego. Ustawa scaleniowa zalicza do świadczeń leczniczych poza pomocą lekarską, lekarstwami, oraz środkami leczniczemi i pomocniczemi również udzielanie i naprawę protez. Ważność świadczeń leczniczych polega jeszcze na tem, że wywierają one wpływ na świadczenia pieniężne, gdyż zmniejszając stopień niezdolności do pracy, tem samem zmniejszają wysokość odszkodowań pieniężnych. Prawo do świadczeń leczniczych posiada ubezpieczony, który nie ma uprawnienia do świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego, względnie który prawa te utracił, — a cierpi na chorobę spowodowaną wypadkiem w zatrudnieniu. Świadczeń tych udziela Zakład Ubezpieczenia od Wypadków. Zakład ten, może również przejąć leczenie — jeżeli uzna, że jest ono niedostateczne dla zapobieżenia grożącej niezdolności do zarobkowania. Prawo do świadczeń gaśnie z chwilą ustąpienia skutków wypadku, względnie choroby zawodowej.

Ustawa austrjacka, nie przewidywała dla uszkodzonych uprawnień do świadczeń leczniczych, poza uprawnieniami, jakie posiadali oni z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, natomiast ordynacja ubezpieczeniowa z 1911 r., przewidywała obowiązek pomocy leczniczej dla uszkodzonego, po upływie okresu, w którym uszkodzonemu przysługiwało prawo z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Zakres tych świadczeń był więc taki sam, jak przewidziany w ustawie scaleniowej.

Rodzaje i formy świadczeń, unormowane w przepisach państw obcych — nie odbiegają zbytnio od wyżej przedstawionych. Różnice dotyczą raczej cech drugorzędnych. Wszystkie ustawodawstwa zgodnie przyjmują zasadę, że świadczenia lecznicze, udzielane osobom uszkodzonym, winny obejmować nietylko leczenie wstępne do chwili ustalenia się stopnia niezdolności, ale również i leczenie w każdym czasie — podczas trwania uszkodzenia. Ustawodawstwa angielskie i francuskie, przyznają świadczenia lecznicze ustawowo. Ustawodawstwo francuskie — nie przyznaje poszkodowanemu prawa do świadczeń leczniczych — po otrzymaniu przezeń renty stałej. Ustawodawstwo włoskie przepisów wyraźnych w tym kierunku nie zawiera, jednak faktycznie świadczenia lecznicze są udzielane uszkodzonym ze strony instytucyj ubezpieczeniowych. W Niemczech obowiązują przepisy ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r., które zostały zmienione odnośnie do zakresu przedmiotu ubezpieczenia rozporządzeniem z dnia 12.V.1925 r. (Dz. u. Rzeszy I str. 69), wprowadzającem odszkodowania za niektóre choroby zawodowe w pewnych rodzajach przedsiębiorstw. W dziedzinie świadczeń pieniężnych — ustawodawstwo angielske, przyznaje trwale uszkodzonym świadczenia w formie wypłaty kapitałowej — zaś dla uszkodzonych, których niezdolność nie jest trwała — świadczenia te wypłacane są w formie renty tygodniowej. Wypłata kapitałowa wypłacana jest w równowartości odpowiedniej części kilkuletniego zarobku, pobieranego przed wypadkiem, z tem, że wysokość jej nie może przekroczyć granic ustalonych.

Ustawodawstwo francuskie normuje wypłatę świadczeń pieniężnych zasadniczo w formie renty — oraz umożliwia stosunkowo łatwo, wypłatę jej wartości kapitałowej. Przewiduje nadto wypłatę dodatków rodzinnych dla ciężej uszkodzonych, a obarczonych liczniejszą rodziną, podobnie jak to czyni ustawa scaleniowa.

Podstawą wymiaru renty jest we Włoszech faktyczny zarobek roczny, względnie przeciętny zarobek dzienny pomnożony przez 300. Do zarobku wlicza się również świadczenia w naturze i dochody uboczne. Pod uwagę brany jest zarobek faktyczny z zastrzeżeniem górnej (6000 lir) i dolnej granicy (1000 lir).

Ustawodawstwo francuskie ujmuje definicję zarobku, — podobnie jak ustawa scaleniowa, określając bardzo szczegółowo części składowe zarobku. Zarobek roczny przekraczający 8000 frs. brany jest pod uwagę tylko w ¼, zaś zarobek powyżej 18.500 frs. w ⅛.

Ustawa angielska uznaje za zarobek tylko kwoty otrzymywane od pracodawcy oraz nie przewiduje tak górnej, jak i dolnej granicy zarobku dla wymiaru rent.

III.

Prawo do renty wypadkowej, przysługuje ubezpieczonemu jeśli stał się całkowicie lub częściowo (niemniej niż 10%) niezdolny do zarobkowania wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej i jeżeli niezdolność ta trwa dłużej niż 4 tygodnie. Renta wynosi przy pełnej niezdolności 66⅔% przeciętnego zarobku miesięcznego, a przy niezdolności częściowej odpowiednią procentową część renty pełnej. Bezradni, otrzymują nadto dodatek w wysokości połowy renty pełnej. Ci, których stopień niezdolności do zarobkowania nie jest mniejszy niż 66⅔% mają prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości 10% otrzymywanej renty, z tem, że dodatki dla dzieci wraz z rentą nie mogą być wyższe od zarobku przyjętego za podstawę wymiaru renty (nie wlicza się do datku dla bezradnych).

IV.

Osoby, pozostałe po ubezpieczonym, mają tylko prawo do świadczeń pieniężnych. Uprawnienia tych osób powstają z dniem śmierci osoby poszkodowanej wskutek wypadku, lub choroby zawodowej, dla sierot zaś, które przyszły na świat po śmierci tej osoby, prawo to powstaje z dniem ich urodzenia.

Wysokość świadczeń pieniężnych dla osób pozostałych po zmarłym pracowniku, ustalaną jest tylko na podstawie wysokości zarobku zmarłego pracownika i na podstawie charakteru i ilości osób uprawnionych do świadczeń. Świadczenia przyznawane osobom pozostałym po zmarłym, mają im zastąpić utracone przez śmierć pracownika źródło dochodu, jakoteż zwrócić poniesione w związku ze śmiercią uszkodzonego nadzwyczajne wydatki (koszta pogrzebu). O przyznaniu świadczeń dla tych osób, decyduje spełnienie przez nie warunków, jakie ustawa nakłada. Głównym warunkiem jest warunek pokrewieństwa ze zmarłym, który odnosi się do wszystkich osób oraz warunek drugi, który jednak nie jest zawsze wyraźnie zaznaczany i nie zawsze jest warunkiem tak bezwzględnym, jak warunek pokrewieństwa — zależność finansowa od zmarłego.

Ogół tych osób podzielić można na dwie grupy: a) bezwzględnie uprawnionych (żona i nieletnie dzieci), b) względnie uprawnionych (rodzice, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo). Członkowie grupy pierwszej otrzymują świadczenia bezwzględnie t. zn. że liczba osób w danej grupie nie może spowodować wykluczenia, którejkolwiek osoby z tej grupy. Gdy suma świadczeń, należna tym osobom przekroczyłaby ustaloną granicę — którą tworzy pełna renta, jakąby otrzymał zmarły, — następuje stosunkowe obniżenie renty dla wszystkich osób tej grupy z tem zastrzeżeniem, że w razie zmniejszenia się liczby uprawnionych, należy obniżone renty odpowiednio podwyższyć.

Członkowie grupy drugiej, otrzymują świadczenia tylko wtedy, gdy osoby z grupy pierwszej nie wyczerpały przyjętej przez ustawę sumy odszkodowawczej. Nie otrzymują oni świadczenia bezwzględnie, lecz tylko o tyle, o ile inni członkowie tej grupy mający według ustawy pierwszeństwo do świadczeń z prawa tego nie korzystają. Większa ilość osób w tej grupie nie powoduje tedy obniżenia rent, lecz tylko wykluczenie posiadających gorsze prawa. Jeżeli wskutek śmiertelnego uszkodzenia kilku osób powstanie dla jednej osoby roszczenie do kilku rent, wówczas należy się tylko jedna, a mianowicie najwyższa z rent, wchodzących w rachubę.

Ustawa scaleniowa podwyższa rentę wdowią w porównaniu z ustawą austrajcką z 28.XII.1887 r. i ordynacją ubezpieczeniową niemiecką z 1911 r.—o 50%, przyznając wdowie rentę w wysokości 30% przeciętnego zarobku zmarłego męża. Wysokość odprawy dla wdowy wstępującej ponownie w związki małżeńskie, została uzależniona od wieku wdowy, która przed rokiem 55 otrzymuje odprawę w wysokości 36-miesięcznej renty — zaś po roku 55 odprawa równa się tylko 12-miesięcznej rencie. Nie ma jednak prawa do renty wdowa, jeżeli małżeństwo nie trwało przynajmniej 6 miesięcy, a wypadek zaszedł przed zawarciem małżeństwa, — oraz wdowa, z której winy małżeństwo było w chwili śmierci małżonka separowane.

Jak z powyższego wynika przepis ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r. odbierający zawsze wdowie prawo do renty, jeżeli małżeństwo zawarto po wypadku — znalazł tylko częściowe zastosowanie. Ustawa austrjacka z 28.XII.1887 r., przyznawała wdowie prawo do renty i odprawy, zależnie od terminu zawarcia małżeństwa.

Sieroty mają prawo do renty, po każdym z rodziców, zmarłym wskutek wypadku, przyczem w razie posiadania prawa do dwóch rent, sierota otrzymuje rentę po tym z rodziców, po którym renta jest wyższą. Wysokość renty wynosi 20%, a dla sierot zupełnych 25% zarobku, stanowiącego podstawę wymiaru rent. Renty, należą się chłopcom do ukończenia 17-go, a dziewczętom do ukończenia 18-go roku życia. Sierota, odbywająca studja w zakładach naukowych publicznych, lub mających prawo publiczności, ma prawo do renty sierocej, aż do chwili ukończenia studjów, najdłużej jednak do ukończenia 21 roku życia; do 24 zaś roku tylko wtedy, gdy odbywa studja w wyższych (akademickich) zakładach naukowych. Sierota, u której przed ukończeniem 17-go względnie 18-go roku życia powstała całkowita niezdolność do zarobkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej, ma prawo do renty po upływie powyższego wieku, przez cały czas trwania tej niezdolności. Prawo do renty sierocej gaśnie z chwilą wstąpienia sieroty w związek małżeński. Ustawa scaleniowa podwyższyła tedy renty sieroce w porównaniu z ustawą austrajcką z 28.XII.1887 r., która sierotom niezupełnym przyznawała tylko 15%-ową rentę, a zupełnym 20%-ową. W stosunku zaś do przepisów ordynacji niemieckiej 1911 r., ustalającej wysokość renty sierocej na 20% tak dla sierot zupełnych, jak i częściowych, renty sierot zupełnych zostały podwyższone. Górna granica wieku sierot, ustalona w obu dotychczas obowiązujących ustawach — na 15 rok życia doznała stosunkowo znacznego podwyższenia, przyczem duże znaczenie mają nieznane tym ustawom, przepisy przyznające sierotom renty, na okres ich studjów naukowych. Przedłużenie dla sierot niezdolnych do pracy prawa do rent, przewidywała tylko ustawa austrjacka z 28. XII.1887 r.

Poza wdową i dziećmi, — przyznaje ustawa o ubezpieczeniu społecznem również prawa do świadczeń i dalszej rodzinie, do której zalicza wstępnych, wnuków i rodzeństwo. Wstępni mają prawo do renty — jak długo żyją w niedostatku, niezależnie więc od tego, czy byli utrzymywani przez zmarłego, czy też nie. Zaś wnukowie i rodzeństwo tylko — jeżeli byli przeważnie lub wyłącznie utrzymywani przez zmarłego. Osoby powyższe są uprawnione w następującej kolejności: wnukowie, będący na wyłącznem utrzymaniu zmarłego, rodzice, dziadkowie, wnukowie utrzymywani przeważnie przez zmarłego i rodzeństwo.

Suma rent dalszej rodziny wynosi 20% — przyczem krewni kategoryj bliższych wykluczają krewnych dalszych kategoryj. Jeżeli jest kilka uprawnionych osób tej samej kategorji, otrzymuje każda z nich odpowiednią część. Wiek przyjęty dla wnuków i rodzeństwa jest taki sam, jak w odniesieniu do sierot.

Ustawa austrjacka z 28.XII.1887 r. stawiała jako warunek, przyznanie dalszej rodzinie prawa do renty, fakt istotnego przyczyniania się zmarłego do utrzymania tych osób, przyczem grono osób było takie same, jak w ustawie scaleniowej. Ordynacja ubezpieczeniowa z 1911 r. przyznawała prawo do renty tylko wstępnym i zstępnym — wyłączając rodzeństwo.

Oprócz powyższych świadczeń wprowadza ustawa jednorazową zapomogę pośmiertną, w wysokości jednomiesięcznego zarobku, od którego był zmarły ostatnio ubezpieczony, z tem zastrzeżeniem, że zapomoga ta, nie może wynosić mniej niż 75 zł. Prawo do zapomogi ma małżonek, a w razie jego śmierci, dzieci. Gdy niema dzieci zapomoga przypada dalszej rodzinie w tej samej kolejności, jaka obowiązuje przy przyznawaniu rent. Ustawa austrjacka z 28.XII.1887 r. przyznawała zwrot kosztów pogrzebu do wysokości $^2/_3$ zarobku, zaś ordynacja ubezpieczeniowa niemiecka określała wysokość zapomogi na $^1/_{15}$ rocznego zarobku, przyczem jako minimum obowiązywało 50 zł. (na G. Śląsku 60 zł.).

Większość państw ustala rentę pełną w wysokości 66$^2/_3$% zarobku ubezpieczonego. Najniższą jest renta pełna w Belgji, wynosząca tylko 50%, najwyższa zaś w Jugosławji, — gdzie równa się pełnemu zarobkowi (100%). We Włoszech, gdzie uszkodzony

otrzymuje odszkodowanie za wypadek w formie wypłaty kapitałowej, całkowicie niezdolni otrzymują 6-krotny zarobek roczny. W Niemczech rozporządzenie Prezydenta Rzeszy — „Notverordnung" — z dnia 8.XII.1931 r. zniosło wypłatę rent dla robotników, których stopień niezdolności jest niższy od 20%.

Podobnie przedstawia się sprawa wysokości świadczeń dla rodziny pozostałej po pracowniku zmarłym wskutek wypadku. Suma rent dla członków rodziny równa się zwykle rencie pełnej (tak w Jugosławji, Czechosłowacji, Austrji). Niektóre państwa określają ją nieco niżej. We Włoszech wypłata kapitałowa dla rodziny jest niższa od wypłaty dla całkowicie niezdolnego i równa się 5-krotnemu rocznemu zarobkowi zmarłego.

Wysokość renty wdowiej określona jest zwykle w formie procentu zarobku męża i wynosi w większości ustaw 20%, — dochodzi do 33⅓% (Estonja, Jugosławja), a nawet do 40% tej podstawy (Finlandja). Niektóre ustawodawstwa określają wysokość renty wdowiej w formie procentu udziału w świadczeniach przyznanych dla rodziny. Należą tu między innemi Włochy, gdzie ustawy przyznają małżonkowi całą sumę, o ile nie ma innych uprawnionych. Jeżeli są inni uprawnieni, wdowa otrzymuje 40% — 60% odprawy kapitałowej, — zależnie od stopnia pokrewieństwa tych uprawnionych ze zmarłym.

Najniższy wiek dzieci,—uprawniający do pobierania renty wynosi 15 lat (jak dotychczasowe ustawodawstwo polskie). Najczęściej przyjętą granicą wieku jest 16 lat (między innemi Francja, Szwajcarja i Jugosławja). Najwyższa granica wieku wynosi 21 lat i obowiązuje w Grecji i Bułgarji.

Renta sieroca wynosi przeważnie 15% — dla sierot niezupełnych, — a dla sierot zupełnych 20% (Francja, Czechosłowacja). Niektóre państwa przyznają sierotom renty wyższe — 16⅔% i 25% (Estonja, Łotwa); Jugosławja, która przyznaje najwyższe świadczenia, ustala renty dla sierot niezupełnych w wysokości 25%, a dla zupełnych 33⅓%. We Włoszech sieroty dzielą pomiędzy siebie całą sumę wypłaty kapitałowej, jeżeli nie pozostał uprawniony małżonek, — w przeciwnym razie otrzymują do podziału tylko 60% tej kwoty.

Pokrywanie kosztów ubezpieczeniowych.

Konsekwencją ewolucji historycznej, jaką przeszło ubezpieczenie wypadkowe, — zwalniające obecnie pracodawcę od obowiązku wynagradzania szkody, jaką doznaje pracownik wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej — jest powszechnie panująca zasada, wyłącznego pokrywania przez pracodawców kosztów tego ubezpieczenia. Zasadę powyższą przyjmuje również ustawa scaleniowa.

Pokrywanie kosztów ubezpieczenia wypadkowego odbywa się w formie uiszczania przez pracodawców składek. Na wysokość składki mają wpływ trzy czynniki: a) koszta ubezpieczenia wypadkowego [1) koszta świadczeń dla uszkodzonych oraz 2) koszta administracyjne], — b) sposób rozdziału tych kosztów na pracodawców i c) zarobki pracowników.

Ad a) dla ustalenia kosztów ubezpieczenia wypadkowego przyjęte są zasadniczo 2 systemy:

1) System repartycyj corocznych wydatków. System ten polega na tem, że jako koszta przyjmuje się faktyczne wydatki, poniesione w danym roku z tytułu świadczeń ubezpieczeniowych i wydatków administracyjnych. Z uwagi zaś na to, że koszta administracyjne stanowią wydatek ulegający stosunkowo nieznacznym wahaniom, wysokość wydatków każdego roku następnego różni się od wydatków roku poprzedniego — o różnicę pomiędzy kosztami rent wypłaconych w tych latach. Koszta początkowo są niskie — z biegiem czasu wzrastają dopóki coroczny przyrost rent nowych nie zostanie zrównoważony — ubytkiem rent dawnych.

2) System kapitałowego pokrycia renty, — nakazuje wykazanie w każdym roku jako koszta — kwoty, jaka jest potrzebna według obliczeń ubezpieczeniowo-technicznych na pokrycie kapitału świadczeń ubezpieczeniowych, dla których powstały uprawnienia w danym roku (wartość kapitałowa świadczeń). Ponieważ według statystyki liczba wypadków przy dużych ilościach jest mało zmienna, każdoroczne wydatki będą mniej więcej równe. W tym systemie koszta są mało zmienne, ale ich wysokość początkowo różni się znacznie od początkowych kosztów poprzedniego systemu.

Ad b) Rozdział tych kosztów na poszczególne przedsiębiorstwa uzależniony jest od t. zw. „stopnia niebezpieczeństwa", ustalonego dla każdego przedsiębiorstwa. Stopień niebezpieczeństwa ustalony bywa według rodzaju, charakteru i innych właściwości przedsiębiorstwa. Za podstawę służą obliczenia statystyczne, wykazujące — czy składki wpłacone w okresie obliczeniowym przez daną grupę przedsiębiorstw, pokryły koszta świadczeń wypłaconych z tytułu wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych — zaszłych w tym okresie, w danych przedsiębiorstwach. Suma kosztów przypadająca na pewną grupę przedsiębiorstw — musi być podzielona na poszczególne przedsiębiorstwa wchodzące w skład tej grupy. Za podstawę podziału przyjmuje się stosunek zarobków, wypłaconych w poszczególnych przedsiębiorstwach — do sumy zarobków — wypłaconych przez daną grupę przedsiębiorstw.

W praktyce systemy powyższe są stosowane bądź w całości, bądź pewne zasady jednego systemu zostają zastąpione zasadami systemu drugiego np. system przyjęty przez ustawę scaleniową, jest właśnie przykładem takiego połączenia systemu kapitałowego z systemem repartycji. Za podstawę obliczeń służy okres trzyletni. Wartość kapitałowa świadczeń wypadkowych, zapadłych w tym okresie — rozkłada się na poszczególne grupy pracodawców, ustalone według gałęzi gospodarczych, które mają zasadniczo pokrywać swemi składkami przypadające na nie ryzyko wypadków przy pracy i chorób zawodowych — z tem, że w obrębie tych grup pracodawcy opłacają składki w wysokości uzależnionej od stopnia niebezpieczeństwa danego przedsiębiorstwa. Wysokość składki, wyrażoną w procencie zarobku, stanowi iloczyn liczby oznaczającej klasę niebezpieczeństwa danego przedsiębiorstwa i jednostki taryfowej. Składka za ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu oraz chorób zawodowych pokryć ma według przepisów ustawy: wartość kapitałową przyznanych świadczeń, (okresową repartycję pokrycia ka-

pitałowego) ekspektatywy na pochodne świadczenia i koszta administracyjne; ze składek mają być tworzone nadto, fundusze rezerwowe na pokrycie zobowiązań ubezpieczeniowych, oraz fundusze specjalne na pokrycie wszelkich innych ustawowych względnie statutowych wydatków, związanych z przeprowadzeniem ubezpieczeń.

Oprócz tak ustalonej składki, wprowadza ustawa jeszcze jednolity dodatek, dla pokrycia niedoborów wartości kapitałowych rent ubezpieczenia wypadkowego z dzielnic zachodnich. Dodatek ten wynosi dla pracodawców rolnych z wyjątkiem ścinki i obróbki drzewa 0,2% wypłaconych zarobków, a dla wszystkich innych pracodawców 0,3% tychże zarobków.

Celem zachęcenia pracodawców do ulepszania w zakładach pracy warunków hygjenicznych i bezpieczeństwa pracy — ustawa przewiduje możność podwyższenia lub obniżenia składki ubezpieczeniowej o 25% jej wysokości, zależnie od stanu tych warunków. Przepis powyższy jest wyrazem coraz intensywniej prowadzonej w Polsce walki z wypadkami w zatrudnieniu.

Przyjęcie przez ustawę scaleniową systemu okresowej repartycji pokrycia kapitałowego świadczeń, było wynikiem dodatnich rezultatów, jakie wykazało zastosowanie tego systemu przez ustawę austr. z 28.XII.1887 r. w porównaniu z systemem corocznej repartycji wydatków, który stosowały zakłady działające na podstawie ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r.

W Anglji, podobnie jak i we Francji, instytucje ubezpieczeniowe opierają system finansowy głównie na systemie stałych premji. Nie dotyczy to jednak instytucyj działających na zasadzie ubezpieczenia wzajemnego, które przyjmują za podstawę wszędzie system repartycyjny.

Ustawy poszczególnych państw w zakresie systemów finansowych zawierają b. różnorodne przepisy będące w większym lub mniejszym stopniu połączeniem obu zasadniczych systemów, wskutek czego porównywanie ich niema większego znaczenia.

Organizacja ubezpieczenia.

Wykonywanie ubezpieczenia wypadkowego może być przeprowadzone albo w formie ubezpieczenia dobrowolnego, albo — ubezpieczenia przymusowego. Różnica polega na tem, że w ubezpieczeniach dobrowolnych przedsiębiorstwa nie podlegają ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia, podczas gdy obowiązek ten dotyczy w całej rozciągłości przedsiębiorców w państwach, w których ubezpieczenia wypadkowe oparte są na przymusie ustawowym.

I.

W organizacji ubezpieczeń dobrowolnych rozróżnić można dwa systemy: a) system angielski i b) system francuski.

W systemie angielskim (ubezpieczenia dobrowolne) przedsiębiorca odpowiada bezwzględnie za wypadek, który zaszedł w przedsiębiorstwie objętem ustawą o ubezpieczeniu od wypadków, może się on jednak ubezpieczyć, od ponoszenia ciężarów jakie za sobą pociąga wypadek, w jednym z zakładów ubezpieczeń od wypadków, nad któremi sprawuje nadzór państwo. Przez to ubezpieczenie nie zwalnia się przedsiębiorca jednak od odpowiedzialności i obowiązku ponoszenia świadczeń, przysługuje mu tylko prawo żądania od zakładu, w którym się ubezpieczył, zwrotu poniesionych wydatków z powodu tego, że jego pracownik uległ wypadkowi. Uszkodzony pracownik nie pozostaje w żadnym stosunku do takiego zakładu ubezpieczeń, nie może też w zasadzie wstąpić w miejsce przedsiębiorcy i żądać wynagrodzenia poniesionej szkody. System ten nie daje pełnej gwarancji pracownikowi otrzymania, w razie zajścia wypadku, należnych świadczeń np. w razach gdy przedsiębiorca jest niewypłacalnym bankrutem, a w zakładzie takim się nie ubezpieczył. Jednak jeżeli przedsiębiorca był ubezpieczony, a w międzyczasie stał się niewypłacalnym, to w takim razie świadczenia, jakie otrzymuje dany przedsiębiorca z zakładu w którym był ubezpieczony, przechodzą na tych uszkodzonych pracowników, którym dany przedsiębiorca ma obowiązek wypłacać odszkodowania.

System francuski (ubezpieczenia dobrowolne ze specjalnym funduszem zabezpieczającym) opiera się podobnie jak i poprzedni na ubezpieczeniach dobrowolnych, zawiera jednakże dokładniejsze już przepisy, ograniczające do minimum okoliczności, w których uszkodzony może utracić należne mu świadczenia. W przypadkach, kiedy wypadek zaszedł w przedsiębiorstwie którego właściciel ubezpieczył się od wypadku, w miejsce zobowiązanego przedsiębiorcy wkracza zakład, w którym tenże był ubezpieczony. Uszkodzony pracownik ma prawo żądać dopełnienia należnych mu świadczeń tylko od tego zakładu. Nadzór nad instytucjami ubezpieczeniowemi sprawuje państwo, co zwiększa pewność dopełnienia przez te instytucje należnych świadczeń wobec uszkodzonego pracownika. Oprócz prywatnych instytucyj ubezpieczeniowych, — tworzy państwo specjalną instytucję ubezpieczeniową, która przyjmuje na siebie obowiązek ponoszenia świadczeń, wzamian za ryczałtową zapłatę ze strony zobowiązanego przedsiębiorcy, — oraz ponosi świadczenia na rzecz tych uszkodzonych, którzy z jakichkolwiek przyczyn nie otrzymują od zobowiązanych przedsiębiorców należnych im świadczeń. Instytucja ta zarządza zarazem funduszem gwarancyjnym, z którego pokrywane są świadczenia uszkodzonych pracowników, nie pobierających ich z innych instytucyj ubezpieczeniowych.

II.

W ubezpieczeniach przymusowych rozróżniamy trzy systemy: a) system włoski, b) system niemiecki, c) system szwajcarski.

System włoski (przymus ubezpieczeniowy z wolnym wyborem instytucji ubezpieczeniowej) wprowadza przymus ubezpieczeniowy dla pewnych grup i rodzajów przedsiębiorstw, z prawem wyboru przez przedsiębiorcę instytucji ubezpieczeniowej, w której tenże chce się ubezpieczyć. Przedsiębiorstwa większe względnie pewne grupy przedsiębiorstw mogą założyć osobną instytucję ubezpieczeniową, dla ubezpieczenia zatrudnionych przez siebie pracowników. Przymus ubezpieczeniowy jest bardzo ściśle przestrzegany przez władze państwowe, sprawujące nadzór nad temi instytucjami. Utworzona zostaje rów-

nież państwowa instytucja ubezpieczeniowa o charakterze podobnym, jak w systemie francuskim.

System niemiecki (ubezpieczenia przymusowe[1]) polega na tem, że oprócz przymusu ubezpieczenia wprowadza obowiązek bezwzględny ubezpieczenia się w pewnych określonych instytucjach ubezpieczeniowych; przedsiębiorcy nie mają tedy prawa wyboru instytucji ubezpieczeniowej. System ten powoduje w konsekwencji zupełne zwolnienie przedsiębiorcy od ponoszenia świadczeń na rzecz uszkodzonych pracowników. Wskutek tego ubezpieczenie przedsiębiorców od ponoszenia świadczeń na rzecz uszkodzonych pracowników, przekształca się w tym systemie całkowicie w faktyczne ubezpieczenie pracowników od wypadków. Przedsiębiorca przestaje być stroną, a pozostaje jedynie „instytucja ubezpieczeniowa" i „ubezpieczony" — pracownik. „Ubezpieczający" — przedsiębiorca, ogranicza swą rolę jedynie do płacenia składek ubezpieczeniowych.

System szwajcarski (ubezpieczenia monopolowe) polega również na przymusie ubezpieczeniowym, a różni się od systemu niemieckiego tem, że nie wprowadza kilku instytucyj ubezpieczeniowych, a tylko jedną, która posiada monopol w dziedzinie ubezpieczenia od wypadków.

Instytucją tą jest zwykle instytucja państwowa. Ubezpieczenie odbywa się automatycznie z chwilą powstania przedsiębiorstwa lub rozpoczęcia zatrudnienia podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia. Konsekwencją tego systemu jest wielka jednolitość, która to cecha odróżnia ten system wybitnie od poprzednich systemów.

Dużą rolę w organizacji ubezpieczenia wypadkowego odgrywa zasada terytorjalna i zawodowości. Obie te zasady nie mogą jednak służyć za podstawę podziału organizacji ubezpieczeń, ponieważ występują zwykle wspólnie, nawzajem się uzupełniając, przyczem w pewnych systemach zasada zawodowości, — w innych — zasada terytorjalności ma większe znaczenie. Tak np. zasada zawodowości ma większe znaczenie w systemie francuskim i niemieckim, zasada zaś terytorjalności wybija się na pierwszy plan w systemie szwajcarskim.

System organizacji ubezpieczenia wypadkowego, przyjęty przez ustawę scaleniową, najbardziej zbliżony jest do systemu szwajcarskiego. Ustawa dzieli ogół czynności, związanych z przeprowadzeniem ubezpieczenia wypadkowego na trzy kategorje.

W stosunku do czynności, wymagających ścisłego kontaktu osób interesowanych z instytucją ubezpieczeniową, — przyjęto system dekoncentracji oparty na zasadzie terytorjalności. Wykonywanie tych czynności zostało powierzone ubezpieczalniom społecznym. W konsekwencji do kompetencji ubezpieczalni społecznych w zakresie ubezpieczenia wypadkowego należy: ustalanie obowiązku ubezpieczenia, wymierzanie i pobieranie składek, — przyjmowanie roszczeń o świadczenia z tego tytułu, — przeprowadzanie czynności przygotowawczych do udzielania świadczeń oraz prowadzenie wykazów i kontroli osób pobierających świadczenia.

Czynności, związane ściśle z istotą ubezpieczenia wypadkowego, zostały zespolone w jednej instytucji. Instytucją tą jest Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, — do którego kompetencji należy: przyznawanie i udzielanie świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, — popieranie i organizowanie akcji zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, organizowanie zakładów i warsztatów dla szkolenia i zatrudniania inwalidów pracy — udzielanie instrukcyj dla ubezpieczalni społecznych odnośnie do wykonywanych przez nie czynności w zakresie ubezpieczenia wypadkowego, — oraz wykonywanie wszelkich innych czynności w zakresie ubezpieczenia wypadkowego, niezastrzeżonych Izbie Ubezpieczeń Społecznych.

Czynności przekraczające zasięg ubezpieczenia wypadkowego i wymagające uzgodnienia z innemi rodzajami ubezpieczeń, — zostały zespolone — celem ułatwienia wykonywania tychże — w instytucji, jakgdyby nadrzędnej jaką jest Izba Ubezpieczeń Społecznych. Do kompetencji Izby należy między innemi: prowadzenie akcji zmierzającej do rozwoju ubezpieczeń społecznych, prowadzenie ogólnej statystyki wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych, ustalanie ogólnych metod w zakresie polityki finansowej instytucyj ubezpieczeniowych, szereg czynności o charakterze nadzorczym (lustracje, opinjowanie budżetów, sprawozdań i t. p. przedkładanych przez ubezpieczalnie i zakłady), rozstrzyganie sporów pomiędzy instytucjami ubezpieczeniowemi i t. p.

Ubezpieczalnie społeczne, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków oraz Izba Ubezpieczeń Społecznych, są osobami prawa publicznego i posiadają osobowość prawną.

Sprawowanie nadzoru nad instytucjami przeprowadzającemi ubezpieczenie wypadkowe powierza ustawa scaleniowa Ministrowi Opieki Społecznej. Nadzór ten wykonywany jest bezpośrednio nad Zakładem Ubezpieczenia od Wypadków i Izbą Ubezpieczeń Społecznych, zaś nad ubezpieczalniami społecznemi za pośrednictwem państwowych urzędów ubezpieczeń.

Ustawa daje władzy nadzorczej szerokie kompetencje, zwłaszcza w dziedzinie gospodarki finansowej, co ma swe uzasadnienie w fakcie przeprowadzonej reorganizacji i w złączonem z nią rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia. Kompetencje te są bardzo dokładnie określone, celem zapobieżenia możliwości powstania sporu pomiędzy władzami nadzorczemi, a organami instytucyj. Celem pokrycia kosztów nadzoru, ustawa nakłada na instytucje ubezpieczeniowe obowiązek wpłacania ryczałtowych sum na dochód budżetu Ministerstwa Opieki Społecznej.

We Włoszech w miejsce działających dotychczas konkurencyjnych instytucyj ubezpieczeniowych została utworzona na podstawie dekretu — z dniem 1 lipca 1933 r. wyłączna instytucja ubezpieczeniowa dla ubezpieczenia wypadkowego w przemyśle („Instituto Nazionale fascista per l'assicurazione contro gil infortuni sul lavoro"[1]). Powstała ona z dotychczasowej „Kasy Narodowej" („Cassa Nazionale Infortuni"), która dotąd spełniała rolę instytucji ubezpieczeniowej

[1]) Różnicę pomiędzy „przymusem ubezpieczeniowym" a „ubezpieczeniami przymusowemi" — oddaje dobrze terminologja niemiecka — „Versicherungszwang" i „Zwangversicherung".

[1]) Dr. Luigi Clerici: Ubezpieczenia społeczne w Italji. „Przegląd Ub. Społ." r. 1933 str. 307.

o charakterze gwarancyjnym utworzonej przez Państwo. Dla osób zatrudnionych w żegludze i rybołóstwie, — jakoteż dla robotników rolnych — ubezpieczenie wypadkowe przeprowadzają osobne instytucje (kasy) oparte na zasadzie wzajemności.

We Francji rolę instytucyj ubezpieczeniowych spełniają w przeważającej ilości przypadków t. zw. syndykaty gwarancyjne. W skład ich wchodzą zainteresowani przedsiębiorcy, wskutek czego mają one faktycznie charakter związków zawodowych pracodawców.

W Niemczech instytucjami ubezpieczeniowemi są zawodowe korporacje pracodawców t. zw. „Berufsgenossenschaften" — o charakterze przymusowym — przyczem przedsiębiorstwa państwowe względnie samorządowe (Ausführungsbehörden) nie wchodzą w skład powyższych korporacyj, — udzielają jednak zatrudnionym przez siebie pracownikom świadczeń wypadkowych na ogólnych zasadach. Te ostatnie instytucje nie tworzą specjalnych funduszów, pokrywając koszta poniesionych świadczeń z własnych funduszów.

W Rosji Sowieckiej organizacja ubezpieczeń społecznych ma charakter zupełnie odmienny od poprzednio przedstawionych. W konsekwencji odmiennego ustroju społecznego i zasad przezeń przyjętych, — ubezpieczenia społeczne tworzą organiczną część składową organizmu państwowego, nie posiadają więc odrębnych funduszów i nie prowadzą własnej polityki finansowej. Przeprowadzanie czynności ubezpieczeniowych należy do Centralnej Rady Związków Zawodowych i organizacyj z niemi związanych, — wskutek czego element zawodowych pracowników ubezpieczeniowych (płatnych) został zastąpiony w dużej mierze elementem pracującym z pobudek społecznych.

Orzecznictwo.

Wykonywanie przepisów ubezpieczeniowych prowadzi niejednokrotnie do szeregu sporów, tak w zakresie opłat ubezpieczeniowych, jak i świadczeń dla uszkodzonych. Spory w zakresie opłat ubezpieczeniowych posiadają albo charakter sporów administracyjnych (w ubezpieczeniach przymusowych), albo też są zwykłemi sporami o dotrzymanie umów, dochodzonemi na zasadzie przepisów prawa cywilnego (w ubezpieczeniach dobrowolnych). Spory z tytułu świadczeń dla uszkodzonych ze względu na podstawę prawną, na jakiej się opierają, posiadają zupełnie swoisty charakter. Uregulowanie sposobu rozstrzygania tych sporów jest szczególnie ważne, ze względu na charakter strony w sporze — jaką jest uszkodzony wskutek wypadku.

Można rozróżnić zasadniczo dwa sposoby rozwiązania tego zagadnienia, — przez powierzenie sprawy a) sądom powszechnym lub b) sądom specjalnym.

Gdy sądy powszechne są kompetentne do orzekania w sprawach o świadczenia wypadkowe, przepisy ubezpieczeniowe zawierają specjalne postanowienia, mające na celu ułatwienie uszkodzonym prowadzenie sporów. Tryb postępowania jest naogół krótszy od normalnego, względnie uproszczony,— uszkodzeni albo zwolnieni są od wnoszenia opłat albo też opłaty sądowe są dla tej kategorji spraw znacznie obniżone. Ułatwione jest również uzyskanie obrońców z urzędu. Ułatwia to niechybnie uciążliwy tryb postępowaia cywilnego, niemniej jednak posiada system ten znaczne wady. Główną cechą ujemną są trudności w ujednostajnieniu orzecznictwa, wskutek tego że nie spoczywa ono w rękach pewnych tylko sędziów, ale narówni z innemi sprawami przypada wszystkim sędziom danej instancji.

Sądy specjalne mogą mieć czworaką formę: 1) sędziowie zawodowi — ze współudziałem rzeczoznawców oraz przedstawicieli pracodawców i pracowników, 2) sędziowie specjalni, 3) zawodowe sądy rozjemcze, 4) sądy przy instytucjach ubezpieczeniowych.

Sądy specjalne mają tę dużą zaletę, że mogą dzięki współdziałaniu czynników fachowych, oraz stosunkowo jednolitemu rodzajowi spraw, być czynnikiem uzupełniającym przepisy ustawowe, drogą ujednostajnionego orzecznictwa.

Konsekwentne przeprowadzenie zasady sądów specjalnych jest niejednokrotnie niemożliwe, — głównie ze względu na brak odpowiedniej ilości fachowców oraz ze względu na konieczność tworzenia odrębnego aparatu administracyjnego. Dlatego też przepisy większości ustawodawstw wprowadzających sądy specjalne dla spraw wypadkowych, są wyrazem pewnego kompromisu obu systemów. W większości wypadków sądy I instancji są sądami specjalnemi, — zaś rolę instancyj odwoławczych sprawują sądy zwykłe. Tryb postępowania przed sądami specjalnemi, wzorowany jest na trybie postępowania przed sądami cywilnemi, jest jednak od niego znacznie prostszy.

Ustawa scaleniowa odracza unifikację sądownictwa ubezpieczeniowego, przekazując je osobnej ustawie i do tego czasu utrzymuje w mocy, odnośnie do tego zagadnienia, dotychczasowy stan prawny. Na obszarze b. zaborów austrjackiego i rosyjskiego, orzecznictwo w sprawach o świadczenia wypadkowe należy tedy w dalszym ciągu do kompetencji specjalnych sądów rozjemczych. W skład tych sądów wchodzą: sędzia zawodowy, (mianowany przez Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej), jako przewodniczący oraz 4 asesorów, z czego 2 powołanych w drodze nominacji przez Ministra Opieki Społecznej z pośród osób posiadających wykształcenie techniczne, oraz 2 powołanych w drodze wyboru, w połowie z grona pracodawców, a w połowie z grona pracowników. Sąd rozjemczy posługuje się własnemi przepisami, które, o ile okażą się niewystarczającemi, uzupełnia się ogólnemi przepisami postępowania przed sądami powszechnemi. Sąd rozjemczy orzeka podług swobodnego przekonania odniesionego z rozprawy i nie jest skrępowany przepisami dowodowemi.

Sądy są jednoinstancjowe — dlatego też od wyroków tych sądów nie przysługuje stronom prawo odwołania się.

W byłym zaborze pruskim organizacja sądów dla spraw ubezpieczenia wypadkowego różni się od poprzednio przedstawionej. Sądy te posiadają instancję odwoławczą i charakterem swej organizacji zbliżają się do sądów powszechnych. Pierwszą instancją jest Wyższy Urząd Ubezpieczeń, który orzeka w składzie sędziego zawodowego, jako przewodniczącego oraz 4 asesorów, powołanych w drodze wyboru w połowie z grona pracowników, w połowie z grona pracodawców. Od orzeczeń Wyższego Urzędu Ubezpieczeń przysługuje stronom prawo odwołania się do Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu (o ile

chodzi o obszar województw poznańskiego i pomorskiego), lub do Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach (dla górnośląskiej części województwa śląskiego). Podstawą odwołania jest pogwałcenie przez sąd I instancji prawa materjalnego lub formalnego. Wyroki Trybunału i Urzędu Wojewódzkiego są ostateczne.

Ustawodawstwo zagraniczne normuje zagadnienie sądownictwa w sprawach ubezpieczenia wypadkowego dość różnorodnie. W Anglji sądownictwo to należy do sądów rozjemczych niestałych, które wyłaniane są dla poszczególnych spraw przez obie strony t. j. uszkodzonego i pracodawcę. Jeżeli strony nie mogą dojść do uzgodnienia, orzeka sędzia okręgowy — jako sędzia rozjemczy — tego okręgu, w którym mieszka uszkodzony. Postępowanie przed sądami rozjemczemi odbywa się według przepisów specjalnych. W razie zmiany warunków i okoliczności, będących podstawą do wydania pewnego orzeczenia, może sąd rozjemczy na wniosek jednej ze stron wydać nowe orzeczenie.

Ustawodawstwo włoskie przekazuje spory, wynikłe z tytułu świadczeń ubezpieczenia wypadkowego, do rozstrzygnięcia specjalnym komisjom, złożonym z przedstawicieli instytucji ubezpieczeniowej oraz przedstawicieli pracodawców i pracowników. Od orzeczeń tych komisyj przysługuje stronom prawo odwołania się do specjalnych komisyj odwoławczych. Zmiana wysokości ustalonych świadczeń może nastąpić tylko w przeciągu 2 lat od chwili ich ustalenia.

Według ustaw francuskich sądy cywilne powołane są do rozstrzygania spraw o świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nietylko w wypadkach spornych, lecz również gdy sprawa ze względu na swój skomplikowany charakter jest trudną do rozstrzygnięcia. Kompetentnemi do orzekania są sądy I instancji, od orzeczeń których przysługuje stronom prawo odwołania się do dalszych instancyj sądowo-cywilnych. Zmiana orzeczeń z powodu nowych okoliczności faktycznych możliwa jest tylko w ciągu 3-ch lat od ostatecznej decyzji.

Zakończenie.

Scalenie ustawodawstwa w zakresie ubezpieczenia wypadkowego dokonane przez ustawę o ubezpieczeniu społecznem, nie jest zdarzeniem wyodrębnionem w polityce współczesnych ustawodawstw ubezpieczeniowych państw europejskich. W ostatnich latach dokonana została nowelizacja i ujednostajnienie tego ustawodawstwa, między innemi w Rumunji, Danji, Niemczech i Włoszech.

Ustawa scaleniowa wzorowała się pośrednio na tych ustawodawstwach, o ile to było ze względu na odmienne warunki możliwe i wskazane. Jak już na wstępie wspomnieliśmy główną zasługą przepisów ustawy scaleniowej w zakresie ubezpieczenia wypadkowego jest usunięcie różnorodności przepisów ustawowych. Odmienne traktowanie tych samych wypadków w różnych częściach państwa, — różne obciążenie zakładów pracy kosztami ubezpieczenia wypadkowego, — niejednolite warunki uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, — wszystkie te różnice tworzyły w konsekwencji stan faktyczny, który domagał się zmiany.

Zakres ubezpieczenia został zwiększony przez przyjęcie za podstawę nie charakteru wzgl. rodzaju przedsiębiorstwa, — ale stosunku służbowego wzgl. pracy najemnej. W ten sposób usunięty został krzywdzący szeregi pracowników przepis, uzależniający przyznanie im uprawnień z ubezpieczenia wypadkowego — od rodzaju przedsiębiorstwa. Pracownik pozbawiony był tych uprawnień, niekiedy wbrew przepisom ustawowym, wskutek tego, że przesiębiorstwo w którem uległ wypadkowi nie zostało uznane za podlegające ubezpieczeniu, — w której to sprawie tak dla niego żywotnej i istotnej, pozbawiony był prawa interwenjowania. Ograniczenie wysokości zarobków, branych za podstawę przy wymiarze rent, usuwa możliwość przyznawania wysokich rent, szkodliwych i społecznie nieuzasadnionych.

Rozszerzenie definicji wypadku i włączenie chorób zawodowych, — jakkolwiek w stosunkowo szczupłej liczbie, — jest dużym krokiem naprzód, stanowi bowiem wyłom w zasadzie udzielania świadczeń jedynie za wypadki przy pracy.

W stosunku do świadczeń dla uszkodzonych, ustawa scaleniowa wprowadza znaczne polepszenie tak co do świadczeń leczniczych,—do których uszkodzony ma według niej prawo przez cały czas trwania niezdolności, jak co do świadczeń pieniężnych, które zostały znacznie podwyższone. Renty dla wdów zostały podwyższone z 20% na 30% podstawy wymiaru, — renty sierot podwyższono z 15 i 20% na 20 do 25%. Wiek sierot podwyższono z 17 i 18 lat życia, oraz przyznano uprawnienia dalsze dla kształcących się sierot i wprowadzono dodatki rodzinne. Słusznym jest również przepis odmawiający renty uszkodzonym, których stopień niezdolności nie przekracza 10%. Uzależnienie wypłaty renty dla wstępnych, — nie od pozostawania na utrzymaniu zmarłego, ale od faktycznego braku środków do utrzymania jest słuszną inowacją w tej dziedzinie. Podkreślić należy również przepis zezwalający na kapitalizację renty.

W zakresie składek ubezpieczeniowych, — przeciętne obciążenie produkcji z tytułu opłat za ubezpieczenie wypadkowe nie zostało zwiększone, a nawet w porównaniu z b. zaborem pruskim wykazuje b. znaczne obniżenie (z 4% na 1,4%). Wprowadzenie dodatkowej opłaty w wysokości 0,3% zarobków, mającej pokryć koszta związane z świadczeniami wypadkowemi dzielnic zachodnich — przejętych od Niemiec bez żadnych rezerw, — ma uzasadnienie w konieczności rozłożenia tych kosztów na całe państwo, tembardziej, że dotychczas koszta te ponosili tylko przedsiębiorcy jednej części państwa.

W powyższym artykule staraliśmy się przedstawić, w świetle dotychczasowych ustaw i ustawodawstwa zagranicznego, w oparciu o teoretyczne podstawy — najważniejsze postanowienia ustawy o ubezpieczeniu społecznem w zakresie ubezpieczenia wypadkowego, a zarazem wykazać czy i o ile przepisy te wypełniają luki ustawodawstwa dotychczasowego. Powyższe przedstawienie posiada zapewne braki i niedociągnięcia, — jeżeli jednak przyczyni się ono do wykazania, że przepisy nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznem w zakresie ubezpieczenia wypadkowego stanowią poważny krok w naszem ustawodawstwie, krok, do którego należy ustosunkować się przedewszystkiem rzeczowo i ze zrozumieniem warunków i stanu dotychczasowego, — uznamy, że praca nasza zadanie swe spełniła.

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

OBOWIĄZEK UBEZPIECZEŃ

1) Istotne cechy stosunku pracy najemnej, stosunku służbowego i zatrudnienia w rozumieniu ubezp. prac. umysłowych.

2) Obowiązek ubezpieczenia praktykantów mierniczych.

Wyjaśnienie Min. Op. Społ. z dnia 21 kwietnia 1934 r. L. 393/Un.

W myśl art. 2 ust. (1) ustawy z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 396) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia osoby, pozostające *w stosunku pracy najemnej lub stosunku służbowym.* Art. 2 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) stanowi, iż obowiązkowi ubezpieczenia w zakresie, rozporządzeniem tem ustalonym, podlegają pracownicy umysłowi, którzy „są *zatrudnieni* u innych osób fizycznych lub osób prawnych..."

Ponieważ wykładnia przytoczonych powyżej przepisów prawa może nastręczać pewne trudności, o czem świadczą napływające do Ministerstwa zapytania, zażalenia i odwołania, przeto Ministerstwo zaleca stosować wyłuszczone poniżej kryterja, ustalone przez doktrynę i orzecznictwo, które w praktyce mogą ułatwić instytucjom ubezpieczeń społecznych określenie zajęć, uzasadniających obowiązek ubezpieczenia.

Przy wykładni powyższych przepisów należy mieć przedewszystkiem na uwadze podstawową myśl, jaka kierowała ustawodawcą, a mianowicie, iż ubezpieczeniem winna być objęta warstwa pracownicza w znaczeniu ogólnie przyjętem t. j. grupa osób niesamodzielnie zarobkujących, — w przeciwstawieniu do osób, które samodzielnie pracują na własne ryzyko (rolnicy, kupcy, przemysłowcy, wolne zawody i t. p.). Te ostatnie grupy osób nie są w Polsce objęte, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 305 i 312 ustawy z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396), ustawodawstwem o obowiązkowem ubezpieczeniu od grożących im ryzyk.

Jeśli chodzi o przeprowadzenie linji granicznej pomiędzy pracą niesamodzielną i samodzielną, co jest w danym przypadku istotą zagadnienia, to należy mieć na uwadze podane w dalszej części niniejszego wyjaśnienia najistotniejsze cechy charakterystyczne, wyróżniające pracę niesamodzielną (stosunek pracy najemnej, stosunek służbowy, zatrudnienie w rozumieniu ubezpieczenia pracowników umysłowych), która uzasadnia obowiązek ubezpieczenia. W każdym więc przypadku, gdy chodzi o poddanie pracownika obowiązkowi ubezpieczenia, winny być stwierdzone następujące okoliczności:

1) pracownik oddaje do dyspozycji pracodawcy swoją pracę, jako taką (umownie lub przez zwykłe tylko dopuszczenie do pracy, co szczególnie często spotyka się przy zatrudnianiu robotników lub członków rodziny pracodawcy), a nie jej wynik (umowa o dzieło, umowa pełnomocnictwa), czyli przedmiotem stosunku *jest świadczenie pracy na rzecz pracodawcy*, przyczem obojętne jest, czy wynagrodzenie za pracę uzależniono od samego faktu świadczenia pracy, czy też od jej wyniku (wynagrodzenie t. zw. akordowe). Należy przytem zaznaczyć, że nie jest konieczne stwierdzenie, czy to w zakresie ubezpieczeń, unormowanych ustawą z dn. 28 marca 1933 r., czyto w zakresie ubezpieczeń, unormowanych rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 . — faktu zawarcia umowy o pracę bądź ustnie, bądź pisemnie, wystarczy, jeżeli ustalono faktyczne istnienie stosunku pracy, układającego się w formy w wyjaśnieniu niniejszem podane. Do twierdzenia takiego upoważnia sformułowanie przepisów: a) art. 2 ustawy z dn. 28 marca 1933 r. mówi, że podlegają obowiązkowi ubezpieczenia osoby „pozostające *w stosunku pracy najemnej*" (a nie tylko osoby, które zawarły „umowę o pracę"), przez co ustawodawca uznał za wystarczające faktyczne istnienie stosunku pracy najemnej, uzupełniając w ten sposób lukę, jakaby się wytworzyła, gdyby użyto określenia „umowa o pracę", przez to, że rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 323) nie zawiera, w przeciwieństwie do analogicznego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. o umowie o pracę robotników (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 324), przepisu o zawiązaniu się umowy o pracę pracownika umysłowego przez dopuszczenie go do pracy; b) art. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, stanowi, iż obowiązkowi ubezpieczenia podlegają pracownicy umysłowi „zatrudnieni u innych osób...", przez co należy rozumieć faktyczne zatrudnienie, jak to wyjaśnił Najwyższy Trybunał Administracyjny z wyroku z dn. 16/3 32 r. L. Rej. 8282/30 (Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr. 7 z r. 1932);

2) pracownik jest zależny od pracodawcy, co przejawia się szczególnie w konieczności osobistego podporządkowania się pracodawcy, który sam lub przez inne osoby wyznacza pracownikowi pracę i kierują nią; pracownik jest obowiązany stosować się do udzielanych mu wskazówek i poleceń, zwłaszcza co do tego, w jakim czasie ma pracować i co, kiedy oraz jak wykonywać. Zależność osobista może też łączyć się dalej z obowiązkiem odpowiedniego zachowywania się również poza zakładem pracy.. Poza zależnością ściśle osobistą można jednak stwierdzić również wyraźne elementy zależności gospodarczej pracownika od pracodawcy;

3) pracownik jest zatrudniony na ryzyko pracodawcy, t. zn., że pracodawca — a nie pracownik — jest obciążony ryzykiem pracy. Pracownik nie wykonywa pracy na własny rachunek, lecz praca odbywa się na rachunek pracodawcy, aczkolwiek mogą się zdarzać przypadki, że samo wynagrodzenie pracownika niekoniecznie musi obciążać pracodawcę, lecz może obciążać osoby trzecie, w całości lub częściowo (np. służba kościelna pobiera wynagrodzenie od parafjan, służba hotelowa otrzymuje datki od gości i t. p.). Inaczej przedstawia się sprawa np. przy umowie o dzieło, gdzie na podstawie wzajemnego porozumienia (umowy) jedna osoba (krawiec, szewc) przyjmuje od innej osoby zlecenie wykonania za wynagrodzeniem pewnej pracy i zobowiązuje się dostarczyć jej wynik pracy (garnitur, obuwie), pracę zaś wykonuje na własne ryzyko, zupełnie samodzielnie co do czasu i techniki pracy i t. d.

Rozpatrując na tle powyższych uwag, konkretne pytanie, czy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia praktykanci mierniczy, wykonywujący prace pomiarowe na mocy umowy z miernicznym przysięgłym, Ministerstwo Opieki Społecznej wyraża zapatrywanie, że praktykanci, którzy zawarli umowę według wzoru przedstawionego w załączeniu do niniejszego pisma, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, gdyż w stosunku umownym, łączącym obie strony należy dopatrzeć się raczej cech umowy o dzieło, a nie stosunku pracy niesamodzielnej i to w tych przypadkach zwłaszcza, gdy odnośne władze państwowe (Okręgowe Urzędy Ziemskie) udzieliły zezwolenia mierniczemu przysięgłemu na przekazanie wykonania powierzonych mu prac pomiarowych praktykantowi, jako samodzielnemu wykonawcy.

Za Dyrektora Departamentu
(—) W Bruner.
Naczelnik Wydziału.

Pojęcie „osób, pobierających rentę inwalidzką" w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt. 3 ustawy z 28/3.1933 r.

Wyjaśnienie Min. Op. Społ. z dnia 31 marca 1934 r. L. 258/Un.

Przez osoby pobierające rentę inwalidzką wymienione w art. 6 ust. 1 pkt. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznem rozumieć należy jedynie osoby, otrzymujące rentę inwalidzką na podstawie przepisów ustawy z dnia 28/III.1933r. o ubezpieczeniu społecznem.

Osoby, pobierające renty wypadkowe lub renty inwalidzkie na podstawie innych ustaw o ubezpieczeniu społecznem oraz inwalidzi wojenni, pobierający zaopatrzenie inwalidzkie — nie są z tego tytułu zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia w zakresie art. 1 pkt. 2 lit. b) ustawy o ubezpieczeniu społecznem, jeśli nie są niezdolni do zarobkowania w rozumieniu art. 154 ust. tej ustawy.

Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa pracowników Banku Polskiego.

Warszawa, dnia 21 marca 1934 r.

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ
Nr. 927/LO/U. K.

Do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń Warszawa, Lwów, Poznań.

W związku z licznemi zapytaniami w tej sprawie Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadamia, że art. 297 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) nie ma zastosowania do Banku Polskiego, wobec tego pracownicy tego Banku podlegają ubezpieczeniu w zakresie art. 1 pkt. 1 wymienionej ustawy od dnia jej wejścia w życie.

Jednocześnie Ministerstwo poleca wydać niezwłocznie ubezpieczalniom społecznym odpowiednie zarządzenia, aby uwzględniły wnioski Oddziałów Banku Polskiego o przedłużenie obowiązujących przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem umów w sprawie udzielania świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa pracownikom Banku.

Do czasu nadesłania przez Ministerstwo wzoru nowej umowy należy stosować dotychczasowe warunki umów z tem zastrzeżeniem, że procentowe wpłaty miesięczne Banku Polskiego, obliczone będą od sumy składek należnych ubezpieczalni społecznej w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznem. W tych ubezpieczalniach, w których dotychczasowa umowa z Bankiem Polskim przewiduje zamiast procentowej sumy ryczałtowe wpłaty, należy pobierać je zaliczkowo w dotychczasowej wysokości do czasu ewentualnego innego ustalenia w nowej umowie.

za Dyrektora Departamentu
(—) *K. Dagnan.*
Naczelnik Wydziału

Warszawa, 22 marca 1934 r.

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ
Nr. 182/Un

Do
Pana Prezesa Banku Polskiego
w miejscu

Załatwiając pismo Pana Prezesa z dn. 15 ub. m. w sprawie ubezpieczenia pracowników Banku Polskiego na wypadek choroby i macierzyństwa — Ministerstwo wyjaśnia, że przepis art. 297 ustawy o ubezpieczeniu społecznem z dnia 28.III.1933 r. nie ma zastosowania do pracowników Banku Polskiego. Postanowienia tego artykułu stawiają wymóg, aby udzielanie pomocy leczniczej przez instytucje miało miejsce „zamiast ubezpieczenia w Kasach Chorych", co należy rozumieć w tym sensie, że odnośni pracownicy nie byli ubezpieczeni w Kasie Chorych. Natomiast z treści umów dotychczas zawartych między Bankiem Polskim a Kasami Chorych wynika niewątpliwie, że pracownicy Banku Polskiego byli ubezpieczeni w Kasie Chorych, gdyż w umowach stwierdzono wyraźnie zarówno obowiązek ubezpieczenia tych pracowników w Kasie Chorych, jak i wynikający z niego obowiązek uiszczania Kasie należnych wg. ustawy składek; przyczem część sumy przypadającej Kasie z tytułu składek przeznaczona była przez Kasę na pokrycie kosztów udzielania pomocy leczniczej bezpośrednio przez Bank, część zaś sumy wpłacana była przez Bank do Kasy Chorych. Również w umowach wspomnianych przewidziane były pewne obowiązki Banku, wynikające z ubezpieczenia pracowników Banku w Kasie Chorych, jak np. obowiązek przesyłanie Kasie odpisów list płacy oraz umożliwiania organom Kasy wykonywania kontroli w zakresie art. 78 ustawy z dn. 19.V.1920 r. i t. p.

Ponadto ustęp 1 powołanego art. 297 ustawy o ubezpieczeniu społecznem mówi o pomocy leczniczej udzielanej przez instytucje w wyraźnem oparciu na przepisach prawnych, co również przemawia tylko za tem, że art. 297 nie odnosi się do pracowników Banku Polskiego, przed wejściem bowiem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem nie istniały żadne przepisy prawne, na zasadzie których Bank Polski mógłby udzielać swym pracownikom pomocy leczniczej zamiast ubezpieczenia w Kasach Chorych.

Zważywszy na powyższe należy dojść do wniosku, że Bank Polski udzielał pomocy leczniczej swym pracownikom nie „zamiast ubezpieczenia w Kasach Chorych", lecz w ramach tego ubepieczenia, na podstawie upoważnienia Kasy Chorych, której pracownicy Banku byli członkami, a zatem art. 297 ustawy o ubezpieczeniu społecznem do pracowników tych niema zastosowania.

Jednocześnie Ministerstwo komunikuje, że nie sprzeciwia się utrzymaniu dotychczasowego stanu rzeczy t. j. aby sprawa wykonania ubezpieczenia pracowników Banku Polskiego w zakresie art. 1 pkt. 1 usthawy o ubezpieczeniu społecznem była nadal normowana umowami między Bankiem a poszczególnemi ubezpieczalniami społecznemi. Do czasu uzgodnienia treści wzoru umowy i zawarcia umów zostanie utrzymany status quo z przed 1 stycznia 1934 r.

Odnośne zarządzenia wydaje Ministerstwo ubezpieczalniom społecznym.

w/z Dyrektor Departamentu
(—) *K. Dagnan.*
Naczelnik Wydziału.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA.

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 21 grudnia 1933 r. L. Rej. 6385/31[1]).

1. Postanowienia art. 37 ustawy z dnia 19 maja 1920 r., normujące udzielanie przez Kasę Chorych pomocy ubezpieczonym, przebywającym czasowo poza okręgiem Kasy, nie robią różnicy co do dobrowolnego lub przymusowego pobytu ubezpieczonego poza okręgiem właściwej Kasy Chorych.

2. Orzeczenie lekarza Kasowego oraz Komisji lekarskiej o potrzebie kuracji w miejscu kąpielowem nie są jeszcze identyczne z zezwoleniem Zarządu Kasy na wyjazd do miejsca kąpielowego.

Z uzasadnienia:

„Powołany w skardze ustęp I art. 37 w zdaniu pierwszem—zdanie drugie, dotyczące rozrachunku między kasami chorych, nie wchodzi tu pod uwagę — głosi, że czasowy pobyt poza okręgiem Kasy nie powoduje utraty prawa do świadczeń; są one udzielane w tym wypadku przez Kasę miejsca pobytu na koszt Kasy, której ubezpieczony jest członkiem. Z przepisu tego wobec jego ogólnikowego brzmienia wynika, że ustawodawca nie miał zamiaru robić różnicy między nieobecnością członka dobrowolną a przymusową w obrębie swej Kasy Chorych; niema też żadnego racjonalnego powodu, dla którego należałoby zastosowanie tego przepisu ograniczać tylko do wypadków pobytu dobrowolnego względnie przypadkowego poza okręgiem właściwej Kasy. To samo odnosi się również do zostającego z tym przepisem w logicznym związku ustępu II tegoż artykułu.

W następstwie tego uznać należy, że także w wypadkach jak niniejszy, gdy członek opuścił czasowo okręg swej Kasy Chorych dla przeprowadzenia koniecznej kuracji, może Kasa w myśl ustępu II art. 37 cyt. ustawy według swego uznania albo ponosić koszty leczenia, rozumie się w ramach postanowień ustawy z 19 maja 1920 r., albo też zamiast tego udzielić członkowi kwoty pieniężnej w wysokości do ⅔ przypadającego za dany okres leczenia zasiłku. W żadnym jednak razie art. 37 nie uprawnia członka Kasy Chorych do skutecznego żądania zwrotu całych rzeczywistych kosztów leczenia i utrzymania, jakie członek poniósł poza okręgiem Kasy; prawo do żądania zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków przysługiwałoby członkowi tylko na zasadzie art. 42 ustęp III cyt. ustawy, o ile zachodziłyby podane tam warunki. Wywody skargi, zmierzające do wykazania, że tym warunkom w sprawie niniejszej stało się zadość, nie są trafne; powołane bowiem w tym względzie orzeczenie lekarza kasowego D-ra M. oraz Komisji lekarskiej o potrzebie kuracji w miejscu kąpielowem, nie są jeszcze identyczne z zezwoleniem Zarządu Kasy na wyjazd do miejsca kąpielowego, a również nie zachodzi wypadek nagły w rozumieniu tego przepisu, jak to wynika już z tego, że skarżący zwrócił się właśnie do Kasowego lekarza. Poza tem zauważyć należy, że skarżący nawet nie twierdzi, iżby zwracał się był do Kasy Chorych w Krzeszowicach o pomoc lekarską w tym czasie (art. 37 ustęp I cyt. ustawy). Jeżeli zatem władza stanęła na stanowisku, że nie zachodzą wymogi z art. 42 ustęp III powołanej ustawy i przyznała skarżącemu zwrot kosztów leczenia w formie pewnego dodatku do zasiłku chorobowego, Najwyższy Trybunał Administracyjny w tem stanowisku władzy pozwanej nie dopatrzył się zarzuconej nielegalności zaskarżonego orzeczenia i oddalił skargę, jako nieuzasadnioną".

[1]) Wyrok powyższy ma analogiczne zastosowanie do art. art. 125 i 123 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem.

Dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa.

Reskrypt Min. Op. Społ. z dnia 6 kwietnia 1934 r. L. 117/Un.

„Do czasu wejścia w życie rozporządzenia, przewidzianego w art. 12 ustawy o ubezpieczeniu społecznem, kwestję dobrowolnie dotychczas ubezpieczonych na wypadek choroby należy rozwiązać w ten sposób, że osoby, które w przeddzień wejścia w życie nowej ustawy były dobrowolnie ubezpieczone, mogą nadal dobrowolnie się ubezpieczać. Składkę od takich osób należy pobierać w wysokości 5%, świadczenia zaś udzielać należy na warunkach ogólnych, ale tylko ubezpieczonemu (zasada dawnej ustawy z 19.V.1920 r.). Do oceny przerwania dobrowolnego ubezpieczenia należy również tymczasowo stosować kryterja dawnej ustawy z 19.V.1920 r., a w szczególności jej art. 14; ubezpieczony, który przerwie swe dobrowolne ubezpieczenie traci prawo do ponownego dobrowolnego ubezpieczenia, a będzie mógł podjąć to ubezpieczenie dopiero po wyjściu i na warunkach rozporządzenia, przewidzianego w art. 12 ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Powyższe rozwiązanie sprawy Ministerstwo Opiera na zasadzie nabytych praw, zawartej w art. 296 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznem, gdyż dobrowolne ubezpieczenie jest niewątpliwie jedną z tych instytucyj, do których nabyć można prawa. Zawartego w cytowanym ust. 2 art. 296 zwrotu „jeżeli ustawa niniejsza nie stanowi inaczej", jako przepisu, stanowiącego wyjątek od tezy ogólnej, nie można interpretować w sensie rozszerzającym, a w szczególności nie można stąd wyprowadzać wniosku, że zasada praw nabytych nie ma zastosowania do instytucji dobrowolnego ubezpieczenia, skoro taka instytucja jest w nowej ustawie przewidziana; zacytowany zwrot „jeżeli ustawa...." ma w szczególności zastosowanie do tych przypadków, w których z mocy samej ustawy pewne kategorje pracowników dotychczas ubezpieczonych stają obecnie poza nawiasem ubezpieczenia chorobowego (np. pracownicy rolni).

Podane w ustępie pierwszym niniejszego pisma tymczasowe zasady dalszego prowadzenia dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa wynikają z konieczności posiłkowego zastosowania pewnych norm wobec braku rozporządzenia, przewidzianego w art. 12 ustawy o ubezpieczeniu społecznem".

Pobieranie dopłat od osób leczonych z mocy art. 25 i 61 rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Wyjaśnienie Min. Op. Społ. z dnia 14 kwietnia 1934 r. L. 1587/2/N/Uk.

Do
Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych
w miejscu.

Ministerstwo Opieki Spoełczej przesyła w załączeniu do właściwego załatwienia odpis zażalenia Karola Sz. w sprawie pobierania dopłat za porady lekarskie i t. d. od osób, korzystających z pomocy leczniczej na podstawie art. 25 względnie z leczenia na podstawie art. 61 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24.XI.1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911), przyczem wyjaśnia, co następuje:

W razie przyjęcia, że w konkretnym przypadku chodzi o pomoc leczniczą z art. 25 cyt. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, ściąganie dopłat nie wydaje się uzasadnione w przepisach art. 25 i 41 przytoczonego rozporządzenia.

Art. 41 stanowi, iż pomoc lecznicza należy się „w tym zakresie, w jakim udziela tej pomocy" ubezpieczalnia społeczna. Przez „zakres" w rozumieniu art. 95 ustawy z dn. 28 marca 1933 r. i statutów ubezpieczalni uważa się to, co pomoc lecznicza winna obejmować według jej rodzajów (a więc m. in. opiekę lekarską, z wyłączeniem jednak porad kosmetycznych, pomoc dentystyczną ściśle określoną i t. p.). Ale do zakresu nie wchodzą dopłaty, oddzielnie ustanowione w art. 96 ustawy. Ponieważ zaś art. 25 rozporządzenia mówi o pomocy leczniczej „na koszt Z. U. P. U.", przeto należało zająć stanowisko, jak wyżej.

Również przy leczeniu z art. 61 cyt. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej nie można ustanowić dopłat, jeżeli leczenie odbywa się na żądanie Z. U. P. U.

Ministerstwo nadmienia wreszcie, że pobieranie dopłat w przedstawionym powyżej w ust. 2 i 3 przypadku stałoby w logicznej sprzeczności z przepisem § 4 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dn. 28 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 815), który zwalnia ubezpieczonych od dopłat, począwszy od 5 tygodnia choroby.

Naczelnik Wydziału
(—) *K. Dagnan*

Pojęcie niezdolności do zarobkowania z art. 111 pkt. 1 ustawy z 28/3 1933 r.

Wyjaśnienie Min. Op. Społ. z 13 kwietnia 1934 r. L. 150/Un.

W postanowieniach ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) brak podstaw prawnych do ścisłego i dokładnego ustalenia kryterjum niezdolności do zarobkowania w rozumieniu art. 111 p. 1 powyższej ustawy, niezdolności, uprawniającej do korzystania z świadczeń przewidzianych w art. 110.

To też Ubezpieczalnie Społeczne przy ocenie niezdolności do zarobkowania męża ubezpieczonej nie są związane formalnie żadnemi bliższemi przepisami i mogą podejmować decyzję w tej mierze przy uwzględnieniu całokształtu warunków każdej sprawy indywidualnej.

Jako pomocnicza i orjentacyjna wskazówka przy kwalifikowaniu niezdolności do zarobkowania w rozumieniu art. 111 p. 1. winno jednak służyć pojęcie inwalidztwa, zawarte w art. 154 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznem w tem znaczeniu, że o ile mąż ubezpieczonej stał się z jakiejkolwiek przyczyny niezdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu, będzie można zawsze przyjąć, że winien korzystać również z świadczeń chorobowych, przysługujących członkom rodziny ubezpieczonego; z uprawnień przewidzianych w art. 110, winienby mąż ubezpieczonej korzystać oczywiście niezależnie od tego, czy posiada prawo do renty inwalidzkiej; przyznanie renty tej winnoby jednak zasadniczo zwalniać Ubezpieczalnię od obowiązku powtórnego badania męża ubezpieczonej celem stwierdzenia, czy jest niezdolny do zarobkowania. Natomiast okoliczność, że ubezpieczony, który nie jest inwalidą w rozumieniu art. 154 ust. 1, stracił tylko częściowo, np. w 15 czy 40% zdolność zarobkowania wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, nie powinno samo przez się stanowić podstawy do uznania męża ubezpieczonej za niezdolnego do zarobkowania w rozumieniu art. 111 p. 1 ustawy.

Podobnie i osiągnięcie granicy wieku, przewidzianej w ust. 3 art. 154 nie powinnoby uzasadniać przyznania przez Ubezpieczalnię mężowi ubezpieczonej prawa korzystania z pomocy dla członków rodziny, że zachodzi u niego niezdolność zarobkowania.

Jeżeli mąż ubezpieczonej nie odpowiada warunkom co do niezdolności do zarobkowania, wówczas może korzystać ze świadczeń dla członków rodziny na podstawie art. 112 ust. (3) ustawy z dn. 28 marca 1933 r.

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

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 12 marca 1934 r. L. Rej. 4489/32.

Jeżeli osoba, odbywająca aplikację sądową, wykonywa równocześnie zajęcie uboczne, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, wówczas osoba ta z tytułu zajęcia ubocznego będzie podlegała obowiązkowi ubezpieczenia, gdy zajęcie to przynosi dochód wyższy od dochodu z aplikacji[1]).

[1]) Wyrok powyższy ma znaczenie precedensowe. Wynika z niego, że wszystkie osoby, objęte art. 5 punkty 4—6 rozporządzenia Prez. Rzplitej o ubezp. prac. umysłowych, jeżeli mają uboczne zajęcia, przynoszące im wyższe dochody, obok zajęć wskazanych w punktach 4 — 6 art. 5 z których nie są objęte obow. ubezpieczenia, wówczas z tytułu zajęć ubocznych podlegają obowiązkowi ubezpieczenia w Z. U. P. U. Należy zwrócić uwagę, iż ustawa z 15 marca 1934 r. nowelizująca ubezpieczenie prac. umysłowych zmienia dotychczasowy art. 5 punkty 4 — 6 wbrew zasadzie wyrażonej przez N. T. A. (Red.).

„Decyzją z dnia 18 lutego 1932 r. Nr. 3011/U.IV/31. Min. Pracy i Op. Społ. oddaliło odwołanie aplikanta sądowego Stanisława Sz. od orzeczenia Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy z dnia 19 lutego 1930 r. Nr. O. S. 6844/29, zatwierdzającego orzeczenie Z. U. P. U. w Warszawie z dnia 25 września 1928 r., którem uznano Stanisława Sz. z tytułu zatrudnienia go w firmie „Zakłady Solvay w Polsce" za podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia na zasadzie art. 3 punkt 6 i art. 2 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. Ust. poz. 911).

W skardze do N. T. A. wnosi Stanisław Sz. o uchylenie wymienionej decyzji Min. Pracy i Op. Społ. z powodu obrazy art. 5 punkt 4 powołanego rozporządzenia o ubezpieczniu pracowników umysłowych, wywodząc, że jako aplikant sądowy nie podlega on wogóle obowiązkowi ubezpieczenia.

N. T. A. rozważył, co następuje:

Skarżący nie kwestjonuje ani faktu ani rodzaju swego zatrudnienia w wymienionej wyżej firmie. Sporną więc jest w danym wypadku jedynie kwestja, czy skarżący pomimo, że był aplikantem sądowym, podlegał obowiązkowi ubezpieczenia w Z. U. P. U. z tytułu równoczesnego zajęcia we wspomnianej firmie.

Jak wynika z postanowień art. 2 i 3 powołanego wyżej rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, obowiązkowi ubezpieczenia podlegają zasadniczo wszyscy odpowiadający określonym w tych artykułach warunkom pracownicy umysłowi z tytułu zatrudnienia ich u innych osób fizycznych bądź prawnych zarówno prawa prywatnego, jak i publicznego. Od tej ogólnej zasady wszakże cytowane rozporządzenie czyni pewne wyjątki w art. 5 i 6, zwalniając w szczególności w punkcie 4 art. 5 od obowiązku ubezpieczenia mianowanych na stałe (etatowych) funkcjonarjuszów państwowych oraz praktykantów względnie aplikantów. W postanowieniu tem, o ile ono dotyczy aplikantów, ma prawodawca na myśli aplikantów sądowych, gdyż zwolnienie aplikantów adwokackich jest uregulowane osobno w art. 6 pkt. 2. Z brzmienia przytoczonego wyżej postanowienia art. 5 p. 4 nie można powziąć, czy prawodawca chciał zwolnić od obowiązku ubezpieczenia aplikantów sądowych wogóle, a zatem także z tytułu zatrudnień innych, wykonywanych obok aplikacji i uzasadniających obowiązek ubezpieczenia na zasadzie art. 2 — 4, czy też tylko w odniesieniu do aplikacji.

Wyjaśnienia w tym względzie dostarcza jednak punkt 3 art. 5 cytowanego rozporządzenia, który głosi, że obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegają osoby, których czynności, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, stanowią zajęcie uboczne, przynoszące dochów niższy niż inne stałe czynności zarobkowe, nie uzasadniające obowiązku ubezpieczenia. W przepisie tym, jak to z niego wynika, prawodawca unormował sytuację, w której jedna i ta sama osoba ma dwa zajęcia połączone ze stałemi czynnościami, mianowicie: jedno główne, nie uzasadniające obowiązku ubezpieczenia i drugie uboczne, obowiązek ten uzasadniające, i postanowił, że w tym razie dana osoba także i z tytułu powyższego zajęcia ubocznego obowiązkowi ubezpieczenia nie podlega, jeżeli zajęcie to przynosi dochód niższy od dochodu z zajęcia głównego. Aplikacja sądowa, jak to wynika z art. 5 p. 4 obowiązku ubezpieczenia nie uzasadnia. W następstwie tych rozważań uznać należy, że w wypadku, w którym aplikacja sądowa jest zajęciem głównem, a dana osoba wykonywa równocześnie zajęcie uboczne, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, osoba ta z tytułu zajęcia ubocznego będzie podlegała obowiązkowi ubezpieczenia, jeżeli zajęcie to przynosi dochód wyższy od dochodu z aplikacji. A ponieważ aplikacja sądowa jako taka jest oczywiście zajęciem głównem aplikanta sądowego, czego zresztą strony nie kwestjonowały i nie kwestjonują, a nadto jest poza sporem, że skarżący był bezpłatnym aplikantem sądowym, zaś za pracę w „Zakładach Solvay" pobierał wynagrodzenie, nie mógł N. T. A. dopatrzeć się w zaskarżonem orzeczeniu obrazy art. 5 punktu 4 cytowanego rozporządzenia i skargę oddalił jako nieuzasadnioną".

Ustalenie pracodawcy służby kościelnej.

Min. Op. Społ. opracowało ostatnio projekt swego stanowiska, jakie będzie zajmowane przy załatwianiu odwołań, wpływających do Ministerstwa w toku instancyj, w sprawie ustalenia pracodawcy służby kościelnej. Poniżej podaje się najistotniejsze części jednolitego wzoru motywów decyzyj ministerjalnych. (Red.).

„Ministerstwo Opieki Społecznej, rozstrzygając niniejszą sprawę w toku instancyj na mocy art. 164 cytowanego rozporządzenia uwzględnia rekurs . . . . . od powyższej decyzji i uchyla ją, jako ustawowo nieuzasadnioną z motywów niżej przytoczonych.

Spór w sprawie niniejszej dotyczy zagadnienia, kto jest pracodawcą organisty. W kwestji tej zarówno orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych o uznaniu obowiązku ubezpieczenia . . . . . jak również utrzymująca je w mocy decyzja Urzędu Wojewódzkiego zajmują stanowisko, że proboszcz kościoła katolickiego jest w stosunku do organisty pracodawcą w rozumieniu art. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, a jako taki zobowiązany jest osobiście do uiszczania należnych Zakładowi składek ubezpieczeniowych.

Zdaniem Ministerstwa Opieki Społecznej, powyższy pogląd prawny nie jest uzasadniony. Wymienione rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej nie określa pojęcia pracodawcy, wobec czego należy przyjąć, że rozumie je w zwyczajnem jego znaczeniu w którem pracodawcą jest osoba fizyczna lub prawna, na której rzecz pracownik świadczy usługi oraz na której rachunek i ryzyko jest zatrudniany. O ile chodzi o organistów to już z samego rodzaju świadczonych przez nich usług, polegających głównie na graniu na organach i śpiewaniu w czasie mszy świętej oraz innych obrzędów religijnych wynika, że czynności służbowe wykonywują oni nie na rzecz proboszcza, lecz na rzecz kościoła. Również na rachunek i ryzyko kościoła, a nie proboszcza są organiści zatrudniani, o czem świadczy dowodnie ta okoliczność, że w wypadkach w których niezależnie od datków wręczanych im przez parafian otrzymują wynagrodzenie od kościoła nie pochodzi ono z osobistego majątku względnie dochodów proboszcza, lecz dochodów kościoła przy którym są ustanowieni, a który w myśl prawa kanonicznego (kanon 1495 § 2) obowiązującego na obszarze Państwa Polskiego w myśl art. I i XVI Konkordatu (Dz. U. R. P. Nr. 72 poz. 501 z r. 1925) posiada osobowość prawną.

Z powyższych wywodów wynika, że pracodawcą organisty jest odpowiedni kościół, natomiast brak podstawy prawnej do uznania, że pracodawcą organisty jest proboszcz, oraz, że ten ostatni obowiązany jest do opłacania z własnych funduszów składek ubezpieczeniowych za organistę.

Skoro zaś obojętną jest rzeczą, czy pracodawca osobiście przyjmuje pracowników i sprawuje nad nimi nadzór służbowy, czy też wyręcza się w tej mierze pełnomocnikiem lub zastępcą, co z natury rzeczy jest konieczne w przypadkach, gdy pracodawcą jest osoba prawna, a co właśnie zachodzi w niniejszej sprawie, podniesiona w motywach zaskarżonej decyzji i orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych okoliczność, iż proboszcz zawiera umowę służbową z organistą, który pozostaje w stosunku zależności służbowej do proboszcza i jest mu całkowicie podporządkowany nie ma dla rozpatrywanego zagadnienia decydującego znaczenia, uzasadniając jedynie obowiązek proboszcza, jako kierownika kościoła (zakładu pracy) w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych do dokonania przepisanych zgłoszeń do ubezpieczenia i opłacania z funduszów stojących do dyspozycji kościoła składek ubezpieczeniowych. Z powyższych zasad należało decyzję Urzędu Wojewódzkiego, uznającą proboszcza parafji rzymsko-katolickiej w . . . . ks. . . . . za pracodawcę . . . . . zatrudnionego w charakterze organisty kościoła parafjalnego w . . . . ., a jako takiego za zobowiązanego osobiście do opłacania należnych z tytułu ubezpieczenia składek u c h y l i ć i u z n a ć za pracodawcę organisty . . . . . kościół parafialny w . . . . .

W związku z powyższem Ministerstwo Opieki Społecznej nadmienia, że składek ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczenia organisty dochodzić należy na majątku i dochodach wymienionego kościoła prafialnego, przyczem winne być uwzględnione postanowienia . . . . . Nie wyłącza to oczywiście obowiązków ciążących z mocy prawa na proboszczu, jako kierowniku i zastępcy prawnym kościoła, jako zakładu pracy.

O treści niniejszej decyzji należy zawiadomić rekurenta, Z. U. P. U. w Warszawie, Biuro w . . . . oraz . . . . z zaznaczeniem, że rozstrzygnięcie to jest ostateczne w administracyjnym toku instancyj, co nie wyłącza uprawnienia do wniesienia skargi do Najwyższego Trybunału Administracyjnego".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 11 października 1933 r. L. C. I. 598/33.

Kontroler — brakarz, którego czynności sprowadzają się do mechanicznego badania przy pomocy specjalnych narzędzi, czy praca kontrolowanych przez niego robotników odpowiada określonemu wzorowi, a nie decyduje przytem ostatecznie o jej przyjęciu czy też odrzuceniu, nie może być poczytany za pracownika umysłowego w myśl art. 2 p. 1 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych, który do takich pracowników zalicza majstrów, kierujących technicznie działem pracy i odpowiedzialnych za tę pracę[1]).

(Uzasadnienie pominięto — Red).

MATERJAŁY

Mgr. STEFAN RDZANEK

O USTRÓJ APTEK PUBLICZNYCH

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Od dłuższego okresu czasu, bo od 1922 roku, w łonie aptekarskich organizacyj zawodowych i na łamach ich oficjalnych pism, omawiane są rządowe projekty ustawy aptekarskiej. Wszystkie dyskutowane projekty nie wyłączając ostatniego, podobnie jak to ma miejsce obecnie, przewidywały system koncesyjny z pewnym, zależnie od wielkości osiedla, kontyngentem ludności przypadającym na jedną aptekę publiczną. Znaczną zmienność poglądów na kwestję ustroju aptek wykazywali farmaceuci-pracownicy w przeciwieństwie do właścicieli aptek, którzy nie chcieliby widzieć większych różnic w stosunku do obecnie istniejącego stanu . W ostatnich miesiącach zostały wysunięte przez poszczególnych farmaceutów projekty upaństwowienia lub ustawowego przymusu sprzedaży aptek prywatnych samorządom miejskim i powiatowym, a więc zmierzające do zasadniczej zmiany dotychczasowego stanu prawno-gospodarczego aptek.

Ustawa aptekarska, której celem jest uregulowanie spraw zakładania i prowadzenia aptek, oraz ustalenia podstaw prawno-gospodarczych ich istnienia, interesuje instytucje ubezpieczeń społecznych, a w szczególności instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby, nie tylko ze względu na to, że może normować uprawnienia instytucyj ubezpieczenia społecznego w zakresie zakładania i prowadzenia aptek własnych i zaopatrywania ubezpieczonych w leki poza aptekami, lecz również i z uwagi na to, że instytucje te prawdopodobnie nie stworzą wyłącznie własnej sieci aptek w takim stopniu, aby całkowicie uniezależnić się od aptek publicznych i z tej też przyczyny będą zmuszone do częściowego korzystania z usług tych ostatnich.

Dlatego też dla instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, jako masowego odbiorcy lekarstw, dbającego o należytą ich jakość ale też i cenę nie może być rzeczą obojętną czyją własnością będzie apteka publiczna, wykonywająca za zapłatą część świadczeń dla ubezpieczonych, czy właścicielem jej będzie Państwo, samorząd komunalny, przedsiębiorca prywatny uprzywilejowany (koncesja), czy też bez przywileju. Wprawdzie, niezależnie od tego kto będzie właścicielem apteki, za jakość lekarstw, w pojęciu należytego sporządzenia, będzie odpowiedzialny wyłącznie aptekarz, jednak nie można zadowolić się tylko stwierdzeniem, na kim ciąży odpowiedzialność, gdyż byłaby to korzyść mniej lub więcej problematyczna, to też aby nie poprzestać na stwierdzeniu formalnem należałoby w dyskusji oświetlić, czy nie wchodzą w grę i inne momenty, które mogą mieć ujemny wpływ, a raczej stać na przeszkodzie w czynnościach aptekarza przy sporządzaniu lekarstw.

Mając na uwadze te ewentualne ujemne wpływy pozwolę sobie wskazać różne możliwości, jakie mogą być zastosowane w rozwiązaniu zagadnienia własności aptek publicznych, z krótkiem uwzględnieniem dodatnich lub ujemnych stron, wynikających z zastosowania tego lub innego sposobu rozwiązania zagadnienia, a możliwości są następujące:

1) apteki publiczne jako własność Państwa,

2) apteki publiczne jako własność samorządu komunalnego,

3) apteki publiczne koncesjonowane, prowadzone przez uprawnione osoby prywatne,

4) zakładanie i prowadzenie aptek publicznych przez uprawnionych aptekarzy bez ograniczeń, t. j. z pominięciem koncesji.

Ponieważ nie byłoby większych różnic przy prowadzeniu aptek przez Państwo lub samorządy, podobnie jak nie będzie różnicy dla odbiorcy, czy będzie zaopatrzony w lekarstwa przez aptekę koncesjonowaną czy też bez koncesji, przeto ustrój aptek można rozpatrywać przez sprowadzenie do zagadnienia: a) apteki społeczne i b) apteki prywatne.

Zbędne jest, mojem zdaniem, dowodzić, że apteki jako własność Państwa lub samorządu komunalnego (apteki społeczne), niezainteresowane materjalnie, spełniałyby lepiej swoje zadanie, aniżeli mogą to uczynić apteki prywatne, to też istotnie korzystna zmiana, w stosunku do obecnie istniejących warunków, nastąpiłaby wówczas, gdyby apteki stały się własnością Państwa lub samorządów, gdyż przestałyby być objektem korzyści materjalnych poszczególnych jednostek lub grupy zawodowej, a stałyby się wykładnikiem potrzeb całego społeczeństwa.

Samo uznanie wyższości aptek społecznych nad aptekami prywatnemi nie jest, trzeba to przyznać, ostatecznem załatwieniem sprawy, gdyż przez to nie unika się całego szeregu trudności, a w szczególności trudności natury finansowej, które nastręczałyby się przy ewentualnej zmianie obecnie istniejącego stanu, to też wobec tych trudności na drodze do całkowicie słusznego i korzystnego dla społeczeństwa rozwiązania zagadnienia ustroju aptek należałoby poprzestać na takiej zmianie, któraby tych trudnośćci nie nastręczała, a była mimo wszystko korzystniejszą dla społeczeństwa i ogółu zawodowców.

Dla ludności korzystne będzie istnienie możliwie dużej ilości aptek, gdyż to ułatwia zaopatrywanie się w leki, nato-

[1]) przytoczone za Gaz. Sąd. Warsz. Nr. 16 z r. 1934. Teza może mieć analogiczne zastosowanie do art. 3 p. 1 rozp. Prez. Rzplitej z dnia 24 listop. 1927 r. o ubezp. prac. umysłowych (Red).

miast jest ludności do pewnego stopnia obojętne to, że właściciel będzie pobierał z apteki mniejsze zyski kosztem społeczeństwa.

Systemem, który może sprzyjać zwiększeniu się liczby aptek jest system wolnego osiedlania się aptekarzy i prowadzenia aptek opartych na „wolnej grze sił", to też system koncesjonowania aptek, bez różnicy czy byłyby to koncesje osobiste czy przenośne (z prawem sprzedaży), powinien być zarzucony. Pozatem zaś przez uruchomienie większej ilości aptek powstałyby nowe warsztaty pracy dla zawodowców, w konsekwencji czego zmniejszyłoby się panujące wśród nich bezrobocie.

R. S.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE A MECHANIZACJA

W „Soziale Praxis" z dn. 29 marca 1934 r. ukazał się ciekawy artykuł dyskusyjny prof. Zimmermanna, którego treść, ze względu na niektóre oryginalne propozycje dotyczące reformy polityki finansowej ubezpieczeń społecznych wydaje się ciekawa i zasługująca na zapoznanie się z nią polskiego czytelnika.

Wysunięty przez autora projekt ma na myśli przedewszystkiem niemieckie ubezpieczenia społ. Uważam jednak, że winien on zwrócić na siebie baczniejszą uwagę również i u nas.

Wychodząc ze stanowska wewnętrznych stosunków w Niemczech autor stwierdza, że w najbliższej przyszłości, ze względu na zamierzone i realizowane już reformy społeczne należy się spodziewać znacznego wzrostu wydatków w ubezpieczeniach społecznych.

Stojąc wobec grożącego niebezpieczeństwa wzrostu zobowiązań ubezpieczeń społecznych, zastanawia się autor nad możliwościami zaradzenia pogarszającej się sytuacji finansowej ubezpieczeń. Jedną z najpoważniejszych przeszkód do stworzenia w tych warunkach równowagi finansowej ubezpieczeń widzi autor w posuwającej się stale naprzód mechanizacji przemysłu niemieckiego.

Niekorzystne skutki mechanizacji uwidaczniają się w: 1) zwiększającej się inwalidności, oraz 2) w zmniejszającej się liczbie osób płacących składki.

„Nasza narodowo-socjalistyczna polityka gospodarcza — pisze autor — postawiła sobie za cel nie wywoływać nowej, niczem nieograniczonej, fali mechaniczno-maszynowej racjonalizacji w gospodarstwie niemieckiem."

Nie mniej jednak Niemcy, stwierdza autor, których przemysł przoduje w budowie najbardziej precyzyjnych maszyn i urządzeń technicznych, nie mogą sobie pozwolić na zahamowanie mechanizacji i modernizacji swego przemysłu. Odrzucając też myśl normowania mechanizacji pracy w drodze arbitralnych zarządzeń, proponuje autor wprowadzić system automatycznego hamowania (automatische Drosselung) mechanizacji, albo też niepomiernego tempa jej rozwoju zwłaszcza przez planowe pociągnięcie do ponoszenia ciężarów na rzecz ubezpieczeń społecznych, maszynowych sił roboczych, które niewątpliwie współpracują z siłami ludzkiemi, ale które też rywalizują z człowiekiem w wydajności pracy; **pozatem często zagrażają bezpieczeństwu podczas pracy, zdrowiu i egzystencji życiowej ludzi.**

Przez obciążenie składkami również i „żelaznych kolegów" stworzony byłby nietylko regulator równowagi gospodarczej, który byłby pomocny przy hamowaniu nieracjonalnego tempa mechanizacji, lecz równocześnie zostałaby stworzona możliwość, aby całą masę składkową, która dotychczas obciążała wyłącznie robotników oraz pracodawców, ale tylko w charakterze dających pracę ludziom — rozłożyć na całą, obok siebie pracującą i konkurującą z sobą armję wszystkich sił produktywnych: ludzkich i maszynowych.

Zastosowanie powyższej koncepcji ma swoje szczególne uzasadnienie w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. W żadnym bowiem dziale ubezpieczeń nie wysuwa się z taką siłą przekonywującą myśl, że właśnie sprawca bezrobocia — maszyna, winna być pociągnięta do ofiar na rzecz ludzi pozbawionych przez nią pracy.

Wysuwając swoją koncepcję, autor nie idzie jednak tak daleko, aby wogóle cały system finansowy oprzeć na kryterjach maszyny — płatnika. Składka, pobierana od pracownika winna być nadal utrzymana, dochody zaś z tytułu „opodatkowania maszyn" miałyby stworzyć jedynie specjalny fundusz **wyrównawczy, dodatkowy.**

Jeśli chodzi o samo przeprowadzenie powyższej koncepcji autor zaznacza, że istnieją duże trudności, uniemożliwiające obliczenie a priori finansowych wyników wprowadzenia w życie tego systemu. Autor ogranicza się tylko do stosunków panujących w przemyśle niemieckim, i stwierdzając pozatem niemożność ustalenia w braku danych statystycznych ilości zatrudnionych maszyn, proponuje, aby za podstawę wziąć ilość koni parowych, maszyn energetycznych, używanych przez poszczególne przedsiębiorstwa.

Wysuwając koncepcję konia parowego, autor oświadcza jednak, że znalezienie w całej pełni słusznego klucza wymiaru składki od maszyny musi natrafić na poważniejsze trudności. Składka od maszyny, aby była całkowicie słuszna powinna być ustalona nietylko w zależności od wielkości parku maszynowego, lecz również od rodzaju maszyny i sposobu jej wykorzystania, jak wreszcie w zależności od redukującego pracę ludzką działania maszyny.

* * *

Koncepcja pociągnięcia maszyny do opłacania składki jest pewnego rodzaju odmianą wysuniętej dwa lata temu koncepcji, aby składkę obliczać w zależności od wielkości inwestowanego kapitału. Nie wchodząc bliżej w omawianie szczegółów jednej czy też drugiej koncepcji, chciałbym wyrazić zdanie, że zasadniczo myśl sama jest niewątpliwie ciekawa. Kapitał inwestycyjny, czy też koń parowy prof. Zimmermanna — o ile pociągają za sobą bezrobocie ludzi — winny być zobowiązane do świadczeń na rzecz bezrobotnych.

O ile jednak sama koncepcja nie wydaje się może w zasadzie pozbawiona słuszności, to jednak słaba jej strona tkwi w oczywistych trudnościach, na jakie musianoby się natknąć przy jej realizowaniu. Już samo teoretyczne wynalezienie właściwego klucza ustalania składki jest b. trudne, tem bardziej zaś gdyby przyszło do realizacji tej koncepcji musiałaby ona pociągnąć za sobą wstrząs niejednego przedsiębiorstwa.

Należałoby się liczyć ze sprzeciwem wielkiego przemysłu, który z natury rzeczy najbardziej byłby dotknięty tą reformą.

Wielki przemysł posiada zaś zawsze wielki wpływ w państwie. Gdyby rząd Hitlera poszedł po linji wskazanej przez

swojego zwolennika prof. Zimmermanna dokonałby wielkiego, rewolucyjnego niemal dzieła przebudowy nietylko niemieckich ubezpieczeń społ. lecz również przebudowy struktury całego niemieckiego życia gospodarczego. Składka od maszyny stałaby się bowiem poważnym instrumentem w rękach państwa, zapomocą którego mogłoby ono regulować przynajmniej częściowo całą politykę inwestycyjną w gospodarstwie narodowem.

Że jednak, mimo wszystkie trudności, zrealizowanie powyższej koncepcji nie jest nie do przezwyciężenia, może wskazywać na to doświadczenie Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

Podczas inflacji pieniądza w 1923 r., gdy dochody ze składek przestały być realne, wprowadzone zostały specjalne dodatkowe opłaty od ilości wydobytego węgla t. zw. tonażowe. Tonażowe pobierane było przez dłuższy nawet okres czasu, dopóki z powrotem nie zostało zastąpione przez tradycyjne składki od pracownika. Również i obecnie wniesiony został do Sejmu Śląskiego projekt wprowadzenia tonażowego, jako środka, któryby umożliwił Spółce Brackiej przetrwanie obecnego kryzysu.

Na tle doświadczeń z opłat od tonażu, poczynionych u nas w Polsce, koncepcje pobierania składki od innych wartości niż od wartości płacy roboczej, nie powinny być uważane jako utopja. Sprawą tą należałoby się zająć bardziej szczegółowo, zawiera ona w sobie wiele całkiem słusznych myśli które, zdaje się, na tle obecnych stosunków gospodarczych już dojrzały przynajmniej do głębszego zastanowienia się nad niemi.

SEWERYN HARTMAN

NOWA ORGANIZACJA I ZADANIA FUNDUSZU BEZROBOCIA

Jesień zeszłoroczna zaznaczyła się aktem doniosłej wagi w rozwoju Funduszu Bezrobocia. Dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. zostały przydzielone tej instytucji agendy zniesionych państwowych urzędów pośrednictwa pracy.

Nie jest to przypadkiem, że właśnie Fundusz Bezrobocia, a nie jakąkolwiek inną osobę prawa publicznego, jak np. Fundusz Pracy lub ubezpieczalnie społeczne, obarczono działem zatrudnienia, działem tak ważnym z punktu widzenia polityki socjalnej państwa i zawarowanym zobowiązaniami międzynarodowemi. Pomiędzy publicznem pośrednictwem pracy, a zabezpieczeniem na wypadek bezrobocia istnieje bowiem szereg punktów stycznych. Oba te urządzenia są ważnemi formami świadczeń na rzecz bezrobotnych i powinny się wzajem uzupełniać. I jedno i drugie powołane są do walki z bezrobociem; jedno — czynnej, zapobiegawczej, drugie — biernej, łagodzącej jego skutki. Od dobrego funkcjonowania pośrednictwa pracy zależy ilość i jakość świadczeń zabezpieczeniowych na wypadek braku pracy i odwrotnie — działające sprawnie zabezpieczenie stanowi tarczę ochronną dla pośrednictwa pracy przed naciskiem mas, ogarniętych ostrym głodem pracy. Wreszcie wiele czynności, jak ewidencja bezrobotnych, zakładów pracy i t. p. są wspólne dla obu urządzeń.

Dotychczasowa praktyka w zakresie stosowania ustawy zabezpieczeniowej i wydanych na jej podstawie rozporządzeń wykonawczych utrwala również słuszność twierdzenia, że przeprowadzona reforma przyczyni się do właściwego uregulowania popytu i podaży na rynku pracy.

Z przejęciem pośrednictwa pracy zamyka się jeden okres działalności Funduszu Bezrobocia, a rozpoczyna drugi, który winien się zaznaczyć znaczniejszym rozwojem tej instytucji, chociaż scalenie przyniesie za sobą, niewątpliwie, pewne zwiększenie kosztów administracyjnych Funduszu Bezrobocia. Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. przewiduje wprawdzie, że na prowadzenie akcji pośrednictwa pracy mogą być obracane dopłaty Skarbu Państwa, ale praktyka uczy, że dopłaty te nie zawsze wystarczały na pokrycie kosztów samej tylko akcji zabezpieczeniowej, a wtedy trzeba się było uciekać do pożyczek.

Możemy jednak przejść nad tą obawą do porządku dziennego; — deficytowe lata dla Funduszu Bezrobocia skończyły się, jak się zdaje, z wprowadzeniem w roku 1932 ograniczeń do zbyt rozwiniętej akcji zasiłkowej.

Niemałą trudność przy scaleniu stanowiło nieprzystosowanie aparatu Funduszu Bezrobocia do nowych zadań; konieczność powiązania organizacji o tak swoistej strukturze wewnętrznej, jak Fundusz Bezrobocia, z instytucją, która, jak pośrednictwo pracy, zazębia się w sposób niezmiernie skomplikowany z interesami szeregu innych instytucyj — w sprawach migracyjnych z władzą administracji ogólnej, — w sprawach ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych z Zakładem Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, — w sprawach robót publicznych z Funduszem Pracy, — w sprawach pomocy charytatywnej dla bezrobotnych z opieką społeczną, z władzą skarbową (sprawy zwolnień od podatków) i t. d., musiała stanowić poważną trudność.

Aby sprostać zadaniu trzeba było przeprowadzić daleko idące przekształcenie w budowie Funduszu Bezrobocia. Przy sposobności, korzystając z szerokiej delegacji, którą dawał dekret z dnia 27 października 1933 r., usunięto niektóre normy przestarzałe ,sprzeczne z praktyką życiową lub interesem Państwa i hamujące swobodny rozwój instytucji.

Największemu przeobrażeniu uległ centralny organ wykonawczy Funduszu — dyrekcja. Dotychczasowy podział dyrekcji na wydziały nie był z punku widzenia aktualnych potrzeb ani logiczny ani celowy. Wydział administracyjno-organizacyjny, tworzący trzon dyrekcji, stanowił zlepek najróżnorodniejszych spraw, z których wiele kolidowało z czynnościami innych wydziałów. Np. inspekcja Funduszu uzależniona była bezpośrednio od dyrektora, a następnie, od wydziału administracyjno-organizacyjnego. Wydział administracyjno-organizacyjny stał się faktycznie jakąś komórką nadrzędną. To też w związku z reformą on pierwszy padł ofiarą; — został całkowicie zlikwidowany, a poszczególne jego czynności poprzydzielano do pozostałych wydziałów i wydziału pośrednictwa pracy. Powołanie do życia tego ostatniego wydziału było konieczne ze względu na planową organizację pośrednictwa pracy w Państwie, a oszczędności, uzyskane ze skasowania wydziału administracyjno-organizacyjnego, w zupełności na to pozwoliły. Z czynności wydziału administracyjno-organizacyjnego, nieprzydzielonych do poszczególnych jednostek, wyodrębniono sekretarjat generalny.

W organach lokalnych (zarządach obwodowych Funduszu Bezrobocia) zaszły również poważne zmiany. Obok komórek wykonawczych, któremi są w dziedzinie zabezpieczeniowej — biura obwodowe, powstały równorzędne komórki

w dziedzinie pośrednictwa pracy — biura pośrednictwa pracy. Biura te — to dawne p. u. p. p. o nieco zmniejszonym zakresie działania. Dualizm władz wykonawczych tłomaczy się charakterem zadań pośrednictwa pracy, wymagającym odrębnego traktowania.

Reforma Funduszu Bezrobocia pomyślana w pierwotnych koncepcjach w skali o wielet większej — jako skoncentrowanie w jednej instytucji wszelkich środków zapobiegania bezrobociu, walki z niem i łagodzenia jego skutków nie została jeszcze całkowicie przeprowadzona. Miała ona obejmować obok pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego również zatrudnienie bezrobotnych na robotach publicznych, zabezpieczenie na wypadek braku pracy, migrację, tworzenie samodzielnych warsztatów pracy, przysposobienie zawodowe, pomoc bezrobotnym obywatelom polskim zagranicą i wreszcie pomoc charytatywną dla bezrobotnych. Scalenie takie ułatwiłoby prowadzenie planowej i sharmonizowanej polityki w sprawach bezrobocia.

Zmiany dokonane dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. należy więc uważać jedynie jako pierwszy etap w dążeniu do ześrodkowania w Funduszu Bezrobocia wszelkich nowoczesnych środków zwalczania skutków bezrobocia.

ALICJA TEKSTORÓWNA

DZIAŁALNOŚĆ ZAKŁADÓW U. P. U. W DZIALE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY W 1933 R.[1])

Charakterystyczną cechą w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych w 1933 r. jest równoczesny spadek liczby ubezpieczonych i osób pobierających zasiłki, wówczas gdy normalnie zmniejszanie się liczby osób ubezpieczonych powinno powodować zwiększanie się liczby osób pobierających świadczenia.

Kształtowanie się spadku liczby ubezpieczonych ujmują przedstawione poniżej tablice porównawcze:

Tabl. 1. **Liczba ubezpieczonych**

Miesiąc względnie kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król.-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale[1]) .	112.398	35.696	43.585	42.241	233.920
„ II-gim „ [1]) .	112.029	34.334	43.714	42.048	232.125
„ III-cim „ [1]) .	110.486	33 943	43.357	41.468	229.254
w końcu m-ca październ.	108.540	34.062	44.077	41.051	227.730
„ „ „ listopada	107.236	34.239	44.066	40.948	226.489
„ „ „ grudnia .	105.943	34.384	45.735	40.948[2]	227.010
w IV-tym kwartale[1]) .	107.240	34.228	44.626	40.982	227.076
przeciętna miesięczna w 1933 r.	110.538	34.550	43.821	41.685	230.594

[1]) przeciętna miesięczna liczba ubezpieczonych.

[2]) w/g danych za listopad.

Tabl. 2. **Liczba ubezpieczonych**

Zakłady U. P. U.	PRZECIĘTNIE MIESIĘCZNIE:								
	w I-szem półroczu			w II-giem półroczu			w roku		
	1932	1933	1933 r. w % do 1932	1932	1933	1933 r. w % do 1932	1932	1933	1933 r. w % do 1932
Warszawa	116.309	112.214	96,5	113.961	108.862	95,5	115.135	110.538	96,0
Kr. Huta	38.425	35.014	91,1	36.143	34.086	94,3	37.284	34.550	92,7
Lwów	44.546	43.650	98,0	43.950	43.992	100.0	44.248	43.821	99,0
Poznań	44.059	42.145	95,7	42.503	41.225	97,0	43.281	41.685	96,3
Razem	243.339	233.023	95,8	236.557	228.165	96,4	239.948	230.594	96,1

Z tabel tych widzimy minimalny, jednak stały spadek liczby ubezpieczonych zarówno w stosunku do stanu istniejącego w 1932 r. jak i w poszczególnych okresach 1933 r. Przeciętna miesięczna liczba ubezpieczonych 1933 r. w porównaniu do 1932 r. zmniejszyła się o 3,9%.

W ciągu 1933 r. obniżka ta, przyjmując przeciętną miesięczną liczbę ubezpieczonych w pierwszym kwartale za 100 kształtowała się w sposób następujący: w II kwartale — 99,2, w III kw. — 98,0, a w IV kw. — 97,1. Stosunek procentowy obniżki w drugim półroczu w porównaniu do pierwszego półrocza w obu latach jest prawie jednakowy; w 1932 r. — 2,8%, a w 1933 r. — 2,1%.

Równoczesny spadek liczby osób pobierających zasiłki charakteryzują następujące tablice porównawcze:

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń" zeszyt 2.

Tabl. 3. **Liczba osób, którym wypłacono zasiłki z powodu braku pracy**

Miesiąc względnie kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król.-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale [1] . . .	9.351	3.470	3.248	2.742	18.811
w II-gim „ [1] . . .	8.103	2.703	3.011	2.305	16.122
w III-cim „ [1] . . .	6.369	2.114	2.432	1.505	12.420
w m-cu październiku . . .	5.710	2.020	2.265	1.703	11.698
w „ listopadzie	5.293	2.062	2.241	1.837	11.433
w „ grudniu	4.637	2.012	2.296	1.560	10.505
w IV-tym kwartale [1] . . .	5.213	2.031	2.268	1.700	11.212
przeciętna mies. w 1933 r.	7.259	2.580	2.739	2.063	14.641

[1]) przeciętna miesięczna liczba osób, którym wypłacono zasiłki.

Tabl. 4. **Liczba osób, którym wypłacono zasiłki na wypadek braku pracy**

Zakłady U. P. U.	PRZECIĘTNIE MIESIĘCZNIE								
	w I-szem półroczu			w II-giem półroczu			w roku		
	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932
Warszawa	11.965	8.727	72,9	10.494	5.791	55,2	11.229	7.259	64,6
Kr. Huta	3.900	3.087	79,2	4.084	2.073	50,8	3.992	2.580	64,6
Lwów	3.999	3.130	78,3	3.697	2.349	63,5	3.848	2.739	71,2
Poznań	3.494	2.523	72,2	3.572	1.603	44,9	3.533	2.063	58,4
Razem	23.358	17.467	74,8	21 847	11.816	54,1	22.602	14.641	64,8

Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających zasiłki zmniejszyła się w 1933 r. o 35,2%, przyczem spadek ten kształtował się następująco: w II kwartale przyjmując liczbę osób pobierających zasiłki w I kwartale za 100, wypłacono zasiłki osobom 85,7, w III kw. — 66,0 a w IV kw. — 59,6.

Zjawisko stałego zmniejszania się liczby osób pobierających zasiłki, pomimo zmniejszania się liczby osób ubezpieczonych bardzo wyraźnie podkreśla stosunek procentowy przeciętnej miesięcznej liczby osób, którym wypłacono zasiłki na wypadek braku pracy do przeciętnej miesięcznej liczby osób ubezpieczonych.

Na 100 osób ubezpieczonych otrzymywało zasiłki.

Tabl. 5.

Zakłady U.P U.	w 1932 r.		w 1933 r.		w roku	
	I-sze półrocze	II-gie półrocze	I-sze półrocze	II-gie półrocze	1932	1933
Warszawa . . .	10,3	9,2	7,8	5,3	9,9	6,6
Kr. Huta . . .	10,1	11,3	8,8	6,1	10,7	7,5
Lwów	9,0	8,4	7,2	5,3	8,7	6,3
Poznań	7,9	8,4	6,0	3,9	8,2	4,9
Razem . .	9,6	9,2	7,5	5,2	9,4	6,3

a mianowicie z 9,6 osób pobierających zasiłki na 100 osób ubezpieczonych w pierwszym półroczu 1932 r. liczba ta stopniowo spada do 5,2 w drugim półroczu 1933 r.

Zjawisko powyższe potwierdza, aczkolwiek trochę jego rozmiary osłabia, ilość wypłaconych zasiłków:

Tabl. 6. **Ilość wypłaconych zasiłków**

Zakłady U. P. U.	PRZECIĘTNIE MIESIĘCZNIE								
	w I-szem półroczu			w II półroczu			w roku		
	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932
Warszawa	13.747	10.065	73,2	12.333	7.792	63,2	13.040	8.928	68,5
Kr. Huta	4.545	3.585	78,9	4.859	2.593	53,4	4.702	3.089	65,7
Lwów	4.744	3.756	79,2	4.552	2.956	64,9	4.648	3.356	72,2
Poznań	4.518	3.351	74,2	4.334	3.061	70,6	4.426	3.206	72,4
Razem	27.554	20.757	75,3	26.078	16.402	62,9	26.816	18.579	69,3

Tabl. 7. **Ilość wypłaconych zasiłków miesięcznych**

Miesiąc wzgl. kwartał 1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król. Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	32.016	11.835	11.909	10.591	66.351
„ kw. przec. mies.	10.672	3.945	3.970	3.530	22.117
w II-gim kwartale	28.375	9.678	10.624	9.514	58.191
„ kw. przec. mies.	9.458	3.226	3.541	3.171	19.397
w III-cim kwartale	25.206	8.000	8.857	8.666	50.729
w „ kw. przec. mies.	8.402	2.667	2.952	2.889	16.910
w m-cu październiku	7.718	2.559	2.928	3.015	16.220
w „ listopadzie	7.277	2.552	2.834	3.550	16.213
w „ grudniu	6.548	2.446	3.114	3.139	15.247
w IV-tym kwartale	21.543	7.557	8.876	9.704	47.680
„ kw. przec. mies.	7.181	2.519	2.959	3.235	15.893
Razem	107.140	37.070	40.266	38.475	222.951
przeciętna mies. w 1933	8.928	3.089	3.356	3.206	18.579

Właściwie stosunek procentowy spadku ilości wypłaconych zasiłków w 1933 r. (30,7%) powinien odpowiadać zmniejszeniu się ilości osób, którym wypłacono zasiłki (35,2%), należy jednak tłumaczyć tę pewną różnicę tem, że zasiłki niejednokrotnie z powodu konieczności przeprowadzania specjalnych dochodzeń, lub nieprzedłożenia przez ubezpieczonego potrzebnych dokumentów we właściwym czasie, przyznawane są z opóźnieniem i wypłacane odrazu za kilka miesięcy.

Opisane wyżej i ujęte cyfrowo zjawisko stopniowego spadku ilości ubezpieczonych z równoczesnym spadkiem ilości osób pobierających zasiłki przypisać należy przepisom prawnym wydanym w 1933 r., obostrzającym warunki uzyskania świadczeń z powodu braku pracy i ograniczającym wysokość tych świadczeń, a które miały na celu sanację finansową działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy, zachwianego niebywałym dotychczas kryzysem gospodarczym i związanym z nim bezrobociem wśród pracowników umysłowych, jak również stopniowej stabilizacji działalności ubezpieczenia na wypadek braku pracy na tle zwężonego i stopniowo jeszcze zwężającego się rynku pracy, stabilizacji wywołanej wygasaniem uprawnień ubezpieczeniowych osób, które utraciły pracę i nie mogąc jej ponownie uzyskać wypadają z orbity działania tego ubezpieczenia.

Rozpatrzeć należy jeszcze jak kształtują się obciążenia zakładów z tytułu wypłaconych zasiłków i czy pod tym względem zaznacza się wyraźnie wpływ nowych przepisów w drugim półroczu 1933 r.

Kształtowanie się obciążeń z tytułu wypłaconych zasiłków ilustrują następujące tablice:

Tabl. 8. **Sumy wypłaconych zasiłków** (w złotych)

1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król.-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	3.331.307,94	1.626.096,42	1.328.584,41	859.075,01	7.145.063,78
„ „ kw. przec. mies.	1.110.435,98	542.032,14	442.861,47	286.358,34	2.381.687,93
w II-gim kwartale	2.962.532,63	1.282.349,48	1.018.158,94	791.827,83	6.054.868,88
„ „ kw. przec. mies.	987.510,88	427.449,83	339.386,31	263.942,61	2.018.289,63
w III-cim kwartale	2.297.258,69	943.964,34	757.734,28	672.832,31	4.671.789,62
„ „ kw. przec. mies.	765.752,90	314.654,78	252.578,09	224.277,44	1.557.263,21
w m-cu październiku	687.500,25	275.736,46	226.960,64	223.873,40	1.414,070,75
w m-cu listopadzie	654.070,67	300.038,99	219.080,66	256.222,46	1.429.412,78
w m-cu grudniu	549.279,87	278.523,73	232.223,85	218.291,18	1.278.318,63
w IV-tym kwartale	1.890.850,79	854.299,18	678 265,15	698.387,04	4.121.802,16
„ „ kw. przec. mies.	630.283,59	284.766,39	226 088 35	232.795,68	1.373.934,01
Razem	10.481.950,05	4.706.709,42	3.782.742,78	3.022.122,19	21.993.524,44
Przeciętna mies. w 1933 r.	873.495,84	392.225,79	315.228,56	251.843,52	1,832.793,71

Tabl. 9. **Sumy wypłaconych zasiłków.**

Zakłady U. P. U.	PRZECIĘTNIE MIESIĘCZNIE ZŁOTYCH								
	w I-szem półroczu			w II-giem półroczu			w roku		
	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932
Warszawa	1.556.585	1.048.974	67,4	1.381.244	698.018	50,5	1.468.915	873.496	59,5
Kr. Huta	636.469	484.741	76,2	693.523	299.711	43,2	664.996	392.226	59,0
Lwów	497.437	391.124	78,6	414.535	239.333	57,7	455.996	315.229	69,1
Poznań	410.790	275.150	67,0	372.485	228.537	61,4	391.637	251.843	64,3
Razem	3.101.281	2.199.989	70,9	2.861.807	1.465.599	51,2	2.981.544	1.832.794	61,5

Ogólny spadek sumy wypłaconych zasiłków w 1933 r. w porównaniu do 1932 r. wynosi 38,5% i co jest bardzo charakterystyczne. Kształtuje się prawie tak samo jak spadek liczby osób, którym wypłacono zasiłki. Mianowicie, jeżeli przyjąć pierwszy kwartał 1933 r. za 100, wówczas spadek liczby osób pobierających świadczenia w drugim kwartale w porównaniu do pierwszego wyraża się sumą 85,7, a sumy wypłaconych zasiłków 84,7, w trzecim kw. liczba osób 66, a suma zasiłków 65,4, a w czwartym kw. liczba osób 59,6, suma zasiłków 57,7.

Przy równoczesnym spadku liczby osób pobierających świadczenia i sumy wypłaconych im zasiłków (co świadczy o wspólnych powodach kształtowania się tego spadku), procentowy spadek sumy wypłaconych zasiłków jest nieco intensywniejszy.

Powodem szybszego spadku sumy wypłaconych zasiłków, może być bądź stopniowe zmniejszanie się zarobków ubezpieczonych, które stanowią podstawę wymiaru zasiłków, bądź też ograniczenia ustawowe wydane 1933 r. o ile spadek ten nie jest stopniowy, a głównie i specjalnie intensywny w drugiej połowie 1933 r., w szczególności w ostatnim kwartale.

Przeciętna wysokość miesięcznego zasiłku była następująca:

Tabl. 10. Przeciętna wysokość miesięcznego zasiłku

1933 r.	Zakłady U. P. U.				
	Warszawa	Król-Huta	Lwów	Poznań	Razem
w I-szym kwartale	104.05	137.40	111.56	81.11	107.69
w II-gim kwartale	104.41	132.50	95.84	83.23	104.05
w III-cim kwartale	91.14	118.00	85.55	77.64	92.09
w m-cu październiku	89.08	107.75	77.51	74.25	87.18
„ listopadzie	89.88	117.57	77.30	72.18	88.16
„ grudniu	83.89	113.87	74.57	69.54	83.84
w IV-tym kwartale	87.77	113.05	76.41	71.96	86.45
przeciętna mies. w 1933 r.	97.84	126.98	93.93	78.55	98.65

Tabl. 11. Przeciętna wysokość wypłaconych zasiłków

Zakłady U. P. U.	PRZECIĘTNIE MIESIĘCZNIE ZŁOTYCH:								
	w I-szem półroczu			w II-giem półroczu			w roku		
	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932	1932	1933	1933 w % do 1932
Warszawa	113	104	92,0	112	89	79,5	113	98	86,7
Kr. Huta	140	135	96,4	143	116	81,1	141	127	90,1
Lwów	105	104	99,0	91	81	89,0	98	94	95,9
Poznań	91	82	90,1	86	75	87,2	88	79	89,8
Razem	113	106	93,8	110	89	80,9	111	99	89,2

Spadek wysokości przeciętnego miesięcznego zasiłku w drugim półroczu 1932 r. w porównaniu do pierwszego półrocza wyniósł 2,7%, pierwszego kw. 1933 r. do drugiego półrocza 1932 r. 2,1%, drugiego kw. do pierwszego — 3,4%, trzeciego kw. do drugiego — 11,5%, a czwartego do trzeciego — 6,1%.

W danym wypadku powtarza się to samo zjawisko, co i przy liczbie osób pobierających zasiłki t. j., że przełomowym momentem w intensywności spadku wysokości przeciętnego miesięcznego zasiłku jest kwartał trzeci.

Rezultaty wprowadzenia nowych przepisów nie odbiły się jeszcze dostatecznie wyraźnie w wynikach działalności zakładów w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy i podstawy do oceny wpływu tych przepisów na równowagę ubezpieczenia dadzą w pełni dopiero materjały za 1934 rok[1]).

KRONIKA KRAJOWA

BUDŻET MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ NA ROK 1934/35.

Według ustawy skarbowej z dnia 13 marca 1934 r. na okres od 1 kwietnia 1934 r. do 31 marca 1935 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 219) ogólne dochody (administracja, przedsiębiorstwa i zakłady[2]), monopole[2]), fundusze[2]) łącznie zwyczajne i nadzwyczajne przewidziane są w kwocie 2.136.254.150 zł., ogólne zaś wydatki[3]) w kwocie 2.184.552.590 zł.

Wśród ogółu dochodów dochody Ministerstwa O. S. mają przynieść 3.094.000 zł., czyli 0.14%. Dochody te mają składać się między innemi z następujących pozycyj, dotyczących ubezpieczeń społecznych:

1) Urzędy Ubezpieczeń Społecznych 154.200 zł.
   w tem: zwrot kosztów postępowania 154.000 zł.
   inne 200 zł
2) Opłaty za nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych 285.000 zł.

[1]) Powyższe zestawienie opracowane jest na podstawie miesięcznych sprawozdań Z. U. P. U., zawiera więc dane tymczasowe, które w rocznych sprawozdaniach mogą ulec pewnym zmianom.

[2]) Tylko wpłaty do Skarbu Państwa.

[3]) Z przedsiębiorstw, monopoli, funduszów tylko dopłaty Skarbu Państwa.

Wydatki Ministerstwa O. S. przewidziane są w kwocie 65.883.600 zł., co stanowi 3.0% ogółu wydatków, ustalonych w budżecie.

Na pozycję tę składają się wydatki zwyczajne w kwocie 64.818.600 zł., w tem: 1.174.450 zł. wydatki zakładów Ministerstwa (szpitale państwowe), i wydatki nadzwyczajne w kwocie 1.020.000 zł. W porównaniu do budżetu na rok 1933/34, w którym wydatki Ministerstwa O. S. przewidziane były w kwocie 100.249.700 zł. na bieżący rok budżetowy zostały one zmniejszone o 34.411.100 zł. czyli o 34.3%, obniżka ta jest stosunkowo znacznie większa, aniżeli sumy wszystkich wydatków, te bowiem w roku 1934/35 mają być niższe tylko o 11.1%w porównaniu do budżetu na rok 1933/34

W budżecie Ministerstwa O. S. wydatki, dotyczące bezpośrednio ubezpieczeń społecznych przedstawiają się następująco:

1) Urzędy ubezpieczeń społecznych		305.170 zł.
w tem:		
a) płace	146.660	
b) różne wyd. osobowe	10.690	
c) podróże służ. i przes.	26.630	
d) pomieszczenie	25.030	
e) wydatki biurowe	12.370	
f) inne wydatki	2.250	
g) koszty postępowania	81.540	
2) Ubezpieczenia.		13.708.140 zł.
w tem:		
a) koszty nadzoru nad instyt. ubezp. społ.	285.000	
b) zwrot kasom chorych kosztów świadczeń	2.000.000	
c) dopł. do ub. społ.	11.423.140	
3) Dopł. do zabezp. na wypadek bezr. oraz pomoc dla bezrob.		22.000.000 zł.
Razem:		36.013.310 zł.

W stosunku do ogółu wydatków Ministerstwa O. S. wydatki wynoszą na: 1) urzędy ubezpieczeń społecznych — 0.5%, 2) ubezpieczenia — 20.8%, 3) dopłaty do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia — 33.4%, razem — 54.7%; w stosunku zaś do wydatków, preliminowanych na ubezpieczenia, odpowiednie pozycje wynoszą: 1) 0.8%, 2) 38.1%, 3) 61.1%.

W budżecie na rok 1933/34 wymienione wyżej wydatki wynosiły:

1) urzędy ubezpieczeń społecznych	377.800 zł.
2) ubezpieczenia	17.525.000 zł.
3) dopłaty do zabezp. na wypadek bezrob. i pomoc dla bezrobotnych	50.000.000 zł.
Razem:	67.902.800 zł.

Z porównania powyższych pozycyj budżetowych wynika, że największemu obniżeniu uległy dopłaty do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia i ta obniżka przyczyniła się głównie do zmniejszenia ogólnej sumy wydatków Ministerstwa O. S. w budżecie na rok 1934/35.

ZAOPATRZENIA INWALIDZKIE DLA ROBONIKÓW.[1])

Liczba przyznanych przez Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników zaopatrzeń inwalidzkich wzrasta z każdym dniem.

Do dnia 26 marca b. r. przyznano 2026 zaopatrzeń, do dnia 23 kwietnia b. r. przyznano już 4617 zaopatrzeń.

Przyznane zaopatrzenia rozkładają się na okręgi poszczególnych ubezpieczalni społecznych w sposób następujący:

Baranowicze	3	Nowy Sącz	65
Biała	278	Ostrowiec	40
Białystok	30	Pabjanice	225
Bielsk	428	Pińsk	22
Brześć	6	Piotrków	77
Chrzanów	131	Płock	64
Ciechanów	18	Przemyśl	55
Częstochowa	121	Radom	141
Czortków	1	Rzeszów	6
Drohobycz	61	Siedlce	27
Dubno	3	Sosnowiec	549
Jarosław	14	Stanisławów	16
Kalisz	54	Stryj	23
Kielce	38	Tarnobrzeg	37
Kołomyja	15	Tarnopol	4
Kraków	172	Tarnów	9
Krosno	31	Tomaszów	106
Kutno	64	Warszawa	638
Lida	4	Wilno	26
Lublin	108	Włocławek	50
Lwów	114	Złoczów	7
Łódź	646	Żyrardów	65
Łomża	21		
Łuck	4	**Razem**	**4617**

Dotychczas nie przyznały żadnych zaopatrzeń ubezpieczalnie w Brodnicy, Brzeżanach, Grodnie, Kowlu, Równem, Zakopanem i Zamościu.

Na dzień 1-go kwietnia pozostawało w ubezpieczalniach niezałatwionych jeszcze około 4.500 roszczeń, w najbliższym zatem czasie należy oczekiwać dalszego znacznego wzrostu liczby przyznanych zaopatrzeń.

SPRAWOZDANIE BIURA OPIEKI LEKARSKIEJ DLA BEZROBOTNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIEM ZA 1933 R.

Wyszło z druku sprawozdanie Biura Opieki Lekarskiej dla Bezrobotnych (B. O. L. B.), istniejącego przy Spółce Brackiej w Tarnowskich Górach, za rok 1933, z którego przytaczamy poniżej ważniejsze dane.

Drugi rok działalności B. O. L. B. stał od samego początku pod znakiem dalszego wzrostu bezrobocia. Liczba bezrobotnych, wynosząca w styczniu 123.009, spadła tylko w okresie letnim na przeciąg kilku miesięcy o około 6.000, żeby pod koniec roku podnieść się znowu do 122.368. Liczba bezrobotnych razem z członkami rodzin, wynosząca w styczniu 302.963, wzrosła w grudniu do 307.413, osiągając tem samem swój najwyższy stan. Liczba ta stanowi 23,68% całej ludności województwa Śląskiego.

Wzrost liczby uprawnionych do leczenia z jednej strony przy równoczesnem obniżeniu dochodów — w roku 1932 Urząd Wojewódzki płacił w pierwszych 4 miesiącach znacznie wyższe kwoty na ten cel, wzrost chorobliwości wśród bezrobotnych i ich rodzin z drugiej strony, spowodowany zmniejszoną odpornością, nie mogły pozostać bez skutków na wynik gospodarki finansowej B. O. L. B. Podczas gdy rok 1932 zamknął się nadwyżką w wysokości 80.872,36 zł., to rok 1933 nietylko zużył nadwyżkę tę w całości, lecz ponadto pozostawił niepokryty niedobór w wysokości 65.093,17 zł., w rezultacie więc rozchody roku 1933 przekroczyły dochody o 145.965,53 zł. Trzeba zaznaczyć, że niedobór roku sprawozdawczego byłby niezawodnie jeszcze większy, gdyby nie ostra kontrola w kierunku ścisłego przestrzegania obowiązujących przepisów, zarządzenia w sprawie oszczędnego zapisywania lekarstw, ograniczenie leczenia szpitalnego, odmawia-

[1]) p. „Przegląd Ubezpieczeń", zeszyt 4 str. 233.

nie leczenia zachorowań, powstałych z własnej winy chorych — jak np. nieszczęśliwych wypadków przy nielegalnem wydobywaniu węgla, i t. p. Jeżeli mimo to niedobór był nieunikniony, to stąd wniosek, że środki finansowe, przeznaczone na akcję tę przez Urząd Wojewódzki, były niedostateczne. W konsekwencji musi B. O. L. B., o ile liczba bezrobotnych nie zmniejszy się w najbliższym czasie poważnie, przeprowadzić dalsze oszczędności nietylko w dziedzinie administracyjnej, lecz również w dziedzinie świadczeń, w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego, na które przypada największa część powstałego niedoboru.

Koszty administracyjne wynosiły razem 5,82% łącznych rozchodów, z czego 4,37% przypadało na administrację osobową, 1,45% na administrację rzeczową.

Akcja leczenia bezrobotnych była w zupełności finansowana przez Śląski Urząd Wojewódzki, który co miesiąc przekazywał na ten cel 70.000 zł. Ponieważ liczba bezrobotnych wynosiła w przeciętnej rocznej 119.821 a liczba wszystkich uprawnionych do korzystania z akcji B. O. L. B., t. j. bezrobotnych z rodzinami, 297.905, przypadało przeciętnie miesięcznie na 1 bezrobotnego 0,58 zł. a na 1 uprawnionego wogóle 0,23 zł.

B. O. L. B. zatrudniało w roku sprawozdawczym 100 lekarzy okręgowych a mianowicie 83 na górnośląskiej, 17 na cieszyńskiej części województwa Śląskiego, oprócz tego 24 lekarzy specjalistów.

Miesięczny wydatek na leczenie przez lekarzy okręgowych (włącznie z lekarzami specjalistami) wynosił 24.500 zł., przyczem u lekarzy okręgowych leczyło się ogółem 138.649 osób, u lekarzy zaś specjalistów 7.172 osoby. Przeciętnie miesięcznie gminy wystawiały 13.947 przekazów do lekarzy; przeciętnie na 1 lekarza przypadało miesięcznie 142 przekazów.

Do leczenia w szpitalach i klinikach bezrobotni mają prawo, jeżeli zachodzi konieczność zabiegu operacyjnego, pozatem w razie ciężkiego zachorowania, wymagającego koniecznie leczenia szpitalnego. Zasadniczo na umieszczenie chorego w szpitalu wymagana jest uprzednia zgoda B. O. L. B., w nagłych wypadkach jednak lekarz okręgowy lub lekarz specjalista może przekazać chorego bezpośrednio do szpitala i zażądać dodatkowego zezwolenia na umieszczenie w szpitalu.

Ogółem leczyło się w szpitalach w roku sprawozdawczym 2.597 osób przez 40.445 dni, czyli przeciętnie przypadało na *1 chorego 16 dni* leczenia szpitalnego, przyczem najkrótszy czas trwania leczenia jednego chorego wynosił 1 dzień, najdłuższy 139 dni. Jeżeli po wykonaniu zabiegu operacyjnego dalszy pobyt w szpitalu względnie klinice nie był koniecznie potrzebny, wówczas chory bywał zwalniany ze szpitala a dalszej pomocy udzielał lekarz w ambulatorjum szpitala względnie kliniki aż do zupełnego wyleczenia. W przypadkach ,gdy zachodziła potrzeba zabiegu operacyjnego lub założenia większego opatrunku bez konieczności jednak leczenia szpitalnego, przekazywano chorych do ambulatoryjnego leczenia w najbliższym szpitalu.

Ogółem skorzystało z leczenia ambulatoryjnego w szpitalach w roku sprawozdawczym 1.318 osób.

Wydatki na leczenie szpitalne i ambulatoryjne wynosiły w roku sprawozdawczym 281.109,37 zł.

Kwota preliminowana na leczenie szpitalne i ambulatoryjne wynosiła 190.400 zł., faktyczne wydatki przewyższały więc kwotę preliminowaną o 90.709,37 zł. Wydatki na leczenie w szpitalach przyczyniły się w głównej mierze do niedoboru, wynoszącego na koniec roku sprawozdawczego kwotę 65.093,17 zł. Niedobór ten byłby wobec przekroczenia będącej w mowie pozycji o 90.709,37 zł. znacznie wyższy, gdyby nie nadwyżka kasowa z 1932 r. w wysokości 80.872,36 zł., z której po pokryciu zaległych rachunków za rok 1932 w wysokości 47.221,73 zł. pozostałość zużyto na pokrycie kosztów leczenia w roku 1933.

W celu ustalenia dokładnej djagnozy przekazywano licznych chorych do lekarzy specjalistów oraz do instytutów rentgenologicznych dla prześwietlenia i wykonania zdjęć rentgenowskich.

Poza leczeniem szpitalnem stosowano również w miarę możliwości finansowych leczenie w zdrojach, letniskach i sanatorjach.

W roku sprawozdawczym wysłano stosunkowo dużą ilość osób, cierpiących na choroby przewlekłe, lecz uleczalne, do różnych zdrojów i letnisk.

Na gościec stawowy, ischias oraz inne dolegliwości mięśni leczono w letnisku Spółki Brackiej w Jastrzębiu-Zdroju razem 38 osób i to 30 mężczyzn i 8 kobiet. Kuracja trwała przeciętnie 28 dni. Ogółem wydano na leczenie w Jastrzębiu-Zdroju 8.450,23 zł., czyli na 1 chorego 222,37 zł.

Leczenie specjalne ciężkich wypadków gruźlicy kości, kręgosłupa i t. d. przeprowadzono u 2 chłopców i 1 dziewczyny w sanatorjum Kolonji Dziecięcej w Busku-Zdroju i to łącznym kosztem 1.258,65 zł.

Z pośród dużej liczby dzieci, zgłoszonych do wysyłki na kolonje letnie, wybrano 74 dzieci rachitycznych, niedokrwistych i nienależycie odżywianych, które zostały umieszczone w trzech partjach w letnisku Spółki Brackiej w Goczałkowicach. Wśród dzieci było 48 chłopców i 26 dziewcząt. Dzieci otrzymywały tam oprócz kąpieli solankowych również naświetlania lampą kwarcową i specjalne dobre odżywienie. Przeciętnie przebywały dzieci w letnisku przez 28 dni, ogólne wydatki na leczenie wraz z kosztami podróży wynosiły 6.220,76 zł., czyli kuracja 1 dziecka kosztowała 84,06 zł. Dzieci wysłane przez rodziców na letnisko nie posiadały ani ubrań należytych, ani bielizny, wskutek czego wyposażono dzieci w ubranka, które oddano im po ukończeniu kuracji na własność.

Oprócz tego wysłano do kolonji leczniczej w Rabce 36 dzieci, w tem 16 chłopców i 20 dziewcząt. Pobyt dzieci trwał 28 dni, zaś koszty wynosiły 2.201,70 zł., czyli kuracja 1 dziecka kosztowała 61,16 zł.

Chorych na gruźlicę, nadających się do leczenia sanatoryjnego, przekazano w 21 wypadkach do lecznicy przeciwgruźliczej Spółki Brackiej w Wodzisławiu. Chodziło albo o osoby, którym Zakład Ubezpieczenia od inwalidztwa odmówił leczenia sanatoryjnego, albo też o osoby, które nie miały prawa do leczenia się na rachunek innej instytucji, u których jednak natychmiastowe zarządzenie leczenia było wskazane. Wyniki kuracji były we wszystkich wypadkach bardzo pomyślne.

Leczenie zębów B. O. L. B. przeprowadzało tylko wówczas, jeżeli zachodziła konieczna ku temu potrzeba. Zezwolenia B. O. L. B. na rwanie zębów nie wymagano, pacjentów przekazywał w takich wypadkach do lekarza dentysty względnie dentysty właściwy lekarz okręgowy. Na plombowanie zębów jest zawsze potrzebne uprzednie zezwolenie Biura; w razie udzielenia zezwolenia na plombowanie ustala się w każdym wypadku udział Biura w kosztach plombowania. Gdy jednak pod koniec roku sprawozdawczego zaznaczał się dosyć wysoki niedobór, wówczas ograniczono wydatki na leczenie zębów do najkonieczniejszych wypadków, zaś lekarzom okręgowym polecono, żeby zęby rwali osobiście, a tylko w wyjątkowych wypadkach, gdy nie są w stanie wykonać zabiegu w własnym zakresie, przekazywali chorego do lekarza dentysty wzgl. dentysty.

Ogólne koszta leczenia zębów w roku sprawozdawczym wynosiły 23.293,38 zł., leczono 7.559 osób.

Bezrobotni mają prawo do bezpłatnych lekarstw, niezbędnych do leczenia. Ponadto lekarze okręgowi B. O. L. B. mogą zapisywać inne lekarstwa, wprawdzie nie koniecznie potrzebne, jednak pożądane dla przyspieszenia wyleczenia, za które jed-

nak bezrobotni muszą ponosić połowę kosztów, jak np. nacierania, emulsje, środki wzmacniające i t. p.

W roku sprawozdawczym zapisano lekarstw ogółem dla 153.380 chorych na 195.726 receptach ogólnym kosztem 241.189,27 zł. Przeciętne koszty lekarstw wynosiły na 1 chorego 1,57 zł., a na 1 receptę 1,23 zł.

Koszty 1 recepty wahały się w granicach od 0,08 zł. do 64,60 zł. Środki, jakie wolno zapisywać choremu bez zezwolenia B. O. L. B., zostały uzgodnione z Związkiem Gospodarczym Lekarzy Polaków, a odnośne spisy lekarstw zostały doręczone wszystkim lekarzom i aptekom.

Jeżeli wyleczenie choroby wymaga stosowania środków, nie objętych wspomnianemi spisami, to lekarz B. .O L. B. może wnieść o zezwolenie na zapisanie takich środków, zaś w nagłych wypadkach zapisać je odrazu i umieścić na recepcie adnotację odnośnie niezbędnej potrzeby zapisywania danego lekarstwa.

Wenerycznie chorym udzielali pomocy lekarze okręgowi a w ciężkich wypadkach lekarze specjaliści dla chorób wenerycznych. Środki potrzebne do leczenia chorób wenerycznych wolno lekarzom zapisywać bez ograniczenia.

O ile wenerycznie chorzy otrzymywali pomoc w poradniach Polskiego Czerwonego Krzyża, to poradniom tym dostarczano lekarstw bezpośrednio z aptek albo też za pośrednictwem lekarzy, działających dla B. O. L. B., którzy zapisywali potrzebne środki na formularzach B. O. L. B.

Przeciętnie leczono miesięcznie 529 wenerycznie chorych, zaś koszty lekarstw, przepisanych dla nich, wynosiły za cały rok 51.834,95 zł. czyli na 1 chorego przypadało przeciętnie 9,80 zł.

Poza lekarstwami wolno lekarzom okręgowym przepisywać bezrobotnym i ich rodzinom mniejsze środki lecznicze jak okulary, opaski rupturowe, wkładki do butów, mniejsze protezy i t. p., jednak tylko za uprzedniem zezwoleniem B. O. L. B., które w takich wypadkach ustala udział bezrobotnego w kosztach, w wypadkach zaś, zasługujących na uwzględnienie, ponosi całkowite koszty.

Reasumując, B. O. L. B. wydało w roku sprawozdawczym na odszkodowanie dla lekarzy okręgowych 294.076,38 zł. = 29,64% na lekarstwa i mniejsze środki lecznicze 243.187,59 zł. = 24,51%, na leczenie szpitalne 281.109,37 zł. = 28,33%, na leczenie dentystyczne 23.293,38 zł. = 2,35%, na leczenie w letniskach i zdrojach 19.037,19 zł. = 1,92% łącznych wydatków.

Z DZIAŁALNOŚCI TOWARZYSTWA POLITYKI SPOŁECZNEJ W 1933 R.

Trudności finansowe z jakiemi walczy od kilku lat Towarzystwo nie pozwoliły i w roku sprawozdawczym na rozszerzenie działalności i zrealizowanie zakreślonych już dawno planów, jak to zorganizowanie poradni dla młodocianych robotników, kontynuowanie wydawnictwa własnego organu i t. p.

Działalność Towarzystwa ograniczona pod względem finansowym niewielkiemi składkami członkowskiemi, oraz zmniejszającemi się coraz bardziej subwencjami, polegała głównie na prowadzeniu akcji odczytowo-dyskusyjnej cieszącej się dużem powodzeniem nie tylko wśród Członków Towarzystwa, ale i osób poza niemi stojących, oraz udziałem w pracach Międzynarodowego Związku Postępu Społecznego.

Skład władz Towarzystwa w 1933 roku nie uległ zmianie i przedstawiał się następująco:

Zarząd: Prezes — p. Minister Gustaw Simon. Wiceprezesi — śp. Dr. Daszyńska-Golińska Zofja i Ks. Aleksander Wóycicki. Sekretarz Generalny — p. Naczelnik Józef Zagrodzki, zastępca — p. Stanisław Balcerski, Skarbnik — p. Dr. Tadeusz Poznański, Członkowie pp. Dyr. Jerzy Drecki, Dr. Jan Łazowski Dr. Marja Balsigerowa, Dr. Melanja Bornstein-Łychowska.

Komisja Rewizyjna: pp. Dyr. M. Biesiekierski, Radca S. Horszowski; Zastępcy: pp. Naczelnik W. Bruner, Dr. Al. Kierski, Dyr. Henryk Greniewski.

W dniu 1 stycznia 1933 r. Towarzystwo posiadało 118 członków w ciągu roku sprawozdawczego wykreślono 10-ciu przybyło 3-ch, czyli w dniu 31 grudnia 1933 r. posiadało Towarzystwo 111 członków.

W ciągu 1933 r. odbyło się 11-cie zebrań odczytowo-dyskusyjnych, a mianowicie:

1. 31 stycznia p. Roman Szymanko — Sowieckie Ubezpieczenia Społeczne.

2. 27 lutego — p. Dr. Bornstein-Łychowska i Ks. Prof. Wóycicki — Polityka społeczna zagranicą w r. 1932.

3. 21 marca — p. Naczelnik Józef Zagrodzki — Zagadnienie 40-godzinnego tygodnia pracy.

4. 4 kwietnia — Dyskusja nad referatem p. Naczelnika Zagrodzkiego.

5. 23 maja — p. Dyr. Henryk Zagrodzki — Działalność Funduszu Pracy.

6. 10 października — p. Ludwik Landau — Warunki życia robotnika polskiego w świetle porównań międzynarodowych.

7. 24 października — p. Ambasador Tytus Filipowicz — Początek kryzysu w St. Zjednoczonych.

8. 7 listopada — dyr. Jerzy Drecki — Zwrot w polityce gospodarczej i społecznej St Zjednoczonych.

9. 21 listopada — p. Jerzy Wengierow — Rozjemstwo w zatargach Zbiorowych i Przedstawicielstwo Pracownicze w świetle Współczesnych Prądów Ustawodawczych.

10. 19 grudnia — Sędzia Zygmunt Zaleski — Ochotnicza Służba Pracy (Obozy Pracy w Austrji).

11. 20 grudnia — p. Dyr. Inż. J. Drecki — Idee i polityka Gospodarcza Prezydenta Roosevelta.

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W SZWECJI.

Przyzwyczajeni od szeregu lat do wzorów własnych i przykładów najbliższych sąsiadów w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, zbyt mało zwracamy uwagi na inne, nieraz bardzo odmienne i bardzo ciekawe organizacje ubezpieczeń różnych narodów. Organizacja ubezpieczeń zależy w każdym kraju od warunków gospodarczych i społecznych i niedość krytyczne wzorowanie się na obcych materjałach jest w tym względzie zawsze bardzo ryzykowne. Dla zorjentowania się w tych trudnych problemach, jest temwięcej celowe zapoznanie się z możliwie dużą liczbą odrębnych form ubezpieczeniowych.

Bardzo ciekawie i odmiennie od tego do czegośmy się przyzwyczaili, przedstawia się niewątpliwie organizacja ubezpieczeń społecznych w Szwecji.

Ubezpieczenia społeczne, jak i w większości krajów, dzielą się tam na:

I. ubezpieczenie inwalidzkie,
II. ubezpieczenie od wypadków przy pracy,
III. ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa.

I. Ubezpieczenia inwalidzkie i starcze.

Ubezpieczenia emerytalne i inwalidzkie, które dla skrócenia, będą niżej nazywane, wprost emerytalnemi, reguluje ustawa z dnia 30.VI.1913 r., wprowadzona w życie od 1.I.1914 r. Ubezpieczenie to jest *przymusowe* i obejmuje wszystkich obywateli kraju od 16 do 67 roku życia: pracowników fizycznych i umysłowych, mieszczan i chłopów, kapitalistów, uczniów, mężczyzn i kobiety, niezależnie od tego czy pracują dziś, czy też nie, pod jednym tylko warunkiem, aby byli zdolni do pracy. Wszyscy więc zdolni do pracy Szwedzi w tym wieku są ubezpieczeni z mocy prawa i obowiązani są opłacać składkę ubezpieczeniową. Od obowiązku ubezpieczenia zwolnione są tylko nieliczne grupy funkcjonarjuszy państwowych. W 1928 r. — 65% ogółu ludności było w wieku od 16 do 67 lat i z nich 94% (około 3.700.000) było objętych przymusem ubezpieczenia emerytalnego.

Składki. — Składka ubezpieczeniowa jest dwojakiego rodzaju. Jedna, wynosząca 3 korony, obowiązuje wszystkich bez wyjątku zdolnych do pracy w podanym wyżej wieku. Druga — zmienna, zależy od dochodu: opłacają ją wszyscy pociągani do opłacania podatku dochodowego, w wysokości proporcjonalnej do tego podatku. Ta druga część składki waha się w praktyce od 2 do 30 koron rocznie, w zależności od wysokości opłacanego podatku i ustalona została zgodnie z obliczeniami matematycznemi, będącemi podstawą każdego ubezpieczenia. Wszelkie składki ubezpieczeniowe są pobierane przez gminę przy ściąganiu podatku dochodowego i przekazywane do Centralnego (Królewskiego) Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego. W 1928 r. ogólna suma składek, z tytułu ubezpieczenia emerytalnego wyniosła około 26.000.000 koron, z czego 11.000.000 stanowiły 3-koronowe składki stałe, a 15.000.000 składki zmienne, opłacane przez wszystkich płacących podatek dochodowy. (Najlepsza wypłacalność jest na wsi szwedzkiej, gdzie wpływa ponad 90% przypisu, wtedy gdy w miastach wpływ czasem nie dochodzi do 80%; z opłacaniem składek zalega niemal wyłącznie młodzież od 16 do 20 roku życia).

Renty emerytalne i inwalidzkie. — Wysokość renty starczej lub inwalidzkiej zależy w zasadzie od sumy wpłaconych składek. W związku z tem Centralny Zakł. Ubezpieczenia Emerytalnego prowadzi indywidualne konta około 4.000.000 ubezpieczonych. Im ubezpieczony dłużej był w ubezpieczeniu, im więcej lub wyższych wpłacił składek, tem większą otrzymuje rentę w razie utraty ⅔ zdolności zarobkowej lub w razie osiągnięcia 67-go roku życia. Suma tej renty jest obliczona ściśle na podstawach matematycznych. Renta ta nosi nazwę renty ubezpieczeniowej właściwej. Możnaby ją nazwać pewnego rodzaju oszczędnością przymusową, do której obowiązany jest każdy obywatel. Jednakże w wypadkach, gdy przysługująca ubezpieczeniowa renta byłaby zbyt mała i niewystarczająca na utrzymanie, otrzymuje on zamiast właściwej, stałe zaopatrzenie lub rentę minimalną, odpowiadającą minimum utrzymania, wynoszącą 225 koron rocznie dla mężczyzn, i 210 koron dla kobiet, przyczem jest ona zupełnie niezależna od sumy wpłaconych składek i przysługuje ubezpieczonemu nawet wtedy, gdyby, doszedłszy do ukończonego 16 roku życia, był on niezdolny do pracy, chociażby nigdy nie pracował, lub nigdy nie był zdolny do pracy i choćby nie opłacił żadnej składki ubezpieczeniowej.

Jedynym warunkiem uzyskania renty jest stwierdzenie, że obywatel, podlegający przymusowi ubezpieczenia, utracił nie mniej jak ⅔ zdolności do pracy zarobkowej i ma ukończone conajmniej 16 lat. Jeżeli jednak ubezpieczony ukończył 67 rok życia i jest jeszcze zdolny do pracy, automatycznie przysługuje mu prawo tylko do renty właściwej, proporcjonalnej do wpłaconych składek, ale nie do minimalnej.

Jeżeli ubezpieczony nabył już prawa do jakiejkolwiek renty właściwej, lub też ma inne, poza rentą dochody, przekraczające razem sumę renty minimalnej (225 wzgl. 210 koron), to rentę minimalną zmniejsza się o $^6/_{10}$ tej sumy, o jaką jego dochód roczny przewyższa 50 koron, (jeżeli np. ma on ogólnego dochodu rocznego 150 koron, to od minimalnej renty 225 kor. odejmuje się $|(150 \text{ kor.} - 50 \text{ kor.}) \cdot 6| : 10$, czyli 60 koron; a więc otrzymuje on zamiast renty minimalnej 225 koron tylko 165 kor.).

Wreszcie ubezpieczonemu, który ma na swem utrzymaniu nieletnie dzieci, przysługuje dodatek, wynoszący do 102 koron, na każde dziecko, rocznie.

Ubezpieczeni otrzymują swą rentę przez najbliższy urząd pocztowy.

Na renty właściwe składają się wyłącznie składki ubezpieczeniowe. Do renty minimalnej i do dodatków na dzieci dopłaca w razie deficytu ¾ brakujących sum Skarb Państwa, ⅛ Rada Powiatowa i ⅛ gmina, do której należy ubezpieczony.

Administracja. — Wszystkie składki odprowadzane są do Centralnego Funduszu Ubezp. Emerytalnego, którym zarządza Królewski Zakład tego rodzaju ubezpieczenia. Centralny Fundusz Emerytalny wynosił w 1928 r. około 400.000 000 koron.

Roszczący prawo o rentę emerytalną (lub inwalidzką) wnosi podanie do Komitetu Miejscowego tej miejscowości, gdzie był ostatnio zarejestrowany. Komitet Miejscowy znajduje się w każdej gminie, a w gminach dużych może być takich komitetów 2 i więcej (w miastach). Ogółem w 1922 r. było 2646 Komitetów Miejscowych.

Komitet Miejscowy składa się z przewodniczącego, mianowanego przez gubernatora prowincji i 2, 4 lub 6 członków, zależnie od wielkości gminy, wybranych przez tę gminę. Ponadto w komitecie bierze udział, wyłącznie w charakterze obserwatora, delegat (Królewskiego) Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego.

Komitet miejscowy rozważa sprawę, opierając się na badaniu aktów i samego ubezpieczonego oraz ewentualnych zaświadczeń lekarskich (zwykle lekarzy gminnych lub państwowych) i wydaje decyzję w pierwszej instancji, przyczem ustala zarówno istnienie warunków do uzyskania renty (wiek, niezdolność do pracy), oraz ogólną sumę dochodu ubezpieczonego, mającą znaczenie przy wymierzaniu renty minimalnej.

Decyzja Komitetu Miejscowego zostaje przesłana do zatwierdzenia i wykonania do Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego, który poleca wypłatę jej przez pocztę.

Odwołanie od decyzji Komitetu Miejscowego przysługuje: 1) ubezpieczonemu, 2) gminie i 3) przedstawicielowi (obserwatorowi) Zakładu.

Odwołanie to zostaje skierowane do Zakł. Emerytalnego.

Przeciw decyzji Zakładu sam ubezpieczony nie ma już prawa odwołania. Odwołanie takie natomiast przysługuje jeszcze: 1) prokuratorowi, 2) gminie, 3) przewodniczącemu Komitetu Miejscowego i 4) delegatowi Zakł. Emerytalnego. Odwołanie takie rozstrzyga Najwyższy Trybunał Administracyjny.

(Królewski) Zakład Emerytalny jest naczelnym i niezależnym, autonomicznym organem ubezpieczenia emerytalnego. On rozważa decyzje Komitetów Miejscowych, oblicza wysokość rent i wydaje odpowiednie dowody upoważniające do odbioru renty, rozstrzyga w instancji odwoławczej, zażalenia przeciw decyzji Komitetów Miejscowych, prowadzi rachunki składek, administruje kapitałami ubezpieczeniowemi, organizuje lecznictwo zapobiegawcze i t. p.

Do składu personelu Zakładu wchodzi z urzędu 4 ekspertów albo doradców rządowych z głosem wyłącznie doradczym.

W sprawach inwestycyj i lokat kapitałów Zakładu decyduje jednak specjalna komisja, w skład której wchodzi Dyrektor Zakładu, jako przewodniczący, 2 naczelników biura Zakładu i 4 delegatów Rządu.

Wystarczalność renty minimalnej. — Podana wyżej renta minimalna uznana została ogólnie za wystarczającą w miejscowościach, gdzie warunki życia są tańsze. Według obliczeń Zakładu wystarcza ona dla 84% uprawnionych. Z pozostałych 16%, zamieszkałych przeważnie w dużych miastach (w czem w samym Stockholmie 6%) dla $^6/_{10}$ renta minimalna również wystarcza, gdyż mają oni zazwyczaj swe domy własne lub dodatkowe źródło niewielkiego dochodu. Pozostałe $^4/_{10}$ takich rencistów korzysta z zasiłków dodatkowych, z funduszów opieki społecznej.

Opieka lekarska w ubezpieczeniu emerytalnem. — Z chwilą wprowadzenia w życie ubezpieczenia emerytalnego, przekonano się, że można przy pomocy odpowiedniego leczenia zapobiegawczego znacznie zmniejszyć przedwczesne inwalidztwo i odsunąć okres przyznania renty. W tym celu Zakład Ubezp. Emerytalnego zorganizował pewną liczbę własnych sanatorjów i szpitali, jak sanatorjum w Tranäs, w Nynäs, w Are i t. d. lub też umieszczał ubezpieczonych w zakładach leczniczych prywatnych.

Największą liczbę przypadków chorobowych, podlegających leczeniu zapobiegawczemu, stanowią przypadki reumatyczne, nerwowe i różne stany chorobowe, znajdujące się na granicy niezdolności do pracy. Dla leczenia przypadków reumatycznych Zakład Emerytalny zorganizował w różnych szpitalach samorządowych specjalne oddziały reumatyczne, przyznając im na ten cel zapomogi z własnych funduszów. Tak samo Zakład Ubezp. Emerytalnego zapewnia leczenie znacznej liczbie przypadków gruźlicy gruczołowej w sanatorjach nadmorskich, o ile rokują one odzyskanie zdolności do pracy.

Zakład ponadto wydatnie wspomaga przeszkolenie techniczne inwalidów, nie nadających się do swej pracy, o ile, po takiem wyszkoleniu będą się nadawali do innej. Wreszcie Zakład dopomaga w leczeniu przypadków chorobowych zwykłych, które inaczej byłyby pozbawione pomocy lekarskiej wogóle.

Do 1927 r. (od 1914) Zakład leczył 16.465 pracowników i zapewnił znacznej ich części przeszkolenie. Na ten cel Zakład uzyskał 55% niezbędnej sumy z funduszów publicznych, a 45% użył z budżetu własnego. Jednak już w budżecie na r. 1927 — 1928 — 92% wydatków na ten cel poniósł Zakład, a resztę 8% Skarb Państwa. Zakład uważa, że zysk na lecznictwie zapobiegawczem i przeszkolenie bardzo mu się opłaca i przewyższył jego oczekiwania.

Fundusze Emerytalne i Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych. — Poza Centr. Funduszem Ubezp. Emerytalnego przymusowego istnieją inne fundusze emerytalne, zarówno przymusowe, jak i dobrowolne. Największym z nich jest Fundusz Emerytalny urzędników miejskich.

Ubezpieczeni przymusowo mogą, i często ubezpieczają się, dodatkowo w różnych wzajemnych i prywatnych towarzystwach ubezpieczeniowych. Podwójnie ubezpieczeni są przedewszystkiem wszyscy pracownicy marynarki.

Ujmując w kilku słowach cechy ubezpieczenia starczego i inwalidzkie w Szwecji , należy podkreślić:

1) ich powszechność i demokratyzm; na około 6 miljonów ludności, blisko 4 miljony podlega przymusowym ubezpieczeniom, znajdują się tu wszyscy od 16 do 67 roku życia bez różnicy ich społecznej lub gospodarczego położenia, niezależnie od tego czy pracują, czy są bezrobotni; zabezpieczają one minimum utrzymania każdemu ubezpieczonemu, jeżeli jest niezdolny do pracy, choćby nigdy nie pracował i nie opłacił ani jednej składki; to co przewyższa minimum utrzymania stanowi raczej przymusową oszczędność, z której ubezpieczony będzie korzystał w postaci renty proporcjonalnie do jej wysokości.

2) nadzwyczajna prostota organizacji i postępowania przy staraniach i przyznawaniu rent; niemal wszystko zostaje załatwione w gminie, gdzie też otrzymuje ubezpieczony swoją rentę (przez pocztę).

3) wpływ gminy na przyznawanie renty; gmina najlepiej zna ubezpieczonego i jest bezpośrednio zainteresowana w tem, aby uzyskał on rentę zawsze, gdy mu się ona należy (bo inaczej musiałaby sama go wziąć na utrzymanie) i w odmówieniu mu takowej, jeżeli jest zdolny do pracy (gdyż sama dopłaca do ewentualnego deficytu jaki może powstać przy nadmiernej wypłacie rent minimalnych).

II. Ubezpieczenia od wypadków przy pracy.

Próby ubezpieczenia od wypadków przy pracy datują się w Szwecji od 1884 r. Jednakże dopiero w 1901 r. wydana została specjalna ustawa, nakładająca na pracodawców obowiązek ubezpieczenia i wypłaty odszkodowania za wypadki przy pracy. Wielu, zresztą, pracowników (rzemieślnicy, rolnicy, pracownicy handlu, żeglugi) nie podlegało przymusowemu ubezpieczeniu.

Wysokość odszkodowania była niezależna od wysokości zarobków i przysługiwała poszkodowanym, poczynając od 61 dnia choroby lub niezdolności do pracy wskutek wypadku.

Równocześnie, już w 1902 r. powstało Państwowe Biuro Ubezpieczeń od wypadków, w którem przedsiębiorcy mogli ubezpieczać swych pracowników. W ten sposób Państw. Biuro Ubezpieczeń stała się instytucją ubezpieczeniową konkurującą z ubezpieczalniami prywatnemi.

Braki ustawy z 1901 r. odczuwano od chwili jej wydania. Jednakże dopiero 17.VI.1916 r. została uchwalona nowa ustawa ubezpieczeniowa od wypadków przy pracy, obowiązująca od 1.I.1918 r. dotychczas, choć wielokrotnie nowelizowana w szczegółach.

W obecnej swej postaci ubezpieczenie od wypadków przy pracy jest przymusowe i obejmuje prawie wszystkich pracowników, zarówno fizycznych, jak umysłowych. Za wypadek przy pracy uważa się również wypadek w drodze do lub z pracy. Natomiast,wbrew opinji publicznej, choroby zawodowe nie są dotychczas objęte ubezpieczeniem wypadkowem.

Ubezpieczenie wykonywa albo Państw. Biuro Ubezpieczeń od wypadków albo Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń od wypadków, zorganizowane przez pracodawców. Jeżeli pracodawca nie ubezpieczył pracownika w Tow. Wzajemnych Ubezpieczeń, podlega on automatycznie ubezpieczeniu we wspomnianym wyżej Państw. Biurze.

Świadczenia — W razie choroby powstałej wskutek wypadku przy pracy, poszkodowany otrzymuje, poczynając od 36 dnia po wypadku, o ile jest niezdolny do pracy, zasiłek chorobowy, proporcjonalny do swych zarobków. Zasiłek ten wynosi przy zarobku rocznym do 675 koron — 1 koronę dziennie; przy zarobku rocznym od 675 do 944 koron — 1 kr. 50 öre, a przy zarobku większym, stopniowo coraz więcej, aż do 5 koron 50 öre dziennie przy zarobku rocznym 2835 koron. Poszkodowanemu może być przyznany wyższy zasiłek chorobowy, jeżeli będzie on niezbędny dla odzyskania zdolności do pracy. Jeżeli utrata zdolności do pracy nie była całkowita, to zasiłek chorobowy odpowiednio się zmniejsza. Zasiłek chorobowy nie przysługuje poszkodowanemu, jeżeli jego utrata zdolności do pracy wskutek wypadku wynosiła w tym czasie mniej jak 25%.

Jeżeli po wyleczeniu pozostanie nadal pewien stopień utraty zdolności do pracy, poszkodowany otrzymuje odpowiednią stałą rentę, proporcjonalną do stopnia tej utraty i do wysokości zarobków. Jeżeli trwała utrata zdolności do pracy wynosi mniej jak 10%, poszkodowany nie otrzymuje żadnej renty. Przy całkowitej utracie zdolności do pracy otrzymuje $^2/_3$ swych rocznych zarobków, zwiększoną o przypuszczalny koszt nabycia lub reparacji protezy. Gdy poszkodowany znajduje się w takim stanie zdrowia, że potrzebuje stale opieki, otrzymuje rentę

wypadkową wyższą, jednakże nie więcej, niż wynosiły jego całkowite zarobki.

W razie śmierci wskutek wypadku przy pracy, rodzina ubezpieczonego otrzymuje zasiłek pogrzebowy, wynoszący $^1/_{10}$ rocznych zarobków zmarłego, nie mniej jednak niż 100 koron, a następnie, wdowa po nim stałą rentę wdowią, równą $^1/_4$ jego rocznych zarobków, oraz każde dziecko do 16 roku życia $^1/_6$ rocznych zarobków ojca. Ogólna suma rent wdowich i sierocych nie może przekroczyć $^2/_3$ zarobków ubezpieczonego.

Przy ustalaniu stopnia niezdolności do pracy wskutek wypadku, brane są pod uwagę wiek, płeć i specjalne uzdolnienia ubezpieczonego, jak również jego poprzedni stan zdrowia.

Jeżeli zarobki ubezpieczonego wynosiły więcej niż 3000 koron rocznie, to rentę wymierza się tylko od tej ostatniej sumy.

Jeżeli ubezpieczony zostanie umieszczony na koszt instytucji ubezpieczającej w szpitalu lub przytułku, może mu być potrącone z tego tytułu najwyżej 50% renty.

Składki ubezpieczeniowe. — Składki obliczone są na podstawie zwykłej kalkulacji ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu specjalnego ryzyka warunków pracy.

Opłaca je wyłącznie pracodawca. Pracodawca może jednak sam wziąć na siebie obowiązek wypłaty zasiłków i rent wypadkowych i wtedy zostaje zwolniony całkowicie, lub częściowo od opłacania składek ubezpieczeniowych, pod warunkiem złożenia wystarczającego zabezpieczenia w jednej z instytucyj ubezpieczających, która, wzamian, poręcza jego wypłacalność. Państwo ma prawo ubezpieczać swych pracowników bez składania zabezpieczenia.

W razie nieopłacenia składek ubezpieczeniowych przez pracodawcę Państwo wpłaca zań składkę do instytucji ubezpieczającej (Państwowe Biuro Ubezpieczeń lub Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń od Wypadku), ściągając ją równocześnie od pracodawcy, jak podatki państwowe.

Zgłoszenie wypadku przy pracy. — O każdym wypadku przy pracy obowiązany jest donieść bezzwłocznie pisemnie do instytucji ubezpieczającej pracodawca lub prowadzący roboty, załączając równocześnie świadectwo lekarskie. Instytucja ubezpieczająca może zażądać dochodzenia policyjnego lub też oddać sprawę do zwykłego sądu z powołaniem świadków.

W razie celowego samouszkodzenia, poszkodowanemu renta nie przysługuje.

W razie stwierdzenia, że wypadek był spowodowany przez wyraźne niedbalstwo poszkodowanego lub niestosowanie się do przepisów przy pracy, jego renta wypadkowa może być nieco zmniejszona.

Odwołania. — Organem odwoławczym przeciw decyzjom instytucji ubezpieczających i powołanym do interpretacji prawa w zakresie ubezpieczenia od wypadków, jest Rada Ubezpieczeń. Jest to organ państwowy, złożony z 7-miu członków, wśród których 2-ch reprezentuje pracowników i 2 pracodawców. Rada ma również prawo wdrożenia dochodzenia z własnej inicjatywy.

Dalszego odwołania od decyzji Rady niema.

Kary — W razie niezgłoszenia wypadku przy pracy lub udzielenia, świadomie, nieprawdziwych informacyj, pracodawca może być ukarany grzywną w wysokości od 5 do 1000 koron.

Nowela do Ustawy z dn. 1.I.1929 r. nakłada na procodawcę obowiązek wypłacania zasiłków chorobowych w ciągu pierwszych 35 dni po wypadku (jeżeli pociągnął on za sobą chorobę), t. j. do chwili kiedy będzie przysługiwał poszkodowanemu zasiłek od instytucji ubezpieczającej.

Państwowe Biuro Ubezpieczeń od Wypadków, prócz swych zadań wyżej podanych, wykonywa szereg innych czynności, jak przyznawanie odszkodowań poszkodowanym w czasie służby wojskowej, zasiłków dla dzieci nieślubnych, kontrolę ubezpieczenia na wypadek choroby.

Zjazdy pracowników ubezpieczeniowych krajów północnych. — Duże znaczenie przypisuje się zjazdom pracowników instytucji ubezpieczeniowych krajów północnych (Szwecji, Norwegji, Finlandji, Danji, W. Brytanji i in.), Zjazdy te odbywają się co 4 lata. Tematem obrad są sprawy ubezpieczeń od wypadków.

III. Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Najstarsze, a równocześnie najmniej posunięte w swym rozwoju w Szwecji, jest ubezpieczenie na wypadek choroby.

Początki ubezpieczenia chorobowego w Szwecji można odnieść do średniowiecznych Gildji i Cechów.

Rozwój przemysłu, poczynając od połowy ubiegłego stulecia pociągnął za sobą powstanie licznych kas wzajemnej pomocy (Brackich), udzielających pomocy między innemi i na wypadek choroby. Jednakże dopiero od 1891 r. sprawa ubezpieczenia chorobowego została uregulowana na drodze ustaw specjalnych.

Obecnie obowiązująca ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby albo o Kasach Chorych, nosi datę 4.VII.1910 r. Pod nazwą Kasa Chorych rozumie się w Szwecji Towarzystwa Wzajemnej Pomocy na Wypadek choroby i pogrzebu, a w niektórych kasach także i na wypadek macierzyństwa.

Specjalną formę ubezpieczenia chorobowego w Szwecji stanowią Kasy Chorych kontynuujące ubezpieczenie, t. j. udzielające pomocy dopiero od chwili utraty prawa do pomocy w zwykłej Kasie Chorych. Kasy te stanowią jakby nadbudówkę zwykłych kas chorych, zaczynają działać dopiero wtedy, gdy działanie zwykłych się skończyło.

Dotychczas niema w Szwecji ani obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, ani też obowiązku rejestracji różnych kas chorych i istnieją, nieliczne zresztą, kasy nierejestrowane (?). Kasy takie nie mają prawa do zapomóg ze strony Państwa lub gminy. Uzyskanie prawa rejestracji jest bardzo łatwe. Kasa zwykła może być zarejestrowana, gdy posiada conajmniej 25 członków; Kasa kontynuująca musi ich posiadać conajmniej 500.

Organizacja Kas, sposoby werbowania członków, warunki przyjęcia i udzielania pomocy, są bardzo różnorodne w różnych Kasach Chorych. Jedne z nich są zamknięte, ograniczają swą działalność do organizacji zawodowych lub grup pracowników, inne terytorjalne obejmują swą działalnością pewne terytorjum, niezależnie od rodzaju zajęć lub stanowiska ubezpieczonych.

Chociaż ubezpieczenia na wypadek choroby są dotychczas dobrowolne, to liczba ubezpieczonych jest raczej duża. W 1926 roku — 1263 zarejestrowanych Kas Chorych liczyło razem 932.928 członków. Większość tych instytucyj korzysta z subwencji Państwa. Uprawnienia członków różnych Kas są bardzo różnorodne. Obejmują one zazwyczaj uprawnienia do leczenia wogóle lub do leczenia szpitalnego, leków i zasiłków chorobowych, wynoszących najmniej 90 öre dziennie. Najczęściej Kasy nie posiadają żadnej własnej organizacji lecznictwa, lecz wypłacają wszystkie świadczenia lecznicze w gotówce, tak jak i zasiłkowe. W 1924 r. tylko 288 Kas liczących razem 114.000 członków, prócz gotówki udzielały pomocy lekarskiej w naturze.

Okres zasiłkowy w Kasach Chorych zwykłych wynosi najmniej 90 i najwyżej 180 dni w ciągu 12 miesięcy kolejnych. Kasy kontynuujące udzielają zasiłków najmniej w ciągu 180 dni, i, w niektórych wypadkach, bez ograniczenia. Okres wyczekiwania w ubezpieczeniu chorobowem wynosi najczęściej 60 dni.

W 1926 r. Kasy Chorych wypłaciły ogółem na każdych 100 ubezpieczonych 954.4 dni zasiłkowych (926.6 dni na 100 mężczyzn i 1020.8 dni na 100 kobiet).

Subwencje państwowe dla Kas Chorych zarejestrowanych wynoszą 2 korony rocznie na każdego ubezpieczonego, a w Kasach Chorych Kontynuujących 50 öre na członka plus 25 öre za każdy dzień zasiłkowy lub szpitalny (jeżeli Kasa wypłacała za dzień zasiłkowy nie mniej, jak 90 öre). Za każdy dzień zasiłkowy z tytułu ubezpieczenia na wypadek macierzyństwa — państwo dopłaca Kasie Chorych 60 öre. Zasiłki na wypadek macierzyństwa są udzielane przez różne Kasy, nie mniej jak w ciągu 15 dni, i, nie dłużej, niż przez 42 dni.

Koszty ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa ponoszą prawie zawsze wyłącznie sami pracownicy.

Jak z powyższego widać, organizacja Kas Chorych w Szwecji jest bardzo prymitywna. Koszty choroby opłacają pracownicy i państwo, przyczem nadzór państwowy jest bardzo utrudniony.

Pracodawcy nie są zainteresowani sprawą zdrowotności swych pracowników.

Tego rodzaju organizacja ubezpieczenia nawet przy bardzo wysokim poziomie kultury i uczciwości ludności w Szwecji, wzbudza zastrzeżenia. To też ubezpieczenie chorobowe w tych warunkach nie zadawalnia już dziś przeważnie ogółu i dążenie do zasadniczej reformy ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa daje się tam coraz silniej odczuwać.

Pod naciskiem opinji publicznej została też opracowana nowa ustawa o przymusowem ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa. Ustawa ta ma wejść w życie od 1937 roku.

Dr. J. Babecki

ODSZKODOWANIE ZA WYPADKI PRZY PRACY W JAPONJI.

Przepisy o świadczeniach w wypadkach uszkodzeń lub chorób nabytych przy pracy stanowią obecnie przedmiot kilku tekstów ustawowych, mianowicie: ustawy o fabrykach, rozporządzenia o pracy i zaopatrzeniu górników, ustawy o odszkodowaniu za wypadki. Brak jednolitości tych tekstów powodował dotychczas liczne trudności dla władz administracyjnych, którym powierzony został nadzór nad stosowaniem przepisów. Aby usunąć te trudności i podnieść zarazem poziom zapewnionego odszkodowania, Biuro Spraw Społecznych przygotowało projekt ustawy nowelizującej ustawę o fabrykach i rozporządzenie górnicze celem uzgodnienia ich z ustawodawstwem o odszkodowaniu za wypadki.

Poniżej streszczono zasadnicze postanowienia tego projektu, który zostanie złożony parlamentowi na najbliższej sesji.

Świadczenia.

Zasiłek dzienny przez okres niezdolności czasowej.—Przez okres trwania niezdolności czasowej robotnicy fabryczni i górnicy mają prawo do zasiłku w wysokości conajmniej 60% płacy podstawowej, który to zasiłek może być obniżony do 40%, gdy niezdolność do pracy przedłuża się ponad 180 dni. Projekt postanawia, że wysokość zasiłku będzie stanowiła 60% płacy podstawowej, bez względu na długość okresu zasiłkowego, jak to już przewiduje ustawa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy.

Zasiłek w wypadku stałej niezdolności do pracy.—Ustawy obowiązujące obecnie są oparte na udzielaniu zasiłków kapitałowych, ale podczas gdy ustawa o fabrykach i rozporządzenie górnicze przewidują cztery stopnie inwalidztwa, ustawa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy przewiduje ich czternaście.

W każdem z tych ustawodawstw zasiłek ustala się w postaci iloczynów dziennej płacy podstawowej w stosunku prostym do stopnia i okresu inwalidztwa. W wypadkach całkowitej niezdolności do pracy, zasiłek nie może wynosić mniej niż 540 krotną płacę zasadniczą dzienną. W wypadku niezdolności częściowej zasiłek nie może wynosić mniej niż 40-krotną wysokość tej płacy w ustawie o fabrykach i rozporządzeniu górniczem, które przewidują tylko 4 stopnie inwalidztwa, a 20 krotną wysokość w ustawie o odszkodowaniu za wypadki, która przewiduje 14 stopni inwalidztwa. Projekt scala ustawodawstwo na podstawie ustawy o odszkodowaniu za wypadki przy pracy; ponadto podnosi z 540 do 600 liczbę dni zasiłkowych w wypadkach niezdolności całkowitej; przewiduje wreszcie udzielanie zasiłku dodatkowego, równającego się 90 krotnej płacy podstawowej dziennej, gdy poszkodowany uległ szczególnie ciężkim obrażeniom ciała i gdy utrzymuje osoby, mające więcej niż 60 lat, lub mniej niż 13 lat, lub niezdolne do pracy.

Zapomogi dla pozostałych. — Przedsiębiorstwa górnicze i fabryki obowiązane są płacić, w razie śmierci pracownika, zapomogę wynoszącą nie mniej niż 360 krotną pdstawową płacę dzienną; zapomoga ta może być podwyższona do 450 krotnej płacy dziennej.

Zapomogi ryczałtowe po długotrwałem leczeniu. — Gdy chory, lub poszkodowany korzystał ze świadczeń lekarskich, przez przeciąg trzech lat na podstawie ustawy o fabrykach i rozporządzenia górniczego, bądź w przeciągu roku na podstawie ustawy o odszkodowaniu za wypadki, pracodawca może zaprzestać udzielania tej opieki pod warunkiem wypłacenia ryczałtowego zasiłku, wynoszącego conajmniej 540 krotną dzienną płacę podstawową. Według projektu najkrótszy okres, podczas którego należy się opieka lekarska, jest w zasadzie ustalony na 3 lata dla wszystkich pracowników i może być skrócona do 1 roku tylko w wypadkach wyjątkowych i za zgodą właściwych władz.

Płaca podstawowa. — Maksymum podstawowej płacy dziennej ustala się na 4 yeny, minimum — na 1 yena dla mężczyzn, a na 0,60 yena dla kobiet.

Przekazywanie odpowiedzialności w razie wypadku. — Zakres zakładów, co do których przyjęto, że odpowiedzialność za wypadki może być przekazana współkontrahentom, zostanie rozszerzony poza granice obecnie ustalone ustawą o odszkodowaniu za wypadki przy pracy. W przyszłości zakresem tym objęte będą także przedsiębiorstwa ładowania i wyładowywania statków, używających mechanicznej siły napędowej.

Odszkodowanie za wypadki i odszkodowanie szkód i strat.— Gdy przedsiębiorca lub towarzystwo wzajemnej pomocy, które go zastępuje, wypełni zobowiązania z tytułu odszkodowania za wypadki, z zobowiązań tych będą musiały być potrącone szkody i straty, które mogą się ewentualnie należeć od pracodawcy tytułem odpowiedzialności cywilnej.

(*„Informations sociales“*, XLIX, Nr. 9/34).

NOWA USTAWA O ODSZKODWANIU ZA WYPADKI PRZY PRACY NA KUBIE.

Na mocy dekretu z d. 15 listopada 1933 r. wydana została nowa ustawa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, która weszła w życie 15 grudnia 1933 r. Główne postanowienia tej ustawy oraz zmiany na lepsze, jakie ona wprowadza w stosunku do ustawy poprzedniej z dnia 12 czerwca 1916 r., są następujące.

Zakres stosowania.

Przedsiębiorstwa eksploatacji i urzędy podlegające ustawie. — Ustawa ma zastosowanie do następujących przedsiębiorstw:

1. Przedsiębiorstwa i przemysły budowlane, naprawa i konserwacja budynków, roboty ciesielskie i pokrewne, mularskie, ślusarskie, kamieniarskie, malarskie i t. p.;

2. Kopalnie, kamieniołomy, żupy solne, ładowanie i wyładowywanie surowców, przewóz drogą rzeczną, morską i lądową;

3. Rybołóstwo, budowa mostów, kanałów, tam, latarni morskich, wiaduktów, ścieków, regulowanie łożysk rzecznych, zużytkowywanie strumieni i roboty podobne;

4. Wytwarzanie gazu i energji elektrycznej, eksploatacja sieci telefonicznych i telegraficznych, zakładanie przewodów elektrycznych i piorunochronów;

5. Wyrób lub stosowanie dla użytku przemysłowego materjałów wybuchowych, palnych, szkodliwych i trujących, oczyszczanie ulic i ścieków;

6. Fabrykacja i eksploatacja przedmiotów, do których wyrobu używa się maszyn o napędzie mechanicznym lub innej sile;

7. Budowa, naprawa, konserwacja i eksploatacja dróg żelaznych i tramwajów, dróg i szos państwowych, prowincjonalnych, samorządowych i prywatnych, i cały system komunikacji;

8. Eksploatacja produktów rolnych i leśnych, składy węgla, drzewa, materjałów palnych i drzewa budulcowego;

9. Teatry i zakłady widowiskowe (personel najemny);

10. Wogóle wszelki przemysł lub praca nie wymieniona w powyższem wyszczególnieniu.

Do tej listy, zawartej już w ustawie z 1916 r. nowa ustawa dodaje jeszcze pracowników handlowych.

Ustawa stosuje się również do zakładów przemysłowych państwowych (arsenały, fabryki broni i prochu i t. d.). Rady prowincjonalne i samorządy republiki będą miały te same zobowiązania przy wykonywanych robotach publicznych.

Podlegają również ustawie armatorzy i każda inna osoba lub jednostka eksploatująca statek.

Postanowienie poprzedniej ustawy, wedle którego podlegały ustawie tylko przedsiębiorstwa zatrudniające w chwili wypadku powyżej pięciu robotników, zostało zniesione.

Zakres osobowy — Za robotników korzystających z uprawnień ustawa uważa jednostkę, która stale lub czasowo, za zapłatą stałą, zmienną lub na akord, wykonywa jakąkolwiek pracę nie w swem mieszkaniu, oraz uczniów nawet pracujących przy tem bez wynagrodzenia. Definicja „pracownicy lub robotnicy" pokrywa wszystkie osoby odpowiadające wymienionym warunkom, nawet jeżeli materjalnie nie uczestniczą w pracy i mają powierzony sobie nadzór nad pracą innych osób. Granica wynagrodzenia i minimalny okres najmu przewidziane przez poprzednią ustawę dla tej kategorji pracowników, zostały zniesione.

Ponadto, uważane są za robotników wszelkie osoby stanowiące załogę statku lub wpisane do roli zaciągowej, byleby statek miał banderę kubańską a osoby te otrzymywały wynagrodzenie.

Wyłączone są z pod działania ustawy służba domowa i członkowie rodziny pracodawcy, pracujący na jego korzyść i mieszkający pod jego dachem, jakoteż osoby wykonywające roboty dorywcze, niezwiązane z przedsiębiorstwem pracodawcy.

Zakres odpowiedzialności za wypadek.

Za wypadek ustawa uważa wszelkie obrażenia cielesne spowodowane w związku z pracą lub wskutek pracy, jaką robotnik wykonywa na cudzy rachunek, jako też wszelką chorobę nabytą podczas lub wskutek pracy.

Pracodawca jest odpowiedzialny za wypadki, jakim ulegli jego robotnicy przy wykonywaniu swego zawodu i przy pracy. Odpowiedzialność tę ponosi on we wszelkich wypadkach przewidzianych przez ustawę i bez innych wyjątków niż te, które w ustawie przewidziano.

Pracodawca nie odpowiada za wypadki, które przypisać trzeba sile wyższej, obcej charakterowi pracy.

Robotnik nie ma prawa do odszkodowania, jeżeli spowodował wypadek rozmyślnie.

Świadczenia.

Płaca podstawowa. — Płacę na podstawie której będą ustalane świadczenia, będzie na przyszłość stanowiło wynagrodzenie faktyczne, ponieważ granica przewidziana przez ustawę poprzednią została zniesiona.

Zasiłek na wypadek niezdolności do zarobkowania. — 1. W razie niezdolności czasowej poszkodowany ma prawo od pierwszego dnia wypadkowego do dziennego zasiłku, wynoszącego połowę jego wynagrodzenia w dniu wypadku, (dwutygodniowy okres wyczekiwania został zniesiony).

2. Gdy niezdolność do pracy jest całkowita i stała, ofiara wypadku ma prawo do renty, odpowiadającej połowie płacy rocznej w chwili, gdy zaszedł wypadek.

Zasiłek zostaje podwyższony o 50%, gdy wypadek zachodzi w zakładzie, w którym maszyn nie zabezpieczono w sposób należyty, bez uszczerbku ewentualnej odpowiedzialności karnej pracodawcy. Gdy zostanie dowiedzione, że wypadek zaszedł z winy pracodawcy, odszkodowanie będzie mogło być podwyższone, nie będzie mogło jednakże przekroczyć całkowitej płacy rocznej. Dodatek, w granicach do 50% głównego odszkodowania udzielany będzie osobom, potrzebującym stałej opieki osoby trzeciej.

Zasiłek na wypadek śmierci — Gdy wypadek pociąga za sobą śmierć poszkodowanego, osoby wymienione poniżej uprawnione są do następujących świadczeń:

a) mąż czy żona pozostali przy życiu, mieszkający we wspólnem gospodarstwie domowem lub w separacji prawnej z winy zmarłego: renta dożywotnia, wynosząca 20% rocznej płacy ofiary wypadku. Prawo do renty będzie odtąd przysługiwało wdowom, nawet jeżeli małżeństwo było zawarte po wypadku.

b) Dzieci nieletnie lub niezdolne do pracy z powodu ułomności umysłowej lub fizycznej, o ile były pod opieką ofiary wypadku: renta obliczona na podstawie rocznego wynagrodzenia zmarłego, ustalona w wysokości 30% na dziecko, 45% na dwoje lub troje dzieci a 60% na czworo lub więcej dzieci.

c) Wstępni, gdy zmarły nie pozostawił zstępnych, o ile żyli oni pod jego opieką: renta dla wstępnego w wysokości 20% rocznej płacy, jaką pobierała ofiara wypadku, z zastrzeżeniem, że ogółem renty wstępnych nie mogą przekroczyć 30% rocznej płacy zmarłego.

d) Bracia i siostry w wieku poniżej 18 lat, o ile pozostawały pod opieką zmarłego i o ile niema wstępnych: renta określona i podzielona zgodnie z zasadą ustaloną w poprzednim ustępie. Renta jest dożywotnia, jeżeli uprawnieni są niezdatni do pracy z powodu niezdolności umysłowej lub fizycznej.

Gdy pozostały małżonek dzieli rentę z zstępnymi lub krewnymi, odszkodowanie ogółem nie może przekraczać 70% płacy ofiary wypadku. Gdy wdowiec lub wdowa żeni się powtórnie, traci wszelkie prawo do renty.

Pomoc lecznicza. — Ofiara wypadku ma prawo wyboru lekarza i apteki. W takim razie jednakże kierownik przedsiębiorstwa może nie płacić tych kosztów, dopóki sędzia grodzki (municipal) nie ustali honorarjów lekarza i nie zatwierdzi rachunków aptekarza.

Kierownicy szpitali i domów zdrowia mogą porozumieć się bezpośrednio z kierownikami fabryk w sprawie opieki i innych kosztów związanych z wypadkiem.

W ciągu leczenia pracodawca będzie mógł zwrócić się do właściwego sędziego grodzkiego o wyznaczenie lekarza, któryby odwiedził chorego w obecności zwykłego lekarza. Jeżeli chory się temu sprzeciwia, wypłata dziennego zasiłku będzie wstrzymana na mocy orzeczenia sędziego.

Kierownicy przedsiębiorstw mogą się zwolnić z zobowiązania wypłacania ofierze wypadku kosztów choroby i zasiłków

dziennych, jeżeli dowiodą, że ubezpieczyli swych robotników w jakiemś prawnie uznanem towarzystwie ubezpieczeń i że to towarzystwo zapewnia ubezpieczonym pomoc lekarską i farmaceutyczną jakoteż ustawowy zasiłek dzienny.

Pracownicy, którzy uległszy wypadkowi będą potrzebować protez i aparatów ortopedycznych, będą mogli żądać dostarczania i odnawiania tych aparatów, gdy to będzie uznane za potrzebne. Pracodawca lub ubezpieczalnia będzie mogła udzielić ofierze wypadku pewnej sumy, odpowiadającej przypuszczalnemu kosztowi tych aparatów. Na odpowiedzialności pracodawcy ciąży także obowiązek ułatwienia sposobów przeszkolenia ofiar wypadków.

Obowiązek ubezpieczenia.

Wszyscy robotnicy zatrudnieni w przedsiębiorstwach lub przemysłach, do których ma zastosowanie ustawa powinni być ubezpieczeni na koszt swych pracodawców; którzy są bezpośrednio odpowiedzialni za wypadki, wynikające z pracy, wykonywanej przez ich robotników. W żadnym wypadku i pod żadnym pozorem pracodawcy nie wolno zatrzymywać pośrednio lub bezpośrednio części wynagrodzenia robotników dla utworzenia funduszów ubezpieczeniowych.

Ubezpieczenie wykonywa się na koszt pracodawcy i obejmuje wszystkie wypadki oraz nagłą śmierć zaszłą przy pracy. Jeżeli pracę wykonywa się na rachunek państwa, prowincji lub samorządu, ubezpieczenie obciąża osobę, która otrzymała koncesję na prowadzenie robót.

Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków, chcące wykonywać ten rodzaj tranzakcyj, winny złożyć uprzednio statut do zatwierdzenia sekretarjatowi pracy i będą podlegały inspekcji i kontroli państwa. Winny złożyć kaucję odpowiednią w gotówce lub papierach państwowych.

Kierownicy przedsiębiorstw o charakterze stałym, zatrudniający robotników podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu, będą mogli być za zgodą prezydenta republiki zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia swych robotników, jeżeli dostarczą dostatecznych gwarancji. Dla uzyskania pozwolenia, pracodawca winien dowieść swej wypłacalności za pomocą świadectwa wydanego przez sekretarza rolnictwa, handlu i pracy po udowodnieniu, że posiada majątek nieruchomy, hipotecznie nieobciążony o wartości nie mniejszej niż 1000 pesos na każdego zatrudnionego robotnika, o ile robotników jest mniej niż 20, 700 pesos, gdy liczba robotników wynosi 25 do 50, a 300 pesos, gdy liczba ta przekracza 50. Te nieruchomości nie mogą być hipotecznie obciążone i winny być ubezpieczone od ognia.

Przedsiębiorstwa będące własnością cudzoziemców powinny posiadać przedstawicieli prawnych z uprawnieniami wystarczającemi do rozstrzygania spraw dotyczących odszkodowania należnego robotnikom.

Jeżeli pracodawca nie płaci we właściwym czasie należności z tytułu wypadków, zainteresowani, oprócz gwarancyj ustanowionych przez towarzystwa ubezpieczeń, mają prawo uciec się do sądowego zajęcia majątku przedsiębiorstwa, gdzie zaszedł wypadek.

Postępowanie w razie wypadku przy pracy.

Każdy wypadek powodujący niezdolność do pracy powinien być zgłoszony w ciągu następnych 24 godzin przez pracodawcę lub jego zastępcę do sędziego danego obwodu. Zgłoszenie winno zawierać nazwisko ofiary oraz świadków wypadku; świadectwo lekarskie winno stwierdzić stan ofiary wypadku, przypuszczalne skutki i termin w jakim, zdaniem lekarza, można będzie wiedzieć, jakie będą ostateczne skutki wypadku. Sędzia grodzki (municipal) przesyła natychmiast odpis świadectwa lekarskiego sędziemu pierwszej instancji. Po przeprowadzeniu śledztwa, sędzia grodzki wzywa strony do porozumienia się co do odpowiedzialności. Z chwilą orzeczenia na korzyść ofiary wypadku, sędzia wyrznacza wysokość odszkodowania, które wypłaca się natychmiast, nawet jeżeli następuje odwołanie się od orzeczenia.

W każdym wypadku pracodawca obowiązany jest ponosić koszty pierwszej pomocy udzielonej choremu. Udzielić winien również opieki lekarskiej i farmaceutycznej oraz ponieść koszty pogrzebowe, o ile one nie przekraczają 30 pesos.

Specjalne postanowienia stosują się do wypadków na statkach. Przedawnienie w akcjach o odszkodowanie następuje po roku (dwa lata dotychczas) od daty wypadku.

Renty nie mogą być odstąpione ani nie podlegają zajęciu.

Położenie cudzoziemców.

Robotnicy cudzoziemscy, ulegający wypadkowi, którzy opuszczą kraj, otrzymają renty kapitałowe, a mianowicie:

a) w wypadku całkowitej stałej niezdolności — sumę odpowiadającą wysokości całkowitego wynagrodzenia za trzy lata pracy;

b) w wypadku niezdolności częściowej i stałej — sumę odpowiadającą zarobkowi pracownika w ciągu trzech ostatnich lat.

W razie śmierci, uprawnieni członkowie rodziny zmarłego otrzymają rentę dożywotnią w wysokości 20% rocznego wynagrodzenia ofiary.

Pracownicy cudzoziemscy będą mieli prócz tego prawo do dodatku 10%, obciążającego Instytut krajowy przeszkolenia inwalidów pracy.

Zapobieganie wypadkom przy pracy.

Utworzony będzie komitet techniczny do badania wszelkich nowych maszyn i mechanizmów, aby zapobiegać wypadkom przy pracy. Komitet składać się będzie z dwóch inżynierów, architekta, chemika i lekarza. Komitet ułoży w terminie najdalej trzymiesięcznym katalog urządzeń ochronnych, zabezpieczających od wypadków. Rewizja katalogu odbywać się będzie co rok. Komitet utworzy laboratorjum badawcze, w którem gromadzone będą urządzenia ochronne oraz badane wszelkie nowe wynalazki techniczne.

(*„Informations sociales"* XLIX, Nr. 12/34).

USTAWODAWSTWO O RENTACH STARCZYCH I INWALIDZKICH W AUSTRALJI.

Związkowy parlament australijski uchwalił ostatnio ustawę w sprawie zmiany „klauzuli własności" (property clause), przewidzianej w systemie bezskładkowych rent starczych i inwalidzkich ustanowionych w październiku 1932 r.

Wspomniana klauzula uprawniała państwo do ściągnięcia z majątku rencisty lub wdowy albo wdowca, sumy rent wypłaconych po 12 października 1932 r., jeżeli ten rencista stawał się posiadaczem majątku o wartości powyżej 400 funtów sterlingów, z wyłączeniem jego domu. Niektóre dobra zostały wyłączone z tego postanowienia, a ponadto rzeczy osobiste do wysokości 50 funtów sterl. oraz i inne dobra wartości maksymum 50 funtów, w miarę uznania komisarza rent.

W czasie dyskusji parlamentarnej nad zagadnieniem rent w budżecie na rok 1933/34 sposób stosowania powyższej klauzuli był ostro krytykowany przez niektórych deputowanych oraz przez różne inne czynniki społeczne. Twierdzono, że większość osób, podlegających temu postanowieniu, stanowili ludzie oszczędni, którzy zdołali nabyć dom, częstokroć dzięki pomocy

i udziałowi swych dzieci. Natomiast zwolennicy klauzuli twierdzili, że według obliczeń departamentu rent, klauzula pozwoliła uniknąć nielojalnego stosowania ustawy i uzyskać miljon funtów sterl. rocznie oszczędności.

Po rozpatrzeniu zagadnienia rząd przyjął w grudniu 1933 r. projekt nowelizacji, zmierzający nie do zniesienia rzeczonej klauzuli ale do złagodzenia jej surowych przepisów, przez zwolnienie najbliższych krewnych od obowiązku zwrotu rent.

Składając projekt, „Attorney general" oświadczył, że zniesienie ogólne postanowień o majątku pociągnęłoby wzrost wydatków rocznych o jakieś 650.000 funtów sterl. oraz znaczny wzrost liczby przyszłych roszczeń o renty. Na mocy obecnego systemu 12.000 rencistów zrzekło się dobrowolnie swych rent a liczba podań o renty zmniejszyła się o 13.000.

Projekt uchwalony w grudniu 1933 r. postanawia, że suma rent wypłaconych po 31 grudnia 1933 r. stanowić będzie wierzytelność Konfederacji a nie jak dawniej hipotekę tej Konfederacji na majątku rencisty. Wydatki pogrzebowe i testamentowe oraz wszystkie długi rencisty będą przedewszystkiem spłacone. Do dóbr zwolnionych z wszelkich zobowiązań należą rzeczy osobiste zmarłego do wysokości 50 funtów sterl., świadczenia pogrzebowe i pośmiertne udzielone przez towarzystwa wzajemnej pomocy, majątek pozostawiony wdowie, wdowcowi, ojcu, matce, dziecku, siostrze lub bratu rencisty, pod warunkiem, aby otrzymujący zapis bądź również pobierał rentę, bądź znajdował się w potrzebie lub mieszkał pod jednym dachem z rencistą, jako członek jego rodziny.

Jeżeli zapisobiorca płacił składki na rentę, wierzytelność Konfederacji powinna być zmniejszona o podwójną składkę.

Komisarz rent może zgodzić się na pewne odstępstwa na korzyść uprawnionego członka rodziny, jeżeli zastosowanie postanowień ustawy okaże się zbyt surowe i t. p.

Podczas gdy dotychczas potrzebna była zgoda komisarza, odtąd każdy rencista może swobodnie rozporządzać swemi gruntami, pod warunkiem aby tranzakcje odbywały się uczciwie i za sumę dokładnie odpowiadającą wartości sprzedanego gruntu.

(*„Informations sociales"*, XLIX, Nr. 13/34).

ROZWÓJ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW W COSTARICA

Prawo ofiar wypadków przy pracy do odszkodowania opiera się na ustawie zasadniczej z dnia 31 stycznia 1925 r., zmienionej przez ustawy z 24 sierpnia 1926 r., 13 września 1927 r., 3 lutego 1931 r. i 26 sierpnia 1933 r.

Ubezpieczenie obowiązkowe obejmuje wszystkich pracowników najemnych, zatrudnionych w fabrykach, towarzystwach przewozowych, przedsiębiorstwach z siłą napędową wszelkiego rodzaju, kopalniach, gospodarstwach rolnych wszelkiego rodzaju, urzędach publicznych, klinikach, szpitalach i zakładach leczniczych, jakoteż personel sklepowy, hotelowy, restauracyjny, kawiarniany i t. p.

Pracodawca, który początkowo mógł sam być jednostką ubezpieczającą, obecnie musi się ubezpieczyć w Państwowym Banku Ubezpieczeń, który wykonywa ubezpieczenie od wypadków, z wyłączeniem wszelkiej innej instytucji.

Ubezpieczenie obejmuje ryzyko od wypadków i chorób zawodowych.

Ofiary wypadków lub chorób zawodowych mają prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i farmaceutycznej, jakiej wymaga ich stan, jakoteż do świadczeń w gotówce.

W wypadku czasowej niezdolności do pracy, zasiłek dzienny równa się 50% utraconego zarobku. Jeżeli wypadek pociąga całkowitą stałą niezdolność do zarobkowania, ofiara wypadku ma prawo do renty w wysokości ¾ swej płacy rocznej. Gdy stała niezdolność jest tylko częściowa, renta wynosi połowę utraconej zdolności zarobkowej. Gdy wypadek spowodował śmierć ubezpieczonego, osoby pozostałe po nim i uprawnione do świadczeń, otrzymują rentę w wysokości 20% płacy rocznej ubezpieczonego.

Wszystkie spory w sprawie roszczeń o świadczenia rozstrzyga specjalny sąd rozjemczy. Z pośród 2.574 spraw zgłoszonych w r. 1933 do tego sądu, 2.530 regularnie pokrywało ubezpieczenie, a tylko w 44 wypadkach okazało się, że prawnie wymagane ubezpieczenie nie było wcale wykonane.

Z punktu widzenia przyczyn wypadków, 791 spowodowało użycie ostrych narzędzi, 314 praca przy maszynach, 24 przy przewozie, 19 wskutek prądu elektrycznego. W ciągu r. 1933 2.116 wypadków podlegało rozjemczej działalności sądu. Suma zasiłków dziennych wyniosła 28.760 kolonów (kolon = ½ dolara), a suma rent rocznych, udzielonych ofiarom dotkniętym stałą całkowitą lub częściową, niezdolnością do pracy, 144.876 kolonów.

Obecnie stosowany system ubezpieczenia obowiązkowego ma, według opinji przewodniczącego sądu rozjemczego, znaczną przewagę nad poprzednio stosowanem ubezpieczeniem dobrowolnem, pozwala bowiem ofiarom wypadków przy pracy na znacznie szybsze i skuteczniejsze otrzymywanie odszkodowania pieniężnego oraz należytej pomocy lekarskiej i farmaceutycznej.

(*„Informations sociales"*, L, 1/34).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

DZIAŁALNOŚĆ PORADNI PRZECIWGRUŹLICZYCH W POLSCE W R. 1932. Dr. Stanisław Sielicki.

Wydaw. Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Warszawa, 1933. Stron 96.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO ZA ROK 1932/33.

Warszawa, 1933. Stron 122.

SPRAWOZDANIE Z CZYNNOŚCI I ZAMKNIĘCIE RACHUNKÓW ZAKŁADU UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW ZA ROK 1932

Nakładem Zakł. Ubezp. od Wyp. Lwów, 1934. Stron 48.

ZDROWIE PUBLICZNE Nr 2, luty 1934.

Dr. L Rostkowski: „Rozpoznawanie jaglicy a jej zwalczanie".

Zwalczanie jaglicy jest ściśle uzależnione od możności jej rozpoznawania i leczenia. Sprawa rozpoznawania jaglicy zrobiła w ostaniem dziesięcioleciu duże postępy tak, że obecnie żaden lekarz, przygotowany odpowiednio teoretycznie i praktycznie zasadniczo nie natrafia tutaj na większe trudności rozpoznawcze.

Ośrodkiem zwalczania jaglicy w terenie powinna być przychodnia przeciwjaglicza, pracująca w ścisłym kontakcie i pod nadzorem lekarza powiatowego i przy wydatnym współudziale czynników społecznych: samorządowych, szkolnych, ubezpieczeniowych i prywatnych. Zwalczanie jaglicy składa się z następu-

jących elementów: 1) zaprowadzenie dokładnej statystyki i ewidencji chorych na jaglicę, 2) zorganizowanie właściwego lecznictwa, 3) zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się jaglicy i prowadzenie odpowiedniej w tym kierunku propagandy. Prowadzenie statystyki i ewidencji chorych jaglicznych ma na celu umożliwienie wykrywania wszystkich ognisk i środowisk jaglicy i zdobycie wiadomości o każdym chorym na jaglicę w terenie. Statystyka ta jest oparta na kartotece zgłoszeń chorych jaglicznych do lekarza powiatowego, ułożonej według miejscowości i stale uzupełnianej przez nowe zameldowania o zachorowaniu lub ukończeniu leczenia.

Na podstawie takiej kartoteki lekarze powiatowi prowadzą mapę zajagliczenia powiatu, pozwalającą na orjentowanie się w nasilaniu względnie spadku nasilenia jaglicy w powiecie. Z map tych można się orjentować co do liczby przypadków i ich zagęszczenia w poszczególnych województwach i całem Państwie, i co do wpływu terenu, narodowości, zwyczajów, czynników gospodarczych, politycznych, historycznych i t. p. na szerzenie się jaglicy.

Organizacja lecznictwa jaglicy powinna być oparta na jaknajwiększem zbliżeniu lekarza do chorego (jaknajgęstsza sieć przychodni przeciwjaglicznych). Ponieważ najlepsze wyniki daje leczenie jaglicy początkowej, którą spotyka się prawie wyłącznie u dzieci, więc pierwszem zadaniem przychodni przeciwjaglicznej powinno być leczenie dzieci szkolnych; do współpracy w tej dziedzinie powinno być pociągnięte nauczycielstwo.

Najistotniejszym jednakże celem przychodni jest zapobieganie szerzeniu się jaglicy przez wykrywanie chorych wśród rodziny i otoczenia chorego na jaglicę i drogą uświadamiania i propagandy (pogadanki, nauczanie o jaglicy w szkołach). Sprawa udziału nauczycielstwa w zwalczaniu jaglicy i prowadzenia przez szkoły odpowiedniej propagandy została uregulowana zarządzeniami Kuratorjów Okręgów Szkolnych. W prowadzeniu akcji zapobiegawczej przez przychodnie przeciwjaglicze ogromna rola przypadła w udziale odpowiednio wykwalifikowanym i nastawionym społecznie higjenistkom-wywiadowczyniom.

Dla usprawnienia zwalczania jaglicy została utworzona przy Departamencie Służby Zdrowia M. O. S. „instrukcyjna kolumna przeciwjaglicza" w składzie instruktora przychodni przeciwjaglicznych i instruktorki pielęgniarek. Zadaniem tej kolumny (pracującej w terenie już od 3½ lat) jest:

1) zbadanie nasilenia jaglicy, szerzenia się ślepoty oraz działalności poszczególnych instytucyj i organów, zwalczających jaglicę;

2) organizowanie zwalczania jaglicy w poszczególnych powiatach;

3) udzielanie ludności pomocy okulistycznej. Kolumna ta objechała dotąd 5 województw wschodnich, udzieliła 65 tys. porad, zarejestrowała 7.300 chorych na jaglicę i dokonała 2.400 operacyj i 10.000 zabiegów.

Cz.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE Nr. 13, kwiecień 1933.

Z. Szymanowski: „Szkolić czy przeszkalać? W sprawie reformy studjów lekarskich".

W związku z podjęciem przez Ministerstwo Opieki Społecznej inicjatywy co do opracowania programów, według których powinno się odbywać doszkalanie lekarzy w zakresie ich funkcji opieki nad zdrowiem publicznem, autor zwraca uwagę na konieczność przeprowadzenia w najbliższym czasie reformy uniwersyteckich studjów lekarskich. Lekarze, którzy obecnie opuszczają ławę uniwersytecką, nie są dostatecznie wychowani w poczuciu doniosłości zadań opieki społecznej nad zachowaniem zdrowia ogółu ludności. Braku tego nie usunie doszkalanie lekarzy, gdyż nie chodzi tutaj o nabycie nowych wiadomości, a raczej o nieco odmienne użytkowanie wiedzy, nabytej w uniwersytecie.

Reforma studjów uniwersyteckich jest sprawą niezmiernie trudną do przeprowadzenia, gdyż szkoła akademicka w organizacji swej jest instytucją konserwatywną. Każdy uczony jest skłonny uważać swą dyscyplinę za najważniejszą i niezbędną; tymczasem ograniczona pojemność ludzkiego mózgu z jednej strony, żądania zaś bieżącego życia z drugiej — wymagają zmian i przystosowań.

Z zakresu studjów przygotowawczych, należałoby zmniejszyć liczbę godzin, poświęcanych na naukę fizyki, chemji i anatomji prawidłowej, na korzyść liczby godzin dla biologji, fizjologji i chemji fizjologji; przyczem należy zmniejszyć ogólną liczbę godzin nauki, pozostawiając studjującym więcej, niż to jest dotychczas, czasu na uporządkowanie w głowie nabytych wiadomości i uzupełnianie ich z książek. Stan dotychczasowy urąga pod tym względem wszelkim przepisom higjeny pracy umysłowej i przyczynia się w następstwie do powstania braku umiejętności samodzielnego myślenia.

Na III roku studjów należałoby bardziej równomiernie potraktować chemję patologiczną, bakterjologję i anatomję patologiczną (uszczuplając liczbę godzin tej ostatniej).

Największe jednak zmiany muszą nastąpić w szkoleniu klinicznem. Klinika uczy szybko chwytać zasadnicze objawy choroby, wiązać je w całość (rozpoznanie choroby) i wybierać właściwe sposoby leczenia. W dobie, w której obecnie żyjemy, już to nie wystarcza. Nastąpiło ogólne uświadomienie sobie faktu, że zdrowie jest dobrem publicznem, znajdującem się pod opieką społeczeństwa i państwa. Choroba jest nietylko cierpieniem jednostki, ale i stratą ogólną; to też trzeba jej zapobiegać. Powołano do życia instytucje, poświęcone ochronie zdrowia publicznego, udostępniając leczenie najszerszym masom ludności.

Lekarze powinni już od samego początku przygotowywać się do pracy w tych instytucjach. Studja uniwersyteckie powinny obejmować, narówni z klinikami, pracę w poradniach zapobiegawczych i leczniczych, przychodniach kas chorych, przy określaniu zdolności do pracy i t. p. Tam dopiero student zapozna się praktycznie z terenem przyszłej swej pracy i zrozumie celowość i konieczność pewnych poczynań natury zapobiegawczej. W tym duchu należy go wychowywać.

Uznając zasadniczo słuszność specjalizowania się w tej czy innej dziedzinie medycyny praktycznej (dotyczy to również medycyny społecznej i higjeny), należy ostrzec przed zbyt wczesnem specjalizowaniem się. Dotyczy to w równym stopniu specjalistów klinicznych jak i specjalistów w medycynie społecznej. Lekarz-praktyk musi się znać i na lecznictwie, i na zapobieganiu. Z drugiej zaś strony, należy pozostawić większą swobodę i możność wczesnego specjalizowania się specjalistom-naukowcom; fizjologowi czy też patologowi nie jest potrzebna dokładna znajomość położnictwa czy okulistyki. Każdy powinien mieć możność wybrania z programu nauczania tego, co mu jest potrzebne. *Cz.*

LEKARZ POLSKI Nr. 4, kwiecień 1934.

Dr. W. Odrzywolski. „Bezrobocie lekarzy a tereny pracy lekarskiej".

Cały szereg faktów wskazuje na to, że bezrobocie dotknęło stan lekarski w Polsce niewątpliwie. Dowodzą tego: przewaga liczby poszukujących pracy (przez biura pośrednictwa pracy izb lekarskich) nad liczbą zaofiarowanych placówek, poszukiwanie przez lekarzy pracy w obcych zawodach, nie mających nic wspólnego z medycyną, zarobkowanie dorywcze, nie dające minimum utrzymania, i t. p. Bezrobocie to, jednak, nosi specjalny charak-

ter, który je różni od ogólnego bezrobocia jako przejawu braku pracy na tle kryzysu ekonomicznego. Bezrobocia lekarskiego nie można określić w ten sposób, że mamy zadużo rąk do pracy, a zamało zapotrzebowania na tę pracę. Bywają przypadki, że zgłoszona do biura pośrednictwa pracy przy Izbie Lekarskiej posada (przy niezłych warunkach materjalnych i braku potrzeby posiadania specjalnych kwalifikacyj) oczekuje bardzo długo na kandydatów, którzy nie kwapią się z wyjazdem na głuchą prowincję, względnie, z objęciem pracy w pewnych mniej poszukiwanych specjalnościach. Jak z tego widać, bezrobocie lekarskie jest bezrobociem tylko w pewnych środowiskach i w pewnych gałęziach wiedzy lekarskiej i jako takie nie jest równogatunkowe z bezrobociem pracowników umysłowych czy też fizycznych. Również i istnienie szeroko rozprzestrzenionego partactwa lekarskiego (znachorzy, lekarze „ziołowi", rzecznicy medycyny egzotycznej) rzuca dosyć charakterystyczne, swoiste światło na istotę bezrobocia lekarskiego. Jeśli do znachorów zwracają się o pomoc lekarską ludzie, którzy mogliby i powinniby szukać porady u lekarzy, dowodzi to braku właściwego kontaktu między chorym a lekarzem i przyczynia się również do pogłębienia następstw bezrobocia lekarskiego.

Jeśli podejść do powyższego zagadnienia od strony tej pracy, jaka jest do zrobienia w zakresie podniesienia ogólnej zdrowotności w kraju, to należy stwierdzić, że pracy tej jest bardzo dużo; zdrowotność ludności naszego Państwa pozostawia jeszcze bardzo dużo do życzenia, liczba zachorowań na choroby zakaźne nie zdradza tendencji zniżkowej. Dotychczas udział w pracy nad podniesieniem zdrowotności kraju bierze tylko około 1000 lekarzy (lekarze ośrodków zdrowia, poradni, powiatowi), co stanowi w porównaniu z ogólną liczbą lekarzy w Państwie 11.000 i liczbą ludności 32.600.000 — niewiele, zwłaszcza wobec niepomyślnego stanu sanitarno-zdrowotnego kraju. W miarę pociągania do tej powszechnej akcji zdrowotnej dalszych mas lekarskich i bardziej równomiernego rozłożenia pracy na lekarzy, świadomych celowości i wagi powierzonego im zadania — obecne bezrobocie lekarskie straci dużo na swojej ostrości. *Cz.*

Dr. J. Hozer: „Komunały a hasła stanu lekarskiego".

Autor omawia trzy kapitalne zagadnienia, emocjonujące obecnie stan lekarski, i zastanawia się nad tem, jaką należałoby im nadać treść, aby nie były pustemi komunałami, a stały się pełnemi żywej siły hasłami świata lekarskiego. Zagadnieniami temi są: 1) dążenie do przywrócenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, 3) sprawa nadania lekarzom „społecznym" charakteru urzędników lekarskich i 3) wolność stanu lekarskiego.

I. Ponieważ zdrowie publiczne jest racją stanu, więc powinno mieć swój odpowiednik w rządzie. Nie chodzi tutaj o formę, w jaką to ma być ujęte, — aby tylko zakres działania odpowiedniej jednostki administracyjnej był dość rozległy i rozporządzał dostateczną siłą egzekutywy i środków materjalnych, i aby tylko uniknąć dyspersji działalności zdrowotnej Państwa na różne organizacje, ustawowo i budżetowo zupełnie odrębne i nieskoordynowane. Pod tym kątem widzenia patrząc, należy kłaść nacisk nie tyle na przywrócenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, co na *scalenie spraw zdrowia publicznego.*

II. Czy dobry lekarz może być dobrym urzędnikiem (i vice versa) i czy interes publiczny wymaga łączenia obu kwalifikacyj w jednej osobie, czy przeciwnie? Po przytoczeniu całego szeregu dowodów na to, że urzędnik jest pod względem materjalnym znacznie lepiej sytuowany od lekarza wolnopraktykującego czy też zatrudnionego w instytucjach ubezpieczeniowych, autor dowodzi, że w tych ostatnich nie należy skupiać w jednych rękach czynności czysto lekarskich i urzędniczych, gdyż — poza nielicznemi wyjątkami — dobry lekarz nie będzie nigdy odbrym administratorem, i odwrotnie. W instytucjach ubezpieczeniowych powinni być zatrudniani dobrzy lekarze i dobrzy urzędnicy, bez szkodliwego łączenia ze sobą tych czynności.

III. *Wolność stanu lekarskiego* w znaczeniu bezwzględnem, fizycznem nie istnieje. Lekarz jest skrępowany wydatnie przez moralny i ustawowy obowiązek niesienia pomocy chorym o każdej bez mała, porze dnia i nocy; skrępowanie to zaznacza się szczególnie jaskrawo w odniesieniu do lekarzy kasowych i urzędowych. A więc można mówić, w odniesieniu do stanu lekarskiego, jedynie o wolności w znaczeniu moralnem, uosobionej w niezależności decyzji lekarskiej, ograniczonej tylko prawami medycyny, instynktu i sumienia lekarskiego. Wolną powinna pozostać decyzja lekarza, orzekającego „wedle swej najlepszej wiedzy i sumienia". Ta wolność sumienia wiedzy i decyzji lekarza jest nietylko przywilejem stanu lekarskiego, ale jest niezmiernej ceny wartością publiczną, społeczną i jako taka musi być bezwzględnie respektowana.

Cz.

PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Dwutyg. Warszawa. Nr. 7. 1 kwietnia 1934 r. W dziale **Notatki** zamieszcza:

Ciężary socjalne — J

Nawiązując do dyskusji na temat ubezpieczeń społecznych, prowadzonej na łamach „Gazety Polskiej" autor przeciwstawia „nieodpartym" (?) argumentom inicjatora dyskusji późniejszy artykuł polemiczny dr. E. R., przyczem stwierdza, że „mały jest dobór argumentów p. dr. E. R." z tego jakoby powodu, że posługuje się on materjałami Komisji Ankietowej z r. 1925/26. Argumentów w notatce nie przytoczono, autor rozprawia się zaś jedynie z kwotą obciążenia życia gospodarczego. Określa ją wysokością dochodów instytucyj ubezpieczeń społecznych, ustalając, iż w r. 1931 wynosiła 593,1 milj. zł., a w r.1932 — 502.2 milj. zł.

Należałoby przejść do porządku dziennego nad powyższą notatką, zwłaszcza, że ma charakter fragmentaryczny i nie wysuwa żadnych szczególnie trafnych uwag w odpowiedzi na artykuł dr. E. R. ani nie rozprawia się z nim szerzej. Zadziwia jednak lekkomyślność, czy może zła wola, z jaką autor, kryjący się pod literą „J." rzuca cyfry, stwarzając pozory rzeczowej i — może w mniemaniu nieuświadomionych osób — „nieodpartej" argumentacji. Możnaby się spierać, czy trafne jest wliczanie części składek, przypadających na pracowników do sum, które „obciążają" życie gospodarcze; możnaby mieć poważne wątpliwości, czy należy operować sumami, nie wyłączywszy z nich wpierw kwot, które przypadają od urzędów państwowych, związków samorządowych i t. p., skoro, ściśle biorąc nie należą one do warsztatów gospodarczych. Jak jednak wypada potraktować i autora i jego pracę, jeżeli bezceremonjalnie rzucił on jako cyfry „obciążenia" dochody instytucyj, składające się przecież nie tylko ze składek i ewent. opłat publicznych, ale także dochody z własnego majątku instytucyj. A nie są to kwoty zbyt małe. Dla ilustracji należy podać, iż dochody ze składek wyniosły w r. 1931— 498,7 milj. zł., w r. 1932 — 418,8 milj. zł. Proszę zestawić z poprzedniemi cyframi. Gdyby nawet uwzględnić odsetki zwłoki i kary, to jednak chodzi jeszcze o kilkadziesiąt miljonów złotych.

Tak wygląda argumentacja „Przeglądu Gospodarczego" po powierzchownem tylko przyjrzeniu się jej.

Wyszedł z druku Nr. 4 (rok IX) „PRZEGLĄDU ORGANIZACJI", organu Instytutu Naukowego Organizacji i Kierownictwa.

Artykuły: *Inż. dr. St. Bieńkowski* — Organizacja zbiorowej pracy drobnego przemysłu. *Mgr. L. Kruszelnicki* — Obliczanie kosztów magazynowania. *Inż. B. Nawrocki* — Zagadnienie awansów personelu. *D. Wieluch* — Podstawy filozoficzne organizacji pracy w/g prawa tworzenia. *A. Stepanow* — Znaczenie stałych

i zmiennych kosztów ogólnych przy stosowaniu dolnej granicy ceny sprzedażnej. Stałe rubryki: *W. Mileski* — Feljeton redakcyjny. Kierownictwo i personel. Administracja publiczna. Zakupy i gospodarka materjałowa. Organizacja produkcji. Bezpieczeństwo i higjena pracy. Sprzedaż. Koszty własne i księgowość. Biuro. Bibljografja. Z działalności Instytutu. Wiadomości bieżące.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 12 z dnia 25 marca 1934 r.

„Apteki w Rosji Sowieckiej" I. G. Oberhard.

W artykule autor podaje, że w ciągu 17 lat od chwili upaństwowienia, apteki sowieckie przeszły szereg etapów w ich organizacji. Obecnie w Rosji Sowieckiej istnieje około 7.000 aptek z czego większość stanowią apteki z wolną sprzedażą lekarstw, zaś mniejszość, apteki „zamkniętego typu", służące dla potrzeb szpitali, sanatorjów, lecznic i t. p.

Apteki z wolną sprzedażą wydają lekarstwa za pieniądze z wyjątkiem pracowników najemnych, którym wydawane są lekarstwa bezpłatnie, zaś koszty wydanych lekarstw ponoszą wydziały ochrony zdrowia, przyczem opłata jest obliczana ryczałtowo, za każde lekarstwo bez względu na to jakie środki wchodzą w jego skład.

Apteki z wolną sprzedażą lekarstw jak również drogerje, należą do specjalnych zarządów nad któremi sprawują kontrolę krajowe wydziały ochrony zdrowia, skutkiem czego zostaje wyeliminowany moment wzajemnej konkurencji. Podobnie apteki „zamkniętego typu" łącznie z zakładami które obsługują, należą do tych samych wydziałów ochrony zdrowia.

Ostatnio wprowadzono eksperyment organizacji sieci aptek — fabryk i punktów wydawania lekarstw. Punkty nie sporządzają lekarstw (z wyjątkiem wypadków nagłych), lecz przyjmują recepty i przesyłają do apteki — fabryki celem sporządzenia, a po nadesłaniu lekarstwa przez aptekę wydają je zamawiającym. Autor omawia organizcję pracy w aptece sowieckiej, nadmieniając między innemi o zastosowaniu w aptekach — fabrykach transporterów i wykonywaniu pracy przez asystentów w pozycji siedzącej.

Ponadto zaznaczono, że w wyniku kilkakrotnego rozpatrywania katalogu środków leczniczych spis tych środków został „oczyszczony" przez wyeliminowanie całego szeregu nazw środków, w rezultacie czego pozostało kilkaset artykułów wypróbowanych farmakologicznie i klinicznie. Specyfik farmaceutyczny nie może być mieszaniną środków leczniczych lecz w wypadku uznania takiej mieszaniny za celową, na podstawie odnośnych przepisów, sporządza się „leki gotowe". Wprowadzenie leków gotowych autor uważa za uzasadnione, gdyż przekonano się, że w Leningradzie około 40% wszystkich recept stanowią formy znormalizowane.

S. R.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 13 z dnia 1 kwietnia 1934 r.

W powyższym numerze czasopismo poświęciło wiele miejsca sprawie instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, przedrukowując cały szereg artykułów i notatek, podanych w prasie codziennej i czasopismach, z artykułem od redakcji na czele zatytułowanym „Ubezpieczenia Społeczne i lecznictwo w ubezpieczalniach społecznych".

W artykule tym między innemi wskazuje redakcja „Wiad. Farm." na straty jakie poniosło aptekarstwo od czasu powstania ubezpieczeń społecznych do chwili obecnej. Przyczyną strat dla aptekarstwa było w pierwszym rzędzie powstanie aptek Kas Chorych, których prowadzenie, według zdania redakcji, jest nierentowne dla instytucyj ubezpieczeń, następną przyczyną strat jest organizacja punktów rozdawania leków, oraz rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o opustach od cen za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych.

S. R.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 13 z dnia 1 kwietnia 1934 r.

„Towarzystwo Ubezpieczeń na Wypadek Choroby"—Żuk.

Celem artykułu jest lansowanie ubezpieczenia na wypadek choroby, opartego na następujących zasadach:

1) ubezpieczenie dobrowolne,

2) swobodny wybór lekarza,

3) lekarz nie jest związany żadnemi przepisami w ordynowaniu środków leczniczych.

Za udzielane przez „Towarzystwo Ubezpieczeń" świadczenia, jak pomoc lekarska, lekarstwa, leczenie szpitalne i w razie połogu, ubezpieczony płaci 25% kosztów powyższych świadczeń, a ponadto na koszty pogrzebu przewiduje się wypłatę pewnej sumy. W wypadku niekorzystania w roku bilansowym ze świadczeń towarzystwa, byłaby bonifikowana pewna ilość składek miesięcznych.

Składki miesięczne za jednego ubezpieczonego podaje autor w następującej wysokości:

0 — 7 lat zł. 5.—	31 — 45 lat zł. 11.—
8 — 15 „ „ 7.—	46 — 55 „ „ 14.—
16 — 30 „ „ 9.—	56 — 60 „ „ 18.—

Przy ubezpieczaniu rodzin i grup miałyby być stosowane odpowiednie zniżki.

S. R.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 14 z dnia 8 kwietnia 1934 r.

W powyższym numerze „Wiad. Farm." podana została treść umowy na dostawę leków, zawartej przez Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne ze Związkiem Ziemian w Warszawie.

Umowa, między innemi, przewiduje obowiązek udzielania przez apteki prywatne opustów w wysokości 20% od receptury i 10% od sprzedaży odręcznej od cen za lekarstwa, obliczone według każdocześnie obowiązującej taksy aptekarskiej, a wydanych na rachunek Związku Ziemian. Uregulowanie należności za lekarstwa powinno nastąpić w ciągu miesiąca od daty złożenia rachunku przez aptekę. W wypadku nieuregulowania należności w terminie miesięcznym opust przestaje obowiązywać, a nadto apteka ma prawo odmówienia dalszej dostawy na kredyt.

S. R.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 15 z dnia 15 kwietnia 1934 r.

Czasopismo w rubryce „sprawy zawodowe" nawiązując do prac Nadzwyczajnej Komisji Lustracyjnej na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie konkluduje:

„Z wielkiej góry urodziła się mysz. „Nadzwyczajna lustracja" ograniczyła się tylko do wysłuchania skarg i obejścia pomieszczeń Kas Chorych — nie wnikając zupełnie w wewnętrzną gospodarkę Warsz. Kasy Chorych.

Oczywiście, że rentowność aptek Kas Chorych wcale nie obchodziła tej Komisji, bo na to trzebaby poświęcić więcej czasu i trudu.

Sądzimy jednak, że, jeśli Ministerstwo Opieki Społecznej weszło już na drogę ścisłej kontroli działalności podległych mu ubezpieczalni społecznych, to i kontrola aptek Kas Chorych, „punktów" rozdawnictwa leków i ich rentowność nie mogą być ominięte.

W kontroli tej, której domaga się cały zawód farmaceutyczny, gotowi jesteśmy pomóc wydatnie, rozporządzając odpowiedniemi materjałami".

S R.

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE" Nr. 16 z dnia 22 kwietnia 1934 r.

„Skąd pokryć niedobór małych aptek prowincjonalnych". H. Anasiewicz.

W związku z rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej o opuście od cen za lekarstwa, wydawane na rachunek ubezpieczalni społecznych, wprowadza zagadnienie prowadzenia aptek przez ubezpieczalnie społeczne. Twierdzenie p. H. A. podajemy bez zmian. „Zakładanie własnych aptek przez Kasy Chorych, a dziś Ubezpieczalnie Społeczne, minął bezpowrotnie; mogą być tylko sporadyczne wypadki, gdyż okazało się, iż właśne apteki nie rentują się; a gdybyśmy obliczyli straty Skarbu Państwa w postaci niezapłaconych podatków, tańszego spirytusu i t. d., to napewno okazałoby się, iż są tylko straty.

A więc eksperyment z własnemi aptekami Kas Chorych nie udał się, jak i z nadmiernie rozrosłem ubezpieczeniem socjalnem w stosunku do naszej zamożności. Szkoda tylko, że nie potrafimy odrazu przyznać się do popełnionych błędów, a kosztem aptek chcemy ratować ubezpieczalnie społeczne".

S R.

INSPEKTOR PRACY. Warszawa. Styczeń—luty. Nr. 1 z r. 1934.

Nowa ustawa o Ubezpieczeniu Społecznem (c. d.). — E. Modliński. Artykuł jest streszczeniem ustawy z dnia 28 marca 1933 r.

Ograniczenie liczby młodocianych robotników i uczniów w przemyśle — J. Miedzińska.

Zaopatrzenie inwalidzkie z ubezpieczeń społecznych oraz zapomogi pośmiertne dla rodzin po ubezpieczonych. — E. Modliński. Artykuł streszcza i wyjaśnia przepisy, obowiązujące w powyższym zakresie.

ROBOTNICZY PRZEGLĄD GOSPODARCZY. Mies. Warszawa. Nr. 2 — 3. 1934.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem (scaleniowa) — A. Zdanowski. Autor, przytaczając fragmenty referatów, wygłoszonych na konferencji prasowej w Ministerstwie w dniu 8 marca r. b., wskazuje, iż ustawa o ubezpieczeniu społecznem jest niekorzystną dla świata pracy, ponieważ z jednej strony bardzo uszczupliła świadczenia w ubezpieczeniu na wypadek choroby, z drugiej zaś strony ubezpieczenie emerytalne robotników, powołane do życia tą ustawą, nie wyposażyła w dostateczne świadczenia dla ubezpieczonych. Ustawa powinna ulec modyfikacji w kierunku wskazanym we wniosku P. P. S., zgłoszonym w Sejmie [1]). Artykuł kończy się takim zwrotem: „Ustawa o ubezpieczeniu społecznem została pomyślana, jak to ostatecznie przyznał p. V.-Minister Duch, jako piorunochron przeciwko niezadowoleniu klasy robotniczej i jako środek utrwalający „pokój społeczny". To zamierzenie nie zostało osiągnięte, nawet w najmniejszej mierze. Krzywdzące normy ustawy scaleniowej, wyraźne ulgi dla przemysłowców i obciążenie robotników nowemi opłatami oraz poddanie instytucyj ubezpieczeniowych władzom biurokracji—wszystko to razem wywołało powszechne oburzenie i niezadowolenie.

Klasowe organizacje zawodowe wypowiedziały walkę temu ubezpieczeniu i będą ją prowadziły aż do zwycięstwa".

[1]) patrz Przegląd Nr. 4 z r. b., str. 232. (Red.).

GÓRNOŚLĄSKIE WIADOMOŚCI GOSPODARCZE. Dwutyg. Katowice. Nr. 5 i 6 z r. 1934.

Ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych. Streszczenie nowych przepisów wraz z pouczeniem o sposobie zaliczenia zakładów pracy do kategoryj niebezpieczeństwa; pozatem podano w całości taryfę niebezpieczeństwa.

LEKARZ WOJSKOWY. Dwutyg. Warszawa. Nr. 7 i 8. 1 — 15 kwietnia 1934.

Lecznictwo w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych — Dr. med. W. Chodźko.

Artykuł, który był zamieszczony w Nr. 10 i 11 „Przeglądu" z r. 1933.

DIE ALTERSRENTE (Renta starcza)—G Gollner. Innsbruck, 1934.

SOZIALVERSICHERUNG UND ÖFFENTLICHE FÜRSORGE (Ubezpieczenie społeczne a opieka publiczna) — **Schmidt.** Stuttgart, 1933.

DIE KRANKENVERSICHERUNG DER BUNDESANGESTELLTEN (Ubezpieczenie na wyp. choroby austr. pracowników państwowych) — **Schuster, G.**

Wien, 1934.

DIE SOZIALE FRAGE DER GEGENWART (Współczesne zagadnienia socjalne) — **Messner, I.**

Wien, 1934. 8°. Stron XI + 672.

LE ASSICURAZIONI SOCIALI Dwumies. Rzym. Nr. 1. Styczeń — luty 1934.

La Cassa Nazionale Malattie per gli Addetti al Commercio (Kasa Ub. na wyp. choroby dla pomocników handlowych). — Avv. Filippo Pennavaria;

La constituzione degli enti d'assicurazione nell'assicurazione malattia obligatoria. (Organizacja instytucyj ubezpieczeniowych w przymusowem ub. na wyp. choroby). — A. Tixier;

Assicurazione individuale e assicurazione sociale. (Ubezpieczenie indywidualne a ubezpieczenie społeczne). — Prof. Dr. Alfred Manes;

L'assicurazione scolastica nella Svizzerae a Ginevra in particolare. (Ubezpieczenie szkolne w Szwajcarji a w szczególności w Genewie). — Charles H. Weber.;

Medici ed ospedali nelle assicurazioni sociale della Germania. (Lekarze i szpitale w ubezp. społ. w Niemczech). — Dr. Alexander Philipsborn;

Sviluppo della assicurazioni invalidità, vecchiaia e tubercolosi in agriculture e riforma dell'assicurazione infortuni. (Rozwój ubezp. inwalidzkiego, na starość i na wypadek gruźlicy w rolnictwie i reforma ub. od wypadków). — Avv. Roberto Roberti;

La pensione di vecchiaia per gli agenti dei publici servizi di transporto affidati all'industria privata. (Renta starcza dla funkcjonarjuszów urzędów publicznych transportu przydzielanych do prywatnego przemysłu). — Avv. Vincenzo Cantelli;

Attivita dell' Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. (Działalność Fasz. Inst. Narod. Przezorności Społecznej);

Notiziario. (Kronika krajowa).

MONATSSCHRIFT FUR ARBEITER-UND ANGESTELLTEN-VERSICHERUNG Berlin. Heft 3. Marzec 1934.

Die Entwickelung der deutschen Sozialversicherung im Jahre 1933. (Rozwój ubezpieczeń społecznych w Niemczech w r. 1933). — Dr. Heinz Jaeger. Streszczenie zmian z przytoczeniem odnośnych aktów prawnych.

Das **Unfallentschädigungsrecht der grossen Industriestaaten im Spiegel der Rechtsprechung.** (Arbeitnehmer, Betrieb, Beschäftigung). Przepisy o odszkodowaniu za wypadki w wielkich państwach przemysłowych; Pracownik, przedsiębiorstwo, zatrudnienie) (ciąg dalszy). — Dr. E. Knoll.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR ÖFFENTLICHE VERSICHERUNG UND VOLKSWOHLFAHRT. Praga. Folge 4. April 1934.

Die private und die öffentliche Pflicht-Krankenversicherung. (Prywatne i publiczne ubezpieczenie obowiązkowe na wypadek choroby). Dr. I. R.

Die Sanierung der deutschen Invaliden- und Angestelltenversicherung (Sanacja ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych w Niemczech). — Dr. Brunn.

DIE PENSIONSVERSICHERUNG. Praga. Nr. 1 z r. 1934.

Ein Vieteljahrhundert Pensionsversicherung (Ćwierć wieku ubezpieczenia pensyjnego). — Dr. I. Gallas;

Die Rechtstellung des Versicherungsträgers im Rechtsmittelverfahren. (Sytuacja prawna instytucji ubezpieczeniowej w postępowaniu odwoławczem). — Dr. W. Schmied.

SVĚPOMOC. Praga. Nr. 6. 15 marca 1934.

Spory s nemocniceni v agende nemocenskych pojist'oven. Josef Slavik;

Reeskontni ustav a socialni pojisteni. — Ja;

Propagace socialniho pojisteni v obchodnich a pokracovacich skolach. — Karel Novak.

SVĚPOMOC) Dwutyg. Praga. Nr. 8. 15 kwietnia 1934:

Hospodárska krise ve statistikách nemocenskych pojistóven (kryzys gospodarczy w świetle statystyki ubezpieczenia na wypadek choroby) — Ing J. Janácek.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od 24/III do dn. 23/IV 1934 r.

1) *Ustawa z dnia 5 marca 1934 r. w sprawie ratyfikacji konwencji między Polską i Argentyną o odszkodowania za wypadki przy pracy, podpisanej w Buenos-Aires dnia 17 marca 1932 r.* (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 216).

Ustawa wyraża zgodę na dokonanie przez Prezydenta Rzplitej ratyfikacji konwencji wyżej wymienionej.

2) *Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o ułatwieniu spłaty zaległych składek i opłat na rzecz instytucyj ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. R. P. Nr. 29 poz. 237).

Ustawa ta będzie obszernie omówiona w jednym z następnych zeszytów „Przeglądu", po opracowaniu przez Min. Op. Społ. zasad rozp. wykonawczego.

3) *Ustawa z dnia 10 marca 1934 r. o wykonaniu konwencyj z Austrją, dotyczących rozrachunków w zakresie dawnego austrjackiego ubezpieczenia pensyjnego funkcjonarjuszy i ubezpieczenia górników od wypadków.* (Dz. U. R. P. Nr. 30 poz. 262).

Ustawa normuje wykonanie 5 konwencyj zawartych między Rzplitą Polską a Republiką Austrjacką, dotyczących Powszechnego Zakładu i Zastępczych Zakładów Pensyjnych dla Funkcjonarjuszy, Miejskiego Zakładu Ubezpieczeń Gminy Wiedeń, Kasy Emerytalnej dla Funkcjonarjuszy Handlu i Przemysłu w Wiedniu i Zakładu ubezpieczenia górników od wypadków.

4) *Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich.* (Dz. U. R. P. Nr. 31 poz. 275).

5) *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 marca 1934 r. o statucie Państwowego Zakładu Emerytalnego.* (Dz. U. R. P. Nr. 31 poz. 276).

W następnym zeszycie „Przeglądu" będzie podany i szczegółowo omówiony całokształt nowych przepisów w zakresie zaopatrzenia emerytalnego funkcjonarjuszy państwowych.

6) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1934 r o Biurze Pośrednictwa Pracy dla robotników portowych w Gdyni.* (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 288).

7) *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1934 r. w sprawie książeczek obrachunkowych dla robotników portowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 289).

8) *Rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 31 marca 1934 r. w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej o ustaleniu pojęcia przeładunku portowego i podziale robotników portowych na kategorje zawodowe.* (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 290).

9) *Rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 31 marca 1934 r w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej o ustanowieniu i zakresie działania Komisji Kwalifikacyjnej dla robotników portowych przy Urzędzie Morskim, tudzież o trybie zaliczania w poczet robotników portowych.* (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 291).

10) *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 9 kwietnia 1934 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Przemysłu i Handlu oraz wyższych urzędów górniczych, wynikającego z pruskiej „ustawy o bractwach górniczych", Ministrowi Opieki Społecznej.* (Dz. U. R. P. Nr. 33 poz. 300).

Zakres działania Ministra Przemysłu i Handlu i wyższych urzędów górniczych, wynikający z przepisów tytułu VII pruskiej Powszechnej Ustawy Górniczej przekazuje rozporządzenie Ministrowi Opieki Społecznej, który część swych uprawnień może w drodze rozporządzenia przekazać właściwemu terytorjalnie wojewodzie.

Na mocy powyższego rozporządzenia przejdą z dniem 1/VI b. r. pod nadzór Ministra Opieki Społecznej: Spółka Bracka w Tarnowskich Górach i Pszczyńskie Bractwo Górnicze.

Komunikat od Redakcji.

Wobec otrzymania ostatnio z kilku stron próśb w tym kierunku, aby odłożyć ostateczny termin nadsyłania artykułów na **konkurs**, ogłoszony w Nr. 1 i 2 Przeglądu z roku bież. i to z uwagi na zaabsorbowanie autorów pilnemi pracami zawodowemi, szczególnie tych, którzy są zatrudnieni w instytucjach ubezpieczeń społecznych — Redakcja Przeglądu oznajmia, iż **termin dla nadsyłania artykułów zostaje odroczony do dnia 10 czerwca r. b.**

RUCH SŁUŻBOWY

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ.

Warszawa, ul. Długa 38/40.

Dr. Hubicki Stefan — Minister.

Dr. Duch Kazimierz — Podsekretarz Stanu, kieruje działalnością Departamentów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Dr. Piestrzyński Eugenjusz — Podsekretarz Stanu, kieruje działalnością Departamentów Opieki Społecznej i Służby Zdrowia.

DEPARTAMENT UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH[1])

Lgocki Jan Włodzimierz — Dyrektor Departamentu.

WYDZIAŁ NORMATYWNY (UN)

Bruner Wacław — Naczelnik Wydziału

Skokowski Zbigniew — Zastępca Naczelnika Wydziału
Sprawy ogólne Departamentu Ubezpieczeń Społecznych, zawieranie umów międzynarodowych w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Fischlowitz St. Dr.
Sprawy normatywne ubezpieczenia emerytalnego robotników. Sprawy, dotyczące międzynarodowego unormowania ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Inne sprawy specjalnie przydzielone.

Lewandowski Tadeusz
Sprawy normatywne ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

Mamrotowa Wanda
Sprawy normatywne ubezpieczenia emerytalnego robotników. Sprawy kas emerytalnych.

Modliński Eugenjusz
Sprawy normatywne ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych. Sprawy ogólne z ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Inne sprawy specjalnie przydzielone.

Szymanko Roman
Sprawy związane z umowami międzynarodowemi w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Wisłocki Marjan
Przydzielone sprawy z zakresu ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych.

Zieliński Józef
Sprawy normatywne ubezpieczeń pracowników umysłowych. Opinjowanie projektów ustaw, rozporządzeń i t. d., opracowanych przez inne władze. Inne sprawy specjalnie przydzielone.

WYDZIAŁ KONTROLI I NADZORU (UK).

Dagnan Kazimierz — Naczelnik Wydziału

Referat I

Frankowska Leontyna — Zastępca Naczelnika Wydziału
Kaniewska Edwarda
Sprawy, dotyczące organizacji i działalności Izby Ubezpieczeń Społecznych, Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu; sprawy wynikające z wykonywania nadzoru nad działalnością Z. U. E. R. oraz instytucyj utworzonych do specjalnych celów; wnioski w sporach między instytucjami ubezpieczeń społecznych oraz w sporach między temi instytucjami a władzami i urzędami.

Referat II.

Krogulski Bolesław
Grodecka Irena
Sprawy, dotyczące organizacji i działalności Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych; nadzór nad prawno-ubezpieczeniową i świadczeniową działalnością ubezpieczeń pracowników umysłowych; sprawy umów, nominacyj i przepisów służbowych pracowników, zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem ubezpieczalni społecznych; sprawy ubezpieczenia pracowników umysłowych w odrębnych funduszach emerytalnych.

Referat III.

Prowiński Włodzimierz
Sprawy, dotyczące organizacji i działalności Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i ubezpieczalni społecznych; sprawy umów, nominacyj i przepisów służbowych pracowników zatrudnionych w ubezpieczalniach społecznych; załatwianie, w porozumieniu z Dep. Służby Zdrowia, spraw związanych z zagadnieniami organizacji pomocy lekarskiej i farmaceutycznej oraz spraw lecznictwa, prowadzonego przez instytucje ubezpieczeń społecznych; sprawy stosunków między szpitalami publicznemi a ubezpieczalniami społecznemi.

Frycz Władysław
Opracowywanie zarządzeń w związku z wynikami lustracyj przeprowadzonych w ubezpieczalniach społecznych; sprawy związane z działalnością urzędów ubezpieczeń; nadzór nad działalnością prawno-ubezpieczeniową i świadczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa; sprawy związane ze stosowaniem przez ubezpieczalnie społeczne jednolitych zasad w zakresie udzielania świadczeń.

Referat IV.

Sukiennicki Hubert
Sprawy, dotyczące organizacji i działalności Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków; sprawy indywidualnych pretensyj obywateli polskich wobec zagranicznych instytucyj ubezpieczeń społecznych i obywateli zagranicznych wobec polskich instytucyj ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza w zakresie ubezpieczenia od wypadków i ubezpieczenia inwalidzkiego robotników; sprawy związane z akcją zasiłkową dla obywateli polskich, uprawnionych do świadczeń w zagranicznych instytucjach ubezpieczeń społecznych oraz z akcją zasiłkową dla górników polskich we Francji i Belgji (Westfalczyków).

Planer Irena
Sprawy, związane z wykonywaniem nadzoru nad działalnością prawno-ubezpieczeniową i świadczeniową w zakresie ubezpieczenia od wypadków; sprawy związane z działalnością sądów rozjemczych, oraz komisji odwoławczej ubezpieczenia od wypadków.

Referat V.

Olszewski Bronisław
Sprawy, związane z wykonywaniem nadzoru nad działalnością prawno-ubezpieczeniową i świadczeniową w zakresie ubezpieczenia emerytalnego górników w b. Bractwie Górniczem i w b. Kasach Brackich; sprawy dotyczące stosowania przez ubezpieczalnie społeczne przepisów o Funduszu Pracy; sprawy indywidualnych pretensyj obywateli polskich wobec zagranicznych instytucyj ubezpieczenia na wypadek choroby.

Mamrotowa Wanda
(Zasadniczy przydział do Un)
Sprawy, związane z wykonywaniem nadzoru nad działalnością prawno-ubezpieczeniową i świadczeniową pracowniczych kas ubezpieczeniowych; sprawy związane z funkcjonowaniem wspomnianych kas.

Referat VI.

Michalski Witalis
Gietko Jadwiga
Sprawy finansowe instytucyj ubezpieczeń społecznych: sprawy lokat, kupna — sprzedaży nieruchomości, pożyczek, zaległości pracodawców. Pozatem ogólny nadzór nad sprawami ref. VII i VIII.

[1]) W niniejszym wykazie uwzględniono zarówno pracowników, pozostających na etacie Ministerstwa, jakoteż osoby zatrudniane przez Ministerstwo z funduszów opłacanych za nadzór, a wreszcie 2 osoby przydzielone czasowo z instytucyj ubezpieczeń społecznych dla celów specjalnych. Wykaz nie przeprowadza podziału na samodzielnych referentów, pomocników referentów, wykonywających swój zakres pracy pod bezpośrednim nadzorem referentów, oraz na siły pomocnicze, lecz podaje wszystkich pracowników, uwzględniając jedynie podział pracy ze względu na jej materjalny zakres.

Referat VII.

Funkenstein Władysław

Sprawy, związane z wykonywaniem nadzoru nad gospodarką finansową, rachunkowością i sprawozdawczością ubezpieczalni społecznych; instrukcje dla Okr. Urz. Ubezp. w sprawie zatwierdzania zamknięć rachunkowych i preliminarzy budżetowych; sprawy wzajemnych rozrachunków ubezpieczalni społecznych oraz rozrachunków z innemi instytucjami.

Referat VIII.

Kosmólski Michał
Szadkowska Marja

Sprawy, związane z wykonywaniem nadzoru nad gospodarką finansową, rachunkowością i sprawozdawczością zakładów ubezpieczeń społecznych (zatwierdzanie preliminarzy budżetowych i sprawozdań finansowych, badanie wykonania budżetów i t. p.); gromadzenie materjałów statystycznych; sprawy związane z finansową stroną likwidacji zakładów ubezpieczeń społecznych; sprawy rozrachunków instytucyj ubezpieczeń społecznych ze Skarbem Państwa.

Referat IX.

Januszkiewicz Józef

Sprawy matematyczno-ubezpieczeniowe; plany techniczno-ubezpieczeniowe pracowniczych kas emerytalnych.

WYDZIAŁ ORZECZNICTWA (UO)

Wysłouch Izydor — Naczelnik Wydziału

Borkowski Władysław — Zastępca Naczelnika Wydziału.

Szczepkowski Adam

(Załatwia sprawy wymienione pod 1).

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia od wypadków z obszaru b. dzielnicy austrjackiej i rosyjskiej, z wyjątkiem województw krakowskiego, kieleckiego, lwowskiego i wołyńskiego;
2) opracowywanie odpowiedzi na skargi do N. T. A. w zakresie ubezpieczenia od wypadków i zastępstwo Min. Op. Społ. w tych sprawach przed N. T. A

Kramsztyk Kazimierz

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia od wypadków z obszaru województw krakowskiego, kieleckiego, lwowskiego i wołyńskiego;
2) opracowywanie odpowiedzi na skargi wnoszone do N. T. A. w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz zastępowanie przed N. T. A. w tym zakresie Ministerstwa Op. Społ., Urzędów Wojewódzkich i Wyższych Urzędów Ubezpieczeń.

Dr. Hekajło Włodzimierz

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia pracowników umysłowych w związku z odwołaniami, wnoszonemi od decyzyj urzędów wojewódzkich warszawskiego i lubelskiego;
2) orzecznictwo w sprawach ubezpieczenia emerytalnego robotników.

Pilichowska Halina

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia pracowników umysłowych w związku z odwołaniami, wnoszonemi od decycji urzędów wojewódzkich małopolskich, od urzędu wojewódzkiego wołyńskiego, urzędu woj. kieleckiego (pow. zawierciański, będziński i olkuski) i urzędu woj. śląskiego (co do cieszyńskiej części woj. śląskiego);
2) opracowywanie odpowiedzi na skargi do N. T. A. w sprawach wymienionych pod 1), oraz zastępowanie Min. Op. Społ. w tym zakresie przed N. T. A.

Dr. Rynkiewicz Zofja

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia pracowników umysłowych w związku z odwołaniami, wnoszonemi od decyzyj urzędów wojewódzkich łódzkiego i białostockiego oraz Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy;
2) opracowywanie odpowiedzi na skargi do N. T. A. w sprawach wymienionych pod 1), oraz zastępowanie Min. Op. Społ. w tym zakresie przed N. T. A.

Salimierski Stefan

1) załatwianie odwołań (orzecznictwo) w sprawach ubezpieczenia pracowników umysłowych w związku z odwołaniami, wnoszonemi od decyzji urzędów wojewódzkich wileńskiego, nowogródzkiego, poleskiego i częściowo kieleckiego z wyjątkiem powiatów zawierciańskiego, olkuskiego i będzińskiego;
2) załatwianie zażaleń na orzeczenia Komisyj Rozjemczych Ubezpieczalni Społecznych.

INSPEKCJA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (UIN.)

Giebartowski Edmund dr. — Naczelnik Wydziału
kierownik inspekcji

Sapiński Zbigniew — Inspektor

Kontrola instytucyj i urzędów ubezpieczeń społecznych; nadzór nad działalnością inspekcyjną Okr. Urz. Ubezp. oraz Zakładu Ubezp. na Wyp. Choroby; opracowywanie wyników dokonanych kontroli oraz wnioski i opinje w tym zakresie; współpraca z wydziałami i przedkładanie na żądanie dyrektora departamentu opinji w sprawach zleconych.

BIURO PERSONALNE, REFERAT DO SPRAW PERSONALNYCH INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (B. P. U.)

(podległy bezpośrednio Dyrektorowi Biura Pers.)
Mancewicz Eugenjusz — Dyrektor Biura Pers. Min. Op. Społ.
Wicherski Tadeusz — kierownik referatu

ZMIANY NA STANOWISKACH W UBEZPIECZALNIACH SPOŁECZNYCH.

Komisarze

Minister Opieki Społecznej mianował:

p. Rytarowskiego Bohdana, komisarzem Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach z dniem 1 kwietnia 1934.

Dyrektorzy

Powołani zostali:

p. Cieński Witold — na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie, z dniem 7 kwietnia 1934 r.;

p. Englert Józef — na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Złoczowie, z dniem 7 kwietnia 1934 r.;

p. Dr. Szumski Jan — na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, z dniem 1 marca 1934 r.;

p. Macek Władysław — na stanowisko I wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, z dn. 7 kwietnia 1934 r.;

p. Dr Korski Włodzimierz — na stanowisko II wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, z dniem 10 marca 1934 r.;

p. Wierzbicki Stefan — na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni w Czortkowie, z dniem 7 kwietnia 1934 r.

Lekarze naczelni

Powołany został:

p. Dr Ryder Kazimierz — na stanowisko zastępcy naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, z dniem 15 stycznia 1934 r.

Nakładem Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby ukazał się

T O M II

WYDAWNICTWA p. t.

„USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM"

w opracowaniu

L. FRANKOWSKIEJ i E. MODLIŃSKIEGO

RADCÓW MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

Tom II zawiera wszystkie rozporządzenia wykonawcze do Ustawy z dnia 28.III.1933 r., Statuty Ubezpieczalni i Izby Ubezpieczeń Społecznych, oraz tablice do obliczeń składek ubezpieczeniowych i opłat na rzecz Funduszu Pracy z uwzględnieniem potrąceń od pracowników (tablice opracowane przez p. J. Januszkiewicza)

Stron ponad 300 — Cena zł. 5.—

Dla instytucyj ubezpieczeń społecznych i ich pracowników — zł. 4.—

Do nabycia w Biurze Wydawniczem Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, KRAKÓW Batorego 5, oraz we wszystkich księgarniach

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŚCIU N/BUGIEM

ogłasza **KONKURS**

na stanowiska lekarzy ordynujących, a mianowicie:

1) stanowiska lekarzy z miejscem pracy w Brześciu n/B.
   a) Kierownika Gabinetu światłoleczn. (1 godz. dziennie).
   b) Lekarza domowego (wizyty u obłożnie chorych).
2) stanowiska lekarzy ordynujących w Ekspozyturze Ubezpieczalni Społecznej w Białej Podl.:
   a) chirurga (1 godz. dziennie). **b) oto-laryngologa** (3/4 godz. dziennie).

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, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb 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 w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonemi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu nad/Bug. w terminie do dnia 15 maja 1934 r. godz. 12 w południe.

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

Stanowiska są do objęcia od dnia 1 czerwca 1934 roku.

Lekarz Naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu nad/Bug.
Dr. G. Roguski

Dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n/Bug.
J. Bieniewski

KOMUNIKAT

NIEUZASADNIONY ATAK „ILUSTR. KURJERA CODZ." NA UBEZPIECZALNIĘ SPOŁECZNĄ W KRAKOWIE.

Redakcja otrzymała od p. Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie pismo o treści następującej:

Ubezpieczalnia Społeczna
w Krakowie

Kraków, dnia 21 kwietnia 1934 r.

Do
Redakcji „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych"
w Warszawie

Wobec ataków różnych organów prasowych na Instytucje Ubezpieczeń Społecznych, podających opinji publicznej fakty niestwierdzone, w tendencyjnem oświetleniu i w większości wypadków nieuzasadnione, proszę o zamieszczenie odpisu pisma tut. z dnia 14 b. m. Zn. 10787/34, skierowanego do Redakcji „Ilustrowanego Kurjera Codziennego" w Krakowie.

Przesłanego pisma Redakcja „I. K. C." nie zamieściła, mimo rzeczonego uzasadnienia i wskazań na dobro ogólne, zainteresowane w ujawnieniu bezprzykładnego nadużywania świadczeń.

Dyrektor
(—) *Dr. Z. Kolkiewicz.*

Kraków, dnia 14 kwietnia 1934 r.

Ubezpieczalnia Społeczna
w Krakowie
Znak: 4.46.9 10787/34.
Przedmiot: Wzywanie lekarzy do domu.

Do
Redakcji „Ilustrowanego Kurjera Codziennego"
w Krakowie

W związku z artykułem p. t. „Żywot człowieka ubezpieczonego — Ubezpieczenie chorobowe w Krakowie", jaki ukazał się w Nr. 102 „I. K. C." z daty sobota 14 kwietnia 1934, Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie uprasza o zamieszczenie poniższego raportu lekarza tut. Ubezpieczalni:

„Kraków, dnia 5/4 1934 r.
Do WP. Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej
w Krakowie.

Dnia 4 kwietnia b. r zostałem wezwany do Wnęk Wiktorji — służącej, zatrudnionej u p. Markowicza, zamieszkałego przy ul. Czarnieckiego 2. Drzwi otworzyła mi sama służąca, a na zapytanie, czemu nie leży w łóżku, oświadczyła mi, *że nie jest obłożnie chora, badać się nie da, że lekarza zupełnie nie wzywała do domu*, a w końcu oświadczyła, że sama kiedykolwiek zgłosi się do ambulatorjum Ubezpieczalni, celem zbadania.

Na zapytanie moje, kto właściwie wzywał mnie do domu, oświadczyła mi, że jej pani *„widocznie mając złość do niej"* wezwała lekarza *zupełnie zbytecznie*, gdyż nie czuje się tak źle, żeby sama nie mogła przyjść do Ubezpieczalni.

O powyższem powiadamiam miarodajne czynniki Ubezpieczalni Społecznej. (—) *Dr. Redo*".

Fakt powyższy podaje się bez komentarzy jako typowy przykład nadużywania świadczeń Ubezpieczalni i dlatego Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie wyraża nadzieję, że w interesie dobra ogólnego zechce Szan. Redakcja faktu takiego nie pokryć milczeniem.

Dyrektor
(—) *Dr. Z. Kolkiewicz.*

ELEKTROTECHNIKA AUTOMOBILOWA MOTOCYKLOWA I LOTNICZA

„MAGNET"

Z. POPŁAWSKI

Warszawa, Hoża 33, telefon 9-19-31

Jeneralne przedstawicielstwa i stacje obsługi:

DELCO-REMY, NORTH-EAST, I. E. S., S. E. V., JOSEPH LUCAS, R. B., BENDIX, „TUDOR" Z. A. T.

Wszelkie części zapłonu, rozruchu i oświetlenia do samochodów wszystkich marek.

Pierwsze źródło zakupu. Fabryczne ceny.

NAJWIĘKSZE WARSZTATY REPERACYJNE

Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 30.—

Kwartalnie . . . zł. 7.50

Numer pojedyńczy „ 2.50

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

Ceny ogłoszeń:

Na wewnętrznej stronie I okładki, jak również na dwuch 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 BARANOWICZACH ogłasza

Konkurs

na stanowiska lekarzy ogólnych w ośrodkach leczniczych
1) w Zaostrowieczu pow. Nieświeskiego i
2) w Dereczynie pow. Słonimskiego.

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

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) świadectwa o poprzedniej pracy,
d) dyplom lekarski,
e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
f) własnoręcznie napisany życiorys,
g) świadectwo o przesłuchanym kursie przeciwgazowym.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone do tego rodzaju stanowisk w § 2 Wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych (Ubezpieczalniach Społecznych), ogłoszonych w dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr. 9 z 1933 r.

Warunki płacy odpowiadać będą:

1) w Zaostrowieczu 12½ godzinom faktycznym i obliczeniowym miesięcznie w/ norm obowiązujących na zasadzie § 17 Wytycznych do umów z lekarzami.
2) w Dereczynie 25 godzinom faktycznym i obliczeniowym miesięcznie w/g norm obowiązujących na zasadzie § 17 Wytycznych do umów z lekarzami.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adres Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach w terminie do dnia *15 maja 1934 r.* do godz. 12-ej w południe.

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

Objęcie stanowisk od dnia *1 czerwca 1934 r.*

Dyrektor: *(Al. Rzepecki).* Naczelny Lekarz: *(Dr. P. Czyż).*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BARANOWICZACH ogłasza

Konkurs

na 2 stanowiska lekarzy ogólnych Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach — ośrodek leczniczy w Słonimie.

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

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

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone do tego rodzaju stanowisk w § 2 Wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych (Ubezpieczalniach Społecznych) ogłoszonych w dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr. 9 z 1933 r.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umów o pracę na podstawie Wytycznych do umów z lekarzami ustalonych przez były Związek Kas Chorych w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską i zatwierdzonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionemi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach w terminie do dnia 15 maja 1934 r. do godziny 12-ej w południe.

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

Objęcie stanowiska z dniem 1 czerwca 1934 r.

Dyrektor: *(Al. Rzepecki).* Naczelny Lekarz: *(Dr. P. Czyż).*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI ogłasza

Konkurs

na stanowisko Kierownika Laboratorjum Analitycznego.

Od kandydatów na to stanowisko wymagane są: studja farmaceutyczne, conajmniej 3-letnia samodzielna praktyka w zakresie analizy przetworów farmaceutycznych i znajomość analizy farmakognostycznej. Pożądana jest również znajomość analizy farmakologicznej.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dyplom D-ra farm. lub Mgra farm.
d) świadectwo o poprzedniej pracy w laboratorjach i zakładach,
e) świadectwo zdrowia,
f) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej,
g) własnoręcznie napisany życiorys.

Do wymienionego wyżej stanowiska przywiązane jest uposażenie zasadnicze według II — III grupy „przepisów służbowych pracowników Kas Chorych".

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do dnia *31 maja 1934 r.* do godz. 12 w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs na Kierownika Laboratorjum Analitycznego" pod adresem: Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska 225.

Ewentualne objęcie stanowiska nastąpi z dn. *1 lipca 1934.*

p. o. Dyrektora
w. z.
(Jan Dworski).

DYREKCJA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W ŁODZI ogłasza

Konkurs

na stanowiska 2 starszych asystentów Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Dr. Ignacego Mościckiego w Łodzi.

Każdy z kandydatów na te stanowiska powinien 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 Rzplitej Polskiej,
5. dowód odbycia conajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej w szpitalu lub klinice,
6. dowód conajmniej 4-letniej praktyki w klinice chirurgicznej lub na chirurgicznym oddziale dużego szpitala.

Zasadnicze wynagrodzenie st. asystenta przewiduje się w wysokości 675 zł. mies. Pozostałe warunki objęte są Umową Zbiorową ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego, obowiązującą w chwili zawierania indywidualnej umowy z kandydatem.

Stanowiska te są do objęcia najpóźniej *dn. 1.VII.1934 r.* Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi (ul. Wólczańska 225) do dnia *20 maja 1934 r*, do godz. 12-ej w zakmniętej kopercie z napisem: „Konkurs na stanowisko starszego asystenta Oddz. Chirurgicznego Szpitala".

Lekarz Naczelny: *(—) Dr. Ryszard Kunicki.* Dyrektor: *(—) Jan Dworski.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GRODNIE ogłasza

Konkurs

na stanowisko lekarza ośrodka leczniczego w Wiżajnach (pow. Suwalski).

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) świadectwa 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 — 15 miesięcznie.

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionemi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie, w terminie do dnia *20 maja 1934 roku.*

Ewentualne objęcie stanowiska od *1-go czerwca 1934 r.*

Naczelny Lekarz: *(Dr. Lenartowicz)*

p. o. Dyrektora: *(W. Cieński).*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM ogłasza

Konkurs

na stanowisko Kierownika Apteki i Składnicy Aptecznej w Ubezpieczalni.

Kandydat na to stanowisko winien posiadać wykształcenie Magistra Farmacji, praktykę na kierowniczym stanowisku apteki i umiejętność administrowania apteką Ubezpieczalni.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty lub uwierzytelnione ich odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dyplom magistra farmacji,
d) świadectwa poprzedniej pracy,
e) własnoręcznie napisany życiorys.

Zasadnicze wynagrodzenie przewiduje się według IV grupy uposażeń służbowych.

Stanowisko to jest do objęcia od *1.VII.1934 r.*, ewentualnie wcześniej.

Podania składać należy do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim do dnia *10 maja 1934 r.* w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs na Kierownika Apteki".

Podania które zostaną bez odpowiedzi do dnia 25 maja należy uważać za nieuwzględnione.

p. o. Naczelnego Lekarza *(—) Dr. St. Lesiewicz*

p. o. Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej *(—) Dr Tadeusz Osiński*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BYDGOSZCZY rozpisuje

Konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy.

Kandydaci ubiegający się o to stanowisko winni odpowiadać następującym warunkom:

1) posiadać obywatelstwo polskie,
2) pięcioletnią praktykę administracyjną w zakresie ubezpieczeń społecznych lub dziesięcioletnią w innym zakresie, w tem — w obu przypadkach — co najmniej trzyletnią na samodzielnych stanowiskach kierowniczych;
3) kwalifikacje, dające pełną rękojmię za sprawowanie czynności dla dobra ogółu ubezpieczonych.

Wynagrodzenie będzie ustalone przy zawarciu umowy służbowej.

Podania, do których należy dołączyć metrykę urodzenia i życiorys oraz dokumenty stwierdzające posiadanie przez kandydata zastrzeżonych w konkursie wymogów, należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy w zapieczętowanych kopertach z napisem: „Konkurs na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy" do godziny 12-ej w południe *dnia 15. maja 1934 r.*

Dokumenty dołączone do podania należy składać w odpisach uwierzytelnionych.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi należy uważać za nieuwzględnione.

Bydgoszcz, dnia 27 kwietnia 1934 r.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy
(—) A. Werner

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SOSNOWCU

ogłasza **KONKURS**

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 ustawy o ubezpieczeniu społecznem z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51. poz. 396) 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 oznaczonemi należy nadsyłać pod adresem Komisarza Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu w terminie do dnia 12 maja 1934 r. godz. 12 w południe.

Komisarz Ubezpieczalni Społecznej
w Sosnowcu
Józef Zagrodzki (—)

SPIS RZECZY.

Artykuły:

JUBILEUSZ: 321

PIOTR MOROZ: Systemy finansowe stosowane w instytucjach ubezpieczeń społecznych w Polsce 322

Dr. BRUNON NOWAKOWSKI: Ubezpieczenie chorób zawodowych 326

Adw. M. BAUMGART: Ustalenia lekarskie w ubezpieczeniu pracowników umysłowych . 332

R. SZYMANKO: Zagadnienie reformy polityki świadczeń ubezpieczeń długoterminowych . . 335

Orzecznictwo i opinje prawne 340

Zagadnienia organizacyjne:

Dr. JAN HOZER i E. ŁOPUSZAŃSKI: O reformę statystyki w ubezpieczalniach społecznych . 342

Materjały:

Inż. MAZURKIEWICZ: Organizacja bezpieczeństwa pracy w Niemczech 346

Dr. T. LECHOWICZ: Lokaty instytucyj ubezpieczeń społecznych w nieruchomościach . . . 350

Kronika krajowa:

Leon Waściszewski: Dochody i wydatki b. Kas Chorych w r. 1933 na tle porównawczem 357

F. K.: Świadczenia rentowe, przyznane przez zakłady ubezpieczeń pracowników umysłowych w 1933 r. . . . 359

Kronika zagraniczna:

Lata kryzysowe węgierskiego ubezpieczenia społecznego 365

Przebudowa ubezpieczenia społecznego w Niemczech 366

Zmiany w składzie organów instytucyj ubezpieczeń społecznych w Austrji 366

Zmiany w litewskiem ubezpieczeniu na wypadek choroby 367

Nowa ustawa o odszkodowaniu za wypadki przy pracy w Irlandji 368

Udział ubezpieczeń społecznych w finansowaniu instytutu redyskontowego w Czechosłowacji 369

Nowe zarządzenia w zakresie ubezpieczeń społecznych w Niemczech 370

Utworzenie przez stowarzyszenie lekarzy kas dwóch obowiązkowych funduszów wzajemnej pomocy 370

Zastosowanie ogólnego systemu ubezpieczeń społecznych do marynarzy handlowych we Francji 371

Książki i czasopisma 372

Przegląd ustawodawstwa 378

Komunikat Międzynarodowego Biura Pracy 379

SOMMAIRE

Articles:

Le jubilé 321

Piotr Moroz: Les bases financières des assurances sociales en Pologne . . 322

Dr. Brunon Nowakowski: L'assurance des maladies proféssionnelles 326

M. Baumgart: Les requétes médicales dans l'assurance des employés 332

R. Szymanko: Le problème de la reforme des prestations des assurances á long terme 335

Jurisprudence et Intérprétation 340

Questions d'organisation:

Dr. J. Hozer: La reforme de la statistique des assurances sociales 342

E. Łopuszański: La reforme de la statistique des assurances sociales . . . 344

INHALT

Aufsätze:

Jubileum 321

Piotr Moroz: Finanzielle Grundlagen der polnischen Sozialversicherung . . 322

Dr. Brunon Nowakowski: Die Versicherung der Berufskrankheiten 326

M. Baumgart: Aerztliches Gutachten in der Angestelltenversicherung 332

R. Szymanko: Die Frage der Reform der Leistungspolitik in der langfristigen Versicherung 335

Rechtsprechung und Auslegung 340

Organisationsfragen:

Dr. Jan Hozer: Die Reform der Versicherungsstatistik 342

E. Łopuszański: Die Reform der Versicherungsstatistik 344

Notices:

Ing. Mazurkiewicz: L'organisation de la sécureté du travail en Allemagne . . 346

Dr. T. Lechowicz: Les placements des capitaux dans les immueubles 350

Chronique nationale:

Leon Waściszewski: Les recettes et depences des Caisses-maladie en 1933 357

F. K. Les prestations servies par les instituts d'assurance des employés en 1933 359

Chronique internationale 365

Littérature 372

Législation 378

Communiqué du Bureau International du Travail 379

Notizen:

Ing. Mazurkiewicz: Organisation des Arbeitsschutzes in Deutschland . . . 346

Dr. T. Lechowicz: Finanzanlagen der Versicherungstäger in Immobilien . . . 350

Inlandschronik:

Leon Waściszewski: Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen im 1933 J. 357

F. K.: Die Rentenleistungen der Angestelltenversicherung im 1933 359

Auslandschronik 371

Bücher und Schriften 372

Gesetzgebung 378

Bekanntmachung des Internationalen Arbeitsamtes 379

Wydawnictwo **IZBY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

p. t. „Przepisy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych"

w opracowaniu **Józefa Zielińskiego,** Radcy Min. Op. Społ.,

ukaże się w druku **w ciągu czerwca r. b.**

TARYFA NIEBEZPIECZEŃSTWA I ZASADY OBLICZANIA WYSOKOŚCI SKŁADEK W UBEZPIECZENIU OD WYPADKÓW I CHORÓB ZAWODOWYCH

opracował

EUGENJUSZ POLKOWSKI

Referent — lustrator Izby Ubezpieczeń Społecznych
b. inspektor Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków.

Książka liczy 160 stron druku i zawiera:

1. pełny tekst rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1933 r. o wysokości składek na ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej (Dz. U. R. P. Nr. 1 poz. 2 z 1934 r.)
2. szczegółowe (40 stron druku) objaśnienia poszczególnych postanowień rozporządzenia;
3. zasady i przykłady kwalifikowania (zaliczania) zakładów pracy do kategoryj i klas niebezpieczeństwa;
4. szczegółowe (12 stron druku) wskazówki: a) jak należy wypełniać kwestjonarjusze (opis zakładów pracy) ubezpieczalni społecznych, służące za podstawę zakwalifikowania (zaliczenia) zakładu pracy do kategorji i klasy niebezpieczeństwa wypadku i choroby zawodowej, b) kto kwalifikuje (zalicza) zakład pracy do kategorji i klasy niebezpieczeństwa i w jaki sposób zawiadamia o zakwalifikowaniu (zaliczeniu) pracodawcę, c) jaka powinna być treść orzeczenia kwalifikacyjnego (zaliczającego) i d) do kogo należy wnosić odwołania (zażalenia) przeciw orzeczeniom kwalifikacyjnym (zaliczającym);
5. tabele składek oraz
6. szczegółowy (73 stron druku) skorowidz alfabetyczny zakładów pracy według rodzajów, podający kategorję niebezpieczeństwa odpowiadającą zakładowi pracy każdego rodzaju.

CENA ZA EGZEMPLARZ OPRAWNY W KARTONIE 2 zł. 50 gr.

Dla Ubezpieczalni Społecznych i ich pracowników przy zamówieniach zbiorowych udziela się 20% rabatu, doliczając koszta porta.

Zamówienia należy kierować: Związek Zawodowy Pracowników Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych w Rzeczypospolitej Polskiej — Oddział II w WARSZAWIE, Al. JEROZOLIMSKIE 4 — lub

EUGENJUSZ POLKOWSKI w WARSZAWIE, ul. AGRYKOLA 9 m. 6.,
wpłacając przypadającą kwotę na konto P. K. O. w Warszawie 47222. Za zaliczeniem dolicza się 60 gr.