PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ROK XI
WARSZAWA
WRZESIEŃ
1936 R.
ZESZYT 9
MIESIĘCZNIK

Dr. JERZY BUJALSKI

UWAGI O LECZNICTWIE ZAKŁADOWEM W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY

I.

Kompletnego materjału, potrzebnego do pełnego zobrazowania stanu lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu na wypadek choroby, zebrać nie można. Odczuwa się głównie brak materjału, dotyczącego lat poprzednich. Ścisłe ujmowanie statystyczne ruchu świadczeń w tem ubezpieczeniu zapoczątkowane zostało dopiero przez Zakład Ubezpieczenia na wypadek choroby, więc w r. 1934, potem rozszerzył je Zakład Ubezpieczeń Społecznych, przeto cyfry zebrane na podstawie jednolitego dla wszystkich ubezpieczalni wzoru istnieją dopiero od roku 1935. Do analizy udzielanych świadczeń w postaci leczenia szpitalnego brak jest materjałów z lat poprzednich, odpada więc możność przeprowadzenia porównań i wykreślenia drogi rozwojowej lecznictwa zakładowego. Statystyka ruchu świadczeń lat poprzednich nie była zorganizowana, sprawozdania poszczególnych Kas Chorych ujmowane były tak różnorodnie, że zużytkowanie tych sprawozdań do celów analityczno-syntetycznych jest niemożliwe. Niewiele, ale trochę lepiej, przedstawia się sytuacja w dziedzinie budżetowej. Jest szczegółowe zestawienie dochodów i wydatków ubezpieczenia na wypadek choroby za lata 1932, 1933 i 1934 na podstawie bilansów. Daje ono trochę materjału porównywalnego. Od roku 1935 jakość materjału statystycznego wzrasta bardzo, lecz jest on również niepełny, do ścisłej i wielostronnej analizy niewystarczający przez niezupełne sharmonizowanie ze sobą poszczególnych pozycyj i brak niektórych niezbędnych danych, przetwarzających milczące pozycje statystyczne w pozycje, które przemawiają.

Statystyka jest sumieniem życia. Odpowiednio zużytkowana potrafi objektywnie odtworzyć rzeczywistość, wskazać błędy i braki, uchronić od nich w przyszłości, jest najlepszą kontrolą codziennej działalności organizacji, jej celowości, sprawności i skuteczności. Niestety zbiór materjałów, niezbędnych do dobrego prowadzenia prac statystycznych, uważany jest jeszcze w komórkach zbiorczych za niepotrzebne obciążanie dodatkową pracą, wśród wielu lekarzy zatrudnionych w lecznictwie ubezpieczeniowem, panuje tendencja kurczenia sprawozdań statystycznych do minimum, i w rezultacie otrzymane cyfry posiadają tylko częściową wymowę. Opracowanie cyfr nie może być pełne, gdyż w materjale natrafia się na luki, nie pozwalające na powiązanie całości. Zamało jest jeszcze powszechnego zrozumienia, że podstawą dobrej administracji jest dobra statystyka. Bez dobrej statystyki, wszechstronnie ujmującej zjawiska, administracja musi chodzić poomacku, improwizować, może rozwiązywać doraźnie fragmenty zagadnień, ale nie zagadnienia. Nie może ona dostatecznie skontrolować swej pracy, nie może również ustalić na przyszłe lata planu działania, opartego na mocnych podstawach cyfrowych. Niemożność oparcia się na ścisłych cyfrach sprzyja powstawaniu synodalnych sporów, pozbawionych zupełnie realnego podkładu. Administrowanie nie może być przypadkowem rozwiązywaniem zagadek, lecz świadomem realizowaniem celów. A do tego niezbędna jest dobra statystyka.

Uwagi podobne muszą nasunąć się każdemu, kto przystępuje do analizy ruchu świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek choroby. W każdem prawie zagadnieniu napotyka się brak pełnego materjału, niezbędnego do przeprowadzenia analizy. Nie można naprzykład ruszyć zagadnienia norm świadczeniowych, właściwych dla każdej ubezpieczalni lub grupy ubezpieczalni. A przecież przy dobrej statystyce okres szesnastoletni istnienia w całem Państwie ubezpieczenia społecznego był zupełnie wystarczający do wszechstronnego opracowania norm, jako orjentacyjnych ram działalności ubezpieczenia. Spra-

wa ta komplikuje się jeszcze o tyle, że i dziś prowadzona statystyka ruchu świadczeń tylko częściowo dostosowana jest do prac przyszłych, które będą musiały być przeprowadzone, a dotyczących polskich norm świadczeniowych. Dzisiejsza statystyka ubezpieczenia na wypadek choroby nie objęła jeszcze w sposób pełny ruchu świadczeń, posiada braki, które częściowo uniemożliwiać i częściowo utrudniać będą przyszłe prace analityczne, niezbędne do dobrego administrowania całością. Dziś więc, opierając się na dostępnym obecnie materjale, nie można dać pełnej, wszechstronnej analizy lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu na wypadek choroby, i należy się ograniczyć do możliwie najobszerniejszego opracowania tego materjału, jaki jest.

II.

Lecznictwo szpitalne jest podstawą każdego zorganizowanego lecznictwa masowego. Jest to dziedzina lecznictwa, kryjąca w sobie przykre następstwa, gdy jest niedostatecznie lub źle postawiona. Jest to dziedzina, w której symulację spotyka się bardzo rzadko, a dość częstem zjawiskiem jest trudność w uzyskaniu zgody chorego na zastosowanie leczenia szpitalnego. Najłatwiej rozwiązuje się organizacyjnie, jest najprzystępniejsza do kontroli, ale też jest bardzo plastyczna i łatwo może uledz naciskowi w którąkolwiek bądź stronę. Ubezpieczalnie naogół chętnie kierują do szpitali, gdyż skierowanie to załatwia odrazu wszelkie potrzeby lecznicze chorego, czasami rozwiązuje pomyślnie ciężkie dla ubezpieczalni sytuacje.

Nie mam zamiaru dotykać obecnie organizacji stosowania leczenia szpitalnego w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ocena samej organizacji nie może być przeprowadzona w oderwaniu od całości organizacyjnej lecznictwa ubezpieczeniowego i łącznie, jako część całości, omawiana być może. Dlatego ograniczę się do przedstawienia cyfrowych wyników lecznictwa zakładowego na podstawie posiadanych materjałów. Materjały potrzebne zebrałem z ogłaszanego co miesiąc przez Wydział ubezpieczeniowo-techniczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ruchu świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek choroby, zamknięć rachunkowych ogłoszonych przez Zakład Ubezpieczenia na wypadek choroby za rok 1932, 1933 i 1934, zamknięcia rachunkowego, ogłoszonego przez Z. U. S. za rok 1935 i preliminarzy budżetowych ubezpieczalni społecznych na rok 1936. Zamknięcia rachunkowe za rok 1935 zrobione były na podstawie surowych bilansów, z tego też powodu mogą powstać różnice cyfrowe, przypuszczalnie nie wielkie i bez wpływu na obraz całości lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu.

III.

W pracy „Luźne uwagi nad wpływem ubezpieczenia na wypadek choroby na zdrowotność publiczną“ [1]), podałem zestawienie cyfrowe korzystania z leczenia szpitalnego uprawnionych do świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby i ogółu ludności w Państwie. Powtarzam niektóre z tych zestawień i tu, w celu możliwie najobszerniejszego zobrazowania lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu na wypadek choroby, odsyłając zainteresowanych szczegółami do powyższej pracy.

Z zestawienia porównawczego wynika, że na 1000 mieszkańców leczyło się w zakładach leczni-

[1]) „Lekarz Polski“ Nr. VI — 1936.

Tablica Nr 1.

Rok 1935	Liczba mieszkańców	Liczba ubezpieczonych	Liczba uprawnionych do świadczeń z ubezp. społ.	Stosunek procentowy uprawnionych do ogólnej liczby ludności	Liczba leczonych w zakładach leczniczych ogółem (1.IV.34—31.III.35)	Liczba leczonych w zakładach leczniczych przez ubezp. społeczne	Stosunek procentowy leczonych przez ubezp. sp. do ogólnej liczby leczonych	Na 1000 mieszkańców leczyło się w zakładach	Na 1000 uprawnionych leczyło się w zakładach
Warszawa	1 178 914	295 266	625 964	53,1	94 142	33 467	35,5	80,09	53,4
Woj. Warszawskie	2 530 675	69 409	147 147	5,8	36 704	5 802	15,8	14,50	39,5
„ Łódzkie	2 633 050	235 362	498 967	18,9	65 033	25 894	39,8	24,70	51,9
„ Kieleckie	2 936 976	166 710	353 425	12,0	45 152	20 937	46,3	15,35	59,2
„ Lubelskie	2 467 266	49 453	104 840	4,2	32 586	4 538	13,4	13,21	41,6
„ Białostockie	1 643 485	53 646	113 729	6,9	21 014	4 154	19,9	12,78	36,5
„ Wileńskie	1 275 269	40 110	85 033	6,7	32 603	6 420	19,7	25,57	75.5
„ Nowogródzkie	1 056 780	19 374	41 073	3,9	15 040	2 624	17,4	14,24	64,0
„ Poleskie	1 131 359	22 014	46 670	4,1	14 282	2 277	15,9	12,63	48,8
„ Wołyńskie	2 084 791	49 141	94 079	4,5	24 054	3 980	16,5	11,54	41,7
„ Poznańskie	2 113 783	155 492	329 643	15,6	53 367	13 419	25,1	25,25	40,7
„ Pomorskie	1 086 259	75 124	158 263	14,6	22 340	6 586	29,4	20,57	41,6
„ Krakowskie	2 296 842	178 910	379 289	16,5	70 412	21 004	29,8	30,66	55.4
„ Lwowskie	3 127 811	151 168	320 476	10,2	68 280	17 214	25,2	21,83	53,7
„ Stanisławowskie	1 476 538	48 615	103 064	7,0	20 684	3 197	15,4	14,01	31,0
„ Tarnopolskie	1 603 313	33 482	70 982	4,4	17 093	2 081	12,1	10,66	29,3
„ Śląskie	1 298 352	35 359*)	74 961*)	—	71 916	3 613*)	—	55,40	48,2*)
POLSKA	31 941 463	1 678 635*)	3 558 706*)	11,1	724 700	177 027*)	24,4*)	22,6	49,7*)

*) Bez Górnego Śląska.

czych w Państwie 22.6 chorych w roku, gdy na 1000 uprawnionych do świadczeń ubezpieczenia społecznego 49.7 chorych. Wszystkie województwa wykazują przewagę stosunku procentowego leczonych w szpitalach na koszt ubezpieczenia nad stosunkiem procentowym uprawnionych do świadczeń ubezpieczenia do ogółu ludności. W niektórych województwach stosunek ten jest dwu i trzy, a nawet czterokrotnie wyższy. Wyjątek stanowi m. st. Warszawa, która, jako ośrodek leczniczy dla dużego obszaru Państwa i z tego powodu koncentrująca chorych szpitalnych z tego obszaru, musi cyfrowo przeważać w liczbach leczonych w szpitalach nad lokalną ubezpieczalnią społeczną. Duże różnice w liczbach leczonej w szpitalach ludności ubezpieczonej i nieubezpieczonej są niezmiernie symptomatyczne. Oczywiście nie wynika z tego jeszcze, by ubezpieczenie społeczne w zupełności rozwiązało pozytywnie problem leczenia zakładowego swych członków. Jednak na tle stosunków ogólnych lecznictwa zakładowego w Polsce odbija się ono dodatnio, przewyższając cyfrą leczonych bezwątpienia inne organizacje leczenia masowego.

Stosowanie lecznictwa szpitalnego wykazuje w ubezpieczalniach społecznych duże odchylenia. Obliczenia przeprowadziłem w stosunku do 1000 ubezpieczonych, przyczem cyfry, dotyczące pierwszego półrocza 1935 wziąłem z pracy własnej „Lekarz domowy w ubezpieczeniu na wypadek choroby w świetle cyfr pierwszego półrocza 1935 roku". Niestety nie można zestawić porównawczo z latami poprzedniemi. Nie znalazłem nigdzie danych, dotyczących liczby osób leczonych przez Kasy Chorych w szpitalach, zaś znalezione materjały liczby leczonych w szpitalach w pojedyńczych miesiącach niektórych lat nie są wystarczające do określenia liczby rocznych przekazów szpitalnych. Musiałem więc ograniczyć się tylko do roku 1935. Liczbę leczonych w szpitalach i zakładach położniczych w tym roku przedstawiłem w tablicy Nr. 2. Z tablicy tej widać duże odchylenia liczbowe w korzystaniu z leczenia szpitalnego. Różnice dla poszczególnych ubezpieczalni jaskrawo występują przy uszeregowaniu według liczby leczonych na 1000 ubezpieczonych.

Układ Ubezpieczalni Społecznych w stosunku do liczby leczonych na 1000 ubezpieczonych jest następujący:

Leczonych od 170 do 179 — 2 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Sosnowiec	179.04
„ „	Lida	171.98
Leczonych od 160 do 169 — 2 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Ostrowiec	163.79
„ „	Wilno	160.35
Leczonych od 140 do 149 — 1 ubezpieczalnia:		
Ubezpieczalnia społeczna	Lwów	141.64
Leczonych od 130 do 139 — 3 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Drohobycz	137.36
„ „	Kraków	137.04
„ „	Tarnów	131.07
Leczonych od 120 do 129 — 3 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Chrzanów	127.60
„ „	Poznań	125.94
„ „	Gdynia	125.60
Leczonych od 110 do 119 — 5 ubezpieczalni:		
Ubezpieczalnia społeczna	Łódź	117.16
„ „	Piotrków	116.66
„ „	Kowel	116.62
„ „	Zamość	113.95
„ „	Warszawa	113.37
Leczonych od 100 do 109 — 5 ubezpieczalni:		
Ubezpieczalnia społeczna	Dubno	109.38
„ „	Brześć n/B.	108.23
„ „	Zakopane	103.24
„ „	Bielsko	102.63
„ „	Baranowicze	101.35
Leczonych od 90 do 99 — 5 ubezpieczalni:		
Ubezpieczalnia społeczna	Toruń	99.46
„ „	Żyrardów	98.77
„ „	Pińsk	98.30
„ „	Pabjanice	96.39
„ „	Grodno	94.36
Leczonych od 80 do 89 — 6 ubezpieczalni:		
Ubezpieczalnia społeczna	Włocławek	86.06
„ „	Kielce	85.81
„ „	Tomaszów	85.48
„ „	Siedlce	84.22
„ „	Płock	83.70
„ „	Nowy Sącz	82.94
Leczonych od 70 do 79 — 15 ubezpieczalni:		
Ubezpieczalnia społeczna	Ciechanów	79.75
„ „	Lublin	79.62
„ „	Białystok	79.05
„ „	Łuck	76.63
„ „	Krosno	76.29
„ „	Przemyśl	75.69
„ „	Kalisz	75.68
„ „	Biała	75.61
„ „	Leszno	75.45
„ „	Częstochowa	74.66
„ „	Bydgoszcz	71.96
„ „	Stryj	71.66
„ „	Czortków	71.38
„ „	Kutno	71.27
„ „	Stanisławów	71.14
Leczonych od 60 do 69 — 4 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Starogard	68.04
„ „	Oborniki	68.00
„ „	Tarnopol	67.30
„ „	Radom	62.14
Leczonych od 50 do 59 — 11 ubezpieczalni:		
Ubezpieczlnia społeczna	Gniezno	59.92
„ „	Szamotuły	59.77
„ „	Rzeszów	59.69
„ „	Brodnica	59.51
„ „	Równe	58.46
„ „	Złoczów	57.03
„ „	Inowrocław	54.31
„ „	Grudziądz	53.28
„ „	Brzeżany	52.50
„ „	Tarnobrzeg	51.56
„ „	Kołomyja	50.77
Leczonych od 40 do 49 — 4 ubezpieczalnie:		
Ubezpieczalnia społeczna	Ostrów	47.46
„ „	Tuchola	47.39
„ „	Łomża	41.48
„ „	Jarosław	40.34
Leczonych od 30 do 39 — 1 ubezpieczalnia:		
Ubezpieczalnia społeczna	Grodzisk	38.73

Dwie ubezpieczalnie dają granice: górną — Sosnowiec — 179.04, dolną — Grodzisk — 38.73. Najliczniejszą grupę stanowią ubezpieczalnie, wykazujące leczonych od 70 do 79, następna grupa to ubezpieczalnie wykazujące od 50 do 59 leczonych. Lecz czy można wyciągać z uszeregowania ubezpieczalni wnioski, że na kierowanie do szpitali wpływa jakieś wspólne dla wszystkich ubezpieczalni prawo, znajdujące odbicie w liczbie leczonych, z odchyleniami na rzecz lokalnych stosunków?

Bliższe rozpatrzenie grup ubezpieczalni wykazuje ich różnogatunkowość w jednej grupie. Tak n. p. w pierwszej grupie o najwyższej liczbie leczonych w szpitalach znajdują się obok siebie Sosnowiec i Lida. Obok siebie w siódmej grupie znajduje się Łódź i Piotrków, Kowel, Warszawa i Zamość, przyczem Piotrków, Kowel i Zamość przewyższają Warszawę. W różnych grupach idą obok siebie ubezpieczalnie o najrozmaitszym ciężarze gatunkowym, o najrozmaitszej strukturze terenowej i członkowskiej, o różnej przeciętnej składce i liczbie ubezpieczonych. To pomieszanie ubezpieczalni, duże rozpiętości, niejasne i niezrozumiałe na pierwszy rzut oka, zmuszają do zastanowienia się, jakie czynniki wpłynęły na tę różnorodność, gdzie szukać należy nadmiaru skierowań, gdzie upośledzenia lecznictwa zakładowego, a gdzie właściwych norm. Bo w tej rozpiętości muszą się znajdować cyfry, właściwe dla grup ubezpieczalni i odpowiadające rzeczywistym potrzebom szpitalnego leczenia. Trudno sobie wyobrazić, by wobec jednolitych zasadniczych podstaw organizacji lecznictwa we wszystkich ubezpieczalniach, różnice spowodowane odchyleniami lokalno-organizacyjnemi, wyszkoleniem lekarzy, ich składem, specyficzną dla danej ubezpieczalni zapadalnością, wreszcie stosunkami w szpitalnictwie, mogły być tak wysokie. Problem bardzo ważny, nie rozwiązany tem, że wydatki na leczenie szpitalne wykazują zbliżony do siebie procentowy stosunek do przypisu czy wpływu, więc do najbardziej fałszywej podstawy obliczeniowej, jeśli oceniać ją ze stanowiska celowości świadczeń, a nie równowagi budżetowej, dziś stokroć łatwiejszej do osiągnięcia, niż dawniej wobec zrealizowania zasady wzajemnej pomocy przez stworzenie wspólnego dla wszystkich ubezpieczalni funduszu wyrównawczego. Problem ten dopiero po gruntownem zbadaniu może być właściwie rozwiązany. Ale do gruntownego przepracowania niema dostatecznego materjału. Niema przedewszystkiem liczby leczonych w szpitalach w latach poprzednich, co już samo przez się rzuciłoby pewne światło, niema liczby leczonych w ubezpieczalni wogóle, i nie można zbliżyć się do norm, które byłyby wykładnikiem konieczności życiowej i właściwości ubezpieczalni. Zupełnie rozumiem i doceniam to, że każda ubezpieczalnia społeczna stanowi w dziedzinie lecznictwa odrębną indywidualność. Rozumiem i to, że próby mechanicznego regulowania zgóry leczenia szpitalnego czy to przez usztywnienie odpowiedniej pozycji budżetowej, czy też ustalenie kontyngentów przekazów szpitalnych dla lekarzy domowych, nie rozwiązują zagadnienia. Ale w odpowiednich warunkach powinno byłoby być możliwe ustalenie dla wszystkich ubezpieczalni wspólnych cech lecznictwa szpitalnego, wspólnych norm dla pokrewnych strukturalnie i terenowo ubezpieczalni. Pobieżny nawet rzut oka na lecznictwo szpitalne ubezpieczenia wysuwa konieczność gruntownego przepracowania tego problemu, co leży wyłącznie w możliwościach centrali ubezpieczeniowej. Dziś można tylko rejestrować objektywnie zjawiska, nie można jednak wyciągać jakichkolwiek stanowczych wniosków. Zarejestrować można wskazaną wyżej dużą rozpiętość w lecznictwie zakładowem dla poszczególnych ubezpieczalni, ale nie można tego zjawiska ocenić. Jak daleko sięga brak materjałów dowodzi to, że nie można ustalić procentowego stosunku leczonych w szpitalach do leczonych ogółem. Ubezpieczalnie nie prowadzą jeszcze statystyki ruchu chorych. A jednak do ustalania liczby chorych dojść będzie musiało, gdyż podstawą dobrego budżetowania muszą stać się w przyszłości przypuszczalne normy chorych, właściwe dla każdej ubezpieczalni normy świadczeniowe. Dziś gdy tych podstawowych norm jeszcze niema, gdy nie można nawet w przybliżeniu określić, ilu chorych rocznie może mieć ubezpieczalnia, ile kosztować będzie każdy rodzaj świadczeń, budżetowanie musi opierać się na podstawach, które muszą dziś wystarczyć, ale których za wyczerpująco słuszne uznać nie można.

Również przy analizie świadczeń zmuszonym się jest do wyprowadzania wszelkiego rodzaju wzajemnych stosunków cyfr, jako drogi pośredniej, zbędnej przy pełnym materjale statystycznym, aby tylko uzyskać możliwie jaknajwięcej przekrojów, oświetlających zagadnienie. Do takiej kategorji obliczeń zaliczyć należy stosunek liczby leczonych w szpitalach chorych do ilości porad. Przedstawię wzajemny stosunek porad lekarskich do liczby leczonych w szpitalach, wykazując liczbę porad, przypadających na jednego leczonego w zakładzie leczniczym, więc niejako poprzedzających skierowanie do szpitala. Obliczenie takie może dać pewną orjentację co do częstotliwości w kierowaniu, może być łącznie z zestawieniem ilości przekazów szpitalnych na 1000 ubezpieczonych sygnałem, wskazującym na konieczność ściślejszego badania zagadnienia lecznictwa zakładowego w tej czy innej ubezpieczalni.

Liczbę porad lekarskich, wypadających na jedno skierowanie do zakładu leczniczego podaję w tablicy Nr. 2. Kolejny układ ubezpieczalni przedstawia się następująco:

porad	30— 39	Lida	34,3
„	50— 59	Wilno	50,3
		Dubno	50,6
		Tarnów	53,0
		Baranowicze	54,5
		Zakopane	58,3
		Zamość	58,5
„	60— 69	Ciechanów	60,6
		Piotrków	60,6
		Chrzanów	61,7
		Gdynia	62,4
		Kraków	62,9
		Kowel	64,1
		Lwów	65,0
		Kutno	67,1
		Sosnowiec	68,2
		Łódź	68,3
		Ostrowiec	69,8

porad	70— 79	Rzeszów	70,0
		Oborniki	70,1
		Brześć n/B	71,4
		Bielsko	71,5
		Pińsk	71,7
		Poznań	72,2
		Złoczów	72,4
		Pabjanice	75,1
		Brodnica	75,3
		Grodno	76,1
		Starogard	76,3
		Nowy Sącz	78,4
		Czortków	78,8
		Kołomyja	79,3
		Żyrardów	79,6
„	80— 89	Siedlce	80,3
		Leszno	80,3
		Płock	80,4
		Toruń	82,9
		Gniezno	83,8
		Kielce	84,1
		Lublin	84,1
		Tarnobrzeg	86,1
		Ostrów	86,9
		Szamotuły	87,4
		Biała	87,7
„	90— 99	Warszawa	90,3
		Bydgoszcz	91,2
		Drohobycz	92,3
		Tomaszów	92,6
		Kalisz	94,1
		Tuchola	96,8
		Łuck	97,4
		Brzeżany	98,2
		Grudziądz	98,4
		Białystok	99,8
		Tarnopol	99,9
„	100—109	Włocławek	101,0
		Inowrocław	102,4
		Łomża	102,5
		Częstochowa	104,1
		Stryj	106,0
		Krosno	107,6
		Równe	107,8
„	110—119	Przemyśl	114,0
„	120—129	Grodzisk	124,0
„	130—139	Jarosław	130,4
		Stanisławów	131,0
„	150—159	Radom	155,0

Przeciętna dla Polski 77,2, przy granicach 34,3 i 155,0.

Ten przekrój — podkreślam — jest wyłącznie tylko orjentacyjny. Na wysokość wskaźników ma wpływ poza zwykłemi czynnikami, jak rodzaj zapadalności, personel lekarski, poziom organizacji i t. p., również stopień korzystania przez ubezpieczonych z porad lekarskich. W tej ubezpieczalni, w której ubezpieczeni częściej korzystali z porady lekarskiej i wytworzyli więcej porad, wskaźnik będzie wyższy, choćby chorych było mniej.

IV.

Również nie zupełny jest materjał, dotyczący strony wydatkowej leczenia szpitalnego. Wchodzą tu też w grę zmiany ustawowe, jakie zaszły w ostatnich latach, jak również zmiany organizacyjne.

Przystępując do oceny wydatków na leczenie w zakładach zamkniętych należy pamiętać, że składka na ubezpieczenie na wypadek choroby została zmniejszona z dniem 1 stycznia 1934 roku, że opłata za szpitale i zakłady położnicze została od tegoż terminu podniesiona do 85% normalnej taryfy, że wydatki na leczenie sanatoryjne we wszystkich ubezpieczalniach pokrywał od dnia 1 stycznia 1935 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oraz że taryfa szpitalna w niektórych szpitalach została przed rokiem 1935 zmniejszona. Jest rzeczą dla mnie niemożliwą ścisłe ustalenie, które szpitale i w jakiej wysokości przeprowadziły zniżkę opłat. Wrażenie, jakie otrzymałem, zainteresowawszy się bliżej tem zagadnieniem, sprowadzało się do tego, że zniżka opłat była niewielka i, co ważniejsze jeszcze, nie powszechna. Zniżka opłat szpitalnych najsilniej zaznaczyła się w kongregacyjnych zakładach leczniczych województw zachodnich, pobierających przedtem bardzo wysokie opłaty. Duży wpływ na zniżkę wywarło otwieranie przez ubezpieczalnie społeczne własnych szpitali, a wskutek tego wyludnienie w zakładach leczniczych bez prawa publiczności, opierających swą egzystencję głównie na chorych ubezpieczonych. Napewno jednak zniżki w opłatach szpitalnych nie zrównoważyły nieuniknionego wzrostu wydatków za leczenie w zakładach zamkniętych, spowodowanego podwyższeniem opłat za leczenie z 50% do 85% normalnej taryfy. Wzrost tych wydatków byłby znaczny, gdyby nie zastosowanie ograniczeń co do liczby leczonych i dni leczenia w szpitalach, co było niezbędne do utrzymania równowagi budżetowej ubezpieczenia. Pewną ulgą dla niektórych ubezpieczalni społecznych, jako dla odrębnych jednostek gospodarczych, było pokrywanie od dnia 1 stycznia 1935 roku kosztów leczenia sanatoryjnego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Koszta leczenia sanatoryjnego pokrywa od tego terminu Zakład Ubezpieczeń Społecznych z t. zw. ogólnego funduszu rezerwowego ubezpieczenia na wypadek choroby, tworzonego przez wpłaty ubezpieczalni społecznych.

Dla niektórych ubezpieczalni to pokrywanie przez Zakład sprowadza się w rezultacie do przeniesienia wydatków sanatoryjnych na inną pozycję budżetową, jednak dla wielu ubezpieczalni, finansowo słabszych, jest to istotna pomoc i ulga.

Przy zestawieniu więc wydatków poszczególnych ubezpieczalni na lecznictwo w zakładach zamkniętych należy pamiętać o wyżej wspomnianych uwagach, gdyż nie można zestawień z okresu ostatnich lat uważać za ściśle jednogatunkowe, nie można też wprowadzić wskutek braku odpowiednich materjałów poprawek, któreby zestawienia czyniły jednogatunkowemi i ścisłemi. Dużą pomocą byłoby posiadanie liczby dni leczenia szpitalnego w ubezpieczeniach. Te dane są tylko co do własnych szpitali ubezpieczenia, oczywiście niemiarodajne są one dla wszystkich szpitali, z których ubezpieczenie korzysta. Brak dni leczenia uniemożliwia ściślejsze opracowanie budżetu lecznictwa szpitalnego. Nale-

ży więc ograniczyć się do materjałów, jakie są, w nadziei, że może w przyszłości statystyka ubezpieczeniowa obejmie bardziej szczegółowo i ten dział, tak ciekawy, ważny i budżetowo tak ważki.

Wydatki na leczenie szpitalne kształtowały się w stosunku do jednego ubezpieczonego następująco:

Rok 1932	zł. 16.15	łącznie z leczeniem sanatoryjnem
„ 1933	„ 14.74	
„ 1934	„ 15.80	
„ 1935	„ 12.02	
„ 1936	„ 10.97	według preliminarza budżetowego

Lecznictwo sanatoryjne kosztowało około 2 zł. na rok i ubezpieczonego. Do otrzymania cyfr jednogatunkowych należy odjąć 2 zł. od pozycyj lat 32, 33 i 34. Wydatki roczne wyniosłyby wtedy:

Rok 1932	zł. 14.15
„ 1933	„ 12.74
„ 1934	„ 13.80
„ 1935	„ 12.02
„ 1936	„ 10.97

Spadek wydatków na leczenie szpitalne w ostatniem pięcioleciu zarysowuje się już od 33 roku wskutek pogorszania się stanu finansowego ubezpieczenia, wykazując pewien skok wzwyż w roku 1934, co odpowiadałoby podwyższeniu opłat szpitalnych w szpitalach publicznych do 85% normalnej taryfy i nieprzystosowaniu się ubezpieczalni do nowego stanu. W następnych latach zniżka pogłębia się, dochodząc do preliminowanych na rok 1936 zł. 10.97 na ubezpieczonego i rok. Zniżce w złotych towarzyszy zwiększony koszt leczenia szpitalnego. Coprawda zwyżka dotyczy tylko szpitali publicznych. W zakładach bez prawa publiczności wysokość opłat regulują przeważnie umowy. Tu i owdzie uzyskano nawet pewne zniżki. W całości jednak nastąpiła podwójna zniżka wydatków na leczenie szpitalne — raz przez wydanie lub preliminowanie mniejszych kwot, drugi raz przez podwyższenie opłat szpitalnych w zakładach publicznych, z których ubezpieczalnie przeważnie korzystają. Gdyby za wyjściowy rok wziąć rok 1934 i wydatek na szpitale 13.80 zł., to zniżka w roku 1935 wyniosła 12.9%, zniżka w roku 1936 ma wynieść 20.5%. Gdyby za rok wyjścia wziąć rok 1933 i 12.74 zł. wydatków, to zwyżka w roku 1934 wyniosła 8.32, w r. 1935 zniżka 5.65%, w r. 1936 zniżka 13.88%.

Jak widać z powyższego zestawienia zniżka jest duża. Zniżka ta jest przeprowadzona w tym rodzaju świadczeń, który ubezpieczalnie stosowały zawsze najchętniej, jako bardzo dogodną i celową formę udzielania świadczeń. Jeśli zastosowały one zniżkę i w tej właśnie dziedzinie, to zmuszone być musiały do tego kroku istotnie bezwzględną koniecznością. I tu dochodzimy do jądra zagadnienia — obniżenia składki na ubezpieczenie na wypadek choroby i nieuchronnych, bezwzględnie działających następstw tego obniżenia. W tej dziedzinie nie pomoże już tak tu i owdzie popularne jeszcze niestety szermowanie nieudolnością administracji, przerostem i t. p. Obniżenie składki zmniejszyło dochody ubezpieczenia. Zmniejszenie dochodów niewyrównane dostatecznie zmniejszeniem świadczeń, i niezrównoważone możliwemi do przeprowadzenia, a już przeprowadzonemi, oszczędnościami, musiało odbić się na świadczeniach wobec życiowego bezwzględnego nakazu utrzymania równowagi budżetowej ubezpieczenia. Automatyzm działania zmniejszonej składki nie mógł rozpłynąć się w powietrzu bez następstw. To było jasne od początku dla wszystkich, znających ubezpieczenie społeczne. Specjalnie na terenie lecznictwa szpitalnego zapalona została jednocześnie świeca z obu końców. Z jednej strony tak zwane niesłusznie sfery gospodarcze, a właściwie ciężki przemysł i handel, wymusił przy akkompanjamencie nieprzebierającej w środkach kampanji przeciwko ubezpieczeniom obniżenie składki, z drugiej strony samorząd terytorjalny zażądał i przeprowadził w — mojem przekonaniu wbrew własnemu interesowi — podwyższenie opłat szpitalnych, obojętnie przypatrując się obniżeniu składki, nie myśląc widocznie o następstwach swego stanowiska. Cały rachunek w ten sposób przeprowadzonej akcji zapłaciła zdrowotność publiczna, ubezpieczeni oraz nieprzewidujący widocznie tego samorząd terytorjalny, zarobiły te t. zw. sfery gospodarcze, tak obce potrzebom społecznego zdrowia. Skutki obniżenia składki i podwyższenia opłaty szpitalnej dla ubezpieczenia uderzyły mocno w budżety szpitali komunalnych, którym ubezpieczenie dostarczało duży procent chorych i zasilało żywą gotówką. Wszystkie pieniądze, wydawane w ubezpieczeniu na leczenie szpitalne, wpływały, po potrąceniu niewielkich stosunkowo kwot na koszta prowadzenia własnych ubezpieczeniowych szpitali, w całości do kas samorządu terytorjalnego oraz w pewnych kwotach do kas szpitali bez prawa publiczności. Zmniejszenie wydatków na leczenie szpitalne w ubezpieczeniu jest równoważne ze zmniejszeniem się dochodów samorządu, pokrywającego koszta prowadzenia szpitali z własnych funduszów. Ubezpieczalnie zmuszone były ograniczyć kierowanie do szpitali do wypadków niezbędnie wymagających leczenia szpitalnego, a to już dzisiaj wywołuje powszechne i poważne narzekania dyrektorów szpitali, walczących ciężko ze spadkiem frekwencji i brakiem płynnego pieniądza. Dziś można już powiedzieć z całą stanowczością, że samorząd źle wyszedł na obniżeniu składki ubezpieczeniowej i na podwyższeniu opłaty szpitalnej dla ubezpieczenia. Przy zniżce 50% kompensował ulgę w wielu wypadkach konstrukcją opłaty, przy zniżce 15% i obniżeniu składki stracił na liczbie chorych i parę miljonów wpływów, a zakłady lecznicze tak jak dawniej prowadzić musi w dawnych rozmiarach.

Samorząd terytorjalny, który — zdawałoby się — powinien być naturalnym sprzymierzeńcem ubezpieczenia społecznego, nie stanął w walce, jaka przeciw ubezpieczeniom była rozegrana, twardo i mocno po stronie ubezpieczeń. Nie reagował na zniżenie składki, nie reagował na obniżenie świadczeń, ale żądał kategorycznie podwyższenia opłat szpitalnych dla ubezpieczenia. Skutki tego stanowiska odczuwa teraz samorząd na swoich finansach. Otoczenie opieką części ludności, gospodarczo słabej, odciążało samorząd na terenie pracy, do której jest ustawowo powołany. Odciążenie samorządu przez ubezpieczenie w zakresie opieki społecznej jest duże. Przy ustawowem ograniczeniu świadczeń i zmniejszeniu składki odciążenie to musiało zmaleć i bezwątpienia odbije się na budżetach samorządu, tak jak odbiło

się na dochodach szpitali samorządowych. Niestety stosunki między dwoma naturalnymi sprzymierzeńcami, jakimi być powinny samorząd i ubezpieczenia, nie były i nie są jeszcze takie, jakie powinny być. Nieporozumienia wykorzystano skwapliwie, i w rezultacie mamy dzisiejszy realny stan, ustawowo usztywniony i z tego powodu ciężki do zmiany.

Wydatki na lecznictwo szpitalne spadają i w cyfrach absolutnych: w półroczu pierwszem 1934 r. wydano 12.221.143,90 zł., w roku 1935 — 20.169.587,00 zł., na rok 1936 preliminowano 18.171.885,00 zł.

W tablicy Nr. 3 przedstawiłem wydatki Kas Chorych i Ubezpieczalni społecznych na leczenie szpitalne w ostatniem pięcioleciu. Wydatki, wykazane dla lat 1932, 1933, 1934 obejmują i lecznictwo sanatoryjne. Wyeliminować wydatków na leczenie sanatoryjne z wydatków na lecznictwo zakładowe poszczególnych ubezpieczalni nie można, ponieważ nie wszystkie ubezpieczalnie stosowały lecznictwo sanatoryjne, a gdy stosowały to w różnym stopniu. Naogół przez długi szereg lat panowało przekonanie, że lecznictwo sanatoryjne jest leczeniem nadobowiązkowem i z tego powodu większość ubezpieczalni nie stosowała tego rodzaju leczenia lub stosowała je w minimalnym stopniu. Panowanie przekonania, że sanatorjum jest to normalny szpital, przeznaczony na pewne rodzaje chorych i wyposażony w specjalne środki lecznicze, klimatyczne lub zdrojowe, nie jest takie dawne. To też o ile można z ogólnej sumy wydatków wszystkich ubezpieczalni na lecznictwo zakładowe odjąć prawdopodobną kwotę 2 zł. (na ubezpieczonego i rok) wydatków na leczenie sanatoryjne, o tyle dla poszczególnych ubezpieczalni zrobić tego nie można, gdyż — jak to zaznaczyłem wyżej — nie wszystkie stosowały leczenie sanatoryjne, a stosujące — stosowały w różnym stopniu, nie specyfikując w zamknięciach rachunkowych lecznictwa sanatoryjnego. Cyfr więc jednogatunkowych dla ostatniego pięciolecia uzyskać nie można. Zestawiam wydatki na lecznictwo zakładowe poszczególnych ubezpieczalni dla umożliwienia ogólnej orjentacji, szczegółowe zestawienie dam tylko dla lat 1935 i 1936, jako posiadających jednogatunkowe cyfry.

Układ Ubezpieczalni w stosunku do wysokości wydatków na leczenie szpitalne i w zakładach położniczych przedstawia się następująco:

wydano na jednego ubezpieczonego zł.:

zł.		rok 1935	rok 1936 (preliminowano)	
17—18	Warszawa	17,98		
	Łódź	17,15		
16—17	Sosnowiec	16,95	Warszawa	16,40
	Poznań	16,06	Sosnowiec	16,38
15—16	Kraków	15,81	Ostrowiec	15,54
	Ostrowiec	15,66		
14—15	Lwów	14,81	Lwów	14,26
			Łódź	14,03
13—14	Gdynia	13,20	Gdynia	13,65
			Kraków	13,65
			Drohobycz	13,18
12—13	Wilno	12,85	Chrzanów	12,17
	Chrzanów	12,09		
11—12	Żyrardów	11,00	Poznań	11,72
			Wilno	11,10
10—11	Toruń	10,98	Toruń	10,89
	Pabjanice	10,65	Pabjanice	10,51
	Bydgoszcz	10,63	Żyrardów	10,28
	Radom	10,52		
9—10	Kielce	9,60	Bielsko	9,74
	Drohobycz	9,55	Bydgoszcz	9,66
	Piotrków	9,33		
	Częstochowa	9,26		
8—9	Bielsko	8,92	Częstochowa	8,40
	Gniezno	8,71	Tomaszów	8,25
	Tomaszów	8,71	Krosno	8,12
	Brześć n/B	8,36		
	Grudziądz	8,09		
7—8	Tarnów	7,87	Radom	7,96
	Zakopane	7,63	Lublin	7,87
	Lublin	7,63	Leszno	7,81
	Włocławek	7,51	Kielce	7,74
	Krosno	7,49	Tarnów	7,72
	Pińsk	7,46	Włocławek	7,71
	Równe	7,44	Brześć n/B	7,69
	Szamotuły	7,29	Zakopane	7,69
	Starogard	7,19	Starogard	7,65
	Nowy Sącz	7,17	Gniezno	7,61
	Białystok	7,12	Równe	7,48
	Grodno	7,09	Siedlce	7,24
	Lida	7,05	Kalisz	7,09
	Siedlce	7,05	Grudziądz	7,05
	Leszno	7,04		
6—7	Oborniki	6,95	Białystok	6,99
	Inowrocław	6,93	Piotrków	6,95
	Łuck	6,73	Szamotuły	6,86
	Kalisz	6,60	Stanisławów	6,83
	Ostrów	6,60	Inowrocław	6,82
	Kowel	6,52	Ostrów	6,74
	Kutno	6,48	Łuck	6,72
	Biała	6,08	Pińsk	6,70
			Lida	6,42
			Biała	6,35
			Nowy Sącz	6,35
			Tuchola	6,30
5—6	Dubno	5,98	Dubno	5,79
	Ciechanów	5,92	Grodno	5,74
	Baranowicze	5,90	Zamość	5,59
	Zamość	5,54	Tarnopol	5,51
	Płock	5,26	Stryj	5,37
	Przemyśl	5,02	Kowel	5,31
	Stanisławów	5,01	Baranowicze	5,09
			Płock	5,07
4—5	Brzeżany	4,99	Kutno	4,99
	Stryj	4,91	Czortków	4,90
	Brodnica	4,84	Łomża	4,78
	Tarnopol	4,75	Grodzisk	4,52
	Tarnobrzeg	4,75	Przemyśl	4,46
	Grodzisk	4,74	Tarnobrzeg	4,31
	Czortków	4,61	Ciechanów	4,20
			Złoczów	4,19
			Rzeszów	4,12
3—4	Tuchola	3,98	Brzeżany	3,85
	Łomża	3,90	Jarosław	3,74
	Rzeszów	3,78	Kołomyja	3,21
	Złoczów	3,45		
	Kołomyja	3,45		
	Jarosław	3,14		

Zestawienie ogólne przedstawia się następująco: Ubezpieczalni społecznych, wydających na lecznictwo w szpitalach i zakładach położniczych było:

Wydaj. złotych od	do	w r. 1935	w r. 1936 *)	w r. 1935	w r. 1936
17	18	2		3%	
16	17	2	2	3%	3,1%
15	16	2	1	3%	1,5%
14	15	1	2	1,5%	3,1%
13	14	1	3	1,5%	4,6%
12	13	2	1	3%	1,5%
11	12	1	2	1,5%	3,1%
10	11	4	3	6%	4,6%
9	10	4	2	6%	3,1%
8	9	5	3	7,5%	4,6%
7	8	15	14	22,4%	21,6%
6	7	8	12	12%	18,5%
5	6	7	8	10,4%	12,3%
4	5	7	9	10,4%	13,8%
3	4	6	3	8,8%	4,6%

*) Według preliminarza budżetowego.

Ze wszystkich powyższych zestawień wynika obniżenie wydatków na szpitale w roku 1936 w porównaniu z rokiem 1935. Zniknęła w r. 1936 grupa pierwsza — od 17 do 18 zł. — przez stopniowe przesunięcie do grup 4 i 5, t. j. — od 13 do 15 zł. Przesuwanie obserwuje się i w pozostałych grupach. Najliczniej reprezentowana grupa od 7 do 8 zł., bo w 22.4% w 1935 roku, spadła w 1936 roku do 21.6%, zwiększając grupę następną od 6 do 7 zł. z 12% w r. 1935 do 18.5% w 1936 roku. Zato zmniejszyła się w 1936 r. najniższa grupa od 3 do 4 zł. z 8.9% ubezpieczalni w 1935 r. do 4.6% w r. 1936. Powyżej przeciętnej 1935 r. — 12.02 — wydawało 10 ubezpieczalni, poniżej — 57. Powyżej przeciętnej 1936 r. — 10.97 — wydać ma 12 ubezpieczalni, poniżej 53. W roku 1936 preliminowano w porównaniu z rokiem 1935 w 25 ubezpieczalniach zwyżkę wydatków na szpitale, w 40 zniżkę.

Brakuje dwóch pozycyj statystycznych do wytworzenia obrazu lecznictwa szpitalnego — wysokości opłaty szpitalnej i dni leczenia lub przeciętnej pobytu. Wiele ubezpieczalni korzysta z kilku szpitali o różnej opłacie, w wielu szpitalach opłata jest zróżniczkowana w zależności od rodzaju choroby. Tylko na terenie województw południowych mamy prawie jednolitą opłatę szpitalną. Do uzyskania ścisłych cyfr wynikowych należałoby posiadać liczby dni leczenia dla poszczególnych rodzajów chorób, liczby dni leczenia, zapłacone każdemu szpitalowi oddzielnie. Wystarczająca ścisłość byłaby przy posiadaniu przynajmniej z ostatnich dwuch lat ogólnej liczby dni leczenia szpitalnego dla każdej ubezpieczalni. To pozwoliłoby uzyskać przeciętne czasu leczenia i kosztu dnia szpitalnego. Ponieważ materjałów potrzebnych brak, ograniczę się do obliczenia kosztu jednego przekazu szpitalnego w ubezpieczalni. Zestawienie takie rzuca dość ciekawe światło na zagadnienie lecznictwa szpitalnego w Państwie, uniezależnionego przecież od ubezpieczenia społecznego.

Leczenie w zakładzie leczniczym jednego chorego kosztowało ubezpieczalnię społeczną zł.:

Radom	169,5	Łuck	88,8
Warszawa	158,6	Kalisz	87,7
Grudziądz	152,6	Włocławek	87,7
Bydgoszcz	148,1	Tuchola	87,3
Łódź	146,4	Bielsko	87,2
Gniezno	146,0	Nowy Sącz	86,9
Ostrów	139,7	Siedlce	84,6
Inowrocław	128,7	Brodnica	82,4
Poznań	127,7	Biała	80,6
Równe	127,4	Piotrków	80,3
Częstochowa	124,1	Wilno	80,2
Szamotuły	123,6	Jarosław	78,8
Grodzisk	122,8	Brześć	77,8
Kraków	115,2	Pińsk	76,1
Kielce	112,4	Tarnopol	76,1
Żyrardów	111,9	Grodno	75,4
Pabjanice	111,1	Zakopane	74,6
Toruń	111,0	Ciechanów	74,4
Starogard	106,4	Stanisławów	70,5
Gdynia	105,2	Drohobycz	69,6
Lwów	104,7	Stryj	68,8
Oborniki	103,0	Kołomyja	68,1
Tomaszów	101,8	Czortków	65,1
Krosno	98,1	Rzeszów	63,7
Ostrowiec	96,2	Płock	63,3
Lublin	95,8	Złoczów	60,5
Brzeżany	95,3	Tarnów	60,1
Łomża	95,1	Baranowicze	58,8
Sosnowiec	94,7	Przemyśl	56,3
Chrzanów	94,7	Kowel	55,9
Leszno	94,3	Dubno	54,1
Tarnobrzeg	93,4	Zamość	48,8
Kutno	91,4	Lida	41,4
Białystok	90,3		

Rozpiętość w kosztach leczenia duża. Granicę górną daje Ubezpieczalnia Społeczna w Radomiu — 169,5 zł., dolną granicę daje Ubezpieczalnia społeczna w Lidzie — 41,4 zł.

W kosztach leczenia szpitalnego, stanowiących koszt leczenia jednego chorego w zakładzie leczniczym, układ ubezpieczalni społecznych, podzielonych na tereny grup wojewódzkich, jest następujący:

Leczenie jedn. chor. kosztowało	Woj. Central.	Woj. Wschod.	Woj. Zachod.	Woj. Połud.	Razem
powyżej 160 zł.	1				1
„ 150 „	1		1		2
„ 140 „	1		2		3
„ 130 „			1		1
„ 120 „	1	1	4		6
„ 110 „	3		1	1	5
„ 100 „	1		3	1	5
„ 90 „	6		1	4	11
„ 80 „	4	2	2	3	11
„ 70 „	2	2		4	8
„ 60 „	1			7	8
„ 50 „		3		1	4
„ 40 „	1	1			2
Razem . .	22	9	15	21	67

Tablica Nr. 2. Lecznictwo szpitalne w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa w r. 1935

	Liczba ubezpieczonych	Leczonych w szpitalach	na 1000 ubezpieczonych leczyło się w szpitalach w I półroczu 1935 r.	według wskaźnika I półrocza powinno było leczyć się w szpitalach w r. 1935	na 1000 ubezpieczonych leczyło się w szpitalach w roku 1935	na jeden przekaz wypada porad
1. Ciechanów	9 712	774	30,09	60,18	79,75	60,6
2. Kutno	18 191	1 290	31,70	63,40	71,27	67,1
3. Płock	10 053	837	44,50	89,00	83,70	80,4
4. Warszawa	295 266	33 467	62,90	125,80	113,37	90,3
5. Włocławek	15 088	1 291	47,05	94,10	86,06	101,0
6. Żyrardów	16 365	1 610	46,22	92,44	98,77	79,6
7. Kalisz	14 669	1 105	33,76	67,52	75,68	94,1
8. Łódź	163 315	19 133	66,24	132,48	117,16	68,3
9. Pabjanice	21 698	2 082	51,08	102,16	96,39	75,1
10. Piotrków	17 080	1 984	63,94	127,88	116,66	60,6
11. Tomaszów	18 600	1 590	43,74	87,48	85,48	92,6
12. Częstochowa	36 522	2 725	43,23	86,46	74,66	104,1
13. Kielce	22 994	1 965	39,00	78,00	85,81	84,1
14. Ostrowiec	15 399	2 506	93,05	186,10	163,79	69,8
15. Radom	22 930	1 423	32,93	65,86	62,14	155,0
16. Sosnowiec	68 865	12 318	86,56	173,12	179,04	68,2
17. Lublin	28 918	2 301	43,43	86,86	79,62	84,1
18. Siedlce	9 089	758	46,89	93,78	84,22	80,3
19. Zamość	11 446	1 299	50,71	101,42	113,95	58,5
20. Białystok	27 482	2 166	38,11	76,22	79,05	99,8
21. Grodno	17 272	1 623	39,50	79,00	94,36	76,1
22. Łomża	8 892	365	19,27	38,54	41,48	102,5
23. Wilno	40 110	6 420	90,65	181,30	160,35	50,3
24. Baranowicze	9 684	973	49,18	98,36	101,35	54,5
25. Lida	9 690	1 651	107,26	214,52	171,98	34,3
26. Brześć n/B.	12 585	1 353	58,45	116,90	108,23	71,4
27. Pińsk	9 429	924	56,26	112,52	98,30	71,7
28. Dubno	9 743	1 061	49,39	98,78	109,38	50,6
29. Kowel	8 002	933	58,73	117,46	116,62	64,1
30. Łuck	8 692	659	33,10	66,20	76,63	97,4
31. Równe	22 704	1 327	29,09	58,18	58,46	107,8
32. Bydgoszcz	29 073	2 087	38,75	77,50	71,96	91,2
33. Gniezno	11 348	677	26,47	52,94	59,92	83,8
34. Grodzisk	8 727	337	21,12	42,24	38,73	124,0
35. Inowrocław	10 987	592	28,38	56,76	54,31	102,4
36. Leszno	8 891	664	32,94	65,18	75,45	80,3
37. Oborniki	6 741	455	30,02	60,04	68,00	70,1
38. Ostrów	14 273	674	24,68	49,36	47,46	86,9
39. Poznań	60 996	7 670	69,19	138,38	125,94	72,2
40. Szamotuły	4 456	263	35,65	71,30	59,77	87,4
41. Brodnica	6 133	363	31,71	63,42	59,51	75,3
42. Gdynia	24 334	3 052	63,65	127,30	125,60	62,4
43. Grudziądz	11 969	634	28,08	56,16	53,28	98,4
44. Starogard	10 767	728	24,35	48,70	68,04	76,3
45. Toruń	14 995	1 482	51,56	103,12	99,46	82,9
46. Tuchola	6 926	327	31,61	63,22	47,39	96,8
47. Biała	31 764	2 397	30,67	61,34	75,61	87,7
48. Chrzanów	19 217	2 450	73,48	146,96	127,60	61,7
49. Kraków	83 134	11 388	74,02	148,04	137,04	62,9
50. Nowy Sącz	16 386	1 352	37,20	74,40	82,94	78,4
51. Zakopane	10 587	1 084	43,11	86,22	103,24	58,3
52. Tarnów	17 822	2 333	71,22	142,44	131,07	53,0
53. Drohobycz	22 448	3 077	64,12	128,24	137,36	92,3
54. Jarosław	8 997	359	22,37	44,74	40,34	130,4
55. Krosno	12 414	946	39,34	78,68	76,29	107,6
56. Lwów	76 838	10 878	22,73?	45,46?	141,64?	65,0
57. Przemyśl	13 011	984	34,89	69,78	75,69	114,0
58. Rzeszów	9 662	573	27,82	55,64	59,69	70,0
59. Tarnobrzeg	7 798	397	29,68	59,36	51,56	86,1
60. Kołomyja	12 937	655	27,19	54,38	50,77	79,3
61. Stanisławów	17 602	1 252	31,22	62,44	71,14	131,0
62. Stryj	18 076	1 290	44,06	88,12	71,66	106,0
63. Brzeżany	7 624	399	22,34	44,68	52,50	98,2
64. Czortków	8 780	621	37,42	74,84	71,38	78,8
65. Tarnopol	8 971	599	24,44	48,88	67,30	99,9
66. Złoczów	8 107	462	26,30	52,60	57,03	72,4
67. Bielsko	35 359	3 613	42,41	84,82	102,63	71,5
Polska	**1 678 635**	**177 027**	**52,85**	**105,70**	**104,26**	**77,2**

Tablica Nr. 3. Wydatki Ubezpieczalni Społecznych na leczenie w zakładach leczniczych zamkniętych. Koszt jednego skierowania do szpitala. Rok 1935.

	Na jednego ubezpieczonego wydano zł. pol.					Wydano na leczenie zakładowe w r. 1935	Wydano przekazów	Koszt jednego przekazu szpitalnego zł.
	1932	1933	1934	1935	1936			
1. Ciechanów	8,88	6,76	7,38	5,92	4,20	57 574,0	774	74,4
2. Kutno			4,92	6,48	4,99	117 841,0	1 290	91,4
3. Płock	11,40	8,69	7,62	5,26	5,07	52 965,0	837	63,3
4. Warszawa	27,66	26,30	22,66	17,98	16,40	5309505,0	33 467	158,6
5. Włocławek	10,20	9,50	10,32	7,51	7,71	113 271,0	1 291	87,7
6. Żyrardów	13,71	14,30	8,26	11,00	10,28	180 263,0	1 610	111,9
7. Kalisz	11,33	9,28	8,16	6,60	7,09	96 867,0	1 105	87,7
8. Łódź	21,13	18,61	21,80	17,15	14,03	2801 167,0	19 133	146,4
9. Pabjanice	14,88	13,80	14,18	10,65	10,51	231 268,0	2 082	111,1
10. Piotrków			12,52	9,33	6,95	159 350,0	1 984	80,3
11. Tomaszów			8,84	8,71	8,25	161 921,0	1 590	101,8
12. Częstochowa	14,70	10,39	12,96	9,26	8,40	338 099,0	2 725	124,1
13. Kielce	12,59	13,40	12,18	9,60	7,74	220 822,0	1 965	112,4
14. Ostrowiec	20,16	17,63	22,88	15,66	15,54	241 193,0	2 506	96,2
15. Radom	13,98	13,53	13,08	10,52	7,96	241 218,0	1 423	169,5
16. Sosnowiec	25,59	22,93	20,92	16,95	16,38	1 167078,0	12 318	94,7
17. Lublin	12,88	10,26	12,88	7,63	7,87	220 542,0	2 301	95,8
18. Siedlce	8,85	5,92	7,60	7,05	7,24	64 130,0	758	84,6
19. Zamość	7,57	8,07	7,82	5,54	5,59	63 431,0	1 299	48,8
20. Białystok	11,10	9,78	9,10	7,12	6,99	195 604,0	2 166	90,3
21. Grodno	8,07	6,03	8,18	7,09	5,74	122 513,0	1 623	75,4
22. Łomża	9,92	9,19	5,14	3,90	4,78	34 722,0	365	95,1
23. Wilno	15,66	15,42	13,26	12,85	11,10	515 344,0	6 420	80,2
24. Baranowicze	9,88	8,80	4,94	5,90	5,09	57 181,0	973	58,8
25. Lida	12,15	7,90	7,16	7,05	6,42	68 297,0	1 651	41,4
26. Brześć n/B.	9,05	8,60	10,32	8,36	7,69	105 185,0	1 353	77,8
27. Pińsk	12,38	10,65	6,82	7,46	6,70	70 356,0	924	76,1
28. Dubno			6,40	5,98	5,79	58 296,0	1 061	54,1
29. Kowel	9,74	8,88	10,54	6,52	5,31	52 161,0	933	55,9
30. Łuck	9,81	11,35	14,52	6,73	6,72	58 538,0	659	88,8
31. Równe	8,22	9,43	8,90	7,44	7,48	169 021,0	1 327	127,4
32. Bydgoszcz	16,26	13,14	14,46	10,63	9,66	309 111,0	2 087	148,1
33. Gniezno	8,05	7,47	7,78	8,71	7,61	98 848,0	677	146,0
34. Grodzisk	5,95	5,02	6,56	4,74	4,52	41 383,0	337	122,8
35. Inowrocław	11,56	7,76	11,50	6,93	6,82	76 176,0	592	128,7
36. Leszno	10,82	8,95	16,78	7,04	7,81	62 601,0	664	94,3
37. Oborniki	7,33	7,87	12,06	6,95	[1]	46 860,0	455	103,0
38. Ostrów	11,24	9,05	13,44	6,60	6,74	94 190,0	674	139,7
39. Poznań	25,32	21,88	24,82	16,06	11,72	979 591,0	7 670	127,7
40. Szamotuły	11,22	9,73	14,62	7,29	6 86	32 498 0	263	123,6
41. Brodnica	7,11	6,30	10,22	4,84	[2]	29 925,0	363	82,4
42. Gdynia	21,13	18,18	16,18	13,20	13,65	321 177,0	3 052	105,2
43. Grudziądz	9,30	10,13	15,90	8,09	7,05	96 775,0	634	152,6
44. Starogard	9,16	8,25	10,12	7,19	7,65	77 424,0	728	106,4
45. Toruń	15.89	12,64	15,64	10,98	10,89	164 581,0	1 482	111.0
46. Tuchola	9,57	8,57	8,38	3,98	6,30	27 562,0	327	87,3
47. Biała	10,46	7,94	8,48	6.08	6,35	193 288,0	2 397	80.6
48. Chrzanów	14,81	13,78	11,42	12.09	12.17	232 106,0	2 450	94,7
49. Kraków	15,24	15,86	24,60	15,81	13,65	1 312085,0	11 388	115,2
50. Nowy Sącz	9,36	8,56	9,46	7,17	6,35	117 479,0	1 352	86,9
51. Zakopane	10.85	14,67	10,16	7,63	7,69	80 820,0	1 084	74,6
52. Tarnów	7,92	8,63	10,92	7,87	7,72	140 356,0	2 333	60,1
53. Drohobycz	11,89	10,26	13,74	9,55	13,18	214 320,0	3 077	69.6
54. Jarosław			3,44	3,14	3,74	28 292,0	359	78.8
55. Krosno	8,92	8,97	9,46	7,49	8,12	92 780,0	946	98,1
56. Lwów	20,24	18,51	17,50	14,81	14,26	1138823,0	10 878	104,7
57. Przemyśl	6,26	6,08	4,10	5,02	4,46	55 237,0	984	56,3
58. Rzeszów	4,48	5,24	7,76	3,78	4,12	36 507,0	573	63,7
59. Tarnobrzeg			2,88	4,75	4,31	37 087,0	397	93,4
60. Kołomyja	5.92	5,71	5,42	3,45	3,21	44 618,0	655	68,1
61. Stanisławów	11,35	11,42	12,40	5,01	6,83	88 263,0	1 252	70,5
62. Stryj	7,61	6,84	7,34	4,91	5,37	88 725,0	1 290	68.8
63. Brzeżany			4,48	4,99	3,85	38 038,0	399	95,3
64. Czortków	4,49	3,13	5,02	4,61	4,90	40 456,0	621	65,1
65. Tarnopol	8.69	6,76	7,08	4,75	5,51	42 593,0	599	76,1
66. Złoczów	7.42	6,12	8,46	3,45	4,19	27 989,0	462	60,5
67. Bielsko	17,76	12,65	11,06	8,92	9,74	315 300,0	3 613	87,2
Polska	16,15	14,74	15,80	12,02	10,97	20 169587,0	177 027	113,9

[1]) W roku 1936 zniesiona, teren ubezpieczalni przyłączony do Ub. Sp. w Szamotułach.
[2]) W roku 1936 zniesiona, teren ubezpieczalni przyłączony do Ub. Sp. w Grudziądzu.

Na koszt leczenia jednego chorego w zakładzie leczniczym składa się czas pobytu i wysokość opłaty dziennej. Okazuje się, że najdrożej kosztuje leczenie szpitalne w województwach zachodnich. Jest to zrozumiałe, gdyż te województwa posiadają stosunkowo mało szpitali publicznych, ubezpieczenie społeczne przeważnie polikwidowało swoje zakłady, a miało ich niewiele, zaś szpitale bez prawa publiczności, z których korzysta ubezpieczenie, nie są krępowane przepisami ustawy, opłaty więc regulują na podstawie umów. Stamtąd też dochodzą narzekania na długie przetrzymywanie chorych, zresztą dotychczas nie stwierdzone cyfrowo.

W województwach południowych taksa we wszystkich szpitalach publicznych (z wyjątkiem Chrzanowa) jest jednolita. Również szpitale krakowski i lwowski mają swoje odrębne, ale jednakowe, taksy, wyższe od innych w tych województwach. Różnice kosztów leczenia jednego chorego są związane z długością pobytu i korzystaniem ze szpitali wyznaniowych (żydowskich), mających taksę wyższą.

W województwach wschodnich — poza jednym wyskokiem (Równe) — leczenie szpitalne kosztuje najtaniej. Jest to zrozumiałe ze względu na niskie naogół opłaty szpitalne.

W województwach centralnych panuje duża różnorodność w kosztach leczenia, odpowiadająca różnorodności w opłatach szpitalnych, różniczkowaniu na rodzaje chorób i t. p. Są jednak i wyskoki, niezrozumiałe, więc wymagające bliższego zbadania. Na terenie całego Państwa stwierdza się dużą różnorodność w kosztach leczenia szpitalnego, zależne to jest jednak od stosunków panujących przedewszystkiem w szpitalnictwie poszczególnych województw.

Brak dni leczenia szpitalnego pozostawia zupełnie otwartą sprawę czasu trwania leczenia.

Przeciętny koszt leczenia jednego chorego wyniósł 113.9 zł. Leczyło się 177.027 chorych. Gdyby wyjść z założenia, że opłaty szpitalne pozostaną bez zmiany, również przeciętny czas leczenia jednego chorego pozostanie bez zmiany, to preliminowana na rok 1936 suma 18.171.885,00 zł. wystarczy tylko na leczenie 159.542 chorych, więc o 17.485 chorych mniej. Pewne odciążenie (ale nie zupełne!) da przydzielenie ubezpieczalniom z ogólnego funduszu ubezpieczenia na wypadek choroby pewnych kwot na leczenie szpitalne gruźlicy. Do leczenia szpitalnego gruźlicy z powodu stosunkowo krótkiego okresu świadczeniowego nie dochodzi wielu uprawnionych do świadczeń, lub leczy się na koszt ubezpieczenia niedługi czas. Z tych przeszło 17.000 chorych przeważna część to zwykłe „codzienne" schorzenia. I dlatego ubezpieczenie społeczne nie ma innej drogi — wobec bezwzględnej konieczności zachowania równowagi budżetowej — jak, w związku ze zmniejszeniem składki i zmniejszeniem ulgi w opłatach szpitalnych, domagać się generalnej rewizji opłat szpitalnych, obniżenia tych opłat, oraz ściślejszej kontroli w czasie pobytu chorego w szpitalu. Lepiej będzie skrócić pobyt w szpitalu do minimum najniezbędniejszego, niż obostrzyć kryterja, będące podstawą kierowania do leczenia zakładowego. Pamiętać bowiem należy, że liczba leczonych w roku 1935 uzyskana była już pod wpływem działania nastawienia oszczędnościowego.

V.

Opierając się na posiadanych materjałach, starałem się przedstawić jaknajwięcej możliwych do uzyskania przekrojów lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Jednak brak odpowiednich materjałów, a przedewszystkiem liczby chorych w ubezpieczalniach i dni leczenia zakładowego, nie pozwala dać przekrojów najważniejszych, zdecydowanie oświetlających zagadnienie lecznictwa szpitalnego w ubezpieczeniu, nie pozwala też na wyciągnięcie wniosków, podstawowych dla administracji tem świadczeniem.

Zagadnienie cyfrowego ujęcia lecznictwa w zakładach leczniczych w ubezpieczeniu na wypadek choroby pozostaje więc nadal otwarte.

WACŁAW SZUBERT

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BEZROBOCIA W ANGLJI
(EWOLUCJA I PROBLEMY)

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia powstało najpóźniej ze wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych. Właściwy jego rozwój przypada dopiero na lata powojenne, kiedy to cały szereg państw wprowadziło je u siebie pod wpływem powszechnego kryzysu. W związku z tem ciekawą rzeczą jest stwierdzić, że pierwszy system przymusowego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia utworzony został nie w okresie kryzysu, lecz w czasie przedwojennej prosperity i to w kraju o tak silnych liberalnych tradycjach, jakim była niewątpliwie Anglja. Powstał on tam w drodze naturalnej ewolucji stosunków społecznych i gospodarczych, która zmusiła do stworzenia nowej instytucji na miejsce dawnych przeżytych lub niewystarczających już form i urządzeń.

Dla należytego zrozumienia genezy ubezpieczenia na wypadek braku pracy w Anglji należy cofnąć się wstecz do prawa ubogich. Ustawodawstwo to, posiadające w swem pierwotnem stadjum charakter zdecydowanie represyjny, zmierzało do zaspokojenia potrzeb wszystkich tych, którzy z jakiejkolwiekbądź przyczyny potrzebowali pomocy lub opieki, niezawsze umiejąc przeprowadzić właściwe rozróżnienie. Bezrobotnych w ścisłem znaczeniu tego wyrazu nie umiano oddzielić od plejady włóczęgów i próżniaków; tych, którzy nie mogli znaleźć pracy mieszano z tymi,

którzy nie chcieli pracować, co było w wielu wypadkach krzywdzące i prowadziło do stosowania zupełnie niecelowych środków.

Dopiero ku końcowi XIX stulecia budzi się zrozumienie, że problem bezrobocia musi być traktowany oddzielnie od ogólnego problemu ubóstwa i walki z włóczęgostwem i że prawodawstwo ubogich stanowi tutaj zupełnie niewłaściwą podstawę.[1]) W związku z tem pozostaje cały szereg prób stworzenia odrębnej akcji, ograniczającej swój zakres działania do bezrobotnych w ścisłem pojęciu.[2]) Unikając zapuszczania się w szczegóły, należy tu wspomnieć ogólnie o okólniku Chamberlaina z r. 1886 w sprawie robót publicznych, o Londyńskim Funduszu Bezrobotnych (London Unemployed Fund), powstałym w r. 1904 na gruncie akcji charytatywnej, wreszcie o ustawie o bezrobotnych z r. 1905 (Unemployed Workmen Act, 1905), która stanowiła niejako ukoronowanie i syntezę poprzednich poczynań.

Wszystkie te próby nie dały jednak naogół dodatnich rezultatów. Przyczyną niepowodzenia był z jednej strony fakt, że posiadały one charakter lokalny, wpływający ograniczająco na ich zasięg, z drugiej zaś — leżące u ich podstaw niezrozumienie samego problemu bezrobocia, jego rozmiarów i charakteru, naskutek czego wiele postanowień i przepisów trafiało w próżnię. Pomimo to należy stwierdzić, że akcja, prowadzona w końcu XIX-go i na początku XX-go wieku na terenie gmin, posiadała trwałe znaczenie dla dalszej ewolucji. I tak przedewszystkiem na jej gruncie dokonało się ostateczne wyodrębnienie problemu bezrobocia z pośród całego szeregu zagadnień polityki socjalnej. Ponadto niepowodzenia poczynań o charakterze lokalnym musiały doprowadzić do zrozumienia, że bezrobocie jest problemem ogólnonarodowym i że zwalczanie jego skutków wymaga zastosowania ogólniejszej planowej akcji, obejmującej zakresem swego działania całe państwo.[3])

W ten sposób powstawał grunt pod przymusowe ubezpieczenie na wypadek braku pracy. Bezpośredni wpływ na ukształtowanie się tej instytucji wywarła akcja, prowadzona przez angielskie związki zawodowe, które nie ograniczały się do udzielania zasiłków strejkowych, lecz przychodziły swym członkom z pomocą również w razie choroby, nieszczęśliwych wypadków oraz, co nas tu specjalnie interesuje — bezrobocia. Wypłacając zasiłki swym bezrobotnym członkom, trade uniony wykształciły cały szereg zasad i metod, które zostały później zastosowane w systemie ubezpieczenia i ułatwiły poniekąd zadanie jego twórcom. Należy tu wspomnieć o połączeniu akcji zasiłkowej z pośrednictwem pracy, o obowiązku przyjęcia odpowiedniego zatrudnienia pod rygorem utraty prawa do zasiłku, o nieudzielaniu zasiłków w wypadku bezrobocia zawinionego, o systemie codziennych zgłoszeń w godzinach pracy, o odliczaniu t. zw. później okresu wyczekiwania (waiting period) i t. p. Akcja zasiłkowa trade unionów rozwijała się naogół pomyślnie, nie załamując się finansowo, pomimo braku jakiejkolwiek pomocy z zewnątrz. Jedyną jej ujemną stronę stanowił fakt, że posiadała ona stosunkowo wąski zakres, ograniczając się z natury rzeczy do zamożniejszych, wykwalifikowanych robotników, którzy mogli opłacać wysokie składki.[4])

Reasumując należy stwierdzić, że rezultaty osiągnięte do pierwszych lat XX wieku w Anglji na polu walki z bezrobociem i jego skutkami, nie były zadawalające. Prawo ubogich okazało się w tej dziedzinie zupełnie nieodpowiednią podstawą, inne próby pomocy dla bezrobotnych na terenie gmin zakończyły się niepowodzeniem, zaś akcja zasiłkowa trade unionów, jakkolwiek oparta na słusznych podstawach, przybrała zbyt skromne rozmiary, aby mogła być uznana za dostateczną. W tych warunkach wyłaniała się konieczność poddania dotychczas stosowanych środków gruntownej rewizji i opracowania programu walki z bezrobociem i jego skutkami.

Zadaniem tem obarczono specjalną komisję królewską (Royal Commission on Poor Laws and Relief of Distress through Unemployment), która po 4 latach prac (1905 — 1909) wydała sprawozdanie, podkreślając w niem, jako pierwszy warunek reformy, konieczność utworzenia w całem państwie sieci scentralizowanych urzędów pośrednictwa pracy. Natomiast podsuwany jej projekt wprowadzenia przymusowego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, potraktowała komisja nieprzychylnie, zalecając ograniczenie się do t. zw. systemu gandawskiego, polegającego na subwencjonowaniu przez państwo akcji zasiłkowej trade-unionów. Argumenty komisji nie przekonały jednak rządu, który wbrew jej zaleceniom, podjął śmiałe przedsięwzięcie wprowadzenia w życie przymusowego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Jako pierwszy krok w realizowaniu tego przedsięwzięcia, które nie spotkało się zresztą z żywszym oddźwiękiem pośród społeczeństwa, powołano w r. 1909 do życia państwowe pośrednictwo pracy, stwarzając w ten sposób podstawę organizacyjną dla systemu ubezpieczenia. Projekt ustawy o ubezpieczeniu na wypadek braku pracy został złożony w Izbie Gmin w r. 1911 i po wprowadzeniu kilku nieistotnych poprawek, stał się w dniu 15 grudnia tegoż roku prawem obowiązującem.[5])

System ubezpieczenia, wprowadzony w życie przez nową ustawę posiadał niejako charakter częściowy: nie objął on wszystkich gałęzi przemysłu, lecz tylko kilka zpośród nich,[6]) uznanych za najwłaściwszy teren dla eksperymentu ubezpieczeniowego i liczących ogółem około 2.250.000 robotników. Ogra-

[1]) W tym czasie skrystalizowało się też dopiero w Anglji pojęcie bezrobocia (unemployment) — pierwszy raz spotykamy się z tym terminem w r. 1894 (por. Cohen: Insurance against Unemployment. London, 1921. str. 19).

[2]) T. zn. do tych, którzy chcą i mogą pracować, a nie są w stanie znaleźć odpowiedniego zajęcia.

[3]) Por. Minority Report of the Poor Law Commission. Part II. Unemployed. London, 1909. str. 237 — 241.

[4]) Na początku XX stulecia akcja zasiłkowa trade unionów obejmowała około 800.000 robotników t. j. zaledwie $^1/_{15}$ ich ogólnej liczby. Szereg źródłowych danych, dotyczących tej akcji, zawiera wydawnictwo niemieckiego urzędu statystycznego: „Die bestehenden Einzichlungen zur Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit im Ausland und im Deutschen Reich". Berlin, 1906. Tom I str. 18 i nast.

[5]) Projekt ten nie wywołał bardziej ożywionej dyskusji ani w prasie ani w parlamencie, na co wpłynęło w znacznej mierze równoczesne wprowadzanie w życie ubezpieczenia na wypadek choroby, które budziło w kilku punktach poważne zastrzeżenia i zajęło niemal wyłącznie uwagę powszechną. Por. The Economist z dn. 23.XII.1911 r. str. 1312.

[6]) W szczególności przemysł budowlany, maszynowy, okrętowy, budowę środków komunikacyjnych i pojazdów, odlewnie i — po części — tartaki.

niczenie to było zresztą od początku uważane za tymczasowe; już w r. 1911 liczono się z tem, że w razie pomyślnego rozwoju ubezpieczenia, obejmie ono w przyszłości szereg dalszych gałęzi przemysłu, a nawet przybierze charakter powszechny.[7])

Świadczenia ubezpieczeniowe były stosunkowo niskie; wynosiły one 7 szylingów tygodniowo t. j. kwotę niewystarczającą naogół na utrzymanie. W ten sposób starano się zapobiec demoralizacji, czyniąc położenie bezrobotnego mniej dogodnem od sytuacji najgorzej płatnego niewykwalifikowanego robotnika. Okres korzystania ze świadczeń został ograniczony, przedewszystkiem w sposób bezwzględny do 15 tygodni w ciągu roku. Postanowienie to uzasadniało się nietylko względami finansowemi, lecz także zasadniczym poglądem na rolę ubezpieczenia, które było uważane za właściwy środek pomocy tylko wobec krótkotrwałego bezrobocia. Dalszem ograniczeniem świadczeń było ustalenie ścisłej zależności między składkami, wpłaconemi przez robotnika w czasie zatrudnienia a zasiłkami, do jakich miał prawo w razie jego utraty. Zależność ta została wyrażona w słynnej regule jednego na pięć (one-in-five rule), głoszącej, że każde 5 składek, uiszczonych przez ubezpieczonego, uprawnia go do otrzymania jednotygodniowego zasiłku. Uzależniając udzielanie świadczeń od uprzedniego stanu zatrudnienia, starano się wykluczyć wszystkich tych, którzy pozostawali bez pracy w ciągu dłuższych okresów, a także skłonić bezrobotnych do obywania się bez zasiłków w tych wypadkach, w których nie były im one nieodzownie potrzebne, aby zachować niezmniejszone prawa do świadczeń na przyszłość.

Na pokrycie wydatków, związanych z wypłacaniem zasiłków służyły przedewszystkiem składki, wynoszące po 2½ pensa tygodniowo od robotnika i pracodawcy oraz 1⅔ pensa od Skarbu Państwa. Wysokość składek była jednakowa w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, bez względu na ich wiek, uprzedni zarobek i gałąź przemysłu, w której byli zatrudnieni, co odpowiadało podobnie jednolitemu uregulowaniu zasiłków. Takie załatwienie sprawy było już wówczas uważane za niedoskonałe, jednak na zróżniczkowanie składek i zasiłków nie umiano się zdecydować, po części z powodu braku odpowiednich danych aktuarjalnych, po części ze względu na związane z tem trudności i komplikacje natury administracyjnej.

Pod względem organizacyjnym system ubezpieczenia został oparty na sieci urzędów pośrednictwa pracy (Labour Exchanges), które administrowały zasiłkami i wchodziły w bezpośredni kontakt z ubezpieczonymi. Dla rozpatrywania ewentualnych spraw spornych, związanych z przyznawaniem świadczeń, utworzono specjalne trzystopniowe sądownictwo. W procedurze ściągania składek i wypłacania zasiłków ważną rolę odgrywała t. zw. „książeczka bezrobocia" (unemployment book), którą posiadał każdy ubezpieczony i do której na znak uiszczenia składek wlepiano specjalne znaczki (unemployment insurence stamps). Naogół biorąc należy stwierdzić, że struktura administracyjna ubezpieczenia odznaczała się wielką prostotą i jasnością.

Niezależnie od przymusowego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, ta sama ustawa wprowadziła w życie również i „system gandawski", przyznając wszystkim związkom zawodowym, prowadzącym akcję zasiłkową, prawo do subsydjów ze Skarbu Państwa w formie zwrotu ⅙ wydatków. Późniejsze doświadczenia z systemem gandawskim nie potwierdziły jednak przywiązywanych do niego — w pewnych kołach — nadziei. Wbrew oczekiwaniom, subsydja ze skarbu nie wpłynęły na rozwój akcji zasiłkowej trade unionów, to też w r. 1920 zaniechano dalszego ich wypłacania.

Ustawa z 1911 roku była dziełem w zasadniczej mierze oryginalnem. Ubezpieczenia bismarckowskie wywarły na nią tylko nieznaczny wpływ, wyrażający się w sposobie pobierania składek drogą nalepiania specjalnych znaczków na karcie robotnika. W kilku punktach zbliżała się ustawa do przepisów, zawartych w statutach trade unionów. Podobieństwa te były jednak raczej zewnętrzne; w gruncie rzeczy system przymusowego ubezpieczenia, chociażby ze względu na odmienny zakres działania, stanął wobec całego szeregu nowych problemów, co do których praktyka trade unionów nie mogła dostarczyć żadnych wskazówek. Należało tu przedewszystkiem zagadnienie równowagi finansowej między dochodami i wydatkami, które pomimo przeprowadzenia bardzo starannej i przewidującej kalkulacji,[8]) nie mogło być z całą pewnością rozwiązane. To też należy uznać, że ustawa z 1911 roku stanowiła śmiałe przedsięwzięcie, wytyczające nowe drogi w dziedzinie polityki socjalnej i posiadała zdecydowanie *eksperymentalny charakter.*

Konsekwencją tego charakteru ustawy była *tymczasowość* wielu zawartych w niej przepisów, co do których miano to przekonanie, że nie przetrwają one długo w swej pierwotnej formie. Ustawa z r. 1911 była uważana niejako za wstęp do dalszych aktów prawodawczych, mających zapoczątkowane przez nią dzieło ulepszyć i rozwinąć. Przewidując konieczność zmian w jej przepisach, postarano się o to, aby te z nich, które z jakichkolwiek względów byłyby nagłe, mogły być szybko przeprowadzone. W ten sposób nadano licznym przepisom dużą *elastyczność,* stanowiącą ważną cechę charakterystyczną ustawy z 1911 r.

W dalszym ciągu należy zaznaczyć, że przystępując do tak odpowiedzialnego dzieła, twórcy ustawy wykazali bardzo wiele *ostrożności,* wyrażającej się choćby w objęciu ubezpieczenim tylko kilku gałęzi przemysłu, w podwójnem ograniczeniu świadczeń, wreszcie w oznaczeniu podwójnego terminu wejścia w życie ustawy: składki miały być ściągane już od dn. 15 lipca 1912 r., zaś wypłacanie zasiłków miało

[7]) Por. np. Gibbon: Compulsony Insurance against Unemployment. Artykuł w „The Economic Journal" June, 1910. str. 180.

[8]) Kalkulację tę przeprowadził Tomasz Ackland, członek Instytutu Aktuarjuszy, opracowując w tej mierze dwa szczegółowe sprawozdania, z których pierwsze opierało się na przepisach ustawy w brzmieniu projektu rządowego, a drugie ustalało odchylenia od pierwotnych obliczeń, spowodowane poprawkami, przyjętemi przez parlament. (Report by Mr. Thomas G. Ackland on the Scheme fer Insurance against Uneployement... „Journal of the Institute of Actuaries" Vol. XLV. London, 1911. str. 456 i nast. oraz Report by Mr. T. G. Ackland on the Estimated Financial Effect of Amendments introducent in Committee. Tamże Vol. XLVI London, 1912. str. 85 i nast.

być rozpoczęte dopiero w pół roku później t. j. dn. 15 stycznia 1913 r.

Ze specjalnym naciskiem należy podkreślić, że w omawianej ustawie dominował *pierwiastek ubezpieczeniowy*. Wypłacane na jej mocy zasiłki nie mogły być w żadnym wypadku uważane za darowiznę, ponieważ bezrobotni mieli otrzymywać je na podstawie uiszczonych przez nich składek, które stanowiły znaczną część dochodów funduszu bezrobocia. Ponadto udzielanie zasiłków nie było zależne od stanu majątkowego petenta: kto stracił pracę i wypełnił kilka jasno określonych warunków miał ustawowo zastrzeżone prawo do świadczeń bez względu na to, czy znajdował się w skrajnej nędzy, czy też mógł się bez nich obyć. Prawa i obowiązki stron zostały ściśle sformułowane i dlatego pomimo przymusu, jaki był wywierany w związku z ubezpieczeniem, uważano, że posiada ono charakter „kontraktowy" (contractual).

Oparcie się na ubezpieczeniowych zasadach i ostrożność w obarczaniu funduszu bezrobocia ciężarami finansowemi, musiały jednak pociągnąć za sobą ten skutek, że udzielana przezeń pomoc nie dla wszystkich mogła być dostateczna. Twórcy ubezpieczenia od początku zdawali sobie sprawę, że stanowi ono właściwy środek tylko wobec krótkotrwałego bezrobocia i że robotnikom, pozostającym w ciągu dłuższych okresów bez pracy należy przyjść z pomocą w drodze specjalnej akcji, opartej na zupełnie odrębnych zasadach[9]).

Pierwsze lata po wejściu w życie ustawy z 1911 roku zaznaczyły się bardzo dobrą konjunkturą i wysokim stanem zatrudnienia. Była to okoliczność bardzo pomyślna na progu działalności systemu ubezpieczenia, który mógł w ten sposób niejako umocnić się wewnętrznie, spełniając równocześnie z łatwością nałożone na niego zadania. W ciągu dwóch lat przedwojennych (1913 i 1914 do sierpnia) dochody ze składek przewyższały znacznie sumę wypłacanych zasiłków, naskutek czego w funduszu bezrobocia gromadziła się coraz większa nadwyżka, która w sierpniu 1914 r. wynosiła już 3.200.000 funtów szterlingów[10]).

Z wybuchem wojny, początkowo nastąpił znaczny wzrost bezrobocia, później jednak, pod wpływem wzmożonego zaciągu do wojska i rozwoju przemysłów, wytwarzających na potrzeby wojenne, odsetek bezrobotnych spadł do możliwego minimum i wyrażał się przez cały czas wojny ułamkiem jednego procentu. W związku z tem zagadnienia bezrobocia i ubezpieczenia na wypadek braku pracy zeszły niejeko z uwagi powszechnej i nie budziły w szerszych sferach społeczeństwa żadnego niemal zainteresowania. Problemami temi zajmowały się w latach 1914—1918 wyłącznie czynniki rządzące i to nie z punktu widzenia potrzeb chwili, lecz w przewidywaniu zmian, jakich spodziewano się po zakończeniu wojny, kiedy to masowa demoralizacja i osłabnięcie tempa pracy w przemysłach wojennych musiały doprowadzić do znacznego wzrostu bezrobocia. Mając to na uwadze rząd starał się zawczasu rozszerzyć zakres działania ubezpieczenia na wypadek braku pracy na dalsze gałęzie przemysłu, tak, aby mogło ono po zawarciu pokoju przyjść z pomocą jaknajszerszym warstwom bezrobotnym.

Starania te znajdowały mało zrozumienia pośród robotników i pracodawców, zaślepionych panującą konjunkturą, to też ustawa z 1916 roku, rozciągająca przymus ubezpieczenia na dalsze 1.700.000 robotników spotkała się z ogólnem niezadowoleniem. Negatywne stanowisko społeczeństwa nie pozwoliło na dalsze rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, naskutek czego po zawarciu pokoju zaszła potrzeba utworzenia specjalnej, przejściowej zresztą, akcji pomocy dla zdemobilizowanych i tych robotników, którzy w związku z zakończeniem wojny utracili pracę.

Charakter powszechny (przynajmniej teoretycznie) nadała ubezpieczeniu dopiero ustawa z 1920 r., która rozciągnęła je na 12.000.000 robotników. Poza jego zakresem pozostali tylko rolnicy, służba domowa, pracownicy umysłowi, zarabiający powyżej 250 funtów miesięcznie i szereg innych drobniejszych grup zatrudnienia. Ta sama ustawa podwyższyła normy składek i zasiłków, co pozostawało w związku ze spadkiem siły nabywczej pieniądza. Wreszcie, pragnąc choć w części dostosować wysokość składek do rozmiarów bezrobocia, panującego w danej gałęzi wytwórczości, nowa ustawa zezwoliła poszczególnym przemysłom na wyodrębnienie się z ogólnego systemu i utworzenie własnych systemów specjalnych (special schemes), regulujących w odmienny sposób normy składek i zasiłków. Z przepisu tego, stwarzającego pewien przywilej dla gałęzi przemysłu w mniejszym stopniu narażonych na ryzyko bezrobocia, skorzystały z czasem przemysł bankowy i ubezpieczeniowy, które przyznały swym robotnikom wyższe normy świadczeń od ustawowych, przy równoczesnej obniżce składek. „Systemy specjalne" przemysłu bankowego i ubezpieczeniowego istnieją do dziś dnia; przetrwały one zwycięsko okres powojennego kryzysu, który doprowadził finanse ogólnego systemu ubezpieczenia do zupełnej ruiny.

Ustawa z 1920 roku nie naruszyła w niczem zasad, przyjętych w r. 1911. M. in. utrzymała ona ścisłą zależność między ilością wpłaconych składek a liczbą udzielanych zasiłków, wyrażając ją jednak w postaci reguły jednego na sześć (one-in-six rule), a nie jednego na pięć (każde 6 składek dawało prawo do jednotygodniowego zasiłku).

Na ustawie z 1920 roku kończy się pierwszy okres dziejów ubezpieczenia, posiadający w całem tego słowa znaczeniu charakter wstępny. Okres ten dał pole do całego szeregu obserwacyj i doświadczeń oraz pozwolił ocenić znaczenie praktyczne całego szeregu przepisów z r. 1911, naskutek czego wiele z nich uległo uchyleniu lub zmianie. Cechą charakterystyczną omówionego okresu była nieustająca niemal prosperity, która z jednej strony ułatwiła sytuację ubezpieczenia i spowodowała zebranie się znacznej, bo przekraczającej 22.000.000 funtów szt., nadwyżki dochodów nad wydatkami, z drugiej — sprawiała, że dotychczasowe doświadczenia miały charakter jednostronny i nie pozwalały na zbudowanie sobie jasnego sądu o wartości ubezpieczenia w czasie depresji gospodarczej, która musiała prę-

[9]) Por. Evidence of sir William Beveridge to the Royal Commission on Unemployment Insurance. p. 7 (Dodatek do książki „Causes and cures of Unemployment" tegoż autora. str. 61 i nast.).

[10]) Por. Beveridge: Uneployment. A problem of industry. London, 1930. str. 271.

dzej czy później nadejść. Ewolucja systemu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia poszła w omawianym okresie w kierunku jego ekspansji nazewnątrz. Tendencja do rozszerzania zakresu jego działania przejawiała się w tym okresie aż nadto wyraźnie, a swój najpełniejszy wyraz znalazła w ustawie z 1920 roku, która nadała systemowi ubezpieczenia charakter powszechny.

Dalsze dzieje ubezpieczenia na wypadek bezrobocia w Anglji pozostawały w związku z nagłem pogorszeniem się sytuacji gospodarczej kraju. Pod działaniem całego szeregu czynników, których omawianie przekroczyłoby ramy niniejszego artykułu, nieustająca niemal od r. 1912 prosperity załamała się z końcem roku 1920 i ustąpiła miejsca wyjątkowo silnej depresji. W marcu 1921 roku odsetek bezrobotnych wyniósł 23,1 t. j. przeszło $^1/_5$ ogółu ubezpieczonych. W ciągu kilku lat następnych opadł on wprawdzie znacznie, tem nie mniej jednak utrzymywał się stale na poziomie z przedwojennych lat kryzysowych, a w pewnych okresach, jak np. w drugiej połowie 1926 roku, znacznie go przekraczał.

Depresja o tak wielkiem natężeniu i trwałości nie pozostała bez wpływu na dalsze losy ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Olbrzymia rzesza robotników, pozostających w ciągu dłuższych okresów bez pracy, wymagała pomocy, której ubezpieczenie w postaci z r. 1920 nie mogło jej udzielić, ze względu na to, że ograniczało ono wypłacanie świadczeń do stosunkowo krótkich okresów, uzależniając je zarazem od regularnego uiszczania składek.

W tych warunkach były dwie drogi do wyboru: można było albo stworzyć specjalną akcję pomocy dla szerokich mas bezrobotnych przy równoczesnem pozostawieniu ubezpieczenia w dotychczasowej formie, albo też wprowadzić do systemu ubezpieczenia takie zmiany, aby mogło ono zaspakajać potrzeby liczniejszych rzesz bezrobotnych w ciągu dłuższych okresów czasu. Z tych dwu możliwości wybrano drugą, przyczem o wyborze zadecydował przedewszystkiem ten wzgląd, że reforma ubezpieczenia pociągała za sobą znacznie mniejsze wydatki ze Skarbu Państwa niż tworzenie specjalnej akcji zasiłkowej[11]).

Decydując się na wprowadzenie pewnych zmian do systemu ubezpieczenia, nadawano im charakter przejściowych poprawek, wierząc w to, że kryzys rychło się zakończy. Ponieważ jednak oczekiwana poprawa sytuacji nie następowała, przeto wyłaniała się konieczność dalszych zmian względnie przedłużania mocy obowiązującej wydanych uprzednio przejściowych przepisów. W ten sposób powstał w angielskiem ustawodawstwie ubezpieczeniowem nieopisany zamęt, w którym nawet fachowcom trudno się było zorjentować. Dla charakterystyki tego chaosu wystarczy wspomnieć, że w okresie lat 1921 — 1927 wydano 13 obszernych aktów prawodawczych, nowelizujących ustawę zasadniczą (principal act) z r. 1920, że obok wielu przepisów przejściowych zawierały one szereg trwałych poprawek do ustawy zasadniczej, a także przepisy, które miały wejść w życie dopiero po zakończeniu kryzysu i które oczywiście nigdy w życie nie weszły, wreszcie, że wszystkie ustawy w latach 1921 — 1927 wydawane były bez żadnego planu i konsekwencji, wyłącznie pod dyktando potrzeb chwili, przy komplikującem oddziaływaniu zmiennych wpływów politycznych.

Ogólnie biorąc zmiany, wprowadzone w latach 1921 — 1927 do systemu ubezpieczenia dotyczyły dwu zagadnień: jednem z nich było udostępnienie świadczeń ubezpieczeniowych znaczniejszej liczbie bezrobotnych i w ciągu dłuższych okresów niż dotychczas, drugiem — utrzymanie równowagi finansowej między dochodami i wydatkami funduszu bezrobocia.

Zmiany, dotyczące zasiłków wykroczyły w bardzo istotnych punktach przeciw pierwotnym zasadom ubezpieczeniowym, naruszając przepisy o ścisłej zależności zasiłków od składek oraz o rocznem maximum świadczeń. Ścisłe przestrzeganie reguły jednego na sześć musiałoby w czasie kryzysu oddziaływać zbyt ograniczająco, wobec czego zdecydowano się na wprowadzenie dodatkowych zasiłków, wypłacanych niezależnie od liczby uiszczonych składek. Zasiłki te zwane „pozakontraktowemi" (uncovenanted) lub „przedłużonemi" (extended) były przeznaczone dla tych bezrobotnych, którzy wyczerpali prawo do zwykłych świadczeń ubezpieczeniowych. Zostały one wprowadzone narazie na czas dwóch ściśle określonych „okresów specjalnych" (special periods), później jednak cały szereg nowel przedłużyło ich okres obowiązywania, udostępniając je zarazem bezrobotnym w coraz szerszym zakresie.

Taka dwoistość świadczeń z funduszu bezrobocia była niewątpliwie czemś nienaturalnem i mogła być uzasadniona tylko w okresie przejściowym. Wobec tego jednak, że ten wyjątkowy okres przedłużał się, zrozumiano potrzebę reformy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i usunięcia panującego dotychczas chaosu.

Z tą myślą utworzono w r. 1927 specjalną komisję (Unemployment Insurance Committee) pod przewodnictwem lorda Blanesburgh'a, która po kilku miesiącach prac wydała sprawozdanie,[12]) stanowiące niejako punkt zwrotny w dziejach angielskiego ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Znaczenie tego sprawozdania polegało na tem, że usankcjonowało ono niejako wyłom, dokonany już siłą faktu w dawnych zasadach ubezpieczeniowych. Wbrew pierwotnym założeniom stanęło ono na stanowisku, że system ubezpieczenia powinien przychodzić z pomocą nietylko robotnikom, pozbawionym pracy w ciągu krótkich okresów, lecz wogóle wszystkim „prawdziwie bezrobotnym" (genninely unemployed), choćby ich bezrobocie posiadało charakter długotrwały. Od zgłaszających się po zasiłek należałoby — zdaniem komisji — wymagać tylko tego, aby byli oni zdolni do pracy, chcieli ją przyjąć i aby znajdowali się jeszcze w „polu zatrudnienia" (field of employment) t. zn. aby można ich było uważać za robotników, a nie za wykolejeńców bez żadnego określonego zajęcia. Wszelkie automatyczne ograniczenia świadczeń, czy to w postaci reguły „jednego na sześć", czy też rocznego maximum zasiłków, powinny być zdaniem komisji — raz na zawsze zniesione. Za dowód, że dany

[11]) Por. Davison: The Unemployed Old Policies and New. London, 1929, str. 102 i nast.

[12]) Report of the Unemployment Insurance Committee. London, 1927.

robotnik pozostaje jeszcze w „polu zatrudnienia" miało służyć uiszczenie przez niego 30 składek w ciągu ostatnich dwóch lat oraz fakt „prawdziwego poszukiwania pracy" (genuinely secking work).[13]) Warunki te, umożliwiające pobieranie zasiłków nieprzerwanie przez 74 tygodnie, miały posiadać — zdaniem komisji — tę zaletę, że, eliminując tych, którzy nie powinni korzystać ze świadczeń, miały umożliwić pełne zaspokojenie potrzeb wszystkich „prawdziwie bezrobotnych" i zabezpieczyć ich przed koniecznością szukania pomocy gdzieindziej. W ten sposób na miejsce dotychczasowego dualizmu świadczeń zostałby wprowadzony jeden rodzaj zasiłków.

Wszystkie te zalecenia komisji lorda Blanesburgh'a zostały oparte na dość optymistycznych przewidywaniach co do przyszłego stanu zatrudnienia.[14]) W rzeczywistości jednak odsetek bezrobotnych utrzymywał sie ciągle na wysokim poziomie i brak było podstaw do oczekiwania w najbliższym czasie nagłej zmiany na lepsze. Znaczna liczba bezrobotnych pozostawała bez pracy w ciągu dłuższych okresów i nie mogłaby zadość uczynić warunkowi uiszczenia 30 tygodniowych składek w ciągu ostatnich 2 lat, a tem samem zasiłki, przewidziane przez komisję, byłyby dla niej niedostępne.

Wobec tego ustawa z 1927 roku, która wprowadziła w życie wyżej omówione zalecenia komisji, utworzyła obok świadczeń, udzielanych na wskazanych przez nia zasadach (t. zw. zasiłków zasadniczych standard benefits) również t. zw. zasiłki przejściowe (transitional benefits), dostępne dla tych bezrobotnych, którzy opłacili nie 30, lecz 8 składek w ciągu ostatnich 2 lat lub też 30 w jakimkolwiek czasie.

„Zasiłki przejściowe różniły się niewiele co do swej istoty od praktykowanych uprzednio zasiłków „pozakontraktowych" i „przedłużonych" i stanowiły poważny wyłom w nowoprzyjetych zasadach, podrywając z miejsca zaufanie w ich wartość życiową. Mimowoli nasuwała się wątpliwość, czy zasiłki zasadnicze, posiadające, mimo zniesienia automatycznych ograniczeń w czasie, charakter świadczeń ubezpieczeniowych, będą mogły kiedykolwiek stanowić dostateczną pomoc dla wszystkich bezrobotnych. Sposób, w jaki zalecenia komisji lorda Blanesburgh'a zostały wprowadzone w życie, mógł raczej budzić przekonanie, że i na przyszłość będzie nieunikniona pewna forma uzupełniającej pomocy dla bezrobotnych, czy to w postaci odrębnej akcji, czy też dodatkowych zasiłków z funduszu bezrobocia. W każdym razie należy stwierdzić, że zasadnicza zmiana poglądów na rolę i zadania ubezpieczenia, jaka się dokonała w r. 1927, nie przyniosła ze sobą pożądanej stabilizacji stosunków i nie doprowadziła do trwałego, zadawalającego rozstrzygnięcia głównych problemów, związanych z udzielaniem świadczeń ubezpieczeniowych.

Drugiem podstawowem zagadnieniem, dokoła którego obracały się zmiany ustawodawcze w okresie lat 1921—1927 była kwestja równowagi finansowej między dochodami a wydatkami funduszu bezrobocia. Równowaga ta była bardzo trudna do utrzymania nietylko dlatego, że zasiłki były wypłacane w ciągu znacznie dłuższych okresów, niż to przewidywała ustawa zasadnicza z 1920 roku, lecz także dlatego, że zostały one podwyższone (z 15 na 17 szylingów) przy równoczesnem wprowadzeniu dodatków rodzinnych.[15]) Nagromadzona uprzednio nadwyżka dochodów nad wydatkami, wynosząca w listopadzie 1920 roku — 22.200.000 funtów szt., zaczęła z nastaniem kryzysu gwałtownie topnieć i już w krótkim czasie stało się rzeczą jasną, że zwiększone wydatki funduszu bezrobocia pochłoną ją całkowicie.

Wobec grożącej niewypłacalności funduszu chwycono się dwóch środków zapobiegawczych. Przedewszystkiem podwyższono i to znacznie składki ubezpieczeniowe: w r. 1920 wynosiły one po 4 pensy tyg. od pracodawcy i robotnika oraz 2 pensy od Skarbu Państwa (łącznie 10 pensów), zaś w r. 1927 już 8 pensów tyg. od pracodawcy, 7 pensów od robotnika i 6 — od Skarbu Państwa (łącznie 21 pensów). Podwyżka składek okazała się jednak środkiem niewystarczającym, wobec czego fundusz bezrobocia zaczął się zadłużać w Skarbie Państwa. Dług ten, zaciągany systematycznie, poczynając od lipca 1921 roku, wzrastał nieprzerwanie do końca roku ubezpieczeniowego 1922/23, kiedy to osiągnął wysokość 15 zgórą miljonów funtów szt., w ciągu r. 1924 zmalał pod wpływem ogólnej poprawy sytuacji do około 6 miljonów, następnie jednak w ziązku z pogłębieniem się kryzysu, spowodowanem długotrwałym strejkiem górników, wzrósł znowu do blisko 25.000.000 funtów w r. 1927.

Reasumując należy stwierdzić, że depresja gospodarcza odbiła się w latach 1921 — 1927 dotkliwie na finansach ubezpieczeniowych. Ani rezerwa, nagromadzona w latach przedwojennych i wojennych, ani znaczne podwyższenie składek nie uchroniło funduszu bezrobocia od deficytu i zadłużenia w Skarbie Państwa. Z drugiej strony jednak rozmiary tego długu nie uprawniały jeszcze do snucia zbyt pesymistycznych wniosków. Doświadczenia z lat 1923 — 1924, w których sytuacja finansowa funduszu bezrobocia uległa znacznej poprawie, pozwalały żywić nadzieję, że i nowonarosły dług zostanie z czasem spłacony. Ponadto lwia część wydatków funduszu bezrobocia była pokrywana przez cały czas nie z pożyczek, lecz ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców. Z tego względu należy stwierdzić, że niesłuszne było zdanie tych wszystkich, którzy nazywali w omawianym okresie zasiłki ubezpieczeniowe darowizną lub jałmużną (dole).[16])

(dok. nastąpi)

[13]) Stwierdzenie tego faktu natrafiało oczywiście w praktyce na poważne trudności. Nic też dziwnego, że warunek „prawdziwego poszukiwania pracy" spotkał się z silną krytyką, która doprowadziła do jego zniesienia w r. 1930. Decydującą rolę odegrała tu opinja specjalnej komisji pod przewodnictwem Harolda Morrisa, wyrażona w jej sprawozdaniu: Report of the Committee on Procedure and Evidence for the Determination of Claims for Unemployment Insurance Benefit. London, 1929. Cmd. 3415 na str. 16 23.

[14]) Komisja liczyła się z tem, że odsetek bezrobotnych wynosić będzie w przyszłości przeciętnie 6%, podczas gdy w ciągu lat 1921 — 1927 nie spadł on nigdy poniżej 8%.

[15]) Dodatki te zostały wprowadzone w r. 1921 narazie przejściowo na okres 6 miesięcy a później — w r. 1922 — na stałe. Wynosiły one 5 szylingów na żonę i 1 szyling na dziecko.

[16]) Por. w tej sprawie Cohen: Insurance by Industry Examined. London, 1923. str. 37.

Dr. IGNACY M. SPITZER

Dyrektor Sanatorjum
w Bystrej Śląskiej

WYTYCZNE OZNACZANIA ZDOLNOŚCI DO PRACY W GRUŹLICY PŁUC

(Dokończenie).

Badania opukiem i osłuchem oraz obraz roentgenowski służą nam w pierwszej linji do określenia rozmiaru zmian w płucach, a więc do oznaczenia statystyki procesu, w łączności jednak z innemi wynikami badania, pozwalają nam również na określenie czynności.

Szerokie omawianie metod i ważności badania opukiem i osłuchem uważamy za zbyteczne; metody te dzisiaj, jak i dawniej, mają pierwszorzędne znaczenie, przedewszystkiem w ustaleniu rozpoznania, mniejsze natomiast, jeśli chodzi o określenie czynności sprawy, gdyż niema zasadniczych objawów opukowych czy osłuchowych, świadczących o czynności procesu. Badanie jednak wielokrotne może wykazać nam postęp wzgl. cofanie się sprawy, może też przy znalezieniu pewnych objawów odtworzyć nam obraz przebiegu procesu. Dlatego też przy opukiwaniu należy zwracać baczną uwagę na ruchomość dolnych granic płuc, na lekkie przytłumienia ponad dolnemi partjami płuc, oraz na obnażenie serca; zmiany te wskazują wg. Neumanna[18]) na poprzednie wysiewy ze zmianami specyficznemi na błonach surowiczych. W formach krwiopochodnych, dających wg. Barda-Neumanna początkowo zmiany szczytowe, nie straciło również nic ze swej ważności opukiwanie szczytów i wyznaczanie pól Kröniga.

Zmiany osłuchowe, jako takie, też nie świadczą o czynności procesu, gdyż rzężenia różnego rodzaju występować mogą nad zmianami nieczynnemi; o czynności świadczyć jednak może wystąpienie rzężeń w miejscu, gdzie ich się uprzednio nie wysłuchiwało, zwłaszcza po zmęczeniu, czy np. kąpieli słonecznej.

Specjalną uwagę należy zwracać na t. zw. przez Neumanna piski jamiste, gdyż często jest to jedyny objaw rozpadu (poza obrazem roentgen). Klasyczne objawy jamowe spotykamy rzadko.

Dokładną metodykę badań wymienionych oraz interpretację poszczególnych objawów podają prace Neumanna, Burnanda i Rista[19]).

Rzeczą praktyczną wielkiej wagi jest przyswojenie sobie pewnej kolejności i schematu badania, co bardzo ułatwia pracę i pozwala na szybkie zauważenie nawet małych odchyleń od normy; najlepiej wypracowany jest naszem zdaniem tok i sposób badania, podany przez Neumanna (cytow. wyżej).

Badanie promieniami Roentgena (prześwietlenie i zdjęcie) jest dzisiaj najważniejszym może składnikiem badania ogólnego, podkreślić jednak należy, że jest t y l k o składnikiem. Wydanie orzeczenia w jakiemkolwiek schorzeniu płuc, czy serca, bez prześwietlenia i zdjęcia klatki piersiowej promieniami Roentgena, jest niedopuszczalne, wydanie natomiast orzeczenia, zwłaszcza co do czynności, jedynie na podstawie prześwietlenia i zdjęcia, należy uważać za błąd sztuki.

W niniejszym referacie nie możemy nawet w krótkości podać metody odczytywania, ani interpretacji poszczególnych obrazów roentgenowskich, chcielibyśmy tylko podkreślić ważność omawianej metody badania i zwrócić zarazem uwagę na jej niebezpieczeństwa.

Obraz roentgenowski jest rzutem na jedną płaszczyznę tysięcy trójwymiarowych szczegółów anatomicznych, każda więc zmiana pozycji badanego zmienia czasem nie do poznania obraz roentgenowski; jest to jedna z przeszkód dla porównywania poszczególnych zdjęć tego samego chorego. Na obraz wpływa i sama struktura płuca; nakładanie się poszczególnych słabych cieni, spowodowanych normalnemi szczegółami anatomicznemi (oskrzela, gruczoły) daje w rezultacie silne zaciemnienie, imitujące zaciemnienie patologiczne; odwrotnie rozedma rozjaśnić może rzeczywiste ściemnienia, spowodowane zmianami chorobowemi. Zbyt drobne zmiany nie uwidaczniają się nawet zupełnie na zdjęciu, to samo odnosi się do płaskich zrostów opłucnowych i małych wysięków w zatokach przeponowych.

Mylić też mogą zmiany w częściach kostnych, czy mięśniach klatki piersiowej. Jeżeli dodamy jeszcze, iż sama technika, t. zn. jakość promieni, czas naświetlania, materjał światłoczuły i sposób wywoływania zmienić może obraz i to zmienić w znacznym stopniu zrozumiemy, iż zdjęcie roentg. jest wypadkową rozlicznych czynników. Pomimo to zdjęcie jest nieodzownem, gdyż często tylko badanie roentgenowskie jest w stanie wykazać zmiany nieuchwytne innemi metodami, jak wczesne nacieki, jamy nieme i t. d. Roentgen nie mówi jednak nic o specyficzności zmian, a wnioski o charakterze anatomicznym zmian można wyciągać jedynie bardzo ostrożnie.

Znacznie lepszy wgląd w postęp i charakter zmian dają seryjne badania roentgenologiczne, przeprowadzone możliwie w identycznych warunkach. Badania te zdołały odsłonić nam niejedną tajemnicę przebiegu gruźlicy, jak szybkie powstawanie i resorbje specyficznych niewątpliwie nacieków, powstawanie i zmiany we wielkości, a nawet znikanie jam, kolejność i typowe lokalizacje przerzutów drogą oskrzelową i t. d. Badanie roentgenowskie może więc wybitnie przyczynić się do ustalenia naszego orzeczenia, przedewszystkiem co do rozległości zmian, badanie seryjne zaś odnośnie do postępu względnie cofania się procesu. Roentgen odgrywa również rolę w badaniu funkcjonalnem narządu oddechowego (o czem niżej).

Lekarz orzekający powinien zasadniczo sam oceniać wyniki badania roentgenowskiego i porównywać je z innemi danemi klinicznemi.

Na podstawie wymienionych badań, lekarz może wyrobić sobie zdanie odnośnie rozległości i czynności procesu gruźliczego u badanego; obserwacja, a czasem tylko ponowne zbadanie pozwolą na bliższe określenie rodzaju czynności, na zdanie sobie sprawy z sił odpornościowych ustroju i na zaliczenie danego przypadku do grupy wyrównanych, czy też niewyrównanych. Przypadki z bardzo niewielkiemi zmianami anatomicznemi i normalnemi odczynami serologicznemi, z drugiej zaś strony przypadki z dużemi zmianami, otwarte z temperaturą wysoką, wyraźnemi zmianami serologicznemi oraz w obrazie krwi nie będą nam sprawiały trudności, ani w ocenie czynności procesu, ani też nawet w ocenie zdolności do pracy w danym okresie. Przypadki pośrednie mogą jednak być bardzo trudne do oceny, zwłaszcza jeśli będzie zachodził niestosunek między rozległością zmian, a wynikami badań bakterjologicznych i serologicznych: wówczas nie wystarcza nam jedynie badanie kliniczne, lecz musimy uzyskać lepszy wgląd w mechanizm działania organizmu i badaniem funkcjonalnem oraz obserwacją w czasie pracy ustalić zapasy sił i możność ich praktycznego zastosowania.

BADANIE FUNKCJONALNE NARZĄDU ODDECHOWEGO.

Metodyka badania funkcjonalnego nie jest jeszcze ostatecznie ustaloną, wyników badania funkcjonalnego nie można przeceniać, zwłaszcza w odniesieniu do narządu oddechowego, zapominać też nie możemy o fakcie, iż narząd oddechowy oraz narząd krążenia są specjalnie ściśle ze sobą związane i zmiany w jednym narządzie odbijają się natychmiast na funkcji drugiego, dlatego też musimy zwrócić w czasie badania specjalną uwagę na stan serca. Pomimo tych zastrzeżeń badanie funkcjonalne posiada w ocenie przypadków schorzeń płucnych znaczenie bardzo duże, czasem decydujące.

Badanie dzielimy na:

1) próby orjentujące nas w poszczególnych funkcjach narządu,

2) próby wykazujące nam współdziałanie poszczególnych funkcyj oraz badanie ustroju w czasie pracy zbliżonej lub identycznej z pracą normalną badanego.

Całość badania czynnościowego porównać możemy z Briegerem (cyt. wyżej) do badania motoru w czasie spoczynku (wytrzymałość, ułożenie poszczególnych części) oraz w czasie „próbnej jazdy".

Do grupy pierwszej zaliczamy:

a) oznaczenie pojemności życiowej płuc (P. Ż.),

b) objętości oddechowej minutowej, maksymalnej oraz w spoczynku i wzajemnego ich stosunku do siebie,

c) oznaczenie współczynnika Strohla,

d) oznaczenie pauzy oddechowej po wdechu i wydechu,

e) wyliczenie % CO_2 w określonej ilości powietrza, którem chory oddychał, aż do wystąpienia objawów duszenia się,

f) oznaczenie pojemności odruchowej wg. Goiffona,

g) badanie ruchów oddechowych przy pomocy roentgenoskopji i roentgenokymografji.

Do grupy drugiej zaliczyć możemy oznaczenie wskaźnika wydajności pracy, obliczenie wykorzystania tlenu przez ustrój w czasie pracy oraz w okresie wypoczynku po pracy wreszcie obserwację chorego w czasie dozowanej pracy warsztatowej.

Oznaczenie pojemności życiowej (P. Ż.) jest najdawniejszą próbą badania funkcjonalnego i stanowi podstawę do obliczania szeregu wartości ilustrujących wydolność narządu oddechowego, P. Ż. jest sumą trzech wielkości:

1) Powietrza oddechowego = ilości powietrza wydechanego w czasie normalnego wydechu.

2) Powietrza zapasowego = różnicy pomiędzy normalnym a maksymalnym wydechem.

3) Powietrza dopełniającego = różnicy pomiędzy normalnym a maksymalnym wdechem.

P. Ż. otrzymamy wówczas, jeśli badany po maksymalnym wdechu wykonuje maksymalny wydech, wielkość wydechu mierzona spirometrem daje P. Ż. Oprócz tej ilości powietrza pozostaje jeszcze w płucach t. zw. powietrze zalegające, którego nie możemy wydalić z płuc, nawet przy najbardziej forsownym wydechu; w warunkach patologicznych (rozedma) ilość powietrza zalegającego wzrasta, zmniejszajac P. Ż.

Normalnie P. Ż. u człowieka dorosłego wynosi 3.700 cm^3.

Pow. oddechowe 500 cm^3
„ zapasowe 1 600 „
„ dopełniaj. 1 600 „
} 3.700 cm^3 P. Ż. Ilość powietrza zalegającego = 1.200 cm^3.

U osobników zdrowych P. Ż. jest wartością stałą pomiędzy 18 — 45 rokiem życia, o ile pomiary robione są o tej samej porze i w tych samych warunkach.

W braku spirometru obliczyć można P. Ż. u osobnika zdrowego według wzoru Hutchinson'a u mężczyzny wzrost w cm. mnoży się przez 25, u kobiety przez 20. Błąd w tych obliczeniach wynosi ca 10%. Wzorem Hutchinsona posługujemy się również przy oznaczaniu t. zw. deficytu u osobników chorych, wykazujących w stosunku do swego wzrostu zmniejszoną P. Ż.

Wielkość P. Ż. ulega według Kutschery[20]) obniżeniu przy:

1) schorzeniach kośćca i mięśni klatki piersiowej oraz mięśni oddechowych pomocniczych,

2) zmianach w jamie opłucnowej (wysięki, zrosty),

3) przy zmianach w ukrwieniu płuc (np. w przebiegu wad serca),

4) przy zmianach w miąższu płucnym (gruźlica, pneumonia, absces, rozedma).

Każda z tych przyczyn oraz ich kombinacje, wpływają wybitnie na obniżenie P. Ż.

Wszelkie procesy naciekowe w płucach, a więc i nacieki gruźlicze wczesne, zmniejszają P. Ż. według Kutschery o 500 — 600 m^3; znając więc P. Ż. danego osobnika można wykluczyć wysiękową postać gruźlicy płuc, o ile P. Ż. pozostaje niezmienioną.

Włókniste postacie gruźlicy płuc, zajmując zrąb łącznotkankowy, nie powodują zmniejszenia P. Ż., o ile nie towarzyszy im rozedma płuc. Oznaczenie wielkości P. Ż. jest niezbędne przed zadecydowaniem leczenia uciskowego płuc.

Za najniższą wartość P. Ż., dozwalającą na leczenie uciskowe, uważają Landau, Glass, Pruszyński[21]) — 2.000 cm³.

Zmniejszenie się stałe P. Ż. lub nagły jej spadek, świadczą zdaniem wymienionych autorów o złej prognozie i mogą być czasem jedynym objawem postępu procesu przy niezmienionym jeszcze obrazie klinicznym.

Znając P. Ż. obliczyć możemy inne ważne wartości dla danego osobnika, mianowicie wielkość maksymalnej objętości oddechowej w minucie. Oznaczenie tej wielkości przy pomocy gazometru jest trudne, a u chorego niemożliwe, posługujemy się więc wzorem empirycznym; stwierdzono mianowicie, iż osobnik zdrowy, przy najcięższej pracy, oddycha nie szybciej niż 35 x na minutę, powietrze zaś oddechowe nie przekracza ⅓ ilości P. Ż. czyli dzieląc P. Ż. przez 3 i mnożąc przez 35 otrzymamy maksymalną ilość powietrza w 1-nej minucie, jaką dany osobnik przy najcięższej pracy zużyć może; Ilość ta przy P. Ż. = 3.600 cm³ wynosi $\frac{3.600}{3} \cdot 35 =$ = 42.000, czyli 42 litry powietrza.

Osobnik zdrowy zużywa w czasie spoczynku 10% ilości maksymalnej; u osobników chorych stosunek ten jest zaburzony i zużywają oni znacznie więcej z ilości maksymalnej. Według doświadczeń Peadbody i Strugisa, osobnik chory o zmniejszonej P. Ż. zużywa w spokoju już 25%, przy wchodzeniu pod górę 64% (zdrowy 27%), przy podnoszeniu ciężarów 80% (zdrowy 64%). Im bardziej ilość powietrza zużywanego w spokoju i przy pracy zbliża się do ilości maksymalnej, tem mniejszą rezerwę oddechową posiada dany osobnik, tem szybciej męczy się przy pracy i tem prędzej występują objawy duszności. Oznaczanie więc rezerwy oddechowej ma wielkie znaczenie przy ocenie zdolności do pracy, zwłaszcza fizycznej. Ilość powietrza zużywanego w ciągu minuty w spokoju, obliczyć możemy najdokładniej gazomierzem lub mnożąc ilość powietrza oddechowego przez ilość oddechów w minucie.

Niektórzy badacze przy ocenie wydolności narządów oddechowych, przypisują znaczenie t. zw. wskaźnikowi Strohla, jest to stosunek powietrza oddechowego do P. Ż. Im bardziej upośledzonem jest oddechanie, tembardziej zbliżają się do siebie te wartości.

Brieger zwraca uwagę na t. zw. pauzę oddechową, którą niejednokrotnie wykazać może niewydolność narządu oddechowego u osobników pozornie zdrowych. Pauzę oddechową badać możemy po głębokim wdechu (Stange) lub po głębokim wydechu (Sabrazes).

U osobników zdrowych pauza oddechowa po wdechu trwa 50—60 sekund; u gruźliczo chorych stwierdzono jako średnią 24—28", a w przypadkach ciężkich, nawet 14". Na długość trwania pauzy wpływa również siła woli badanego. Nie wdając się w omawianie mechanizmu danej próby, stwierdzić możemy za Briegerem, że skrócenie pauzy oddechowej u gruźliczo chorych wskazuje na zmęczenie i osłabienie narządu oddechowego i gotowość do wystąpienia duszności; pauza oddechowa w badaniu funkcjonalnem posiada taką wartość, jak Od. Biernackiego w badaniu klinicznem.

Do tej grupy prób funkcjonalnych zaliczamy również oznaczanie procentu CO_2 w powietrzu, którem badany oddychał bez odświeżania, aż do wystąpienia objawów duszenia się i niemożności dalszego kontynuowania oddechania. Analizy powietrza wykazały, iż osobnik zdrowy może znieść jeszcze 6—7%-wą zawartość CO_2, natomiast chorzy przerywali oddechanie, jeśli stężenie CO_2 dochodziło do 3 — 4%. Nie wszyscy jednak chorzy na gruźlicę zachowują się w ten sposób, gra bowiem tutaj rolę zdolność neutralizacji CO_2 w organiźmie, oraz wrażliwość tkanek, a zwłaszcza ośrodków mózgowych na stężenie CO_2.

Podobną do poprzedniej próby jest oznaczanie t. zw. pojemności odruchowej według Goiffona.

Do spirografu wzgl. do odpowiednio zmodyfikowanego aparatu Krogli'a (po usunięciu kosza z wapnem wkłada się tej samej objętości gładko lakierowane klocki drzewa (Grochmal)[22]) wpuszcza się 7 litrów powietrza; badanego, mającego dobrze dobraną maskę przeciwgazową bez pochłaniacza, łączy się wężem gumowym z aparatem. Badany oddycha początkowo równo, wkrótce oddechy stają się coraz głębsze i szybsze, a wychylenie krzywej na walcu rejestracyjnym coraz większe. Po kilku minutach od rozpoczęcia badania, występują objawy duszenia się, sinica, poty, zwolnienie tętna, wreszcie badany zrywa maskę.

Stosunek największej objętości oddechowej (największego wychylenia krzywej) w czasie ostrej kwasicy gazowej, czyli t. zw. pojemności odruchowej, do stwierdzonej uprzednio pojemności życiowej dowolnej (P. Ż.) nazywa Griffon współczynnikiem wykorzystania; współczynnik ten wynosi 60 — 80% pojemności życiowej dowolnej.

Główną rolę w tej próbie odgrywa wrażliwość ośrodków oddechowych na CO_2; przy zmniejszonej wrażliwości, czas trwania próby wyraźnie się przedłuża, a amplituda wychyleń jest znacznie mniejszą.

Rys. 2 przedstawia krzywą oddechową w czasie próby Goiffona u osobnika normalnego.

Pojemność życiowa dowolna przy wzroście 170 cm = 2,500 cm³.

Pojemność odruchowa — 2,00 cm³.

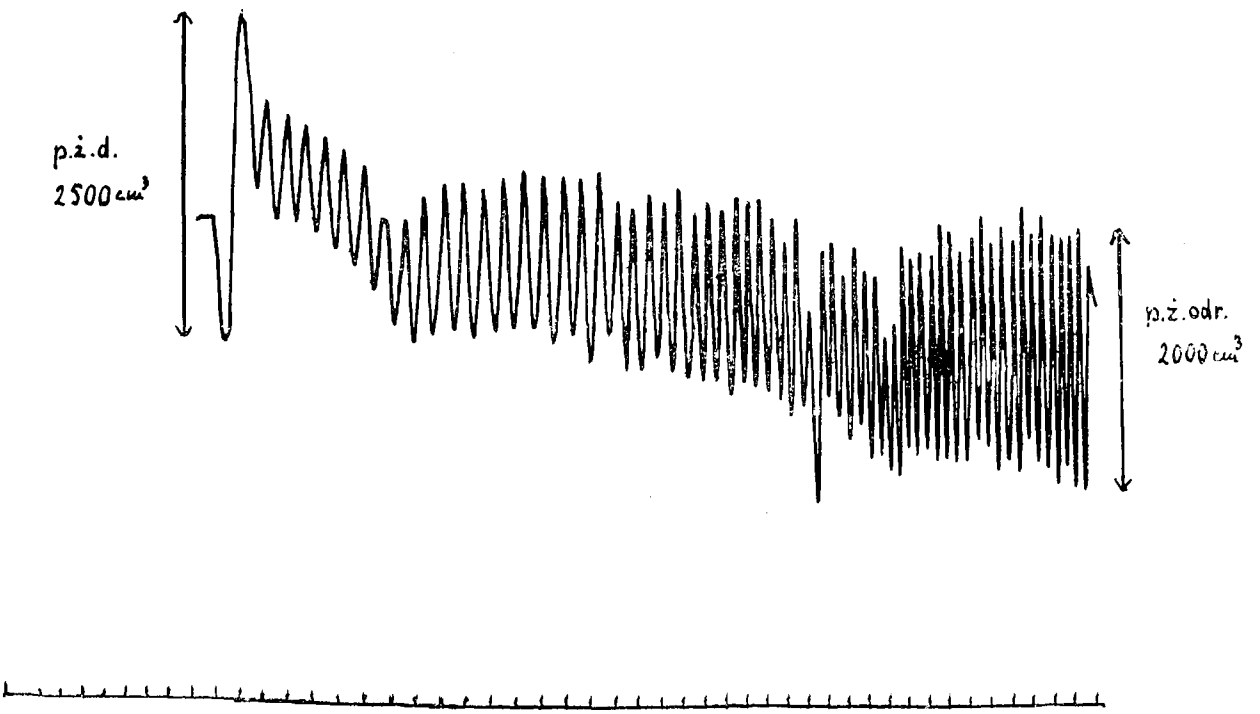
Współczynnik wykorzystania = $\frac{\text{pojem. życ. odruch.}}{\text{pojem. życ. dowolna}} =$ = 80%.

Współczynnik pobudliwości odruchowej = $\frac{\text{pojem. życ. odruch.}}{\text{powietrze oddechowe}} = 2{,}35.$

Czas trwania próby 3 min. 22".

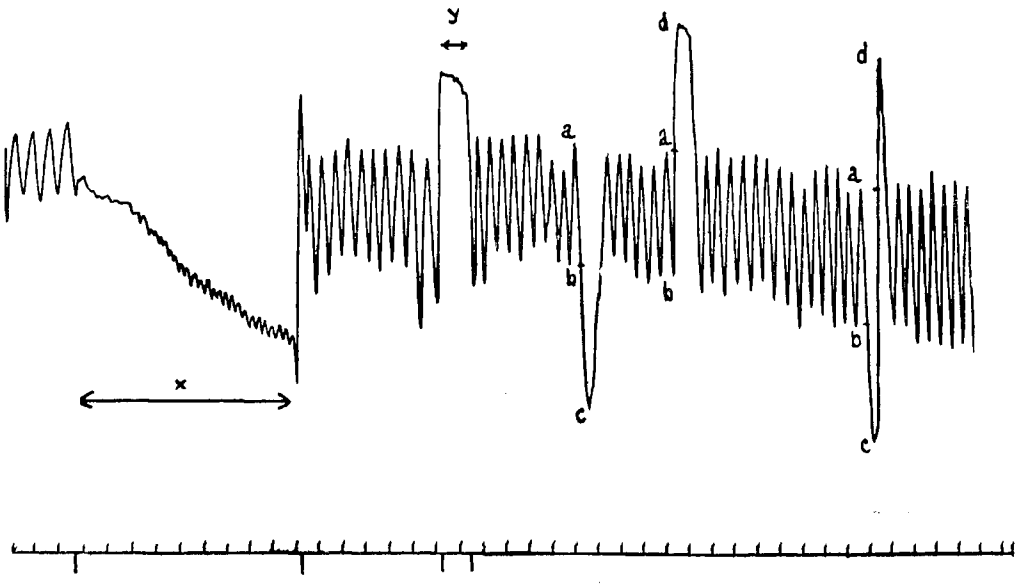
Stosunki normalne. (Poza zmniejszeniem pojemności życiowej dowolnej).

Wszystkie prawie dotychczas omawiane próby funkcjonalne można oznaczyć i wyliczyć na podstawie badania spirograficznego. Przy pomocy spirografu lub zmodyfikowanego aparatu Krogli'a w ciągu kilku minut oznaczyć można: P. Ż. oraz jej części składowe t. j. powietrze oddechowe, zapasowe i dopełniające. Dalej obliczyć można objętość pow. minutową maksymalną i w spoczynku, a temsamem i re-



zerwę oddechową. Dalej oznaczyć można pauzę oddechową po wdechu i wydechu oraz obliczyć wskaźnik Strohla, wreszcie daje się oznaczyć pojemność odruchową; analiza powietrza zawartego w aparacie odnośnie zawartości O i CO_2 nieskomplikowanym aparatem Haldana dopełnia badania.

Rys. 3. uwidacznia krzywą spirograficzną.



x = pauza po wdechu = 47"
y = „ „ wydechu = 6"
częstość oddechu = 19 na min.

a—b = powietrze oddechowe = 800—1200 cm³
b—c = „ dopełniające = 1100 cm³
a—d = „ zapasowe = 1000 cm³

c—d = (a—b) + (b—c) + (a—d) = pojemność życiowa = 3000 cm³

Wszystkie wymienione próby pozwalają nam na wgląd w szczegóły pracy narządu oddechowego i pobudliwości ośrodków oddechowych. Wielkość P. Ż. rezerwy oddechowej, długość pauzy oddechowej orjentują nas, jak dany osobnik zachowa się w czasie pracy, jakkolwiek ocena nasza może być tylko bardzo aproksymatywną.

W mechanizm oddychania wprowadza nas badanie roentgenowskie; prześwietlenie orjentuje nas w ruchomości poszczególnych odcinków klatki piersiowej, przepony, ustawieniu i ruchach śródpiersia, w istnieniu zrostów opłucnowych i t. d.

Znacznie dokładniej informuje nas o mechanizmie oddechowym roentgeno-kymografja; metoda ta pozwala nam na rozłożenie ruchów oddechowych na poszczególne fazy i utrwalenie ich na kliszy. Dokładnie metody tej na tem miejscu omawiać nie możemy, chcemy jednak zaznaczyć, że przy pomocy roentgeno-

kymografji wykryć możemy wszelkie anomalje w ruchach żeber, przepony, płuc i serca, oznaczyć amplitudę wychyleń i czas trwania.

Metodę tę stosować należy przed leczeniem chirurgicznem gruźlicy płuc; duże znaczenie mieć może badanie kymograficzne, systematycznie przeprowadzone, również i przy ocenie zdolności do pracy gruźliczo chorych.

Próby poszczególnych funkcyj narządu oddechowego są dla nas niezbędne, nie potrafią nam jednak dokładnie powiedzieć, jak dany osobnik zachowa się w czasie pracy, to też starano się o zastosowanie metod, pozwalających na zbadanie „motoru" ludzkiego w czasie biegu.

Na myśl nasuwa się przedewszystkiem oznaczenie współczynnika wydajności pracy, który wyraża, jaki odsetek włożonej energji w postaci kalorycznej otrzymujemy jako energję dynamiczną.

U ludzi zdrowych współczynnik wydajności wynosi 20 — 30%. Współczynnik ten utrzymać się może na normalnej wysokości również i u gruźliczo chorych, w czasie krótkiej pracy, jaką chory wykonuje podczas badania. Znacznie większe różnice pomiędzy organizmem zdrowym i chorym zachodzą w okresie odpoczynku po pracy. Organizm chory potrzebuje znacznie więcej czasu, aby poszczególne funkcje powróciły do normy oznaczonej przed rozpoczęciem pracy.

Brieger uważa, iż najlepszy wgląd odnośnie zdolności do pracy uzyskuje się, badając stosunek wielkości wentylacji w czasie i po pracy próbnej, do ilości wykorzystanego przez organizm tlenu.

Dokładne opisywanie ostatnio wymienionych metod, uważamy za zbędne, gdyż wykonane być mogą tylko w specjalnie urządzonych laboratorjach, o ile mają być dokładne, a ponadto i te nawet badania okazały się w praktyce niewystarczające, jak również zawiodły próby oznaczania zdolności do pracy w czasie krótkiej, kilkugodzinnej pracy warsztatowej z oznaczaniem wielkości wentylacji, zużycia tlenu i t. d. w czasie pracy.

Najpewniejszą metodą, jaką dzisiaj rozporządzamy, to dłuższa obserwacja chorego, przy pomocy metod badania funkcjonalnego i klinicznego w czasie dozowanej pracy w warsztacie sanatoryjnym.

Poruszyliśmy tutaj sprawę pracy w sanatorjum: jest to dzisiaj kwestja bardzo aktualna, mająca duże znaczenie, może nietyle w samem leczeniu gruźlicy, co w oznaczaniu zdolności do pracy i w społecznej walce z gruźlicą.

Dokładnie tej bardzo obszernej sprawy omawiać nie możemy, chcemy jednak zaznaczyć, iż stosowanie pracy w zakładach leczniczych w odpowiednio dobranych przypadkach ma duży wpływ na psychikę chorego, wykazuje jemu i otoczeniu, iż nie jest już zupełnym inwalidą. Praca w czasie długiego pobytu w zakładzie chroni od rozleniwienia, od spaczenia charakteru, zaś coraz lepsze wyniki pracy dodatnio wpływają na kształcenie woli. Odpowiednio dobrana praca wpłynąć może korzystnie na ustrój w sensie czysto somatycznym i ułatwia choremu przebycie trudnego okresu, kiedy po wyjściu z sanatorjum musi bez zaprawy stanąć przy swoim dawnym warsztacie. Praca wreszcie, która musi być produktywną i płatną, pozwala chorym na pewien zarobek i na nauczenie się ewent. nowego rzemiosła (Clinique Manufacture International Leysin (Rollier). Oddział gruźlicy kostnej w Moskwie (Multanowski).

Udało się również zorganizować na podobnych zasadach pracę w sanatorjum, przeznaczonem dla pracowników umysłowych; przykład stanowi Deutsche Heilstätte w Agra, Szwajcarja (Alexander) [23].

Kwestja pracy w sanatorjach najlepiej rozwiązaną została w Holandji i Stanach Zjedn. Ameryki półn.; ze sprawą tą łączy się kwestja specjalnych biur pośrednictwa pracy, umieszczania robotników gruźliczych, zdolnych do pracy, w specjalnych warsztatach i lepszych warunkach we fabryce, aby uchronić ich przed szkodliwościami dotychczasowej nieodpowiedniej pracy i umożliwić im odpowiednie wyzyskanie ich możliwości. Logiczne zakończenie tej kwestji stanowią osiedla warsztatowe gruźlicze, zgrupowane dookoła zakładu leczniczego. Osiedla spełniają kilka zadań: w pierwszej linji pozwalają choremu żyć, pracować i zarabiać w warunkach odpowiadających jego siłom, bronią go przed brutalną konkurencją i wyzyskiem, a z drugiej strony, izolując pracowników prątkujących, przyczyniają się do zmniejszenia zachorowalności, odpowiednio zaś urządzone mieszkania pracowników chorych i stała opieka nad ich dziećmi (poradnia, przedszkola i t. d) zapobiegają infekcji wewnątrz rodzinnej.

Typy wzorowe takich osiedli stworzyli Anglicy; największe i najlepiej urządzone, wzorowane na angielskich osiedle dla 3.000 mieszkańców znajduje się w południowej Francji (Clairevivre w dep. Dordogne).

Jakkolwiek nie można się łudzić, aby osiedla dla gruźlików z odpowiednio urządzonemi zakładami leczniczemi i warsztatami potrafiły — zwłaszcza w naszych warunkach — radykalnie zmienić stosunki zdrowotne panujące obecnie, to jednak uważamy, że sprawa jest zbyt poważną, aby można ją było ominąć. Kwestja osiedli winna być naszem zdaniem rozważona przez Ubezp. Emeryt. Prac. Umysł. i Fizyczn. oraz Fund. Inw. Wojsk. w tym sensie, aby inwalidom cywilnym i wojskowym, niezdolnym spowodu gruźlicy do pracy w ciężkich warunkach, wzamian za rentę dostarczać mieszkanie i opiekę lekarską w osiedlu i umożliwić im pracę zarobkową w odpowiednich dla ich stanu zdrowia warunkach. Rzecz prosta, iż takie osiedle wraz z sanatorjum służyłoby za wzorową stację obserwacyjną i zapobiegało udzielaniu zbytecznych rent.

Podstawę finansową warsztatów stanowić może pokrywanie potrzeb Z. U. S. w różnych dziedzinach (zaopatrzenie szpitali i sanatorjów Z. U. S.-u, w bieliznę, meble, druki i t. p.).

OCENA INNYCH CZYNNIKÓW MAJĄCYCH WPŁYW NA ORZECZENIE.

Omówiliśmy dwa najważniejsze rodzaje badań, kliniczne i funkcjonalne, które stanowią podstawę orzeczenia lekarskiego; dla całości koniecznem jest uwzględnienie jeszcze warunków pracy, ich szkodliwości dla badanego, poznanie jego warunków ży-

ciowych oraz określenie stopnia niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Poruszone kwestje wymagają od lekarza orzekającego przedewszystkiem znajomości hygjeny pracy i chorób zawodowych, gdyż niejednokrotnie pracownik wykwalifikowany, np. robotnik w hucie szklanej, będzie niezdolny do pracy ze zmianami w płucach takiemi, które w innym zawodzie np. u leśniczego nie wpłynęłyby na utratę zdolności do pracy w $^1/_3$. Dokładne omówienie tych spraw w tym referacie jest niemożliwością, obowiązkiem naszym jednak jest zwrócenie uwagi na ważność zagadnienia oraz na konieczność uwzględnienia go przy wydawaniu oceny. Płucno chorzy niezdolni są w zasadzie do pracy długotrwałej ponad 8 godzin, gdyż skończem ósmej godziny wydajność pracy nawet u zdrowego robotnika wynosi 72%, w 10-tej godzinie spada poniżej 65% (według Thielego cyt. przez Chajesa) [24]). O szkodliwości pracy nocnej, zwłaszcza dla pracowników ze zmianami gruźliczemi nie potrzeba szerzej się rozwodzić; szkodliwą jest również praca, w czasie której robotnik narażony jest na częste i gwałtowne zmiany temperatury, to samo odnosi się do niebezpieczeństwa, jakie stwarza kurz w czasie pracy.

Dla zilustrowania podaję tablicę Hesse'a według Chajesa.

Robotnik wdecha kurzu w:	Przez 1 dzień gramów	Przez rok, licząc 300 dni pracy gramów
Tkalni włosia	0,05	15,0
Tartaku	0,09	29,0
Fabr. sztuczn. jedwabiu (przy krajaniu)	0,10	30,0
Młynie	0,125	37,5
Odlewni żelaza	0,14	42,0
Fabryce tabaki	0,36	108,0
Fabryce cementu	1,12	336,0

Na stopień szkodliwości kurzu wpływa ilość, wielkość poszczególnych cząsteczek, ich kształt, twardość i skład chemiczny; pył kwarcowy jest najbardziej szkodliwy.

Kurz jest powodem pylicy płuc, nie tak rzadko towarzyszącej gruźlicy, na co u nas jednak zbyt mało zwraca się uwagi. W orzecznictwie kwestja ta jest ważną, ponieważ dołączenie się pylicy do gruźlicy znacznie pogarsza prognozę, proces bowiem z reguły postępuje nawet po przerwaniu pracy; w razie stwierdzenia więc zmian gruźliczych i pyliczych w płucach, stopień niezdolności zarobkowej wzrasta. Niemniej szkodliwemi są gazy trujące, wdechane przez robotników w czasie pracy we fabrykach czy na kopalniach.

Na ocenę wpłynąć też mogą stwierdzone złe warunki mieszkaniowe, uniemożliwiające odpowiedni konieczny wypoczynek po pracy oraz odległość miejsca zamieszkania od miejsca pracy.

W końcu rozważyć należy stopień niebezpieczeństwa badanego dla otoczenia. Najbardziej niebezpiecznymi są chorzy prątkujący, którzy z racji swego zawodu stykają się z dziećmi (służące, ochroniarki, pielęgniarki, nauczyciele, lekarze). Nauczyciel prątkujący stanowi groźne niebezpieczeństwo dla otoczenia i tak np. odsetek dodatnich odczynów tuberkulinowych w klasie, w której uczył nauczyciel prątkujący wynosił 75% wobec 25% stwierdzonych w innej szkole tej miejscowości (F. Klein). Niebezpiecznymi dla otoczenia są pracownicy prątkujący zajęci w mleczarniach, przy sprzedaży pieczywa, aptekarze, górnicy pracujący pod ziemią, natomiast znacznie mniejsze niebezpieczeństwo stanowią pracownicy biurowi, fabryczni, o ile przestrzegają podstawowych zasad hygjeny. Chorzy prątkujący, którzy równocześnie cierpią na schorzenia oskrzeli, kaszlą i odpluwają, są znacznie dla otoczenia niebezpieczniejsi, niż chorzy mało kaszlący.

PODZIAŁ PRZYPADKÓW NA GRUPY ODNOŚNIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY.

Zebrany w sposób wyżej opisany materjał stanowi podstawę do wydania orzeczenia lekarskiego oraz oznaczenia z pewną ścisłością (o ile to w medycynie jest możliwe) stopnia zdolności do pracy. Każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie; stosowanie schematów jest niebezpieczne, nie można też zgóry dokładnie określić, które postacie gruźlicy, czy suchot płucnych powodują wogóle i jaką niezdolność do pracy (stałą czy przejściową), za wyjątkiem zmian bardzo rozległych.

Dla ułatwienia zadania można wyodrębnić kilka większych grup odnośnie niezdolności do pracy:

1) Przypadki wykazujące niewielkie zmiany w tkance płucnej czy gruczołach, zamknięte, bez żadnych objawów czynności n. p. zwapniałe gruczoły wnękowe, zgrubienia opłucnej szczytowej. Ta grupa nie nasuwa wątpliwości; zmiany takie nie ograniczają praktycznie zdolności zarobkowej czy zawodowej.

2) Przypadki z niewielkiemi zmianami w płucach, jednak prątkujące (obecność prątków typu Kocha w plwocinie stwierdzona kilkakrotnie, ewent. dodatni wynik szczepienia świnki morskiej plwociną badanego).

Chorzy tacy mogą pracować pod kontrolą lekarską, za wyjątkiem bardzo ciężko pracujących: górników (pod ziemią), hutników oraz osób, stanowiących specjalnie niebezpieczne źródło zakażenia dla otoczenia, a w pierwszym rzędzie dla dzieci; chodzi tu n. p. o ochroniarki, nauczycieli wzgl. nauczycielki, pielęgniarki. W tych przypadkach należy przyjmować niezdolność przejściową n. p. 2-letnią, a przyznanie dalszej renty uzależnić od wyniku ponownych badań, przeprowadzonych na oddziele obserwacyjnym.

3) Przypadki ze zmianami niezbyt rozległemi, zamknięte lub prątkujące, bez objawów czynności procesu, wykazujące jednak niedomogę funkcjonalną narządu oddechowego. W tej grupie, w zależności od zajęcia chorego, będziemy mieli chorych częściowo niezdolnych; będą to ciężko pracujący n. p. kowale, górnicy, którzy w zupełności podołać mogą lżejszej pracy. Drugą grupę stanowić będą n. p. wydmuchiwacze (dmuchacze) szkła, muzycy, grający na instrumentach dętych; ci przy niewielkich i nieczynnych zmianach, a znacznie obniżonej po-

jemności życiowej płuc wskutek rozedmy, będą niezdolni w zupełności do pracy zawodowej. Niezdolność ta będzie stałą. To samo odnosi się do włóknistych niewielkich procesów w płucach powikłanych pylicą płuc.

4) Przypadki niezbyt rozległe z objawami czynności procesu, z niedomogą funkcjonalną narządu oddechowego.

Chorzy ci są rzecz prosta niezdolni do żadnej pracy, w większej jednak części przypadków będzie to niezdolność przejściowa od 6 miesięcy do kilku lat, gdyż w tych przypadkach leczenie klimatyczne skombinowane w odpowiednich przypadkach z leczeniem chirurgicznem, może dać przywrócenie zdolności do pracy na szereg lat. Do tej grupy należą wszelkie wczesne postacie suchot płucnych, jak nacieki wczesne podobojczykowe „periscisurite" wg. autorów francuskich i t. p.

Ponieważ te wczesne postacie nadają się do leczenia sztuczną odmą piersiową, nasuwa się kwestja odzyskania zdolności do pracy u chorych leczonych odmą sztuczną. Odzyskanie zdolności stoi w prostym stosunku do długości leczenia odmą, cyfry podane przez Katza[25] (w czasie dyskusji na zjeździe w Bad Pyrmont maj 1929) nie wymagają długich komentarzy. Według tego zestawienia, chorzy leczący się na koszt Ubezpieczeń Społecznych przerywali pracę przeciętnie na 10.3 miesięcy, chorzy prywatni na 27.5 miesięcy. Odsetek chorych, którzy odzyskali zdolność do pracy

w grupie ubezpieczonych = 21.6%
„ „ prywatnych = 50.8%,

czyli długość okresu, w czasie którego chory leczony odmą nie pracuje, oraz długość leczenia odmą wogóle, przyczyniają się w znacznej mierze do osiągnięcia zdolności do pracy. Multanowski podkreśla jednak słusznie, iż nietylko długość leczenia i okresu zwolnienia z pracy lecz także warunki mieszkaniowe, odżywiania, a po powrocie do pracy hygjena warsztatu i wysiłki fizyczne mają decydujący wpływ na uzyskanie dobrego wyniku leczenia.

W odpowiednio dobranych przypadkach sztuczna odma piersiowa skraca czas leczenia, przywraca zdolność do pracy tem większej liczbie chorych, im dłużej trwa leczenie, im dłużej w początkach leczenia chory może nie pracować, oraz im lepsze są jego warunki życiowe i warunki pracy, do której jeszcze w czasie trwania leczenia powraca; chorzy tacy winni pozostawać pod specjalną opieką. Naszem zdaniem, chorego, któremu założono odmę z dobrym wynikiem początkowym, należy uznać za przejściowo niezdolnego do pracy na przeciąg 6 miesięcy; po upływie tego okresu czasu o zdolności do pracy i zastosowaniu ewent. innych metod leczenia decydować winno badanie komisyjne lub badanie na oddziele obserwacyjnym.

Ambulatoryjnego zakładania odmy, bez przerywania pracy, należy zaniechać.

Ocena zdolności do pracy po założeniu plomby płucnej, czy wykonaniu thorakoplastyki jest trudną, należy pozostawić ją oddziałom klinicznym i obserwacyjnym; w każdym razie leczenie pooperacyjne musi być długie, a zdolność do pracy w wyjątkowych wypadkach przekracza 50%.

Powikłania gruźlicze innych narządów, przedewszystkiem gruźlica krtani, pogarsza widoki zaleczenia i odzyskania zdolności do pracy; odsetek niezdolności do pracy jest u takich chorych wyższy, czas leczenia jest znacznie dłuższy, a w każdym razie przekracza 6 miesięcy.

Na zwiększenie procentu niezdolności wpływają również powikłania niespecyficzne, jak pylica płuc, cukrzyca, wady sercowe i t. d.

Kwestja gruźlicy i ciąży wymaga osobnego omówienia, o ile jednak z jakichkolwiek względów u kobiety wykazującej objawy czynnego procesu płucnego nie przerwano ciąży, a w 4 miesiącu, czy później nastąpiło pogorszenie stanu płuc, należy chorą uznać za niezdolną do pracy przez cały czas trwania ciąży i conajmniej przez 4 miesiące po porodzie.

5) Ostatnią grupę stanowią przypadki z rozległemi czynnemi zmianami w płucach, przypadki z jamami, wykazujące objawy czynności, w których leczenie metodami chirurgicznemi nie dało dobrego wyniku.

Chorzy ci są w większości zupełnie i stale niezdolni do pracy, za wyjątkiem bardzo lekko pracujących, u których kilkomiesięczne leczenie sanatoryjne sprawiło wyraźne cofnięcie się objawów czynności. Tacy chorzy pracować mogą pod stałą kontrolą lekarską.

Podział ten nie jest ścisłym i nie obejmuje wszystkich możliwych grup chorobowych, służyć może tylko jako podział orjentacyjny. Pozatem obraz przebiegu gruźlicy jest tak zmienny, iż ocena nasza słuszna w czasie badania, może okazać się zupełnie mylną po upływie niewielu tygodni, n. p. z jamy niedającej w czasie obserwacji żadnych objawów czynności, następuje po wysiłku fizycznym przerzut w drugie płuco, lub w czasie leczenia odmą, dobrze uciskająca płuco, przychodzi czasem późno, po 2-ch i więcej latach leczenia i powrotu zdolności do pracy, wysiękowe zapalenie opłucnej, które może w następstwie zniweczyć osiągnięte wyniki.

Przy ocenie przypadku, poza wymienionemi czynnikami, musimy uwzględnić niejednokrotnie i nastawienie psychiczne: niezawsze będzie wskazanem, chorego, chcącego pracować, zmuszać do zaprzestania pracy, gdyż lekarstwo może wówczas okazać się zgubniejszem od choroby. Z drugiej strony, w wypadku n. p. odrażającego wyglądu chorego spowodu wilka twarzy, uznamy chorego za niezdolnego do pracy, pomimo niewielkich zmian gruźliczych w płucach i braku objawów czynności.

O niezdolności do pracy nauczycieli, aptekarzy, pielęgniarek, którzy prątkują, już mówiliśmy; uznanie za niezdolnych wszystkich, u których stwierdza się w plwocinie prątki Kocha, jest w naszych warunkach technicznie niemożliwem. Pamiętać jednak należy, że długo utrzymujące się wydzielanie zjadliwych prątków pogarsza prognozę. Według Braeuninga i Neisena[26]) 84% przypadków, w których stwierdzono gruźlicę otwartą, zmarło w ciągu pierwszych 10 lat od chwili stwierdzenia prątków w plwocinie.

Szczególnie ostrożnie należy oceniać wszystkie przypadki, u których stwierdzono obecność jamy gruźliczej, chociażby w czasie badania proces nie dawał objawów czynności i postępu.

Należy zaakcentować, iż lekarz winien orzeczenie swoje sformułować krótko, zrozumiale, bez przeładowania terminami lekarskiemi, ściśle objektywnie, pamiętając o tem, że orzeczenie lekarskie jest główną podstawą władz orzekających o przyznaniu petentowi renty.

Współpraca lekarza i prawnika-praktyka jest konieczną, gdyż ostateczne rozstrzygnięcie wymaga nietylko znajomości ustaw, a w szczególności nader skomplikowanego ustawodawstwa socjalnego, lecz wymaga też i znajomości stosunków na rynku pracy, znajomości umów zbiorowych, taryfy płac i t. d. i t. d. Współpraca ta jednak winna być bardzo harmonijna, t. zn. iż czynniki administracyjne i prawnicy Ubezpieczalni nie powinni wymagać od lekarza sprecyzowanych odpowiedzi w kwestjach niedających się ująć cyfrowo, jak n. p. ścisłego określenia, od jakiego czasu datuje się stwierdzona niezdolność do pracy, lub odpowiedzi na pytania w rodzaju, „czy dalsze leczenie przywróci choremu zdolność do pracy powyżej 50% ?"

Wiedza lekarska nie operuje dzisiaj metodami, mogącemi dać ścisłe odpowiedzi na tak sprecyzowane pytania, nic też dziwnego, jeśli Kayser-Petersen stwierdza, iż takie zadanie ma wiele wspólnego z problemem rozwiązania kwadratury koła.

Starałem się w niniejszym referacie przedstawić pokrótce tok myśli lekarza, mającego wydać orzeczenie o zdolności do pracy pacjenta dotkniętego gruźlicą płuc, podać metody, służące do jak najbardziej objektywnej oceny przypadku, oraz ułatwić ocenę przez stworzenie pewnych grup schematycznych. Zdaję sobie sprawę, iż referat nie jest ani kompletny, ani też nie porusza nawet wszystkich zagadnień związanych z oceną gruźlicy płuc, nie uwzględniłem bowiem prawie zupełnie kwestyj takich, jak n. p. „uraz a gruźlica", „gruźlica i ciąża" i t. p., nie omówiłem też spornej kwestji stosunku uszkodzenia płuc gazami do występującej znacznie później gruźlicy płuc i t. d. Nie chciałem jednak przeciążać referatu, a wolałem zająć się raczej przypadkami, z jakiemi lekarz Ubezpieczalni ma codziennie do czynienia. Chodziło mi też o podkreślenie, jak ważną jest ocena na podstawie dozowanej pracy w specjalnych oddziałach obserwacyjnych czy sanatorjach, wyposażonych w odpowiednie urządzenia badawcze i warsztatowe.

Reasumując raz jeszcze niniejszy referat chciałbym podać dla celów już ściśle praktycznych kilka wskazówek. Orzeczenie wydane być może naszem zdaniem tylko na podstawie badania uwzględniającego pewne minimum metod.

Poza dokładnem zebraniem anamnezy i badaniem fizykalnem, obejmującem badanie wypukiem, wysłuchem, prześwietlenie i zdjęcie roentgenowskie kl. piersiowej u każdego chorego ubiegającego się o rentę należy przeprowadzić badanie krwi w kierunku O. Biernackiego, badanie plwociny w kierunku obecności włókien elastycznych, oraz prątków kwasoodpornych, badanie moczu, odczyn tuberkulinowy, i oznaczyć parcie krwi.

Z prób funkcjonalnych oznaczyć: pojemność życiową płuc, obliczyć stosunek pojemności do wzrostu, pauze oddechową po wdechu i wydechu, wyliczyć maksymalną objętość oddechową w minucie, oraz rezerwę oddechową według wyżej podanych wzorów.

Badanie w ten sposób przeprowadzone pozwoli na wyciągnięcie wniosków odnośnie do rozległości i czynności procesu, oraz zorjentuje badającego z jaką postacią kliniczną gruźlicy ma do czynienia wówczas dostosować można dany przypadek do podanych podziałów klinicznych, wreszcie do jednej z grup odnośnie do niezdolności podanych wyżej; uwzględnienie omawianych warunków pracy, życia i t. d. uzupełni nasze orzeczenie.

W razie większych trudności rozpoznawczych, rozbieżności w wynikach poszczególnych prób, badanie oraz obserwacja przypadku powinna być przeprowadzoną w klinice, szpitalu lub specjalnej stacji obserwacyjnej.

Celem niniejszej pracy było wzbudzić zainteresowanie dla trudnego działu orzecznictwa oraz podanie pewnych wytycznych.

Dalsze prace w tym kierunku, krytyczna ocena poszczególnych metod pozwoli niezawodnie na wypracowanie bardziej ścisłych i praktyczniejszych wskazówek.

Kończąc mój referat, uważam za miły obowiązek podziękować ordynatorowi Sanatorjum p. Dr. Romualdowi Pajerskiemu za cenną pomoc i wykonanie krzywych i wykresów.

LITERATURA

(dokończenie)

18) Neumann W. Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener. II-ie wydanie. Springer, Wiedeń. 1930.

19) Burnand R. Precis d'auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Masson, Paris, 1930. Rist Semiologie élémentaire de l'appareil respirat. Masson, Paris, 1934.

20) Kutschera-Aichbergen. Uber den praktischen Wert spirometrischer Untersuchungen bei Lungentuberkulose. Die Arztliche Praxis, 1931, Nr. 7, str. 201.

21) Landau, Glass, Pruszyński. O wartości klinicznej oznaczania pojemności życiowej płuc w przebiegu gruźlicy płucnej. Polska Gaz. Lek., 1935, Nr. 7, 8.

22) Grochmal St. O odruchowej pojemności życiowej płuc i jej wartości fizjologiczno-klinicznej. Nowiny Lekarskie, 1935, Nr. 15 i 16.

23) Alexander H. Alexander K. Die Arbeitsbechandlung (zur Reform der Lungenheilstätten). G. Thieme, Lipsk. 1932.

24) Chajes B. Grundriss der Berufskunde und Berufshygiene Springer, Berlin, 1929.

25) Katz G. Zeitschrf. für Tuberkulose, Tom 54, zesz. 7, str. 583.

26) Breuning H. Neisen A. Die Prognose der Lungentuberkulose. Tuberkulose-Bibliothek, Nr. 52, Lipsk, 1933.

Ponadto:

Holmann Die ärztliche Begutachtung in der Socialversicherung. Lipsk, 1934.

Bruner W. i Kopankiewicz Z. Nowe Ubezpieczenia Społeczne. Warszawa, 1934.

Rehberg T. Welche Einteilung der Lungen tuberkulose eignet sich am besten für praktische Zwecke der Statistik. Ergebnisse v. gesant The Forschung. Tom VII. Lipsk, 1935.

DR. STANISŁAW FISCHLOWITZ

UBEZPIECZENIE MARYNARZY W MIĘDZYNARODOWEM USTAWODAWSTWIE PRACY

I. Uwagi wstępne.

W okresie rozwoju naszej marynarki handlowej nabiera szczególnego znaczenia zagadnienie warunków społecznych pracy marynarzy. Zagadnienia tego nie zdołaliśmy rozwiązać dotąd w całej rozciągłości. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej wydane w porozumieniu z Ministrem Prz. i H. z dnia 29 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 1, poz. 1 z r. 1934) dotąd jeszcze w dużej mierze niewprowadzone w życie, nie dostosowało, zdaniem naszem, w sposób zupełnie dostateczny i zadawalający ubezpieczeń społecznych do szczególnych warunków pracy marynarzy. Nie może zaś chyba ulegać wątpliwości, że rozwój marynarki handlowej, dokonywany zresztą, jak wiadomo, ieśli chodzi o ostatnie jej szczególnie doniosłe nabytki przy wydatnym współudziale finansowym ubezpieczeń społecznych (pożyczka udzielona przez Z. U. P. U. potem przez Z. U. S. Linji Gdynia-Ameryka w łącznej wysokości 19 i pół milj zł.), nie powinna odbywać się kosztem krzywdy marynarzy w zakresie uprawnień, które winny im przysługiwać w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Wyjątkowe ryzyko społeczne i zawodowe pracy marynarza nakazuje zabezpieczenie mu należytej ochrony społecznej, która nie będzie w żadnej innej formie równie skuteczna jak w formie ubezpieczeniowej — jakkolwiek ubezpieczenie społeczne marynarzy wymaga ze względu na szczególne i wyjątkowe techniczne i miejscowe warunki pracy marynarzy pewnego uzupełnienia w drodze świadczeń, dostarczanych mu przez samego jego pracodawcę.

Dobrze więc stało się, że w chwili, gdy powinniśmy przystąpić do ponownego przepracowania programu ochrony ubezpieczeniowej marynarza, dokonywane są na terenie międzynarodowym prace nad rozszerzeniem na marynarzy międzynarodowego ubezpieczeniowego ustawodawstwa pracy. Prace nad ubezpieczeniem społecznem marynarzy, rozpoczęte już dość dawno, bo ieszcze na XIII sesji Międzynarodowej Konferencii Pracy, dokończone będą w roku bieżącym na XXI-ej jej sesji, która ma odbyć się w jesieni roku bieżącego.

Badając sposób, w jaki ujęto sprawę ubezpieczenia marynarzy (postawioną na porządku obrad Międzynarodowej Konferencji Pracy), nie możemy nie zauważyć już na pierwszy rzut oka pewnego szczególnego charakteru wielkiego tego zagadnienia. Zagadnienie to sformułowane bowiem zostało jako kwestja „ochrony marynarzy na wypadek choroby wraz z leczeniem osób uszkodzonych na pokładzie statku". Jak już wynika z powyższego sformułowania, wymaga więc unormowania zarówno 1) sprawa świadczeń, które mają być udzielane przez armatorów marynarzom, a które naogół wynikają z zobowiązań nałożonych na nich przez kodeksy morskie i kodeksy handlowe jak i 2) sprawa obowiązkowego ubezpieczenia marynarzy na wypadek choroby. Obie te formy ochrony marynarzy przeciw zagrażającym ich egzystencji ryzykom zawodowej i społecznej natury związane są z sobą jak najściślej, stanowiąc jedną organiczną całość. Właściwie określenie wzajemnego stosunku między pomocą udzielaną marynarzowi w drodze ubezpieczeniowej i pozaubezpieczeniowej jest zasadniczem i wstępnem zagadnieniem, wymagającem rozwiązania w ramach reglamentacji ochrony społecznej marynarza.

Nie bez związku z powyższą różnicą pozostaje fakt, że reglamentacja ma nastąpić nie w formie jednej konwencii, która objęłaby swym zakresem działania oba rodzaje pomocy społecznej, lecz w drodze dwóch konwencyj, z których *jedna byłaby poświęcona indywidualnym zobowiązaniom armatorów w stosunku do marynarzy chorych lub uszkodzonych, a druga ubezpieczeniu marynarzy na wypadek choroby.*

Sytuacja proceduralna, w jakiej znajduje się zagadnienie to na płaszczyźnie prac ustawodawczych Międzynarodowej Organizacji Pracy, przedstawia się tak, że już w roku 1929 na XIII sesji Konferencji przeprowadzona została pierwsza dyskusja w tej sprawie, poczem opracowany został przez Biuro kwestjonarjusz, na który odpowiedziało 27 państw (poza któremi 7 państw zawiadomiło Biuro, że nie udziela odpowiedzi na kwestjonarjusz ze względu na ograniczone swe zainteresowanie materją, stanowiacą przedmiot ustawodawstwa). Opierając się na odpowiedziach rządów, Międzynarodowe Biuro Pracy opracowało jeszcze w r. 1931 w myśl obowiązujacych regulaminów, wstępne projekty konwencyi, które mają stanowić podstawę prac tegorocznej (XXI) sesji Konferencji.

II. Zobowiązania armatorów w stosunku do marynarzy.

W przeciwieństwie do ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy, które stanowi stosunkowo nowy dział ustawodawstwa społecznego, zobowiązania armatorów z tytułu choroby lub wypadku przy pracy, opierają się na starej tradycji zwyczajowego prawa morskiego, powstałego jeszcze w średniowieczu.

Wśród komplikacyj tej dziedziny prawa, które odegrały doniosłą rolę zarówno w wiekach średnich, jak i w okresie nowożytnym, wysuwają się na plan pierwszy słynne „Roles d'Oleron" stanowiące zbiór najważniejszych orzeczeń Trybunału z Oleron, a stosowane naogół w marynarce Atlantyku, Morza Północnego i Bałtyckiego oraz „Consolato del Mare", pochodzące z Barcelony lub, jak inni twierdzą, z Genui, stanowiące kompilację zwyczajów, stosowanych przez konsularne trybunały. Najważniejszą kodyfikację wewnętrzno-państwową prawa morskiego stanowiła natomiast głośna „Ordonnance sur la marine" z r. 1681, wydana z inicjatywy Colberta przez Ludwika XIV. W wieku XVIII a zwłaszcza XIX powstaje cały szereg narodowych kodeksów prawa marynar-

skiego, które obejmują rónież swym zakresem ważną dziedzinę społecznych praw marynarza.

Sama zasada zobowiązań ciążących na armatorze w stosunku do zatrudnionych u niego marynarzy w razie ich choroby lub wypadku nie może ulegać wobec ścisłego związania pracy marynarza na statku z armatorem żadnej wątpliwości. Nic więc dziwnego, że z pomiędzy 27 państw, które odpowiedziały na kwestjonarjusz, 24 państwa wypowiadają się za opracowaniem projektu konwencji, któraby międzynarodowo uświęciła tę zasadę. Niektóre państwa tylko (jak W. Brytanja, Finlandja, Norwegja i Holandja) zgadzając się z samą ideą reglamentacji międzynarodowej, zaproponowały, by konferencja ograniczała się do potwierdzenia ogólnych norm przewodnich, nie wchodząc w bliższe szczegóły pomocy udzielanej przez pracodawców pracownikom.

Pierwsze zagadnienie, które wymaga rozwiązania przy sposobności reglamentacji zobowiązań pracodawców, to sprawa zakresu reglamentacji i to zarówno co do statków, jak i co do osób, które byłyby objęte międzynarodowym systemem świadczeń armatorów dla marynarzy. Zobowiązania armatorów w świetle poszczególnych ustawodawstw stosują się czy to do załogi 1) wszystkich okrętów danego państwa, czy też 2) okrętów handlowych, czy też wreszcie 3) statków zarejestrowanych.

Konwencja ma rozciągać się na osoby zatrudnione na pokładzie statków przynależnych do danego państwa, wykonywających zazwyczaj morską nawigację, z wyłączeniem statków wojennych.

Od reguły tej konwencja przewiduje pewne odchylenia, które uzasadnione są szczególnemi względami, niepokrywającemi się zresztą w stosunku do różnych wyjątków. Tak więc konwencja nie ma, w myśl przyjętej dość powszechnie praktyki, stosować się do statków władz publicznych, jeżeli nie posiadają one przeznaczenia handlowego; nie obejmie ona również statków o małym tonażu (pojemność brutto 25 tonn), ponieważ w stosunku do statków tego rodzaju można przyjąć zgóry, że wobec ich rozmiarów mogą one służyć tylko do krótkich przejazdów w obrębie żeglugi przybrzeżnej, a więc zatrudnieni na nich marynarze mogą korzystać z świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby, którego nie musi w stosunku do nich zastępować armator. Podobne względy przemawiają za wyłączeniem statków, wykonywających przybrzeżne rybołóstwo, a więc przybywających z natury rzeczy bardzo często do portu, w którym załoga statku może łatwo korzystać z świadczeń ubezpieczeniowych. Z powodów technicznej i prawnej natury nie uznano za możliwe objęcie konwencją osób zatrudnionych na pokładzie na rachunek innych osób, niż armatora; wobec braku stosuku służbowego między pracownikiem tego rodzaju a armatorem, wobec niewypłacania mu przez armatora zarobku, wobec wykonywania przez niego pracy bez jakiejkolwiek zależności od armatora, nałożenie w formie kategorycznej na armatora obowiązku udzielania mu świadczeń z tytułu choroby lub wypadku natrafiałoby na zrozumiałe przeszkody. Podobne motywy przemawiają za — przewidzianem również we wstępnym projekcie Biura — wyłączeniem pilotów, i osób zatrudnionych wyłącznie w portach przy naprawie i ładowania. Nakoniec wślad za konwencją o ubezpieczeniu obowiązkowem na wypadek choroby uchwaloną w r. 1927 Biuro przewidziało możność niewykonywania prze armatora zobowiązań powyższego rodzaju w stosunku do członków własnej jego rodziny.

Jeśli chodzi o naturę ryzyk pokrywanych przez armatora, nie zachodziły — wobec jednomyślnej opinji co do tego wszystkich rządów — żadne wątpliwości, co do rozciągnięcia konwencji na chorobę, śmierć i wypadek przy pracy.

Większe trudności nasunęło natomiast ustalenie okresu, w którym byłaby sprawowana przez armatora opieka nad marynarzem z tytułu tych ryzyk. Wbrew niektórym propozycjom, zmierzającym ku zwężeniu lub rozszerzeniu tego okresu, Biuro proponowało formułkę, z której wynika, że okres ten rozpoczyna się z chwilą zaangażowania marynarza a kończy się z chwilą rozwiązania z nim stosunku pracy. W społecznem ustawodawstwie marynarzy odgrywa szczególnie doniosłą rolę sprawa ustalenia zdarzeń losowych, uzasadniających w zakresie poszczególnych ryzyk udzielanie marynarzowi świadczeń socjalnych. W szczególności sporne jest pod tym względem zagadnienie związku przyczynowego pomiędzy służbą marynarza a zdarzeniem losowem, stwarzającem prawo do świadczeń. W stosunku do chorób, na które marynarz zapadł w okresie czasu, na które rozciąga się przysługująca mu ustawowo ochrona, naogół nie wymaga się, by związek ten zachodził. Bardziej surowe są jednak pod tym względem ustawodawstwa o ochronie marynarzy w stosunku do wypadków. Idąc po linji dużej większości odpowiedzi rządowych na kwestjonarjusz, (Międzynarodowe Biuro Pracy we wstępnym projekcie konwencji przyznało poszczególnym państwom możność zwalniania armatorów z obowiązku udzielania świadczeń zarówno z tytułu wypadków, które nie zaszły podczas służby na okręcie, jak i z tytułu chorób i wypadków, które należy przypisywać świadomemu niedbalstwu marynarza lub też z tytułu chorób albo ułomności, celowo ukrywanych przez marynarza w chwili, gdy został zaangażowany przez armatora.

Świadczenia udzielane z tytułu tych zdarzeń losowych przez armatora zarówno na lądzie, jak i na morzu, zarówno w porcie obcym, jak i własnym, mają obejmować z jednej strony pomoc leczniczą i dostarczanie lekarstw i innych środków terapeutycznych o odpowiedniej jakości i ilości, a z drugiej strony utrzymanie i mieszkanie.

Z uwagi na szczególny związek między zobowiązaniami pracodawcy z jednej strony a pomocą udzielaną z ubezpieczenia na wypadek choroby z strony drugiej, największe trudności sprawiać musi przy unormowaniu obowiązków armatorów ustalenie terminu, w którym kończą się zobowiązania nałożone w tym zakresie na pracodawcę. Dały się tu w konsultacji rządów zauważyć trzy propozycje. Pierwsza zmierzała do zapewnienia marynarzowi pomocy na rachunek armatora do chwili wyzdrowienia lub repatrjacji, druga dążyła do zabezpieczenia mu świadczeń ze strony armatora do wyzdrowienia marynarza lub uznania jego choroby za nieuleczalną lub też do chwili ostatecznego ustalenia się skutków wypadku, trzecia wreszcie szła w kierunku ścisłego sprecyzowania okresu czasu, po którego upływie kończyłyby się zobowiązania pracodawców. Nie trudno przewi-

dzieć, że ciekawa formułka kompromisowa przygotowana w tej mierze przez Międzynarodowe Biuro Pracy nie będzie jednak milcząco przyjęta przez Konferencję, lecz wywoła dłuższą dyskusję, w której napewno ujawnią się duże rozbieżności zapatrywań. Międzynarodowe Biuro Pracy sugeruje mianowicie Konferencji przyjęcie rozwiązania, które polegałoby na tem, że marynarz chory lub uszkodzony miałby prawo do opieki na koszt armatora do chwlii wyzdrowienia lub uznania jego choroby za nieuleczalną, albo też do chwili, gdy jego niezdolność do pracy, uznana będzie za trwałą. W każdym razie ustawodawstwa mogą w myśl propozycji Biura przewidywać, że zobowiązania armatorów kończyć się będą z chwilą upływu pewnego okresu czasu, który nie może być krótszy od 16 tygodni od początku choroby lub zajścia wypadku. Poza tem w państwach, posiadających obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby i od wypadków lub odszkodowanie za wypadki przy pracy, które stosują się do marynarzy, armator mógłby być zwolniony z obowiązku udzielania świadczeń z dniem, z którym w myśl ustawy rozpoczynają się świadczenia przyznawane na mocy ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

W toku dotychczasowych prac przygotowawczych nad konwencją rozważana była sprawa ewent. uwzględnienia w jej tekście przepisów, któreby przewidywały możliwość zwolnienia armatora lub jego przedstawiciela (kapitana okrętu) z zobowiązań, o których wyżej mowa, z chwilą, gdy odpowiedzialność na udzielanie tych świadczeń przechodzi na odpowiednią władzę konsularną czy inną państwa ojczystego. W wyniku konsultacji Międzynarodowe Biuro Pracy wypowiada się jednak za pominięciem unormowania tego zagadnienia w konwencji. Podobnie Międzynarodowe Biuro Pracy nie uznało za właściwe, by konwencja regulowała sposób pokrywania przez armatora obciążających go świadczeń, czy to w formie bezpośredniego pokrywania kosztów świadczeń rzeczowych przez armatora, czy też w drodze opłacania przez niego odpowiednich ryczałtów lub też, by normowała system zaliczek i kaucyj, któreby miały zabezpieczyć udzielanie świadczeń marynarzowi, zwłaszcza na wypadek opuszczenia przez niego statku w obcym porcie.

Duże znaczenie praktyczne posiada sprawa wypłacania przez armatora zarobku w okresie czasu, gdy marynarz na skutek choroby lub wypadku utracił zdolność zarobkowania. Dążąc do zabezpieczenia egzystencji w tej sytuacji nie tylko marynarzowi, lecz również jego rodzinie, konwencja nakazuje wypłacanie w tej sytuacji pełnego zarobku w razie, gdy pozostaje na pokładzie, a po opuszczeniu przez niego pokładu statku całego zarobku lub też jego części w warunkach określonych przez wewnętrzne ustawodawstwo do chwili wyleczenia marynarza lub też uznania jego choroby za neuleczalną albo jego niezdolności zarobkowania za trwałą; przytem możliwe jest ustalenie przez ustawodawstwo poszczególnych państw, że obowiązki armatora ustają jeszcze przed terminami określonemi ostatnio, z chwilą upływu okresu czasu, który nie może być jednak krótszy od 16 tygodni. Obowiązki w tym zakresie mogą również skończyć się z chwilą, gdy podejmuje wypłatę świadczeń pieniężnych ubezpieczenie, którem marynarz był objęty. Osobny dział świadczeń pracodawców stanowi zapewnienie kosztów repatrjacji marynarza chorego lub uszkodzonego, który w związku z chorobą lub wypadkiem musiał opuścić pokład statku. Szczególne trudności nasuwa tu określenie portu, do którego marynarz miałby być repatrjowany. Wchodzi tu zwłaszcza w grę port, w którym marynarz został zaangażowany, port, z którego wyjechał statek lub jeden z portów kraju ojczystego marynarza. Praktyka stosowana pod tym względem w poszczególnych państwach jest bardzo różna. Biuro doszło do wniosku, że nie należy w konsekwencji angażować się za jednem z trzech możliwych tu rozwiązań; toteż projekt Biura przewiduje, że obowiązkom swym armator uczyni zadość w razie repatrjowania marynarza do portu określonego w jeden z trzech powyższych sposobów, albo do portu, który byłby ustalony w drodze porozumienia między marynarzem a kapitanem lub armatorem za zgodą właściwej władzy.

Z tytułu śmierci, która zaszła na pokładzie albo też (w okresie czasu w którym zmarłemu przysługiwałyby świadczenia od armatora) również na lądzie, armator winien pokrywać koszty pogrzebu marynarza. Z drugiej strony jednak ustawodawstwa poszczególnych państw będą mogły przewidywać zwrot kosztów, które poniósł armator, przez instytucję ubezpieczeniową, jeżeli ustawodawstwo to zobowiązane jest do pokrywania świadczeń tego rodzaju. Niezależnie od powyższego armator obowiązany jest do zabezpieczenia mienia marynarza, który zmarł, albo opuścił statek na skutek choroby lub wypadku.

Ustawodawstwa poszczególnych państw winny nakoniec, w myśl projektu konwencji przygotowanego przez Międzynarodowe Biuro Pracy, zapewnić szybkie i tanie rozstrzyganie sporów, które mogłyby powstać co do wykonywania przez pracodawców zobowiązań, jakie ciążą na nich z tytułu choroby, wypadku lub śmierci. W szczególności ustawodawstwa winny ustanowić władzę powołaną do podejmowania w tej mierze tymczasowych decyzyj w stosunku do sporów, powstających zagranicą.

Osobne zagadnienie wymagające w świetle praktyki poszczególnych państw międzynarodowego uregulowania, wiąże się z uregulowaniem sytuacji prawnej w powyższym zakresie obywateli obcych. Cały szereg państw północnej Europy, rozróżnia w zakresie zobowiązań pracodawców na rzecz marynarzy, którzy zachorowali lub ulegli wypadkowi przy pracy, zobowiązania w stosunku do obywateli własnych i obcych. Tak więc w Danji, Finlandji, Norwegji, i Szwecji okres obciążającej armatora pomocy na rzecz marynarza, który w związku z chorobą lub wypadkiem musiał opuścić statek zagranicą, wynosi w stosunku do obywateli własnych 12 tygodni a w stosunku do obywateli obcych 6 tygodni. Prawo do repatrjacji na rachunek armatora przysługuje w myśl ustawodawstwa duńskiego, fińskiego, norweskiego i szwedzkiego wyłącznie obywatelom własnym. Międzynarodowe Biuro Pracy, nie kwestjonując samej zasady zrównania w tym zakresie obywateli obcych z własnymi, nie mogło jednak zdecydować się co do tego, czy zasada równouprawnienia obywateli obcych z własnymi ma stosować się do wszystkich obywateli obcych, czy też — jak tego żądały Danja, Finlandja, Norwegja i Szwecja — tylko do obywateli państw, które raty-

fikowały konwencję. Nie mogąc uporać się ze sprawą warunku wzajemności, spornego w świetle odpowiedzi rządowych, Międzynarodowe Biuro Pracy pozostawiło sprawę tę — rzecz ciekawa — w całości do rozstrzygnięcia Konferencji, nie poświęcając jej żadnej z klauzul przygotowanego przez nią projektu konwencji. Sprawa ta posiada dla Polski w przeciwieństwie do analogicznego zagadnienia w obrębie innych dziedzin ustawodawstwa społecznego — z uwagi na sytuację faktyczną w naszej marynarce handlowej — raczej znaczenie jako sprawa traktowania przez Polskę obywateli obcych, niż obywateli polskich przez państwa obce.

III. Ubezpieczenie marynarzy na wypadek choroby.

Ochrona ubezpieczeniowa potrzebna jest w szczególności zarówno marynarzom chorym w chwili, gdy kończą się w stosunku do nich zobowiązania ich pracodawcy, jak i marynarzom, którzy z tych czy z innych względów nie mogą ubiegać się o pomoc z jego strony, jak wreszcie członkom rodziny marynarza, na których nie rozciągają się świadczenia udzielane przez armatora. Z tych wszystkich względów znaczna większość państw morskich uruchomiła ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy — często obejmując ich równocześnie innemi gałęziami ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy opiera się w poszczególnych państwach na różnych podstawach. Niektóre z tych państw powołały do życia ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy, jako osobny dział ubezpieczeń społecznych, oddzielony prawnie, organizacyjnie i materjalnie od ubezpieczenia przeciw temu ryzyku innych gategoryj i grup pracowników najemnych. W innych znów państwach ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy, włączone zostało do ogólnego systemu społecznego ubezpieczenia chorobowego, przyczem jednak niejednokrotnie ubezpieczenie to w stosunku do marynarzy wykonywane jest przez odrębne instytucje ubezpieczeniowe.

Zasadniczo przychylny stosunek większości państw morskich do idei ubezpieczenia społecznego marynarzy sprawił, że kwestjonarjusz Międzynarodowego Biura Pracy w sprawie uchwalenia konwencji poświęconej ubezpieczeniu na wypadek choroby marynarzy, spotkał się naogół z życzliwem przyjęciem. Żadne z państw nie wystąpiło przeciw międzynarodowej reglamentacji ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy. Co najwyżej niektóre z nich wysunęły pewne zastrzeżenia, wypowiadając się za raczej skromnem ujęciem zakresu zobowiązań międzynarodowych, dotyczących tej dziedziny ustawodawstwa społecznego. Tak więc Portugalja zaproponowała przyjęcie w tej sprawie zalecenia zamiast konwencji; Afryka Południowa zaś, Australja i Indje wyjaśniły powody, dla których zajęły narazie stanowisko życzliwej neutralności w stosunku do sprawy uchwalenia ubezpieczeniowej konwencji marynarskiej. Zarówno wreszcie Holandja, jak i Danja oraz Szwecja podkreśliły, w odpowiedzi na kwestjonarjusz, że, nie posiadając narazie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy, nie mogą współdziałać czynnie w pracach nad uchwaleniem konwencji, które zgóry bez żadnych wahań czy wątpliwości zmierzały do uchwalenia konwencji o ubezpieczeniu, opartem na prawno-publicznym przymusie ubezpieczeniowym.

Na pracach nad uchwaleniem konwencji o ubezpieczeniu na wypadek choroby marynarzy, musiał zdecydowanie zaciążyć fakt, że reglamentację tej gałęzi ubezpieczeń społecznych w stosunku do marynarzy, poprzedziło uchwalenie jeszcze w r. 1927 dwóch konwencyj o ubezpieczeniu na wypadek choroby, obejmujących swym zakresem działania: jedna z nich — pracowników przemysłu i handlu oraz służbę domową, druga zaś — pracowników zatrudnionych w rolnictwie.

Nic więc dziwnego, że jako punkt wyjścia prac nad unormowaniem ubezpieczenia marynarzy, służyć musiały obie powyższe konwencje, przyczem teksty uchwalone w r. 1927 Międzynarodowe Biuro Pracy starało się tylko dostosować do odrębnych warunków technicznych i prawnych, związanych z odmiennemi stosunkami pracy marynarza.

Rozpatrując stosunek do obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy tych wszystkich państw, które wprowadziły już ubezpieczenie marynarzy przeciw powyższemu ryzyku (a stanowią one znaczną większość państw morskich), należy stwierdzić, że wszystkie one bez wyjątku stoją w dalszym ciągu na gruncie obowiązku ubezpieczeniowego w tym zakresie, podkreślając duże walory praktyczne objęcia tą gałęzią ubezpieczeń społecznych pracowników morskich, narażonych w szczególnym stopniu na ryzyko choroby.

Opierając się na odpowiedziach, udzielonych przez poszczególne państwa, Międzynarodowe Biuro Pracy opracowało wstępny projekt konwencji, którego losy zadecydowane będą na XXI sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy (październik 1936 r.).

Nie może ulegać wątpliwości, że Międzynarodowa Konferencja Pracy, uchwalając projekt konwencji poświęcony tej dziedzinie, będzie musiała rozstrzygnąć w zasadzie te same zagadnienia sporne, które wymagać będą uregulowania w odniesieniu do świadczeń obciążających armatora w stosunku do marynarza. Niemniej między reglamentacją jednej i drugiej dziedziny ochrony na wypadek choroby marynarza, mogą zachodzić pewne istotne różnice. Nie trudno np. zauważyć, że jeżeli za wyłączeniem pewnych kategoryj marynarzy z konwencji pierwszej, o której była mowa powyżej, przemawiał ten wzgląd, że mogą oni w całej rozciągłości i bez jakichkolwiek trudności korzystać z świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy, to wyłączenie ich z konwencji pierwszej przemawia szczególnie silnie i dobitnie za włączeniem ich do konwencji drugiej. To też nawet uzgodnienie zasad konwencji o obowiązkach armatorów, bynajmniej nie przesądzi jeszcze samo przez się o takiem lub innem sformułowaniu konwencji o ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Opierając się na wynikach konsultacji rządów, Międzynarodowe Biuro Pracy zaproponowało, by obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy stosowało się do wszystkich osób zatrudnionych na pokładzie statku, przynależnego do państwa, które ratyfikowało konwencję, a prowadzącego żeglugę lub rybołóstwo morskie, z wyłączeniem statków wojennych. Ustawodawstwa poszczególnych państw

będą mogły wprowadzać wyjątki od zasady obowiązku ubezpieczenia wyłącznie w stosunku do 1) osób zatrudnionych na pokładzie statków publicznych (jeżeli statki te nie mają charakteru handlowego); 2) pracowników nie zamieszkałych na obszarze państwa; 3) pracowników, którzy nie osiągnęli określonej granicy wieku, lub też ją przekroczyli; 4) kapitanów i oficerów otrzymujących wynagrodzenie wyższe od przeciętnego; 5) członków rodziny pracodawcy i 6) pilotów.

Rozważając wszystkie te wyjątki należy zwrócić uwagę na fakt, że mimo przeciwnych pozorów nie są one zbyt rozległe; uzmysłowimy to sobie, jeżeli stwierdzimy, że brak tu zwłaszcza wyjątku w stosunku do statków o małej pojemności. Wyjątek taki był proponowany przez Finlandję, Łotwę i Japonję, ale nie spotkał się z przychylnem przyjęciem przez inne państwa; przeważyła tu opinja, że potrzeba ubezpieczeniowej opieki jest w stosunku do pracowników małych statków jeszcze większa, niż w odniesieniu do załogi statków wielkich, korzystającej naogół w szerszym zakresie z pomocy ze strony pracodawcy. Odrzucono również wnioski, zmierzające do ograniczenia ubezpieczenia na wypadek choroby marynarzy, do osób „zatrudnionych na pokładzie na rachunek armatora" i to tylko — według innych propozycyj — „w sposób trwały" lub „w zakresie działów pracy związanych z właściwą nawigacją". Odpadły również restrykcje proponowane przez rządy belgijski, fiński, irlandzki, łotewski i norweski, związane z obywatelstwem marynarzy; jeżeli przyjęto natomiast wyjątek, dotyczący marynarzy, posiadających stałe miejsce zamieszkania poza krajem, pod którego flagą płynie statek, to wychodzono tu najwidoczniej z założenia, że w świetle większości obowiązujących obecnie w tym zakresie ustawodawstw, poddanie obowiązkowi ubezpieczenia marynarzy, posiadających stałe zamieszkanie zagranicą, nałożyłoby tylko na nich ciężary składkowe bez zapewnienia im wzamian za to należnego ekwiwalentu świadczeniowego, ponieważ z dobrodziejstw ubezpieczeniowych korzystać można naogół tylko w razie pobytu w kraju, w którym funkcjonuje ubezpieczenie. Wypada również podkreślić odrzucenie przez Międzynarodowe Biuro Pracy sugerowanych przez niektóre państwa wyjątków, co do funkcjonarjuszów publicznych, posiadających dostateczne zabezpieczenie pozaubezpieczeniowe, uczniów, otrzymujących tylko wynagrodzenie w naturze, osób zatrudnionych przy ładowaniu i wyładowywaniu i t. p. Inne przyjęte przez Biuro wyjątki pokrywają się naogół mutatis mutandis z wyjątkami, uwzględnionemi już w konwencjach z r. 1927 w stosunku do innych kategoryj pracowników najemnych.

Ubezpieczenie pokrywa choroby, na które marynarz zapada w okresie czasu, w którym jest zaangażowany przez armatora. Idąc po linji większości odpowiedzi, które zmierzają do rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej również i na choroby nabyte w okresie czasu następującym bezpośrednio po rozwiązaniu stosunku zatrudnienia, Międzynarodowe Biuro Pracy przewidziało w konwencji rozszerzenie w tym kierunku świadczeń ubezpieczeniowych, powierzając jednak ustawodawstwom poszczególnych państw ustalenie tego okresu czasu.

Przechodząc do omówienia gatunkowej treści świadczeń, które mają być objęte ubezpieczeniem na wypadek choroby marynarzy w ramach konwencji, należy podkreślić, że mają się na nie składać zarówno świadczenia pieniężne, jak i rzeczowe.

Z uwagi na trudności, które mogą przeciwstawiać się udzielaniu świadczeń w razie pobytu zagranicą konwencja upoważnia państwa do wstrzymywania świadczeń, w razie pobytu uprawnionego na pokładzie statku. Konwencja nie mogła jednak przejść do porządku dziennego nad szczególną sytuacją zamieszkałych w kraju członków rodziny marynarza, który straciwszy na skutek choroby prawo do zarobku, znajduje się zagranicą, nie mogąc zapewnić swej rodzinie środków utrzymania. Biorąc to pod uwagę, konwencja ma przewidywać udzielanie w tej sytuacji zasiłku w okresie czasu od wygaśnięcia prawa marynarza do zarobku do dnia jego powrotu do kraju, w którym znajduje się siedziba instytucji ubezpieczeniowej.

Główne świadczenie pieniężne ubezpieczenia ma stanowić zasiłek chorobowy.

Idąc po linji odpowiedzi większości państw, konwencja, stosownie do wniosku Biura, ma upoważnić państwa do uzależniania prawa do zasiłku od przebycia odpowiedniego okresu ubezpieczeniowego oraz okresu karencji od chwili, gdy stracił zdolność do pracy; okres karencji nie może przekraczać kilku dni.

Zarówno konwencje o ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników przemysłowych i handlowych jak i o ubezpieczeniu przeciw temu ryzyku pracowników rolnych, nie zawierają, jak wiadomo, żadnej normy ustalającej ściśle wysokość zasiłków pieniężnych. Również i konwencja o ubezpieczeniu na wypadek choroby marynarzy nie ma zawierać żadnego przepisu w tej mierze. Natomiast stawia ona zasadę, że zasiłek udzielony chorym marynarzom, nie będzie mógł być określony poniżej poziomu stawek zasiłkowych ogólnego ubezpieczenia na wypadek choroby, jeżeli funkcjonuje ono w danem państwie, nie obejmując jednak marynarzy.

Ubezpieczenie na wypadek choroby pokrywa zasadniczo ryzyko choroby, nie biorąc pod uwagę stosunku między wolą ubezpieczonego a zapadnięciem przez niego na chorobę. Według panujących obecnie w ubezpieczeniach społecznych marynarzy poglądów na tę sprawę nie może ono jednak przechodzić do porządku dziennego nad szczególną sytuacją, jaka istnieje w wypadku, gdy choroba jest wynikiem świadomego niedbalstwa ubezpieczonego. To też konwencja sankcjonuje zgóry przepisy ustawodawstw, które przewidują wstrzymanie w tej sytuacji wypłaty zasiłku, lub też ograniczenie jego wymiaru.

Międzynarodowemu Biuru Pracy nie nasunęło większych trudności określenie czasu, w którym ubezpieczonemu winien przysługiwać zasiłek. Opierając się na pierwowzorach konwencyj z r. 1927, zaproponowało ono, by zasiłek przysługiwał choremu w ciągu pierwszych 26 tygodni niezdolności do pracy, poczynając od pierwszego dnia, za który otrzymał zasiłek. W braku dostatecznej większości w odpowiedziach rządów za podwyższeniem zasiłku chorobowego w stosunku do marynarzy, posiadających ciężary rodzinne, Biuro nie proponuje żadnych imperatywnych postanowień w tej mierze, przewidując tylko wśród

klauzul fakultatywnych, poświęconych pomocy na rzecz członków rodziny, również i możność udzielenia tej pomocy w formie powyższej.

Jako świadczenia rzeczowe konwencja ma obejmować udzielanie bezpłatne ubezpieczonym, od chwili początku choroby co najmniej przez okres, w którym przysługuje prawo do zasiłku chorobowego, pomocy lekarskiej wraz z lekarstwami i innemi środkami terapeutycznemi w dostatecznej ilości i jakości. Konwencja dopuszcza jednak możność nałożenia na ubezpieczonych współudziału w pokryciu kosztów leczenia. Określając ściślej pewną szczególną formę lecznictwa, konwencja ma przewidywać, że w wypadkach, gdy wymagać tego będą okoliczności zachodzące w danym przypadku, instytucja ubezpieczenia na wypadek choroby powinna mieć możność udzielania choremu pomocy szpitalnej, obejmującej również i pełne jego utrzymanie.

Duże rozbieżności zapatrywań nasunęła sprawa udzielania świadczeń leczniczych rodzinie ubezpieczonego. Część państw wypowiedziała się kategorycznie za rozszerzeniem w tym kierunku konwencji. Należały do nich w szczególności: Niemcy, Hiszpanja, Chiny, Italja, Norwegja, Polska i Jugosławja. W przeciwnym kierunku wypowiedziały się jednak Belgja, Kuba, Finlandja, Francja, W. Brytanja, Japonja, Irlandja, Łotwa i Portugalja. Wobec takich wyników konsultacyj, Biuro zdecydowało się tylko na zamieszczenie w konwencji — pozbawionej istotnego waloru społecznego — klauzuli fakultatywnej, przewidującej możność udzielania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych na rzecz członków rodziny ubezpieczonego, żyjącej w nim we wspólnem gospodarstwie domowem i na jego rachunek. Wydaje się, że punkt ten będzie jednak należeć do punktów, które wywołają na Konferencji duże różnice poglądów.

Idąc konsekwentnie po tej linji, konwencja przewiduje z tytułu macierzyństwa świadczenia w formie obowiązkowej wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, pozostawia zaś kwestję świadczeń tego typu w stosunku do członków rodziny ubezpieczonego, również wyłącznie w formie klauzuli fakultatywnej. W razie śmierci, ubezpieczenie ma udzielać zasiłku pogrzebowego członkom rodziny zmarłego lub też pokrywać bezpośrednio koszty pogrzebu. Udzielanie zasiłku pogrzebowego nie będzie jednak obowiązywać tych państw, które ustanowiły system ubezpieczenia emerytalnego na rzecz pozostałych członków rodziny.

Rzucając okiem wstecz na przepisy świadczeniowe konwencji, nie możnaby nie zauważyć, że posiadają one naogół poziom stosunkowo skromny; pod niektóremi względami konwencja, oparta na projekcie Biura, pozostałaby nawet w tyle poza przeciętnym poziomem międzynarodowego ubezpieczeniowego ustawodawstwa pracy.

Finansowo ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy ma opierać się na składce pracodawcy i ubezpieczonego. Ustawodawstwo poszczególnych państw może zadecydować, czy do współudziału w pokrywaniu kosztów tej gałęzi ubezpieczeń społecznych, byłyby pociągnięte również władze publiczne.

Administracja ubezpieczenia na wypadek choroby, ma być powierzona instytucjom o charakterze samorządnym, pozostającym pod administracyjnym i finansowym nadzorem władz publicznych, i nie posiadającym celów zarobkowych. Ubezpieczeni mają uczestniczyć w administracji ubezpieczenia, w warunkach które ustali ustawodawstwo poszczególnych państw; do ustawodawstwa tego należeć będzie również zadecydowanie co do udziału we władzach instytucyj ubezpieczeniowych pracodawców i innych czynników zainteresowanych.

Konwencja przyznaje ubezpieczonym prawo rekursu w sporach o świadczenia.

Konwencja nie wypowiada się natomiast zdecydowanie co do tego, czy spory powyższego rodzaju mają być rozstrzygane przez specjalne organy orzecznicze, czy też przez sądownictwo ogólne, ograniczając się tylko do podania zasady, że procedura przewidziana przy rozstrzyganiu tych sporów winna być szybka i nie powinna narażać ubezpieczonych na większe koszty.

ZAGADNIENIA ORGANIZACYJNE

T. CISZEWSKI

PODZIAŁ TERYTORJALNY UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH

(Artykuł dyskusyjny).

Istniejący obecnie podział obszaru Polski [1]) na 65 różnej wielkości Ubezpieczalni Społecznych, nasuwa szereg zastrzeżeń. Między poszczególnemi ubezpieczalniami cyfry odnoszące się do obszaru, liczby ubezpieczonych, przypisu składek wykazują ogromną rozpiętość:

Obszar najmniejszej terytorjalnie U. S. w Chrzanowie wynosi 722 km², największej U. S. w Wilnie — 29.000 km².

Najmniejszą ogólną liczbę ubezpieczonych ma U. S. w Brzeżanach — 6.189, największą U. S. w Warszawie [2]) — 306.701. Miesięczny przypis składek wynosi w U. S. w Brzeżanach — 10.796 zł., w U. S. w Warszawie [3]) — 6.665.250 zł.

Różnice więc są bardzo znaczne. Wobec jednakowych statutowo zadań, zakresu funkcji, obowiązków względem ubezpieczonych, a takiej rozpiętości zasadniczych składników jak obszar, liczba ubezpieczonych, przypis składek, wyłania się pytanie, jakie proporcje są najbardziej wskazane i jaki typ ubezpieczalni jest zdolny do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju?

Czynnikami niewątpliwie najsilniej na możność prawidłowego funkcjonowania wpływającymi są:

1) finanse,

2) sprawność administracji własnej i nadzorczej,

3) koordynacja współpracy z bratniemi instytucjami, z urzędami państwowemi, samorządowemi i ze społeczeństwem.

[1]) Prócz Górnego Śląska.
[2]) Według danych z 31.I.1936.
[3]) Listopad 1935.

Co do finansów to ubezpieczalnie opierają swój budżet głównie na składkach ubezpieczenia chorobowego, więc uniezależnienie się przedewszystkiem od większych wstrząsów finansowych (jak n. p. zamknięcia dużego zakładu pracy, wybuchu epidemji i t. p.) poprzez rozłożenie ryzyka na większy obszar jest bezwątpienia wskazane, gdyż te z mniejszych ubezpieczalni, które opierają swoje finanse głównie na jednym wielkim zakładzie lub nawet kilku, w razie zamknięcia go (ich), wpadają w trudną sytuację materjalną. Lecz potrzeba rozłożenia ryzyka występuje nawet w ubezpieczalniach o dużej liczbie ubezpieczonych, a terytorjalnie małych, jak n. p. w U. S. w Łodzi, liczącej 154.881 ubezpieczonych [2]), a posiadającej obszar tylko 952 km²; na tym małym obszarze skupiony jest przemysł włókienniczy i ściśle z nim związane gałęzie produkcji. Zastój w przemyśle włókienniczym musi wywołać potężny wstrząs dla tak wykrojonej Ubezpieczalni. Powiększenie terytorjalne, a co za tem idzie wprowadzenie większej różnorodności składników może ułatwić utrzymanie równowagi finansowej. Możność powiększenia okręgów ubezpieczalni istnieje, gdyż ustawa o ubezpieczeniu społecznem przewiduje likwidację ubezpieczalni, w których liczba ubezpieczonych wykazuje stały spadek ubezpieczonych na wypadek choroby, poniżej cyfry 10.000; według danych przeciętnych z 12 miesięcy 1935 roku, ubezpieczalni takich było 19-cie, a mianowicie: Baranowicze, Brzeżany, Ciechanów, Czortków, Dubno, Grodzisk, Jarosław, Kowel, Leszno, Lida, Łomża, Łuck, Pińsk, Rzeszów, Siedlce, Tarnobrzeg, Tarnopol, Tuchola, Złoczów. Jednakże nawet tak znaczna redukcja liczby ubezpieczalni, byłaby jeszcze niewystarczająca, gdyż należy pamiętać, że Ubezpieczalnie społeczne powstały w miejsce scalonych Kas Chorych, zadania zaś Kas Chorych były znacznie węższe, skutkiem więc tego, jednostki dowolnie łączone z poszczególnych powiatów, które dla organizacji ubezpieczenia chorobowego mogły być celowe, przy zwiększonym o ubezpieczenia długoterminowe, zakresie działania, wykazują szereg nietylko usterek, ale poprostu wad organicznych. Do takich wad organicznych, ściśle związanych z faktem istnienia odrębnych a małych jednostek publiczno-prawnych, należy zaliczyć nieproporcjonalnie duże koszta utrzymania ich dyrekcyj, wynoszące w małych ubezpieczalniach powyżej 30% ogólnych kosztów administracyjno-personalnych. Tak znaczne obciążenie kosztów administracyjnych powoduje w konsekwencji konieczność bardzo niskiego uposażania pozostałych pracowników i uniemożliwia odpowiednie obsadzenie etatów, na czem znów cierpi sprawność pracy ubezpieczalni. Wynikiem zaś tego jest nadmierny rozrost nadzoru i kosztów z tem związanych. Jasno to widać w takich n. p. faktach: na ubezpieczalniach ciąży obowiązek wydawania orzeczeń dla każdego zakładu pracy, zaliczających do grup i klas niebezpieczeństwa w ubezpieczeniu wypadkowem. Skutkiem braku wykwalifikowanych sił w mniejszych ubezpieczalniach, Zakład Ubezpieczeń Społecznych widział się zmuszony do wydania zarządzenia, aby przesyłano do Zakładu wnioski na w/w orzeczenia; dopiero po aprobacie Zakładu, Ubezpieczalnie mogą wydawać te orzeczenia stronom. Dla ujednostajnienia systemu, zarządzenie to obowiązuje i większe ubezpieczalnie. System ten spowodowany brakiem odpowiednich sił w Ubezpieczalniach, wywołuje tworzenie się lawin papieru i duże zwiększenie kosztów, gdyż tę samą robotę wykonują referenci Zakładu raz, referenci zaś Ubezpieczalni pisząc najprzód wnioski, a następnie wydając orzeczenia, mają podwójną pracę; — w razie zaś odrzucenia przez Zakład wniosku, sekcja wymiaru składek, ma dodatkową pracę: stornowanie dokonanych już wymiarów i naliczanie składek wypadkowych na nowo.

W razie zmniejszenia liczby ubezpieczalni: 1) powstałaby możność obsadzenia stanowisk odpowiedniemi siłami przez co wzrosłaby sprawność; 2) odpadłby szereg kosztów rzeczowych, jak: utrzymanie lokali, samochodów osobowych, służby i t. p.; 3) zmniejszyłaby się ilość rozliczeń i przekazów do bratnich ubezpieczalni, przesyłań kart przebiegu ubezpieczenia i uciążliwej korespondencji w tych sprawach; 4) zmniejszyłaby się częstotliwość zgłoszeń i formalności z tem związanych, na co silnie narzekają pracodawcy (przeważnie instytucje rządowe, mające pracowników zgłaszanych do kilku ubezpieczalń kolejno); 5) koszta nadzoru zmniejszyłyby się poważnie.

Poza tem większe ubezpieczalnie mają możność odpowiedniego urządzenia archiwów; a sprawy te, tak ważne, w mniejszych ubezpieczalniach mocno utykają spowodu braku środków.

Trudno wymienić wszystkie korzyści, jakie wypływają z tworzenia jednostek, większych, silnych. Faktem jest, że istnienie małych, biednych ubezpieczalni, o niewykwalifikowanym personelu mocno podrywa zaufanie społeczeństwa do instytucyj ubezpieczeniowych.

Dużą, następnie, wadą obecnego podziału terytorjalnego ubezpieczalni jest zupełna (poza małymi wyjątkami) odrębność okręgów ubezpieczalni i okręgów władz i urzędów państwowych, samorządowych i t. p. tak, że okręgi ubezpieczalni nie pokrywają się nietylko z podziałem administracyjnym Państwa, ale nawet nie mają dostosowania i nie pokrywają się z jakimkolwiek okręgiem instytucyj państwowych czy samorządów, powiększając przez to, już i tak istniejące w dziedzinie koordynacji, braki.

Z 65-ciu Ubezpieczalni, 14-cie obejmuje części dwóch a nawet trzech województw, a mianowicie:

1.	U. S.	w	Baranowiczach	ma	włączony	powiat	kossowski	z woj. poleskiego
2.	„	„	Brześciu	„	„	„	bielsko-podl.	„ lubelskiego
3.	„	„	Brzezanach	„	„	„	rohatyński	„ stanisławowskiego
4.	„	„	Bydgoszczy	„	„	„	sępolneński	„ pomorskiego
5.	„	„	Częstochowie	„	„	„	wieluński	„ łódzkiego
6.	„	„	Grudziądzu	„	„	„	rypiński	„ warszawskiego
7.	„	„	Krakowie	„	„	„	olkuski	„ kieleckiego
	„	„	„	„	„	„	miechowski	„ „
8.	„	„	Kutnie	„	„	„	kolneński	„ łódzkiego
	„	„	„	„	„	„	łęczycki	„ „
9.	„	„	Kowlu	„	„	„	kam. koszyrski	„ poleskiego
10.	„	„	Równem	„	„	„	stoliński	„ „
11.	„	„	Rzeszowie	„	„	„	ropczycki	„ krakowskiego
12.	„	„	Tarnobrzegu	„	„	„	mielecki	„ „
	„	„	„	„	„	„	sandomierski	„ kieleckiego
13.	„	„	Tomaszowie	„	„	„	rawski	„ warszawskiego
	„	„	„	„	„	„	opoczyński	„ kieleckiego
14.	„	„	Warszawie	„	„	„	garwoliński	„ lubelskiego

Istnienie ubezpieczalni złożonych ze skrawków 2-ch lub 3-ch województw powoduje przedewszystkiem trudności w skoordynowaniu współpracy z jednostkami tak pokrewnemi jak Wojewódzkie Biura Funduszu Pracy, które to Biura dostosowały się do administracyjnego podziału Państwa, tworząc poza miastami wojewódzkiemi, w ważniejszych ośrodkach, swe Ekspozytury. Materjały posiadane przez Ubezpieczalnie i Biura Funduszu Pracy uzupełniają się wzajemnie; ma to doniosłe znaczenie dla obu stron, szczególniej w sprawach kontroli, tak, że jak najdalej idąca współpraca tych instytucyj jest niezmiernie pożądana. A w obecnych warunkach, możność takiej współpracy wydaje się problematyczna, gdy małe ubezpieczalnie jak n. p. Tarnobrzeg lub Tomaszów muszą kontaktować się aż z 3-ma Wojew. Biurami Funduszu Pracy, gdyż każdy niemal z powiatów tych ubezpieczalni należy do innego województwa. A przecież wskazana jest daleko posunięta koordynacja nie tylko odnośnie do pokrewnych instytucji, ale współdziałanie powinno obejmować jaknajwięcej urzędów i instytucji państwowych. Bo nie tylko instytucje takie jak: Izby Skarbowe, Dowództwa Okręgu korpusu, (Okręgi P. C. K.), Dyrekcje P. K. P., Dyrekcje Poczt, Okręgi Sądowe, Kuratorja Okręgów Szkolnych i t. d. są zmuszone składać zgłoszenia, wykazy stanu zatrudnienia, wpłaty i prowadzić korespondencję z całym szeregiem ubezpieczalni, — ale również nie mogą być wyzyskane dla celów państwowych (Izb Skarbowych, Izb Gospodarczych, Głównego Urzędu Statystycznego, Wojskowości) cenne materjały, będące w posiadaniu ubezpieczalni, odnoszące się do ilości i rodzaju czynnych i zlikwidowanych zakładów pracy, stanu zatrudnienia i t. d.

Trudno sobie wyobrazić, w jaki sposób mogłyby, projektowane Izby Pracy, dostosować swoją działalność do obecnie istniejącego podziału terytorjalnego ubezpieczalni, bo przecież podział ten jest tak oderwany i nie mający analogji do żadnego innego podziału!

Szereg ubezpieczalni może być przykładem, jak „odśrodkowo" działa odrębność terytorjalna ubezpieczalni. Typowym wzorem dyskoordynacji współpracy z instytucjami państwowemi i t. p., jest, skutkiem terytorjalnego wykroju, Ubezpieczalnia społeczna w Tarnobrzegu. Ubezpieczalnia ta obejmuje tylko 4 powiaty, a mianowicie: powiaty tarnobrzeski i niżański z województwa lwowskiego, mielecki z woj. krakowskiego i sandomierski z woj. kieleckiego. Wobec tego U. S. w Tarnobrzegu musi kontaktować się (w sprawach odwoławczych i innych) z 3-ma Urzędami Wojewódzkimi, w sprawach Funduszu pracy z 3-ma wojewódzkiemi Biurami Funduszu Pracy (w Krakowie, Lwowie, Kielcach). Prócz w/w, cały szereg Urzędów i instytucyj, mających siedziby poza U. S. w promieniu do 150 km. od granic Ubezpieczalni, wymaga stałego utrzymywania kontaktu z tytułu pełnionych funkcji i jako pracodawcy, a więc:

3 Izby Skarbowe: w Krakowie, Lwowie, Kielcach,
3 Sądy Okręgowe: w Radomiu, Rzeszowie, Tarnowie,
3 Dyrekcje P. K. P.: w Krakowie, Lwowie, Radomiu,
3 Dyrekcje Poczt: w Krakowie, Lwowie, Lublinie,
2 D. O. K. w Krakowie i Przemyślu,
2 Okr. P. C. K.: w Krakowie, i w Przemyślu,
2 Kuratorja Okręgów Szkolnych: w Krakowie i Lwowie i t. d. i t. d.

Wymienione zostały tylko ważniejsze instytucje. Instytucje te, obejmując znacznie większe obszary niż U. S. w Tarnobrzegu (licząca tylko 4.009 km²), muszą być w kontakcie conajmniej z 4-ma różnemi Ubezpieczalniami, co już jest uciążliwe dla obydwóch stron przy silniejszym ruchu służbowym, jaki bywa n. p. w Dyrekcjach P. K. P. dość często; a przy masowych zgłoszeniach i przerzucaniach robotników jak ma to miejsce przy robotach finansowanych przez Fundusz Pracy, przesyłanie zgłoszeń, kart przebiegu powoduje dużo zbędnej pracy.

Widoczne więc jest, że oderwanie ubezpieczalni od ram podziału administracyjnego Państwa i to tak znaczne, że szereg ubezpieczalni ma swe siedziby nawet nie w miastach powiatowych (U. S. w Grodzisku, Ostrowcu, Tomaszowie, Zakopanem, Żyrardowie), nie powinno mieć miejsca. Wprawdzie istniejący podział administracyjny Państwa ma swoje wady, lecz Dobro Państwa wymaga dążenia do skoordynowania współpracy, a nie do utrudniania jej!

Dostosowanie obszarów ubezpieczalni do granic województw umożliwiłoby koordynację, zmniejszenie liczby U. S. ułatwiłoby nadzór, udostępniłoby kontakt z wyższemi instancjami, a fakt zniesienia małych, biednych ubezpieczalni, prócz wartości materjalnych, przyniósłby podniesienie poziomu Ubezpieczalni, a co za tem idzie wzrost ich prestiżu w społeczeństwie.

Że mogą istnieć i dobrze funkcjonować wielkie terytorjalnie ubezpieczalnie przykładem jest U. S. w Wilnie, obejmująca swoim obszarem $^{1}/_{13}$ część Polski.

Głównym argumentem wysuwanym przeciw istnieniu dużych terytorjalnie ubezpieczalni, to trudność kontaktu ubezpieczonych z ubezpieczalnią. Argument ten po wprowadzeniu legitymacyj, które w sprawach ubezpieczenia chorobowego uniezależniają w znacznej mierze ubezpieczonych od konieczności kontaktu z siedzibą ubezpieczalni, nie jest obecnie ważki. Sprawy zaś ubezpieczenia emerytalnego i od wypadków bardzo rzadko wymagają styczności z ubezpieczonymi.

Najczęstszy zaś powód styczności z pracodawcami, to sprawy reklamacji nakazów płatniczych, wymagające, tak w dużych, jak i w małych ubezpieczalniach, obecnie, załatwienia pisemnego.

Zresztą rolę łączników między ubezpieczonymi, pracodawcami, a ubezpieczalnią spełniaćby mogli odpowiednio dobrani i wszechstronnie doszkoleni kontrolerzy inkasenci, którzy przecież zatrudnieni są w każdem mieście powiatowem i większych ośrodkach, a którzy tak mało są w tym kierunku wykorzystywani.

!!! PODRÓŻUJCIE SAMOLOTAMI !!!

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 4 czerwca 1936 r. L. Rej. 7746/33.

Osoba, wykonywująca pracę zarobkową zależną, chociażby nie podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia, nie może być uważaną za pozostającą bez pracy w rozumieniu art. 17 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (poz. 911 Dz. Ust.).

Powody.

„Według zaświadczenia firmy „Singer Sewing Machine Company, Oddział w Brześciu" z 12 lutego 1931 r. Izaak B. był zatrudniony w wymienionej firmie w charakterze kontrolera od 1 stycznia 1930 r. do 31 stycznia 1931 r., otrzymując wynagrodzenie za pracę w postaci płacy miesięcznej, a od 1 lutego 1931 r., według oświadczenia Centrali tejże firmy w Warszawie z 22 kwietnia 1932 r., zaczął pełnić czynności starszego komisjonera, pobierając prowizję od każdej sprzedanej maszyny.

Na skutek zgłoszonego przez I. B. roszczenia o świadczenia na wypadek braku pracy z powodu utraty zajęcia kontrolera w wymienionej wyżej firmie Z. U. P. U. w Warszawie decyzją z 9 marca 1931 r. przyznał I. B. żądane świadczenia na okres 9 miesięcy począwszy od 1 lutego 1931 r. do 31 października 1931 r., lecz następnie po stwierdzeniu, że I. B. objął w oznaczonej firmie zatrudnienie w charakterze starszego komisjonera, decyzję z 2 maja 1932 r. wstrzymał na mocy art. 17 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 24 listopada 1927 r. (poz. 911 Dz. Ust.) wymienione wyżej świadczenia i pismem z 20 maja 1932 r. zażądał od I. B. na zasadzie art. 60 powołanego rozporządzenia zwrotu nieprawnie pobranych zasiłków za 7 miesięcy, wynoszących sumę 1.663 zł 20 gr.

Od tej decyzji odwołał się I. B. do Wojewody Poleskiego, który orzeczeniem z 16 sierpnia 1933 r. Nr. P. O. C. II — 1/283 odwołania nie uwzględnił i utrzymał w mocy decyzję Z. U. P. U. z 2 maja 1932 r. W uzasadnieniu Wojewoda powołał się na przytoczony wyżej stan faktyczny sprawy i na przepis art. 17 ust. 1 pkt. 2 cytowanego wyżej rozporządzenia oraz zaznaczył, że podniesiona w odwołaniu okoliczność, iż rekurent, zatrudniony od 1 lutego 1931 r. w charakterze starszego komisjonera, nie podlegał obowiązkowi ubezpieczenia, zatem nie może być uznany w tym okresie za niepozostającego bez pracy, nie znajduje żadnego oparcia w powołanym przepisie prawa i nie posiada dla sprawy istotnego znaczenia, gdyż — zgodnie z pomienionym przepisem w kwestji przyznania zasiłku miarodajnym jest jedynie fakt pozostawania ubezpieczonego bez pracy.

Powyższe orzeczenie Wojewody Poleskiego zaskarżył I. B. do N. T. A., który rozważył co następuje:

Skarżący podnosi w skardze, że zatrudnienie go w charakterze starszego komisjonera w wymienionej wyżej firmie w okresie od 1 lutego 1931 r. nie pozbawia go prawa do świadczeń na wypadek braku pracy z powodu utraconego zajęcia kontrolera w tejże firmie, ponieważ z tytułu tego nowego zatrudnienia skarżący nie podlegał obowiązkowi ubezpieczenia, i celem uzasadnienia powyższego twierdzenia powołuje się na § 33 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1927 r. (poż. 1016 Dz. Ust.) wywodząc, że przepis pkt. 2 ust. 1 art. 17 wcale nie wyłącza prawa do świadczeń tych osób, które w okresie ubezpieczenia posiadały zajęcie, nie uzasadniające obowiązku ubezpieczenia lub też takie zajęcie w okresie bezrobocia objęły.

Wywody te nie są trafne. Przedewszystkiem nietrafnie powołuje się skarżący na § 33 rozporządzenia ministerjalnego z 22 grudnia 1927 r. (poż. 1016 Dz. Ust.) albowiem przepis ten w okresie którego dany spór dotyczy, już nie obowiązywał, gdyż został uchylony § 47 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 13 czerwca 1930 r. (poz. 459 Dz. Ust.), które, będąc ogłoszone 1 sierpnia 1930 r., weszło w życie w myśl § 46 w miesiąc po jego ogłoszeniu t. j. 1 września 1930 r. W przepisach zaś tego ostatniego rozporządzenia ministerjalnego przytoczone wyżej wywody skargi nie znajdują żadnego oparcia. Nie znajdują one również żadnego oparcia i w postanowieniu pkt. 2 ust. 1 art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z 24 listopada 1927 r. (poz. 911 Dz. Ust.). Z celu bowiem omawianego ubezpieczenia, zmierzającego do uchylenia względnie do złagodzenia szkód materjalnych, powstałych dla pracownika umysłowego wskutek utraty zajęcia zależnego (art. 1 pkt. 1 cytowanego rozporządzenia) i z przeznaczenia zasiłku na wypadek braku pracy (art. 15 pkt. A. 1) wynika, że postanowienie pkt. 2 ust. 1 art. 17 tego rozporządzenia pod pozostawaniem bez pracy ma na myśli brak zarobkowej pracy zależnej wogóle, a nie tylko pracy, będącej dla ubezpieczonego zajęciem odpowiedniem w rozumieniu art. 18 i 19, lub uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia; zaznaczenie zaś w temże postanowieniu, że ubezpieczony dla uzyskania prawa do świaczeń ma pozostawać nieprzerwanie bez pracy, „z powodu niemożności znalezienia opowiedniego zajęcia", wskazuje tylko na to, że bezpośrednią przyczyną pozostawania bez pracy ubezpieczonego ma być brak odpowiedniego zajęcia i że zatem ubezpieczony, pozostający bez pracy, może odmówić przyjęcia zaofiarowanego mu zajęcia, o ile nie odpowiada ono warunkom art. 18 lub o ile zachodzą warunki przewidziane w art. 19 cytowanego rozporządzenia, nie tracąc przez to bynajmniej prawa do świadczeń na wypadek braku pracy. Skoro więc skarżący w odwołaniu do II instancji administracyjnej nie twierdził bynajmniej, że zajęcie jego na stanowisku starszego komisjonera wspomnianej firmy nie było pracą zarobkową, a tylko wskazywał na to, że zarobki jego na tem stanowisku są mniejsze od wynagrodzenia otrzymywanego na poprzedniem stanowisku kontrolera tejże firmy, to w przyjęciu przez władzę pozwaną, iż skarżący nie pozostawał bez pracy i że zatem nie posiadał zasadniczego warunku, wymaganego art. 17 ust. 1 pkt. 2 cytowanego rozporządzenia dla przyznania mu zasiłku na wypadek braku pracy, N. T. A. nie dopatrzył się ani nielegalności, ani sprzeczności ze stanem faktycznym w aktach sprawy uwidocznionym. Kwestja zaś wysokości zarobków skarżącego jest obojętną dla sprawy, gdyż, pomijając nawet, czy w danym wypadku zajęcie starszego komisjonera wspomnianej firmy pod względem warunków materjalnych mogło by być uważane za zajęcie nieodpowiednie dla skarżącego w rozumieniu art. 19 pkt. 1 cytowanego rozporządzenia, przyjęcie tego zajęcia przez skarżącego wykluczało już samo przez się możność zastosowania względem niego postanowienia art. 17 ust. 1 pkt. 2 powołanego rozporządzenia. Wobec tego podniesiona przez skarżącego w odwołaniu do Urzędu Wojewódzkiego okoliczność, iż zarobki jego jako starszego komisjonera wspomnianej wyżej firmy były mniejsze od wynagrodzenia, otrzymywanego na poprzedniem stanowisku kontrolera tejże firmy, nie miała istotnego znaczenia dla sprawy, o ile chodzi o odmowę skarżącemu prawa do świadczeń na wypadek braku pracy z powodu braku warunku, wymaganego powołanym wyżej przepisem, a zatem i pominięcie tej okoliczności w motywach zaskarżonego orzeczenia nie może być poczytywane za naruszenie form postępowania ze szkodą dla skarżącego. Co się tyczy natomiast — charakteru zatrudnienia skarżącego na stanowisku starszego komisjonera t. j. czy praca jego w tym charakterze była pracą zależną czy też pracą samodzielną, którąby mogła być w danym wypadku uważaną za gospodarcze usamodzielnienie się skarżącego w rozumieniu pkt. 1 ust. 3 art. 17 cytowanego wyżej rozporządzenia, to tej kwestji władza pozwana w zaskarżonem orzeczeniu rozważać nie potrzebowała, gdyż skarżący wyraźnie oświadczył w odwołaniu do Urzędu Wojewódzkiego, że przez przyjęcie zajęcia starszego komisjonera gospodarczo nie usamodzielnił się i że czynności jego jako starszego komisjonera pokrywały się zupełnie z czynnościami jego jako kontrolera, wobec czego zarzut skargi co do naruszenia form postępowania administracyjnego przez nierozważenie przez władzę pozwaną, w jakim charakterze skarżący był zatrudniony od 1 lutego 1931 r., okazał się również nieuzasadniony.

Kierując się powyższemi rozważaniami Najwyższy Trybunał Administracyjny oddalił skargę jako nieuzasadnioną".

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 4 maja 1935 r. L. Rej. 3877/29.

Przy wypłacie pracownikom umysłowym, których prawo do świadczeń z powodu braku pracy powstało przed przejęciem przez Z. U. P. U. wypłat od Funduszu Bezrobocia, różnicy między zaliczkami, wypłaconemi przez Fundusz Bezrobocia a świadczeniami należnemi tym pracownikom w myśl rozporządzenia Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, podstawę do wymiaru zasiłku, od którego wspomniana różnica ma być obliczona, stanowi płaca, która była przyjęta za podstawę do wymiaru wkładek, wpłaconych do Funduszu Bezrobocia.

Powody.

„Decyzją z 31 sierpnia 1928 r. (do akt niedołączoną) oraz dodatkową decyzją z 6 października 1928 r. Z. U. P. U. w Warszawie przyznał pozostającemu bez pracy Henrykowi S. sumę 182 zł. tytułem różnicy między zasiłkiem wypłaconym zaliczkowo przez czas od 1 stycznia do 22 czerwca 1928 r. przez Zarząd Obwodowy Funduszu Bezrobocia w sumie 490 zł., a należnym w myśl postanowień art. 33, 34, 35 i 47 rozporządzenia Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (poz. 911 Dz. Ust.) miesięcznym 40% zasiłkiem zasadniczym od przeciętnej płacy podstawowej 240 zł. za czas ubezpieczenia od dnia 1 grudnia 1926 r. do 30 listopada 1927 r. oraz zasiłkiem rodzinnym za 2 pozostających na utrzymaniu H. S. nie zarobkujących członków rodziny, wynoszącym 20% zasiłku zasadniczego w wysokości 19 zł. 20 gr.

Od powyższych decyzyj odwołał się Henryk S, do Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę, żądając na zasadzie § 73 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22 listopada 1927 r. (poz. 1016 Dz. Ust.) w brzmieniu, ustalonem rozporządzeniem z 23 lutego 1928 r. (poz. 188 Dz. Ust.), oraz art. 159 ust. 2 i art. 14 powołanego wyżej rozp. Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 r. poz. 911 Dz.Ust. wypłacenia mu różnicy od kwoty zasiłku miesięcznego 40%, obliczonego od przeciętnej płacy miesięcznej 300 zł., ponieważ wpłacanej do Funduszu Bezrobocia wkładce ubezpieczeniowej w wysokości 6 zł. odpowiada według tabeli podanej w art. 14 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, wynagrodzenie i płaca podstawowa 300 zł. miesięcznie.

Orzeczeniem z 15 maja 1929 r. Nr S. O. 751/29 Komisarjat Rządu odwołania nie uwzględnił. W uzasadnieniu swego orzeczenia Komisarjat Rządu podał, że art. 159 powołanego rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, dotyczy ubezpieczenia nie bieżącego, lecz przebytego w Funduszu Bezrobocia i co do istoty dotyczy rzeczywistego wynagrodzenia lub części tegoż, które odpowiadało wkładkom, wpłaconym do Funduszu Bezrobocia w myśl ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia z 18 lipca 1924 r. (poz. 650 Dz. Ust.) w brzmieniu znowelizowanem ustawą z 28 października 1925 r. (poz. 863 Dz. Ust.), że wpłacana przez rekurenta wkładka do Funduszu Bezrobocia w wysokości 6 zł. miesięcznie, zgodnie z jego oświadczeniem, odpowiadała wynagrodzeniu 240 zł. miesięcznie, które jednocześnie jest podstawą do wymiaru zasiłku, czyli płacą podstawową, jakiej zastosowania wymaga art. 33 powołanego rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdyż w myśl art. 11 powołanej ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia podstawą wymiaru zasiłku jest rzeczywisty zarobek, stanowiący podstawę do obliczenia wkładki i że żądanie zostosowania art. 14 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych jest niesłuszne, ponieważ rozporządzenie to na mocy art. 170 tegoż rozporządzenia zaczęło obowiązywać od 1 stycznia 1928 r.

Wymienione orzeczenie Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę zaskarżył Henryk S. do N. T. A., podnosząc przytoczony w odwołaniu zarzut obrazy art. 159 i 14 powołanego wyżej rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Rozpatrując powyższą skargę, — podtrzymaną podaniem z 8 lutego 1933 r. przez wdowę po skarżącym Natalję S N. T. A. rozważył, co następuje:

W myśl § 73 ust. 3 powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22 listopada 1927 r. (poz. 1016 Dz. Ust.) w brzmieniu, ustalonem rozporządzeniem z 23 lutego 1928 r. (poz. 188 Dz. Ust.) od dnia przyjęcia w poszczególnym okręgu terytorjalnym od Funduszu Bezrobocia wypłaty świadczeń z powodu braku pracy, Z. U. P. U. wypłacać będą należne świadczenia z powodu braku pracy, przewidziane w rozp. Prez. Rzplitej, pod warunkami w niem określonemi i w wysokości wynikającej z zastosowania postanowień art. 33 ust. 1 i 2, art. 34 — 37, art. 119 ust. 2 i 3 i art. 159 ust. 2, oraz wypłacą za okres przed przejęciem wypłaty różnicę między zaliczkami, wypłaconemi przez Fundusz Bezrobocia, a świadczeniami należnemi w myśl rozporządzenia Prezydenta R. P. Według art. 33 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta R. P. z 24 listopada 1927 r. podstawę do wymiaru zasiłku z powodu braku pracy stanowi przeciętna płaca podstawowa z ostatnich 12 miesięcy składkowych przed zajściem okoliczności, uprawniających do tego zasiłku. W myśl art. 159 ust. 2 tegoż rozporządzenia miesiące, za które opłacono składki w myśl ustawy o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia z 18 lipca 1924 r. zalicza się do ubezpieczenia na wypadek braku pracy w myśl powołanego rozporządzenia (art. 119) z uwzględnieniem wynagrodzenia służbowego, odpowiadającego tym składkom. Z powyższych postanowień wynika, że przy wypłacie pracownikom umysłowym, których prawo do świadczeń z powodu braku pracy powstało przed przejęciem przez dany Z. U. P. U. wypłat od Funduszu Bezrobocia, różnicy między zaliczkami, wypłaconemi przez Fundusz Bezrobocia a świadczeniami należnemi tym pracownikom w myśl powołanego wyżej rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, podstawę do wymiaru zasiłku, od którego wspomniana różnica ma być obliczoną, powinna stanowić płaca, która była przyjęta za podstawę do wymiaru wkładek, wpłaconych do Funduszu Bezrobocia. Wobec tego żądanie strony skarżącej wypłacenia jej różnicy od kwoty zasiłku, obliczonego od płacy podstawowej odpowiadającej wysokości składek według tabeli, podanej w art. 14 rozporządzenia Prezydenta R. P. z dnia 24 listopada 1927 r. jest nieuzasadnione. Powołanie się strony skarżącej celem uzasadnienia tego żądania na analogję przepisu art. 146 ust. 2 cytowanego rozporządzenia, jest nietrafne, albowiem przepis ten, jak to wyraźnie w niem zaznaczono, odnosi się wyłącznie do osób, ubezpieczonych w myśl ustawy z 20 grudnia 1911 i ustawy z 16 grudnia 1906 r. do zastosowania go zaś w drodze analogji do danego wypadku, jak to trafnie zauważa władza pozwana w odpowiedzi na skargę, niema żadnej podstawy, ponieważ przytoczone wyżej postanowienia art. 33 i 159 wymienionego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, oraz § 73 cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, rozstrzygają wyraźnie kwestję będącą przedmiotem niniejszego sporu.

Ponieważ w danym razie jest poza sporem, że przyznana H. S. zaskarżonem orzeczeniem kwota pieniężna stanowi różnicę między wypłaconą mu w swoim czasie zaliczkowo przez Zarząd Obwodowy Funduszu Bezrobocia w Warszawie kwotą 490 zł., a należnym mu w myśl powołanych wyżej przepisów rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zasiłkiem, obliczonym od płacy, przyjętej za podstawę wymiaru wpłaconych do Funduszu Bezrobocia wkładek, zgodnie z art. 7 wyżej powołanej ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, N. T. A. nie mógł się dopatrzeć zarzuconej obrazy powołanych przepisów prawnych i skargę, jako nieuzasadnioną, oddalił."

Z wyroku Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń społecznych w Poznaniu, zapadłego na posiedzeniu Izby Plenarnej w dniu 24 lutego 1936 r. L. 100-III/Rw/35.

1. Przez „ubezpieczonego" w myśl art. 30-a rozporządzenia Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych rozumieć należy nie tylko osobę, która w chwili śmierci była faktycznie ubezpieczona, ale również osobę, która w chwili śmierci pobierała rentę inwalidzką lub starczą.

2. Zasiłek pogrzebowy należy się po ubezpieczonym i renciście tym osobom, które poniosły koszty pogrzebu, jeżeli ani one same ani też inne osoby nie nabywają po zmarłym żadnych praw emerytalnych.

Uzasadnienie:

„Od wyroku Wyższego Urzędu Ubezpieczeń w Poznaniu z dnia 30 stycznia 1935 r., którym uchylono orzeczenie pozwanego Zakładu z dnia 28 listopada 1934 r. i zasądzono pozwany

Zakład na zapłacenie powódce kosztów pogrzebu po zmarłej córce w kwocie 215,20 zł., wniósł pozwany Zakład w terminie ustawowym rewizję, wnosząc o uchylenie zeczepionego wyroku i zatwierdzenie orzeczenia pozwanego Zakładu z dnia 28 listopada 1934 r.

Na treść zaczepionego wyroku oraz na wywody rewizyjne powołuje się.

Izba orzekająca Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych rozpatrując sprawę na posiedzeniu dnia 20 września 1935 r., uznała sprawę za mającą znaczenie zasadnicze i przekazała ją Izbie Plenarnej.

Izba Plenarna rozważyła przedewszystkiem znaczenie prawne postanowienia art. 30a, rozp. Prez. Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w brzmieniu ustawy z 15 marca 1934 r. i przyszła do przekonania, że za ubezpieczonego w myśl tegoż art. uznać należy osobę, która w chwili śmierci była faktycznie ubezpieczona, jak również osobę, która w chwili śmierci pobierała rentę inwalidową lub starczą, a nie pozostawiła osób uprawnionych do świadczeń emerytalnych wymienionych w art. 15 Lit. b wymienionego rozporządzenia, to jest osób któreby po zmarłym miały prawo bądź do jednorazowej odprawy bądź do renty wdowiej lub sierocej, zasiłek pogrzebowy należy zatem przyznać po ubezpieczonych i rencistach, tym osobom, które poniosły koszty pogrzebu i ani same ani też inne osoby po zmarłym nie nabywają żadnych praw emerytalnych (art. 45 lit. b).

Użycie słowa „po zmarłym ubezpieczonym" nie przeczy powyższemu ustaleniu, albowiem rozporządzenie o ubezpieczeniu pracowników umysłowych nie rozróżnia ubezpieczonych faktycznie od emerytów, czyli pobierających świadczenie, zna tylko osoby ubezpieczone, a to wyraźnie wynika z postanowień art. 25, 26, 28 powyżej powołanego rozporządzenia „do pomocy leczniczej ma prawo ubezpieczony niezależnie od prawa do renty inwalidzkiej lub starczej", „do renty wdowiej ma prawo wdowa pozostała po ubezpieczonym, który w chwili śmierci otrzymywał rentę inwalidzką lub starczą lub też miałby prawo do renty", „do renty sierocej ma prawo każde dziecko w razie śmierci ubezpieczonego ojca lub matki, jeżeli zmarły ojciec lub matka otrzymywali rentę inwalidzką lub starczą lub mieliby prawo w chwili śmierci do renty inwalidzkiej". Powyżej przytoczone przykłady ustawowe w sposób niedwuznaczny ustalają, że pod pojęcie ubezpieczonego podpadają, tak osoby faktycznie ubezpieczone, jak i osoby pobierające renty inwalidzkie lub starcze, a że postanowienia powyższe znajdują się w tym samym dziale, co i art. 30 a, przeto nadanie znaczenia słowom „po zmarłym ubezpieczonym" słownego, byłoby zasadniczym błędem sprzecznym z powyżej wymienionemi przykładami. Wprawdzie rozporządzenie Prezydenta w art. 61 rozróżnia osoby ubezpieczone „grożącej ubezpieczonemu" i osoby pobierające świadczenia „osobie otrzymującej świadczenie", jednak to rozróżnienie osób, nie ma zasadniczego znaczenia, gdyż artykuł ten odnosi się do zarządzeń leczniczych i przyznaje Zakładowi prawo, nawet wbrew woli tych osób, o ile zachodzą warunki ustawowe, zastosować środki lecznicze a to celem zapobieżenia inwalidztwu, lub celem przywrócenia zdolności do wykonywania zawodu. Rozróżnienie to w niniejszym wypadku jest konieczne, albowiem niepoddanie się zarządzeniom Zakładu względnie podporządkowanie się zarządzeniu Zakładu pociąga za sobą inne dla każdej kategorji prawa i obowiązki, które zawiera art. 62 w brzmieniu ustalonem ustawą z 15 marca 1934 r. Cel i znaczenie art. 61 w związku z art. 62 nie mogą zatem służyć na uzasadnienie wykładni art. 30a.

Ponadto ustawa z 15 marca 1934 r., przewidując nowe świadczenie w formie zasiłku pogrzebowego, rozszerzyła rodzaje świadczeń, do jakich pozwany Zakład wobec ubezpieczonych ma być zobowiązany. Zmniejszenie przez ustawę pewnych świadczeń, jak jednorazowych odpraw dodatku na opiekę, nie może przemawiać za poglądem pozwanego Zakładu, że art. 30a należy interpretować zwężająco, gdyż ustawodawca mógł właśnie dlatego zmniejszyć pewne już ustawą przewidziane świadczenia, aby ustanowić dalsze, jakie również uznał za konieczne, a jakiemi nie chciał zanadto obciążyć pozwanego Zakładu. Twierdzenie, że ustawa chciała przyznać zasiłek tylko po osobach, które nie pobierały jeszcze świadczeń emerytalnych, również nie popiera zapatrywania pozwanego Zakładu i nie znajduje żadnego uzasadnienia. Ubezpieczonego pracującego zawodowo i otrzymującego wynagrodzenie za ową pracę można uważać pod względem ekonomicznym za silniejszego, od osoby pobierającej świadczenia emerytalne, a więc posiadającej środki, służące co najwyżej na pokrycie koniecznych środków utrzymania. Brak więc uzasadnionej podstawy do przyjęcia, by ustawodawca chciał wykluczyć prawo poboru zasiłku pogrzebowego po rentobiorcach właśnie dlatego, że ich położenie ekonomiczne jest słabsze. Rentobiorca traci prawo do renty inwalidzkiej, jeżeli stał się znowu zdolnym do wykonywania zawodu. Idąc po linji zapatrywania rewizji przyjąćby należało, że po ubezpieczonym przez okres jego niezdolności do pracy nie przysługiwałby zasiłek pogrzebowy a przysługiwałby po uzyskaniu przez niego tej zdolności, odróżnienie zatem między ubezpieczonym a rentobiorcą nie jest według ustawy ścisłem a odróżnienie to wprowadzone tylko w art. 61 ma odrebne znaczenie jak wyżej przytoczono. Trybunał dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych wyraża równocześnie jednak zapatrywanie, że wówczas osoba ponosząca koszty pogrzebu może żądać przyznania jej zasiłku pogrzebowego po ubezpieczonym, jeżeli ubezpieczony nie pozostawił osób uprawnionych do świadczeń emerytalnych wymienionych w art. 15 lit. b t. j. osób, które mają po zmarłym prawo czy to do jednorazowej odprawy czy to do renty wdowiej lub sierocej. Wypłata zasiłku pogrzebowego jest bowiem całkowitą i ostatnią realizacją prawa ubezpieczonego, który nie pozostawił osób uprawnionych do świadczeń pochodnych jak renty wdowiej, sierocej, lub uprawnionych do jednorazowej odprawy. Jeżeli więc pozostały takie osoby, wówczas, o ile osoby postronne poniosły faktycznie koszty pogrzebu, to osobom tym nie przysługuje żadne prawo do zasiłku z art. 30a — gdyż w takim bowiem wypadku obowiązek ponoszenia kosztów pogrzebu ubezpieczonego ciąży na osobach pozostałych, a mających prawa do świadczeń i od nich tylko trzecia osoba, ponosząca koszty pogrzebu może żądać kosztów pogrzebu, w myśl przepisów ustawy cywilnej.

W świetle powyższych rozważań, rewizji pozwanego Zakładu nie można było uwzględnić, ponieważ rozprawa nie wykazała, ażeby zaczepiony wyrok opierał się na niezastosowaniu lub na błędnem zastosowaniu ustawy, albo by zachodziła sprzeczność z jasną treścią aktów albo też, by postępowanie dotknięte było istotną wadą, — a ponieważ akta sprawy wykazują, że zmarła Janina W. pobierała rentę inwalidzką i nie pozostawiła osób, uprawnionych do świadczeń wymienionych w art. 15 lit. b., a koszty pogrzebu poniosła jej matka, przeto słusznie należy się jej zwrot tychże kosztów zgodnie z postanowieniem art. 30 a wyżej wymienionej ustawy.

Z powyższych względów nie uwzględniono rewizji pozwanego Zakładu".

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 6 maja 1936 r. L. Rej. 2667/34.

1. Przekazanie składek, przewidziane w art. 120 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uzależnione jest od zgłoszenia roszczenia przez uprawnioną instytucję.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie przekazuje w myśl art. 120 rozporządzenia całej sumy składek emerytalnych, a jedynie tę ich część, która pozostaje po potrąceniu od nich 5% (obecnie 6%), ze składanym procentem według stopy technicznej.

Powody.

„Z. U. P. U. w Warszawie decyzją z 8 stycznia 1931 r. orzekł, że R. Józef, Z. Paweł, R. Henryk, J. Alfons i J. Stefan podlegali jako pracownicy gminy Niemenczyńskiej, obowiązkowi ubezpieczenia w myśl rozporządzenia Prez. Rzplitej z 24 listopada 1927 (poz. 911 Dz. Ust.) w okresie od 1 stycznia do 1 lipca 1928, i zobowiązał gminę Niemenczyńską do zapłacenia składek ubezpieczeniowych za ten okres.

Urząd Wojewódzki w Wilnie decyzją z 16 grudnia 1932, wydaną w załatwieniu odwołania gminy Niemenczyńskiej, powołując się na art. 101 wspomnianego wyżej rozporządzenia z 24 listopada 1927, utrzymał w mocy nałożony na odwoławczynię obowiązek zapłaty, o ile on dotyczy składek przeznaczonych na pokrycie świadczeń, przewidzianych na wypadek braku pracy. Zarazem Urząd Wojewódzki zwolnił odwoławczynię od obowiązku zapłaty składek, przeznaczonych na pokrycie świadczeń emerytalnych, ponieważ R., Z., R., J. i J. mają na podstawie statutu emerytalnego, uchwalonego przez Radę Gminy Niemenczyńskiej, zapewnione od 1 lipca 1928 zaopatrzenie emerytalne z powiatowego funduszu emerytalnego zwalniające ich w myśl art. 5 p. 6, powyższego rozporządzenia od obowiązku ubezpieczenia, a wobec tego Z. U. P. U. byłby w myśl art.

120 tego rozporządzenia obowiązany do przekazania tych składek wymienionemu funduszowi.

Ministerstwo Opieki Społecznej orzeczeniem z 4 stycznia 1934 nie uwzględniło odwołania Z. U. P. U. od decyzji Urzędu Wojewódzkiego i zatwierdziło ją z powodów niżej przytoczonych.

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

Sporną jest tylko kwestja składek, przeznaczonych na pokrycie świadczeń emerytalnych.

Trafnem jest zapatrywanie skarżącego Zakładu, że przewidziane w art. 120 (ustęp 1) rozporządzenia z 24 listopada 1927 przekazanie składek jest w myśl art. 121 tegoż rozporządzenia uzależnione od zgłoszenia w tym względzie roszczenia uprawnionej instytucji. Ten warunek jest jednak wbrew odmiennemu zapatrywaniu skarżącego Zakładu spełniony. W odwołaniu bowiem wniesionem do Urzędu Wojewódzkiego a—jak okazuje się z aktów sprawy — zakomunikowanem skarżącemu Zakładowi zainteresowana gmina zażądała, aby na wypadek zobowiązania jej do zapłacenia spornych składek skarżącemu Zakładowi Zakład ten przekazał je jej zpowrotem.

Jeżeli wobec tego Ministerstwo uznało roszczenia skarżącego Zakładu do gminy za umorzone przez potrącenie sumy, którą skarżący Zakład winien przekazać gminie względnie powiatowemu funduszowi emerytalnemu, to N. T. A. nie mógł w tem o ile chodzi o dopuszczalność zastosowania tego sposobu umorzenia, dopatrzeć się naruszenia praw skarżącego Zakładu.

Natomiast, rozpatrując dalsze wywody tegoż Zakładu, uznać należało za niezgodne z ustawą dokonane dla celów powyższego potrącenia ustalenie stosunku wzajemnych roszczeń gminy i skarżącego Zakładu pod względem wysokości sum, będących przedmiotem tych roszczeń. Gmina jest bowiem w myśl art. 101 (ustęp 2) i 106 obowiązana do zapłacenia składek w całości, skarżący zaś Zakład obowiązany jest w myśl art. 120 (ustęp 1), mającego analogiczne zastosowanie do wypadków, w których ubezpieczony nie zmienia służby a jedynie warunki służby ulegają zmianie powodującej zwolnienie w myśl art. 5 p. 6, do przekazania gminie względnie powiatowemu funduszowi emerytalnemu nie całej sumy składek a jedynie tej ich części, która pozostaje po potrąceniu od nich 5% ze składanym procentem według stopy technicznej.

Ponieważ wbrew tym postanowieniom art. 120 za podstawę zwolnienia gminy od obowiązku zapłacenia spornych składek przyjęto, że skarżący Zakład obowiązany jest do przekazania całej ich sumy, należało orzec jak w sentencji".

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 8 stycznia 1936 r. L. C. I. 1683/35.

Posiadanie własnego warsztatu i praca dla kilku przedsiębiorstw nie wykluczały jeszcze chałupniczego charakteru pracy, a zatem i obowiązku ubezpieczenia w myśl ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272).

Uzasadnienie:

„Abram Chaim Sz. wniósł do Sądu Okręgowego pozew, w którym żądał uznania za nieważne i uchylenia orzeczenia Kasy Chorych w Częstochowie, wyłuszczonego w wezwaniu płatniczem z dn. 7 listopada 1933 r. w przedmiocie wymierzenia Abramowi-Chaimowi Sz. składek ubezpieczeniowych za pracowników (chałupników) w sumie 1.399 zł. 35 gr. i 57 zł. 12 gr. na rzecz Kasy Chorych, oraz orzeczenia tejże Kasy Chorych z dnia 8 listopada 1933 r. w przedmiocie wymierzenia temuż Abramowi-Chaimowi Sz. pięciokrotnej kary za nieubezpieczenie pracowników w sumie 5.290 zł. 32 gr. przytaczając w uzasadnieniu, że pracownicy ci nie byli związani z powodem stosunkiem roboczym lub służbowym i obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegali.

Sąd Okręgowy pozew uwzględnił, a Sąd Apelacyjny, do którego pozwana Kasa Chorych wniosła skargę apelacyjną, wyrok pierwszej instancji zatwierdził.

W skardze kasacyjnej pozwana Kasa Chorych żąda uchylenia zaskarżonego wyroku, zarzucając Sądowi, że z obrazą art. 426 k. p. c. oraz art. 6 ustawy z dn. 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. poz. 272) nie uznał pracowników powoda, wymienionych w orzeczeniu Kasy Chorych, za chałupników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, opierając się na ustaleniu, że pracownicy ci mieli własne warsztaty i wykonywali pracę dla kilku przedsiębiorców, że pominął istotną okoliczność, iż posiadanie własnego warsztatu i praca dla kilku przedsiębiorstw, w myśl powołanego wyżej przepisu ustawy, nie wyklucza chałupniczego charakteru tego rodzaju pracy, że zarzut powyższy nie jest słuszny, Sąd Apelacyjny bowiem nie uznał pracowników powoda za chałupników nie dlatego, że mieli własne warsztaty i pracowali dla kilku przedsiębiorstw, lecz na tej zasadzie, że praca osób, wymienionych w orzeczeniu Kasy Chorych, dla przedsiębiorców nie stanowiła głównej podstawy ich utrzymania, że niezależnie od tego pracowały one przeważnie na własny rachunek, przyjmując zamówienia prywatnej klienteli. Ustalenie powyższe usprawiedliwiało wniosek Sądu, że osoby, wyszczególnione w orzeczeniu Kasy Chorych, nie były chałupnikami w rozumieniu art. 6 ustawy z dn. 19.V.1920 r., a jako niezwiązane z pracodawcą stosunkiem służbowym lub roboczym, obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegały.

Niesłuszny jest również dalszy zarzut kasacji, jakoby Sąd Apelacyjny z obrazą art. 18 ustawy z dn. 19.V.1920 r. odmówił mocy dowodowej protokółom, sporządzonym przez kierownika oddziału Kasy Chorych w formie oświadczeń osób zainteresowanych (pracowników, o których toczy się spór), Sąd Apelacyjny bowiem, jak widać z uzasadnienia wyroku, poddał merytorycznej ocenie te dowody i przyszedł do wniosku, że w związku z okolicznościami, wyjaśnionemi w sprawie, oświadczenia zbadanych pracowników, zawarte w protokółach, sporządzonych przez kierownika Kasy Chorych, nie zasługują na wiarę.

Z tych zasad skargę kasacyjną należy oddalić".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 22 stycznia 1936 r. L. C. I. 1358/35.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Nr. 44, poz. 272) nie wymagała, aby konieczne było specjalne orzeczenie zarządu Kasy Chorych, ustalające, że pracownik utracił prawo do korzystania ze zwolnienia w trybie art. 4 ustawy.

Uzasadnienie:

„F. „Juljan Walter" wniosła pozew przeciwko Kasie Chorych o uchylenie orzeczenia tejże Kasy z d. 28 września 1933 r., mocą którego pozywająca firma została pociągnięta do uiszczenia składek ubezpieczeniowych za Kazimierza i Konstantego W. w sumie 3.229 zł. 10 gr. i o uznanie, że osoby te nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby, i że f. „Juljan Walter" nie ma obowiązku nadal płacenia za nie składek do Kasy Chorych. W pozwie f. „Juljan Walter" przytoczyła, że Kazimierz i Konstanty W. są jej współwłaścicielami udziałowcami i że zostali przez pozwaną Kasę definitywnie zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby od 1 lutego 1924 r.

Sąd Okręgowy powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny z apelacji powódki wyrok zmienił w tem, że uwzględniając żądania pozwu w części dotyczącej uchylenia orzeczenia Kasy Chorych o pociągnięciu powódki do uiszczenia za Kazimierza i Konstantego W. 3.229 zł. 10 gr., resztę żądań pozwu oddalił.

W skardze kasacyjnej Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie, która przejęła wszystkie prawa i obowiązki po b. Kasie Chorych, żąda uchylenia zaskarżonego wyroku w części, uwzględniającej żądania pozwu, zarzucając Sądowi obrazę art. 3 i 4 Ustawy z dn. 19.V.1920 r. (Dz. U. p. 272) oraz art. 348 i 351 k. p. c.; obrazę wspomnianych przepisów skarżąca upatruje w pominięciu przez Sąd, że o ile w 1924 r. Kazimierz i Konstanty W. ze względu na zajmowane stanowiska i wysokość pobieranej pensji słusznie zostali zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia (art. 4 ustawy), to z chwilą, gdy pensja ich została zmniejszona i nie przekracza 7.500 zł. rocznie, powstał automatycznie obowiązek ubezpieczenia w Kasie Chorych i opłacania składek i *ustawa nie wymaga, aby konieczne było specjalne orzeczenie zarządu Kasy Chorych, ustalające, że pracownik utracił prawo do korzystania ze zwolnienia w trybie art. 4 ustawy.* Zarzut skargi kasacyjnej w zasadzie słuszny jest nieistotny i nie może skutkować uchylenia zaskarżonego wyroku.

Orzeczenie zarządu Kasy Chorych, zwalniające od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, ma charakter tymczasowy i wiąże strony dopóty, dopóki nie ulegnie zmianie

stan faktyczny i prawny, który wywołał tego rodzaju orzeczenie. Z chwilą zmiany tego stanu i powstania nowych warunków, skutkujących obowiązek ubezpieczenia, pracownik podlega temu obowiązkowi bez konieczności wydania przez zarząd Kasy orzeczenia, uchylającego poprzednią uchwałę, zwalniającą od obowiązku ubezpieczenia. W przypadku jednak pozwana Kasa Chorych nie twierdziła w toku sprawy i nie starała się udowodnić, ażeby stan faktyczny i prawny, na którego podstawie Kasa Chorych już zwolniła Konstantego i Kazimierza W. od obowiązku ubezpieczenia, uległ zmianom, usprawiedliwiającym ponowne pociągnięcie ich do tego obowiązku, co mogło upoważniać Sąd do wniosku, że stan ten nie zmienił się i orzeczenie zarządu Kasy o zwolnieniu wymienionych osób od obowiązku ubezpieczenia dotychczas wiąże strony.

Wobec powyższego, jakkolwiek przesłanki, na których oparł Sąd wyrokowanie, nie są wystarczające, zaskarżony wyrok w ostatecznym wyniku należy uznać za słuszny i zgodny z prawem (art. 436 k. p. c.), a skargę kasacyjną pozwanej Kasy Chorych oddalić".

PRAWO PRACY.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 13 lutego 1936 r. L. C. I. 1857/35.

1. Przepis art. 129 ustawy o ubezpieczeniu społecznem, stanowiący, że spory między lekarzami i ubezpieczalnią społeczną o warunki umowy rozstrzygane są w drodze postępowania rozjemczego przed komisjami rozjemczemi do spraw lekarskich, dotyczy nie tylko umów przyszłych, ale także warunków umowy wiążącej strony.

2. Rozwiązanie umowy pracy, zawartej z lekarzem, nie powoduje upadku właściwości komisji rozjemczej i nie uzasadnia skierowania sporu, wynikłego na tle stosunku stron, bezpośrednio na drogę sądową.

3. Spór wytoczony przez grupę lekarzy, wywodzących swe prawa z treści umowy zbiorowej chociażby połączyli oni indywidualne roszczenia w jednym pozwie, jest zatargiem zbiorowym.

Uzasadnienie.

„Bolesław A. i 58 innych lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie wnieśli pozew przeciwko tejże Ubezpieczalni, w którego konkluzji żądali uznania, że są stałymi lekarzami Ubezpieczalni i że służą im wszelkie uprawnienia, przewidziane dla lekarzy stałych w umowie zbiorowej, zatwierdzonej przez Zakład Ubezpieczeń na okres czasu od 1 stycznia do 31 grudnia 1934 r.

Sąd Okręgowy pozew odrzucił wobec niedopuszczalności drogi sądowej, a Sąd Apelacyjny postanowienie Sądu Okręgowego zatwierdził, przytaczając w uzasadnieniu, że art. 129 ustawy o ubezpieczeniu społecznem z dn. 28 marca 1933 r. (Dz. U. Nr. 51, poz. 396), nazwanej ustawą scaleniową, poddaje rozstrzygnięciu przez komisje rozjemcze tylko zatargi zbiorowe między lekarzami a Ubezpieczalnią w przedmiocie warunków przyszłych umów o pracę, które strony mają zawrzeć, ale nie w przedmiocie umów już zawartych. Jednocześnie Sąd Apelacyjny ustalił na zasadzie deklaracji, dołączonej do umowy zbiorowej, że umowa ta w spornej kwestji stabilizacji stron nie obowiązuje, gdyż propozycji Ubezpieczalni pełnienia funkcyj lekarzy prowizorycznych powodowie nie przyjęli. Spór przeto, dotyczący stabilizacji, jest sporem o warunki umowy przyszłej, a więc sporem, wyłączonym z pod kompetencji sądów powszechnych.

W skardze kasacyjnej powodowie żądają uchylenia zaskarżonego postanowienia z powodu naruszenia art. 129 ustawy scaleniowej, art. 107, 108 k. z., art. 9 u. p. c., oraz art. 342, 351 k. p. c. zarzucając Sądowi, że uznając kompetencję komisyj rozjemczych do spraw lekarskich jedynie w sporach o warunki przyszłej umowy, jednocześnie uznał, że ze względu na specjalny charakter sporów między lekarzami a Ubezpieczalnią intencją prawodawcy było ustanowienie dla wszelkich tego rodzaju sporów specjalnych organów (komisyj rozjemczych); w dalszym ciągu kasacji skarżący zarzucają, że wniosek Sądu Apelacyjnego, jakoby w punkcie, dotyczącym spornej kwestji (stabilizacji), stron nie wiązała umowa zbiorowa, jest dowolny i sprzeczny ze stanem faktycznym. Zarzuty powyższe, jakkolwiek niepozbawione słuszności, są nieistotne. Chociaż uzasadnienie, przytoczone przez Sąd Apelacyjny, nie jest trafne i zawiera pewne sprzeczności, to jednak w ostatecznym wyniku wyrok należy uznać za słuszny. Stosownie do art. 436 k. p. c. Sąd Najwyższy może pozostawić w mocy wyrok (w przypadku postanowienie) z innych względów prawnych, niż przytoczone w uzasadnieniu, z warunkiem, by te względy prawne znajdowały oparcie w ustaleniach faktycznych, zawartych w wyroku. W danej sprawie spór sprowadza się do wykładni art. 129 ustawy scaleniowej, przyczem skarżący twierdzą, że przewidzianym w tym artykule komisjom rozjemczym podlegają jedynie spory o warunki umów przyszłych. Pogląd taki nie jest słuszny. Przepis wspomniany stanowi, że spory między lekarzami i Ubezpieczalnią o warunki umowy rozstrzygane są w drodze postępowania rozjemczego przed komisjami rozjemczemi do spraw lekarskich. Powołanie się w tym przepisie na art. 122 ustawy scaleniowej, traktujący o umowach między lekarzami a Ubezpieczalnią już zawartych (p. 1), jak również brak wszelkich zastrzeżeń, że art. 129 dotyczy tylko umów przyszłych, doprowadza do wniosku, że dotyczy on warunków umowy wiążącej strony. Za taką wykładnią przemawiają postanowienia, zawarte w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z 17/IV 1934 r. o postępowaniu w komisjach rozjemczych dla spraw lekarskich, w myśl których (§ 1 ust. 2) wszelkie spory o wykonanie umowy podlegają właściwości takich komisyj, o ile tylko powstały na tle zatargu zbiorowego. Taka wykładnia art. 129 ustawy scaleniowej usprawiedliwia słuszność wniosku Sądu Apelacyjnego, że spór niniejszy podlega rozstrzygnięciu komisji rozjemczej, chociaż przytoczonych przez Sąd Apelacyjny motywów w myśl powołanej wyżej wykładni art. 129 ustawy scaleniowej nie można uznać za trafne. Sami skarżący twierdzą, że wiązała ich z Ubezpieczalnią umowa zbiorowa i że spór niniejszy ma za przedmiot ustalenie stosunku prawnego w związku z wykonaniem tej umowy, opierając się więc na przytoczonej wykładni art. 129 ustawy scaleniowej, należy uznać za słuszne postanowienie Sądu o niedopuszczalności w przypadku drogi sądowej.

Niesłuszny jest również dalszy zarzut skargi kasacyjnej obrazy przepisów, zawartych w art. 129 ustawy scaleniowej oraz rozporządzenia wykonawczego z dn. 17/IV 1934 r. przez pominięcie, że przepisy te dotyczą jedynie lekarzy, zatrudnionych w Ubepieczalni, gdy tymczasem z dniem 1 grudnia 1934 r. Ubezpieczalnia z większością powodów stosunek służbowy rozwiązała. Przedewszystkiem brak ustaleń w sprawie co do rozwiązania przez większość powodów stosunku służbowego w dacie wytoczenia powództwa. W kwestji zbliżonej do niniejszej, gdzie chodziło o właściwość komisji pojednawczej pod rządem ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 19/V 1920 r., Sąd Najwyższy wypowiedział się, że nieusprawiedliwiony jest pogląd, jakoby rozwiązanie umowy pracy, zawartej z lekarzem, miało skutkować upadek właściwości komisji pojednawczej i uzasadniało skierowanie sporu, wynikłego na tle i stosunku stron, bezpośrednio na drogę sądową (Zb. Orz. Izby I Nr. 211/30 r.).

Niesłuszny jest wreszcie zarzut skarżących błędnego uznania przez Sąd Apelacyjny, jakoby spór między stronami miał za przedmiot zatarg zbiorowy i pominięcia, że powodowie połączyli w jednym pozwie indywidualne roszczenia, na co zezwala art. 69 k. p. c. Sąd Apelacyjny miał podstawę uznać w przypadku spór między stronami za zatarg zbiorowy, ponieważ ustalenia stosunku prawnego żądała grupa lekarzy, pracujących w Ubezpieczalni, i prawa swe wywodziła z treści umowy zbiorowej. Dodać należy, że i rozporządzenie wykonawcze z dn. 17.IV. 1934 r. o postępowaniu rozjemczem przed komisjami rozjemczemi dla spraw lekarskich, mówiąc o sporach między lekarzami a Ubezpieczalnią o warunki umowy, w p. 2 § 1, wyjaśnia, że pod temi sporami należy rozumieć zatargi zbiorowe grup lekarzy.

Z tych zasad skargę kasacyjną należy oddalić bez potrzeby rozważania innych zarzutów, dotyczących błędów w uzasadnieniu wyroku w ostatecznym wyniku słusznego."

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 10 marca 1936 r. L. C. II. 2767/35.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wolny jest od opłat sądowych i doręczeniowych w sporach z pracownikami, wynikłych na tle stosunku pracy.

2. Do stosunku służbowego dozorców, zajętych w domach Z. U. S., ma zastosowanie art. 470 § 4 ko-

deksu zobowiązań, według którego prawo do rozwiązania umowy z ważnego powodu wygasa, jeżeli strona niedokonała rozwiązania w ciągu dwóch tygodni od powzięcia wiadomości o istnieniu takiego powodu.

Uzasadnienie.

„Wniosek powoda o odrzucenie kasacji z powodu niedołączenie dowodu wpłaty kaucji kasacyjnej (art. 428 § 2 kpc.) nie może mieć skutku, gdyż pozwany Zakład jest wolny od opłat sądowych i doręczeniowych z mocy art. 4 Rozp. Prez. Rzp. z 28 października 1934 poz. 837 Dz. U. R. P.

W danym przypadku bowiem idzie o spór Zakładu z powodem, jako pracownikiem tegoż Zakładu na tle stosunku pracy.

Ponieważ stosunki pracowników Zakładu są unormowane szczegółowemi przepisami służbowemi oraz statutem Zakładu — przeto akcja procesowa Zakładu na tle wykładni i stosowania tych przepisów do swoich pracowników ma wszelkie cechy działalności ustawowej, a nie wyłącznie gospodarczej i dlatego Zakład z uwagi na przepis art. 4 p. 2 cyt. rozpr. jest wolny od ponoszenia opłat sądowych w takich sprawach.

Kasacja (oparta na podstawach z p. 1 i 2 art. 426 kpc.) nie jest uzasadniona.

Nie zachodzi w szczególności błędna wykładnia prawa materjalnego i niewłaściwe zastosowanie (art. 426 p. 1 kpc.).

Trafny jest pogląd prawny zaskarżonego wyroku, że wobec braku umówionego między stronami terminu, w którym ma być dokonane natychmiastowe rozwiązanie stosunku pracy z ważnego powodu — wchodzi w zastosowanie przepis § 4 art. 470 kz. w uwzględnieniu przepisu art. 446 i § 1 i 2 art. XL przep. wprow. kz.

W danym przypadku bowiem chodzi o ocenę skutków prawnych rozwiązania przez Zakład stosunku pracy z powodem, dokonanego w dniu 19 listopada 1934, mimo, że Zakład powziął wiadomość o ważnej przyczynie natychmiastowego rozwiązania tego stosunku jeszcze w dniu 8 października 1934[1]) — czyli o ocenę skutków prawnych zdarzenia, powodującego zgaśnięcie stosunku obowiązkowego między stronami, zaszłego po wejściu w życie kodeksu zobowiązań (art. XI. przep. wprow. § 1 i 2 kz.).

Skoro zatem, co jest niesporne, ani przepisy instrukcji służbowej dla dozorców domowych pozwanego z 29 maja 1934, ani przepisy służbowe dla pracowników pozwanego z dnia 22 sierpnia 1933 Nr. 6593/U.D., wydane z upoważnienia ustawy z dnia 17 marca 1932 poz. 338 Dz. U. R. P., ani w końcu postanowienia orzeczenia Nadzwyczajnej Komisji Rozjemczej sprawą, w jakim terminie ma być dokonane rozwiązanie stosunku pracy z ważnego powodu, się nie zajmują — przeto z mocy art. 446 kz. mógł znaleźć zastosowanie w tym względzie jedynie przepis art. 470 § 4 kz., według którego prawo pozwanego do rozwiązania umowy z ważnego powodu zgasło, skoro nie zostało dokonane w ciągu dwóch tygodni.

Chybiony jest wywód kasacji, jakoby niewłaściwie zastosowana do wynagrodzenia powoda normy, przewidziane w orzeczeniu Nadzwyczajnej Komisji Rozjemczej z dnia 19 czerwca 1934, z tego powodu, że żądanie powoda nie było postawione w drodze powództwa ustalającego przed Sądem Pracy — skoro ani przepis art. 3 ust. z 16 maja 1932 Nr. 39, poz. 324. Dz. U. R. P., ani przepis § 4 Orzecz. Nadw. Kom. Rozj. żadnych zastrzeżeń w tym kierunku nie czyni.

Niemniej bezpodstawne jest żalenie się kasacji na przyznanie powodowi odszkodowania za utracony zarobek z otwierania dla lokatorów bramy w nocy — gdyż, wobec bezprawnego wydalenia powoda z pracy przed upływem okresu wypowiedzenia, odszkodowanie takie mu się należy (art. 471 § 1 k. z.), przyczem powoływanie się na ważną przyczynę rozwiązania stosunku pracy jest bezskuteczne, skoro, wobec niedokonania przez Zakład rozwiązania stosunku pracy z tego powodu przynajmniej w terminie przewidzianym w § 4 art. 470 kz., przyczyna ta nie wchodzi w rachubę i rozwiązanie stosunku pracy mogło nastąpić tylko w drodze prawidłowego wypowiedzenia na dzień 31 marca 1935.

Przepis art. 259 p. 3 kz. stanowi, że wbrew woli wierzyciela nie mogą być umorzone przez potrącenie wierzytelności z tytułu wynagrodzenia za pracę. Niesłusznie tedy żali się kasacja na to, że nie potrącono z wierzytelności powoda za pracę wzajemnej pretensji pozwanego z tytułu należności za mieszkanie.

[1]) Por. art. XLII p. 1 przepisów wprowadzających Kodeks zobowiązań.

Gdy potrącenie takich pretensji jest z mocy ustawy wogóle niedopuszczalne — przeto trudno się zgodzić z poglądem kasacji, że dopuszczalne jest potrącenie z mocy wyroku — bo wyrok taki byłby sprzeczny z ustawą, którą Sąd ma stosować.

Ustalenie wysokości tego odszkodowania według uznania sądziowskiego było w danym przypadku uzasadnione, skoro ścisłe udowodnienie wysokości żądania nie było możliwe (art. 343 kpc.) a w ślad zatem nie stanowi również istotnej wadliwości postępowania pominięcie dowodu ze świadków Cz. J., skoro świadkowie ci do ścisłego ustalenia wysokości tej szkody przyczynić się nie mogli tembardziej, że nie szło tu jedynie o utratę dochodów za opłatę kluczów do bramy, lecz również o dochody płynące z wynagrodzeń za otwieranie bramy wogóle.

Z tych przyczyn, w związku z pobudkami zaskarżonego wyroku, gdy żadna z podstaw kasacyjnych nie jest usprawiedliwiona, kasacja ulega oddaleniu (art. 436 kpc.)".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 28 kwietnia 1936 r. L. Rej. C. II. 2876/35.

Termin miesięczny do rozwiązania umowy o pracę z winy strony przeciwnej, przewidziany w art. 36 ust. 2 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. Ust. Nr. 35, poz. 323), nie obejmuje czasu potrzebnego do zbadania, czy wiadomość o winie strony przeciwnej jest prawdziwa.

Uzasadnienie.

„Zarzut błędnej wykładni prawa jest uzasadniony.

Prawo rozwiązania umowy pracy z winy jednej ze stron gaśnie do miesiąca od chwili, gdy strona druga uzyskała wiadomość o istnieniu ważnej przyczyny art. 36/2 rozp. prac. umysł.

Wiadomość o istnieniu ważnej przyczyny nie zachodzi już w chwili, gdy stronie doniesiono szczegóły, nasuwające podejrzenie, lecz musi to być wiedza o zajściu wszystkich wymogów bezzwłocznego rozwiązania umowy pracy.

Same poszlaki, choćby poważne, nie zwolniłyby pracodawcy od odpowiedzialności za bezprawne rozwiązanie stosunku umownego, gdyby druga strona wykazała później, że poszlaki te były bezzasadne.

Czas potrzebny do zbadania, czy wiadomość jest prawdziwa lub, czy podejrzenie uzasadnione, nie należy do kresu miesięcznego z art. 36/2 cyt., gdyż w czasie tym pracodawca nie ma jeszcze wiadomości o istnieniu ważnej przyczyny, lecz zbiera dane celem uzyskania tej wiadomości, by mógł ważnie rozwiązać umowę.

Ustalono, że pozwany w marcu 1935 r. dowiedział się o wystawieniu czeku bez pokrycia, o nieprzeprowadzeniu tej tranzakcji w księgach pozwanego, że powód był w tym czasie zagranicą, a przesłuchany po powrocie w dniu 11 kwietnia 1935 przyznał szczegóły, jakie pozwany uważa za ważną przyczynę bezwłocznego rozwiązania służby.

Ustalenia te wykazują, że przed dniem 11 kwietnia 1935 pozwany miał podstawy do podejrzeń, lecz powód, który sam tę czynność przeprowadził, mógł był podejrzenia usunąć, wykazać, że chodziło tu o zwykłą agendę bankową, że nieuwidoczniono jej w księgach przez przeoczenie, lub z innej przyczyny, a dopiero od dnia 11 kwietnia 1935, po przyznaniu powoda, pozwany miał wiadomość o istnieniu ważnej, jego zdaniem, przyczyny rozwiązania umowy pracy. Rozwiązanie umowy z dniem 9 maja 1935 nastąpiło zatem przed upływem kresu z art. 36/2 cyt.

Kierując się mylnym poglądem prawnym, że zaszła prekluzja z art. 36/2 cyt., Sąd odwoławczy nie badał dalszych podstaw apelacji powoda co do zaistnienia ważnej przyczyny bezwłocznego rozwiązania umowy, naruszając przezto przepis art. 408 kpc. w sposób istotny dla wyniku art. 426/2 kpc."

Koszty art. 109/2 k. p. c.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 4 czerwca 1936 r. L. C. II. 557/36.

Do pracowników umysłowych, objętych przepisami rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. Ust. Nr. 35, poz. 323), nie ma zastosowania art.

469 § 3 Kodeksu Zobowiązań, stanowiący, że „jeżeli stosunek pracy trwa już lat dziesięć, pracodawca może wypowiedzieć umowę najpóźniej na sześć miesięcy naprzód na koniec kwartału kalendarzowego".

Uzasadnienie.

„Powód zaskarża wyrok Sądu Apelacyjnego z przyczyny naruszenia prawa materjalnego przez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, a więc z L. 1 art. 426 k. p. c.

W szczególności dopatruje się on obrazy przepisu art. 469 § 3 k. z., która ma polegać w tem, że Sąd Okręgowy odmówił uwzględnienia na korzyść skarżącego, przy obliczeniu jego należności za okres wypowiedzenia faktu przeszło 10-cio letniej służby u pozwanej i nie przyznał mu prawa do 6 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

Zarzut ten jest niesłuszny, Sąd Najwyższy bowiem podziela w zupełności ocenę prawną Sądu Okręgowego trafnie i wyczerpująco uzasadnioną w przepisach przez Sąd ten powołanych.

Na wywody skarżącego zauważa Sąd Najwyższy, co następuje:

Bezzasadnie stara się skarżący uzasadnić swój pogląd prawny powołaniem się na przepis art. 446 k. z.

Ze stanowiska przepisu tego, postanowienia działu I tytułu XI. k. z. mogą wejść w zastosowanie jedynie w przedmiotach rozporządzeniem Prez. Rzp. z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. poż. 323) nie objętych.

Kwestja terminu wypowiedzenia stosunku pracy została szczegółowo w art. 25 wspomnianego rozporządzenia unormowana w szczególności według ustępu 4-tego przepisu umowa o pracę rozwiązuje się po upływie trzech miesięcy od wypowiedzenia umowy przez jedną ze stron, jeżeli umowę tę zawarto na czas nieokreślony.

W świetle tego przepisu pracownik taki ma prawo tylko do 3 miesięcznego wypowiedzenia i to bez względu na to czy pracował u pracodawcy lat 10, czy mniej, postanowienia tego rozporządzenia są w tym względzie zupełnie jasne i nie nasuwają żadnych wątpliwości.

Okoliczność, że rozporządzenie to nie daje żadnych specjalnych korzyści pracownikom, którzy przepracowali 10 lat u tego samego pracodawcy, nie uprawnia do wniosku, jakoby ustawodawca w tem rozporządzeniu nie unormował uprawnień wspomnianych pracowników co do należnego im okresu wypowiedzenia. Gdy zatem kwestja ta została unormowana wspomnianem rozporządzeniem, brak przesłanki do zastosowania na podstawie art. 446 k. z. w drodze posiłkowej do niniejszego przypadku przepisu art. 469 § 3 k. z.

Sam fakt, że ze stanowiska wykładni Sądu Okręgowego nieliczna tylko grupa pracowników będzie mogła korzystać z przepisu art. 469 § 3 k. z. nie może wystarczyć do wniosku, jakoby wolą ustawodawcy było rozszerzyć korzyści wspomnianego przepisu także na pracowników umysłowych, podlegających powołanemu rozporządzeniu Dz. U. poz. 323/1928, skoro wnioskowi takiemu stoją na przeszkodzie przepisy art. II.L.16 i art. III.L.10 przep. wprow. k. z.

Bezzasadnie w końcu powołuje się skarżący na przepis art. XLVI. przep. wprow. k. z., gdyż odnosi się on do przypadku, jeśli zachodzi wątpliwość czy ma być stosowane prawo dotychczasowe, czy też kodeks zobowiązań, a takiej wątpliwości Sąd Najwyższy w przypadku dopatrzyć się nie może.

W tym stanie sprawy dla braku usprawiedliwionej podstawy bezzasadna skarga kasacyjna ulega oddaleniu (art. 436 k. p. c.)."

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 28 kwietnia 1936 r. L. C. II. 34/36.

Przepisy ustawy z dnia 9 kwietnia 1936 r. (Dz. Ust., poz. 222), przyznającej pracownikowi wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych także wtedy, gdy pracodawca nie miał zezwolenia władz na pracę dłuższą od normalnej, nie mają zastosowania do pracy nadliczbowej, wykonanej przed dniem 20 kwietnia 1936 r.

Z uzasadnienia:

„Praca nad ośm godzin dziennie jest zakazana i nie należy się za nią zapłata ani z art. 16 ust. czas. pracy, odnosząca się wyłącznie do pracy wyjątkowo dozwolonej, ani nawet normalne wynagrodzenie umowne, gdyż umowa o pracę zakazaną jest nieważna i nie może z niej powstać ważne zobowiązanie. § 879 u. c. Powód nie twierdził w sporze, by chodziło o pracę, wyjątkowo dozwoloną.

Obowiązująca od dnia 20 kwietnia 1936 ustawa L. 222/36 Dz. U. przyznaje pracownikowi wynagrodzenie z art. 16. ust. czas. pracy także wtedy, gdy pracodawca nie miał zezwolenia władz na pracę, dłuższą od normalnej. Postanowienie to wprowadza ustawa jako zmianę ustawy o czasie pracy, z czego również wynika, że ustawa poprzednio obowiązująca nie przyznawała wynagrodzenia takiego za pracę niedozwoloną, co zgodne jest z opinją Sądu Najwyższego w składzie siedmiu sędziów z dnia 4 listopada 1932.

Ustawa L. 222/26 Dz. U. wchodzi w życie z dniem ogłoszenia (art. 3), t. j. 20 kwietnia 1936, a treść jej nie daje podstaw do przyjęcia, że stosować ją należy do pracy nadliczbowej, wykonanej przed dniem 20 kwietnia 1936.

Ustawa ta wprowadza wyjątek od zasady powszechnie przyjętej w prawie prywatnem, że z umowy, zabronionej przez ustawę, nie może powstać ważne zobowiązanie (§ 879 u. c. Art. 56 — 57 k. z.), a także ten wyjątkowy charakter ustawy nie dozwala stosowania jej do pracy nadliczbowej, wykonanej przed dniem wejścia ustawy w życie".

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 27 listopada 1935 r. L. C. I. 1516/35.

Zatajenie przez pracownika umysłowego, przy zawieraniu umowy o pracę, swego wydalenia ze służby państwowej za nadużycia stanowi ważną przyczynę, upoważniającą pracodawcę do niezwłocznego rozwiązania umowy o pracę.

Uzasadnienie:

„Sąd Okręgowy odmiennie od Sądu Pracy oddalił powództwo Feliksa B., byłego pomocnika kancel. pozwanej, o odszkodowanie w wysokości 3 miesięcznych poborów, oparte na rzekomo bezpodstawnem zwolnieniu powoda ze służby.

Sąd ten przyjął, że w danym wypadku pozwanej, jako pracodawcy, służyło prawo niezwłocznego rozwiązania umowy, gdyż stwierdzony fakt, iż powód przy angażowaniu go do służby u pozwanej zataił poprzednią swą służbę państwową, z której został wydalony za nadużycia, stworzył podstawę do zwolnienia powoda ze służby z mocy art. 32 a) i h) rozp. o umowie o pracę prac. umysłowych.

W skardze kasacyjnej domagał się powód uchylenia wyroku Sądu Okręgowego, zarzucając mu obrazę art. 426 pkt. 1 k. p. c. w związku z art. 32 powyższego rozporządzenia, gdyż ustęp a) tego artykułu ma miejsce tylko w wypadku nadużycia zaufania w czasie służby, zaś co do ewentualności z ustępu h) Sąd Okręgowy winien był rozważyć kwestję, czy czyn, którego się powód dopuścił przed przyjęciem go do pracy, rzeczywiście rzuca taką plamę na przeszłość powoda, że powoduje utratę przez niego koniecznych uprawnień, zwłaszcza, że zostało ustalone, iż powód został ukarany tylko dyscyplinarnie. Zarzut powyższy jest niesłuszny.

Art. 32 omawianego rozporządzenia wylicza w ustępach a) do h) tylko przykładowo wypadki typowe, uprawniające pracodawcę do niezwłocznego rozwiązania umowy służbowej.

Gdyby więc nawet przyjąć, że dany wypadek nie da się ściśle podciągnąć pod ustępy a) i h) tego rozporządzenia, w każdym razie jest on bardzo zbliżony do tych wypadków i dlatego musi być poczytany jako ważna przyczyna, uprawniająca pozwaną do korzystania z postanowień tego przepisu ustawowego".

POSTĘPOWANIE

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 4 marca 1936 r. L. Rej. 8279/33.

Przepis art. 50 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem (Dz. Ust. Nr. 36, poz. 341) co do swobodnej oceny przez władzę orzekającą wyników postępowania wyjaśniającego nie uprawnia władzy do odmowy

przeprowadzenia zaofiarowanego przez strony dowodu li tylko z tego powodu, że zdaniem władzy, inne przeprowadzone już dowody nie potwierdziły twierdzeń strony.

Z uzasadnienia:

„Nie jest pozbawiony słuszności także zarzut, że pozwane Ministerstwo uchybiło ze szkodą dla skarżącego zasadom postępowania administracyjnego, o ile uznało za zbędne przesłuchanie trzeciego wskazanego przez skarżącego świadka li tylko ze względu na przytoczone wyżej zeznania dwóch innych świadków. Zeznania świadków przesłuchanych same przez się nie przesądzają treści zeznań świadków nie przesłuchanych, ani mocy dowodowej ich zeznań. Postanowienie art. 50 prawa z 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem co do swobodnej oceny przez władzę orzekającą wyników postępowania wyjaśniającego nie uprawnia władzy do odmowy przeprowadzenia zaofiarowanego przez strony dowodu tylko z tego powodu, że zdaniem władzy, inne przeprowadzone już dowody nie potwierdziły twierdzeń strony. Z postanowień bowiem art. art. 94, 78 i 75 powołanego prawa wynika zasada, że władza odwoławcza obowiązana jest przyjąć pod rozwagę wszystkie istotne zarzuty i wnioski strony a więc i dowody zaofiarowane na poparcie tych zarzutów i wniosków.

Uznając w powyższych kierunkach skargę za uzasadnioną N. T. A. uchylił zaskarżone orzeczenie po myśli art. 84 p. 3 prawa z dnia 27 października 1932 r. poz. 806 Dz. Ust."

Z wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 30 kwietnia 1936 r. L. Rej. 3812/34.

Jeżeli władza administracyjna, wydając ostateczne w toku instancyj orzeczenie, błędnie w niem pouczyła stronę o możliwości wniesienia dalszego odwołania, wówczas władza, która zgodnie z pouczeniem tem odwołanie otrzymała, powinna sprostować błędne pouczenie o środkach prawnych, dając przez to stronie nowy termin do wniesienia skargi do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Powody.

„Z. U. P. U. w Warszawie decyzją z 22 czerwca 1931 r. przyznał Józefowi S. zaopatrzenie starcze, przewidziane w art. 160 rozporządzenia Prezydenta R. P. z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych poz. 911 Dz. Ust. Odwołanie S. od tej decyzji Wojewoda Nowogródzki orzeczeniem z 24 października 1932 r. oddalił, pouczając odwoławcę, że służy mu odwołanie do Ministerstwa Opieki Społecznej.

S. stosownie do tego pouczenia odwołanie wniósł, domagając się podwyższenia świadczeń do 150 zł. miesięcznie. Ministerstwo orzeczeniem z 14 lutego 1934 r. pozostawiło to odwołanie bez rozpoznania z zaznaczeniem, że w myśl art. 164 p. 2 cytowanego wyżej rozporządzenia w sprawach, dotyczących wysokości świadczeń emerytalnych, przysługuje odwołanie tylko do pierwszej instancji.

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

Skarżący m. in. zarzuca, że Ministerstwo obraziło przepisy prawne o postępowaniu administracyjnem, skoro pozostawiło bez rozpoznania odwołanie, wniesione stosownie do błędnego pouczenia przez pierwszą instancję, że w ten sposób Ministerstwo pozbawiło skarżącego możności skarżenia w terminie do instancji właściwej.

N. T. A. rozważył, co następuje:

Z motywów skargi i wywodów odpowiedzi na nią wynika, że między skarżącym a władzą pozwaną niema sporu, iż skarżącego błędnie pouczył Wojewoda w swojem orzeczeniu co do dalszego toku postępowania, i że skarżący zastosował się do tego pouczenia. Jeżeli więc w tych warunkach Ministerstwo ograniczyło się do pozostawienia odwołania bez rozpoznania, to takie postępowanie nie odpowiada zasadom art. 77 rozporządzenia Prezydenta R. P. z 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem poz. 431 Dz. Ust. Według bowiem tego przepisu błędne pouczenie przez władzę co do dalszego toku postępowania nie może szkodzić stronie i jeśli w takim wypadku odwołanie, czy skargę otrzyma instancja niewłaściwa, winna ona przesłać je do instancji właściwej, która postąpi z niemi tak, jak gdyby były one od początku skierowane właściwie.

Z postanowień tych wynika, że każda z władz, powołanych do współdziałania, czyto z mocy prawa, czy też na skutek niewłaściwego pouczenia strony przez władzę, która wydała już swoje orzeczenie, winna w zakresie swej właściwości przyczynić się do usunięcia niekorzystnych dla strony skutków wspomnianego pouczenia. Z zasady zaś tej wynika, że w wypadku wniesienia odwołania przez stronę, błędnie pouczoną w ostatecznem w toku instancyj administracyjnych orzeczeniu, że od tego orzeczenia, służy odwołanie w toku wspomnianych instancyj, skoro nie może być zastosowany przytoczony wyżej przepis p. b) art. 77 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnem, władza wyższa, do której odwołanie wpłynęło, winna spowodować sprostowanie błędnego pouczenia o środkach prawnych, zawartego w ostatniem orzeczeniu instancji niższej, w ten sposób, że orzeczenie instancji niższej jest ostateczne w toku instancyj administracyjnych. Przez to strona zyskałaby nowy termin do wniesienia skargi do N. T. A., gdyż termin ten liczyłby się od dnia doręczenia sprostowanego orzeczenia.

Skoro zaskarżone orzeczenie oparto na innem, niezgodnem z zasadami procedury administracyjnej stanowisku, należało je z powodu wadliwego postępowania uchylić po myśli art. 84 rozporządzenia o N. T. A. z 27 października 1932 r. Wobec tego rozstrzygnięcia rozpatrywanie innych zarzutów skargi stało się bezprzedmiotowe".

RÓŻNE WYJAŚNIENIA.

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 29 stycznia 1936 r. L. C. I. 1797/35.

Pracodawca, który w dniu 30 grudnia 1933 r., to jest w dniu ogłoszenia w Dzienniku Ustaw rozporządzenia Rady Ministrów, ustalającego datę wejścia w życie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem, wypłacił swym pracownikom zgóry pensje za styczeń 1934 r. obowiązany był potrącić z tych pensyj składki ubezpieczeniowe, przypadające na rzecz Ubezpieczalni Społecznej stosownie do ustawy z dnia 28 marca 1933 r.

Uzasadnienie:

„Sąd Apelacyjny zatwierdził wyrok Sądu Okręgowego, oddalający powództwo Państwowego Monopolu Spirytusowego, w którego imieniu występuje Prokuratorja Generalna Rzplitej, przeciwko Ubezpieczalni Społecznej w B. o uchylenie jej orzeczenia z dnia 23.III.1934 r., ustalającego obowiązek uiszczenia składek ubezpieczeniowych w wysokości 1959 zł. 75 gr. za miesiąc styczeń 1934 r. przez powoda za jego pracowników oraz o uznanie pretensji tej za nieuzasadnioną.

W skardze kasacyjnej strona pozywająca, zarzucając pogwałcenie przepisów art. 426 p. 2, 417 i 351 k. p. c. oraz naruszenie art. 219 ustawy o ubezpieczeniu społecznem w związku z § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 27.XII.1933 r. (Dz. U. poz. 789) i § 80 rozporządzenia Ministra Skarbu z dn. 13.I. 1933 r. (Dz. U. poz. 28), wnosi o uchylenie zaskarżonego wyroku.

Stosownie do art. 2 ust. 2 rozporządzenia Prez. Rzplitej z dn. 23.XII.1827 r. (Dz. U. poz. 18 z r. 1928) w brzmieniu ustawy z dnia 12.II.1930 r. (Dz. U. poz. 89), akty prawne, wymienione w art. 1 tych przepisów, a więc i rozporządzenia Rady Ministrów, uważa się za prawnie ogłoszone w dniu wydania numeru Dziennika Ustaw, w którym sa umieszczone. Skoro więc rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 27.XII.1933 (Dz. U. poz. 789), ustalające datę wejścia w życie ustawy scaleniowej o ubezpieczeniu społecznem z dn. 28.III.1933 r. (Dz. U. poz. 396) było ogłoszone w Dzienniku Ustaw, wydanym 30 grudnia 1933 r., strona skarżąca, wypłacając pracownikom swym w tym dniu za styczeń 1934 r. uposażenie służbowe, nie miała podstaw prawnych do zaniechania przewidzianych w tej ustawie potrąceń z uiszczonych wypłat tytułem składek ubezpieczeniowych, jako przypadających właśnie, stosownie do pomienionej ustawy, do przekazania Ubezpieczalni Społecznej z uposażeń służbowych za styczeń 1934 r.; słuszności tezy tej nie podważa bynajmniej okoliczność, iż ustawa z dnia 28.III.1933 r., zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27.III.1933 r., weszła

w życie z dniem 1.I.1934 r., a uposażenie pracownikom, stosownie do art. 80 rozporządzenia Ministra Skarbu z dn. 13.I.1933 r. (Dz. U. poz. 28), było wypłacane zgóry za miesiąc styczeń 1934 r. w dniu 30 grudnia 1933 r., gdyż pomienione przepisy, regulujące sposób i termin wypłacania uposażeń (Dz. U. poz. 28), mają charakter przepisów porządkowych i nie mogą unicestwić przepisów prawa materjalnego (Dz. U. poz. 396), nakazujących dokonania pewnych potrąceń z wypłacanych uposażeń tytułem składek ubezpieczeniowych za okres czasu ściśle w tych przepisach oznaczony.

Z tych względów podniesione w kasacji zarzuty, a oparte na odmiennej wykładni powołanych przepisów prawnych, jako bezpodstawne upadają.

Również nie może spowodować uchylenia zaskarżonego wyroku zarzut kasacji co do ograniczenia się Sądu Apelacyjnego odwołaniem się do wywodów, zawartych w wyroku Sądu Okręgowego, bez przytoczenia własnego uzasadnienia w sprawie niniejszej, skoro kasacja nie precyzuje, jakie mianowicie nowe okoliczności lub zasady prawne były przez stronę skarżącą powołane w jej apelacji lub wysuwane w toku postępowania w drugiej instancji, a które jakoby nie były podnoszone w Sądzie Okręgowym lub pozostały przezeń nierozważone".

MATERJAŁY

CENTRALA ZAKUPÓW DLA KAS CHORYCH I JEJ DZIAŁALNOŚĆ W R. 1935

I. Powstanie Centrali Zakupów i jej forma organizacyjna.

Zaczątkiem Centrali Zakupów dla Kas Chorych była Centrala Zakupu Leków, utworzona w ostatnich miesiącach r. 1927, jako jeden z działów pracy ówczesnego Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych. Zadaniem jej było ułatwianie zaopatrywania się przez Kasy Chorych w środki lecznicze. Na skutek zwiększających się ze strony Kas Chorych zamówień, obroty Centrali Zakupu leków szybko rosły. przyczem wyłoniła się konieczność utworzenia centralnej składnicy, umożliwiającej odpowiednią organizację zakupów i zabezpieczającej regularność dostaw.

O rozwoju prac Centrali świadczą następujące cyfry: Gdy sprzedaż w r. 1928 wynosiła zł. 1.445.213,47, w r. 1932 wzrosła ona do zł. 3.128.186,16. Jednocześnie remanent składnicy środków leczniczych ze zł. 79.343,35 na koniec r. 1928, wzrósł na zł. 315.578,45 na koniec r. 1932.

Tak znaczny rozwój działalności Centrali, z drugiej zaś strony coraz silniej krystalizująca się koncepcja ześrodkowania w jednej instytucji całości zaopatrzenia Kas Chorych, stały się powodem zarówno rozszerzenia pierwotnych ram Centrali Zakupu Leków, jak i wydzielenia jej w samodzielną organizację.

Centrali, pojętej jako wspólne biuro zakupów wszystkich Kas Chorych, przydzielone zostały nietylko zakupy artykułów leczniczych, lecz również szeregu artykułów techniczno-gospodarczych, przyczem na Kasy Chorych został nałożony przymus zaopatrywania się za jej pośrednictwem. Oczywiście podobne zadania wymagały odpowiedniej organizacji Centrali, która, pozostając w ramach instytucyj ubezpieczeń społecznych, coraz wyraźniej zaczęła nabierać cech organizacji handlowej.

Łączenie pod wspólną firmą Związku Kas Chorych oraz Centrali Zakupu Leków z przytoczonego względu było niewskazane i mogło się stać powodem różnorodnych utrudnień; skłoniło to Związek do wystąpienia do Ministerstwa Opieki Społecznej z wnioskiem usamodzielnienia Centrali i nadania jej odrębnej osobowości prawnej.

Dn. 2 kwietnia r. 1932 p. Minister Opieki Społecznej zatwierdził statut instytucji, która otrzymała nową nazwę: Centrala Zakupów dla Kas Chorych, jako samodzielnej jednostki prawnej, utworzonej jako stowarzyszenie i powołanej do życia na zasadzie art. 63 rozp. p. Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 29 listopada r. 1930 o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 635).

Wobec reorganizacji ubezpieczeń społecznych i w związku z tem konieczności znowelizowania niektórych artykułów statutu Centrali, dn. 31 grudnia r. 1932 zatwierdzony został przez p. Ministra Opieki Społecznej nowy statut, obowiązujący dotychczas.

W r. 1935, wobec dalszych poważnych zmian, przeprowadzonych w strukturze ubezpieczeń społecznych, zaszła konieczność ponownej nowelizacji statutu Centrali. Odnośny projekt, opracowany jeszcze w ciągu roku 1935, został definitywnie przyjęty na posiedzeniu Rady Zarządzającej Centrali w dn. 18 marca r. 1936 i znajduje się obecnie w zatwierdzeniu w Ministerstwie Opieki Społecznej, przyczem instytucja otrzymuje nową nazwę — Centrala Zaopatrywania Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych.

Centrala Zakupów jest stowarzyszeniem, do którego należą jako członkowie Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na wypadek Choroby i Macierzyństwa, administrowany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dawniej kolejno — Związek Kas Chorych oraz Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa) i Ubezpieczalnie Społeczne (dawniej Kasy Chorych). Przy powstawaniu Centrali zarówno Związek Kas Chorych jak i wszystkie Kasy Chorych złożyły pisemne deklaracje o przystąpieniu do niej.

Organami Centrali są: Rada Zarządzająca, prezydjum (o charakterze pełnomocnika Rady), — w skład którego wchodzą prezes, viceprezes i dwaj członkowie Rady, dyrektor i Komisja Rewizyjna, — ta sama co dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W myśl § 8 statutu Centrali, jej kapitał zakładowy winien wynosić zł. 1.500.000.—. Kapitał ten powstaje drogą wpłaty udziałów przez członków Centrali; mianowicie udział Związku Kas Chorych miał wynosić zł. 500.000.—, na pozostałą zaś kwotę zł. 1.000.000.— składają się udziały Kas Chorych. Dotychczas wszakże został wpłacony tylko udział Związku Kas Chorych w wymienionej wysokości zł. 500.000.—, co nastąpiło na drodze przekazania Centrali majątku dawnej Centrali Zakupu Leków. Natomiast Kasy Chorych udziałów swych nie wniosły; wynikło to na skutek reorganizacji ubezpieczeń społecznych, dokonanej w ostatnich latach i powziętych w związku z tem decyzyj odroczenia wpłat.

Znowelizowany statut z r. 1936 wprowadza zmiany w wysokości i podziale kapitału zakładowego. Mianowicie określa jego wysokość na zł. 1.000.000.—, z czego zł. 750.000.— przypada na Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa i zł. 250.000.— na Ubezpieczalnie Społeczne. Kapitał zakładowy w pełnej wymienionej wysokości zostanie definitywnie wpłacony w ciągu r. 1936.

Pod względem struktury organizacyjnej w chwili obecnej Centrali dzieli się na następujące zasadnicze działy pracy:

I. Wydział Finansowy,
II. Wydział Administracyjno-Gospodarczy,

III. Wydział Apteczny wraz ze Składnicą,
IV. Laboratorjum Analityczne,
V. Apteka we Lwowie,
VI. Apteka w Wilnie.

II. Zadania Centrali Zakupów oraz zakres jej działalności w r. 1935.

Zadania, dla których Centrala Zakupów została powołana do życia, sformułowane są w § 3 statutu z r. 1932, któremu odpowiada § 6 statutu znowelizowanego w r. 1936.

Nowy statut podkreśla, iż działalność Centrali, niema być obliczoną na zyski, lecz realizować jedynie ześrodkowanie zapotrzebowań instytucyj ubezpieczeń społecznych i jaknajkorzystniejsze dla tych instytucyj zaspakajanie ich zapotrzebowań, drogą zaopatrywania instytucyj ubezpieczeń społecznych w potrzebne im artykuły, ustalania jakości artykułów i ich ujednostajnienia, nabywania lub dzierżawienia i prowadzenia aptek, wytwórni leków oraz środków opatrunkowych, zawierania dla instytucyj ubezpieczeń społecznych umów, dotyczących wszelkich ubezpieczeń (o charakterze prywatnym) z tytułu posiadanego przez te instytucje majątku i wykonywanych przez nie czynności. Pozatem do zadań Centrali zaliczono wykonywanie i dostarczanie druków i formularzy, potrzebnych dla instytucyj ubezpieczeń społecznych. Z wymienionych zadań nie objęte jeszcze zostało działalnością Centrali wykonywanie druków co dotychczas załatwiane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Zakres działalności Centrali w r. 1935, ustalony na zasadzie powyżej sformułowanych statutowych jej zadań, podany jest nieco niżej. Natomiast tutaj wymaga wyjaśnienia, jaką rolę winna spełniać Centrala w odniesieniu do ogólnych gospodarczych zagadnień Państwa, w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych, wreszcie w odniesieniu do krajowej wytwórczości.

A więc przedewszystkiem Centrala pełni szereg funkcyj, jako jeden z organów Ministerstwa Opieki Społecznej w jego polityce w odniesieniu do krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, co ściśle wiąże się z szeregiem problematów, jak — rozbudową krajowej produkcji, regulowaniem importu zagranicznego, zapewnieniem obronności kraju.

W odniesieniu do instytucyj ubezpieczeń społecznych, których należyte obsługiwanie stanowi pierwsze bezpośrednie zadanie Centrali, rola jej sprowadza się do trzech zasadniczych problematów, mianowicie do dostarczania artykułów po cenach najkorzystniejszych przy jednoczesnem zapewnieniu odpowiedniej ich jakości oraz do przeprowadzania szeregu prac normalizacyjnych.

Centrala, będąc wielkim odbiorcą, ma niewątpliwie możność dokonywania zakupów na warunkach dużo korzystniejszych, niż mogą to czynić poszczególne Ubezpieczalnie Społeczne; przytem scentralizowanie zakupów zapewnia najniższą cenę nietylko większym odbiorcom Centrali, jakiemi są np. Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie lub Łodzi, lecz również Ubezpieczalniom średnim i małym. Dzięki stałej kontroli zakupywanych artykułów, Centrala może gwarantować swym odbiorcom odpowiednią ich jakość. Ma to doniosłe znaczenie przedewszystkiem w odniesieniu do artykułów chemiczno-farmaceutycznych, stanowiących przeszło ¾ dostaw. Artykuły te są szczegółowo badane przez Laboratorjum Analityczne Centrali, działalność którego omówiona jest poniżej. Przy rozdrobnionych zakupach, przeprowadzanie tego rodzaju prac byłoby zupełnie niewykonalne. Wreszcie Centrala ma możność dokonywania normalizacji szeregu artykułów, celem zapewnienia odpowiedniego ich poziomu, a niejednokrotnie zmniejszenia ich różnorodności, co znów nie jest bez znaczenia na obniżenie kosztów produkcji i kształtowanie się cen. Należy również dodać, że dzięki istnieniu Centrali, Ubezpieczalnie Społeczne odnoszą dodatkowe finansowe korzyści, płynące zarówno z oszczędności na kosztach personalnych, jak i rzeczowych (likwidacja biur zakupów, centralnych składnic, zbędność przeprowadzania badań jakości zakupywanych artykułów, uproszczenie rozrachunków za nabywane towary i t. p.).

Co się tyczy zadań, jakie Centrala pragnie spełniać w stosunku do krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego oraz w stosunku do wytwórczości innych artykułów leczniczych (a więc np. środków opatrunkowych, artykułów gumowych, chirurgicznych, ortopedycznych i t. p.), to dadzą się one ująć, jak następuje:

Wychodząc z założenia jaknajszerszego popierania przemysłu polskiego, Centrala stosuje artykuły krajowe zawsze, gdy tylko jest to możliwe. Śledząc zaś stale nietylko za działalnością, lecz również za dążeniami rozwojowemi przemysłu w odniesieniu do interesujących ją artykułów, stara się ona przyjść z pomocą każdej nowej poważnej inicjatywie, przyczem niejednokrotnie sama zwraca uwagę wytwórców krajowych na niewyzyskane jeszcze możliwości i zachęca ich do podjęcia odnośnej produkcji. Starania Centrali, systematycznie podejmowane w omówionym kierunku od kilku lat, niewątpliwie w znacznym stopniu przyczyniły się do rozbudowy przedewszystkiem naszego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, który w coraz szerszej mierze pokrywa całość potrzeb krajowych.

Planowa współpraca Centrali z krajowemi firmami wytwórczemi pozwala im z jednej strony na zracjonalizowanie produkcji i na podniesienie jakości wytwarzanych artykułów, z drugiej zaś strony daje im szereg korzyści materjalnych, przez zapewnienie zbytu i ciągłości dostaw.

Trzeba też podnieść, że Centrala stara się w miarę możności o zatrudnianie zakładów przemysłowych w całym kraju, co korzystnie wpływa na wzmożenie się inicjatywy prywatnej oraz na ożywienie ruchu handlowego w poszczególnych ośrodkach.

Zakres działalności Centrali w r. 1935 pozostał mniej więcej ten sam, co w r. 1934. Główny przedmiot dostaw stanowią artykuły chemiczno-farmaceutyczne. Dział ten, poza nielicznemi artykułami pomocniczemi i niektóremi surowcami (nienadającemi się do dalszych transportów) został prawie całkowicie objęty przez Centralę, z wyjątkiem jedynie narzędzi chirurgicznych oraz części artykułów dentystycznych, które, ze względu na dużą różnorodność, dostarczane są jako artykuły nie objęte przymusem zakupu.

W dziale dostaw techniczno-gospodarczych objęte zostały przez Centralę tylko artykuły, przedstawiające sobą duże jednostkowe objekty, bądź też towary masowego zbytu.

Wreszcie został oddany Centrali cały dział asekuracyjny.

Do r. 1934 włącznie działalność Centrali rozciągała się tylko na instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa; natomiast w r. 1935, wobec scalenia ubezpieczeń społecznych, została przez nią objęta całość instytucji ubezpieczeń.

Zakres działalności Centrali w r. 1935, który na r. 1936 pozostał bez zmiany, przedstawia się jak następuje:

A. Zaopatrywanie w środki lecznicze i sanitarne, — dokonywane przez Wydział Apteczny;
B. Zaopatrywanie w leki gotowe Ubezpieczalni Społecznych nieposiadających własnych aptek, — dokonywane przez Apteki Centrali we Lwowie i w Wilnie;

C. Zaopatrywanie w niektóre artykuły gospodarcze i sprzęty, — dokonywane przez Wydział Administracyjno-Gospodarczy;

D. Asekurowanie osób i mienia, — dokonywane przez Wydział Administracyjno-Gospodarczy.

III. Obroty i kalkulacja w r. 1935.

Obroty Centrali Zakupów w latach 1934 i 1935 kształtowały się, jak następuje:

	r. 1934 zł.	r. 1935 zł.
Wydział Apteczny — sprzedaż .	5 612 075,06	5 199 886,79
Wydział Administr. - Gospodarczy — sprzedaż i asekuracje .	1 107 976,08	865 254,76
Apteka we Lwowie — sprzedaż	268 231,78	275 572,76
Apteka w Wilnie — sprzedaż . .	480 922,62	407 269,78
Ogółem	7 469 205,54	6 747 984,09

W sprzedaży Wydziału Aptecznego mieszczą się artykuły, dostarczone Aptekom Centrali, aby przeto wyprowadzić faktyczne obroty, należy podane powyżej kwoty za oba lata zmniejszyć okrągło o zł. 400.000.—.

Jak wynika z powyższego zestawienia, obrót Centrali w r. 1935 co do wartości był niższy, niż w roku poprzednim; jednak, przy porównaniu tych dwóch lat, należy wziąć pod uwagę spadek cen, jaki miał miejsce w r. 1935, a który w dziale artykułów chemiczno-farmaceutycznych wyraża się przeciętną cyfrą prawdopodobnie nie mniejszą, niż 20%. Niższe ceny uzyskano również w tym roku na węglu i koksie, stanowiących podstawowe artykuły, prowadzone przez Wydział Administracyjno-Gospodarczy. Wreszcie uzyskano poważne zniżki na stawkach asekuracyjnych. Z drugiej zaś strony w r. 1935 obniżona została kalkulacja Centrali. Przeto, aby porównywać obroty wymienionych dwóch lat, należałoby w cyfrach, wyprowadzonych za r. 1935, uskutecznić odnośną korekturę. W dostawach chemiczno-farmaceutycznych podobne porównawcze zestawienie obrotów przedstawia się, jak następuje, przy wprowadzeniu do cyfr z r. 1935 korekty jedynie w wysokości 10% (chociaż właściwe przeliczenie byłoby znacznie wyższe):

Rok 1935:

Wydział Apteczny . .	zł. 5.720.000.—
Apteka we Lwowie . .	„ 303.130,04
Apteka w Wilnie . . .	„ 447.996,76
Razem: . .	zł. 6.471.126,80

Rok 1934: jak poprzednio podano — obroty Wydziału Aptecznego i obu Aptek — zł. 6.361.229,46.

Sporządzenie podobnego porównawczego zestawienia dla Wydziału Administracyjno-Gospodarczego byłoby nieco trudniejsze. Nadmienia się przeto tylko, że w r. 1935 obniżyła się ilość dostarczonych przez Centralę samochodów i maszyn biurowych, natomiast bardzo poważnie wzrosła ilość dostaw węgla i koksu, jak również praca działu ubezpieczeniowego.

Jak wynika z powyższego, obroty Centrali w r. 1935 pod względem ilościowym były wyższe, niż w roku poprzednim.

Ten wzrost obrotów tłumaczy się z jednej strony tem, że do r. 1934 włącznie Centrala, jak to powyżej zaznaczono, obsługiwała tylko instytucje ubezpieczenia chorobowego, natomiast w r. 1935 objęła wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych, a więc również ubezpieczenia długoterminowe, co odbiło się przedewszystkiem na pracy Wydziału Administracyjno-Gospodarczego; z drugiej zaś strony niewątpliwie wzrosło w r. 1935 zapotrzebowanie Ubezpieczalń na leki, dostarczane przez Centralę (możność otrzymania większej ilości leków za jednakową kwotę wobec spadku cen, wprowadzenie lekarza domowego).

Celem pokrycia wydatków administracyjnych instytucji oraz dokonania odpisów statutowych, do cen zakupów doliczane są przy sprzedaży pewne procenty, wahające się w poszczególnych kategorjach artykułów od 5 do 15%, a to w zależności od kosztów, związanych z prowadzeniem danego artykułu oraz z jego charakterem (np. ususzki przy ziołach lub niektórych surowcach, manipulacje, związane z przeprowadzaniem artykułów przez własną składnicę i t. p.).

W r. 1935 dochód brutto w Wydziale Aptecznym wyniósł przeciętnie 8,22% w stosunku do sprzedaży; w wydziale zaś Administracyjno-Gospodarczym przy sprzedaży — 5,23%, a w ubezpieczeniach — 16,72% od wysokości opłaconej składki.

Przeciętny zysk brutto od wszystkich operacyj agend warszawskich Centrali wyniósł 8,02% w stosunku do sprzedaży.

Kalkulacja Aptek jest nieco inna; w znacznym stopniu mają one charakter placówek wytwórczych (wyrób leków i ich dozowanie), posiadają przeto koszty handlowe, pozostające w innym procentowym stosunku do obrotów, niż pozostałe działy pracy. Dochód Aptek przedstawiał się w r. 1935, jak następuje: w Aptece we Lwowie wyniósł on 28,5% w stosunku do sprzedaży, w Aptece w Wilnie — 31,13% w stosunku do sprzedaży. Obie Apteki obowiązuje ten sam cennik.

IV. Polityka i system zakupów.

Jak to już powyżej zaznaczono, pierwszem bezpośredniem zadaniem Centrali jest zapewnienie instytucjom ubezpieczeń społecznych jaknajkorzystniejszego kupna potrzebnych im artykułów. Ze sprawą tą ściśle wiąże się zagadnienie polityki i system zakupów.

Zasadniczym postulatem finansowym Centrali, który znalazł swój wyraz w odnośnych przepisach statutu, jest samowystarczalność. Centrala, w granicach posiadanych środków finansowych, winna gospodarować w taki sposób, aby, dostarczając swym odbiorcom towary po cenach możliwie najniższych, jednocześnie, przez doliczanie do cen zakupów pewnych procentów, pokrywała swe własne koszty.

Zagadnieniem, jakie się z tem wiąże, jest przyjęcie najkorzystniejszego systemu zakupów, jakim są bez wątpienia zakupy bezpośrednie u producentów, z odwoływaniem się do hurtowników i pośredników jedynie w tych wypadkach, gdy zachodzi tego istotna potrzeba.

Powyższa zasada jest przez Centralę w szerokim stopniu stosowana. Ogólnie można powiedzieć, że zakupy u hurtowników mają miejsce prawie wyłącznie tylko wówczas, gdy hurtownik sam wykonuje w związku z danym towarem pewne czynności (np. rozwożenie własnym taborem węgla i koksu), gdy jest on oficjalnym przedstawicielem wytwórcy, lub też w wypadku zakupów o charakterze raczej detalicznym.

Zasadniczą formą zakupów, stosowaną w Wydziale Aptecznym, są przetargi. Ze względu na charakter artykułów leczniczych, które muszą stać na wysokim poziomie, a w związku z tem możliwością współpracy jedynie z firma-

mi, budzącemi maximum zaufania, przetargi noszą charakter ograniczony. Przyjęto przytem zasadniczo system przetargów półrocznych (które odbywają się przeważnie w okresie wiosennym i na jesieni), a tylko wyjątkowo przy artykułach, jak np. zioła lub tran, które winny być zakupywane jednorazowo na cały sezon, stosowane są przetargi roczne. Normalną formą przetargów jest przetarg na zasadzie pisemnych ofert; w razie potrzeby stosowane są dodatkowo przetargi ustne. W roku 1935 odbyto ogółem 18 przetargów pisemnych i 3 ustne.

Wszakże nie wszystkie artykuły mogą być nabywane przez Wydział Apteczny na drodze przetargów. Przedewszystkiem należą tu specyfiki i środki patentowe oraz stanowiące przedmiot monopolu. W szeregu wypadków przetargi nie mogą mieć również praktycznego zastosowania w odniesieniu do artykułów zagranicznych, a to wobec reglamentacji przywozu, co powoduje możność dysponowania tylko ograniczonym doborem artykułów, pochodzących z określonych krajów. Wreszcie, jeżeli idzie o artykuły pochodzenia polskiego, to przetargi nie są stosowane w wypadku braku dostatecznej ilości wytwórców (t. j. istnienia jednej, względnie zaledwie paru firm, wytwarzających dany artykuł) oraz w niektórych wypadkach, gdy idzie o wprowadzenie wzamian artykułu zagranicznego, określonego artykułu pochodzenia krajowego, który dopiero zaczyna być wytwarzany. Zbytecznem jest dodawać, że zakupy z przetargów nie mogą też być stosowane przy tranzakcjach drobnych, nie noszących charakteru zakupu hurtowego.

W razie nie przeprowadzania przetargów, gromadzone są i szczegółowo badane poszczególne oferty.

Przy wprowadzaniu artykułu krajowego, zamiast stosowanego poprzednio zagranicznego, dopuszczalna jest niekiedy nieco wyższa cena artykułu, wyrabianego w kraju, gdyż stosowanie metody ścisłej konkurencji cen w szeregu wypadków musiałoby doprowadzić do zabicia młodej wytwórczości krajowej. Wszakże, gdy ta rozpiętość cen przekracza pewną normę (około 10%), Centrala odwołuje się do swych władz nadzorczych o dalsze dyrektywy.

System zakupów Wydziału Administracyjno-Gospodarczego różni się nieco od systemu, przyjętego w Wydziale Aptecznym; mianowicie Wydział Administracyjno-Gospodarczy nie urządza przetargów, co uwarunkowane jest charakterem prowadzonych artykułów, lecz czyni zakupy z reguły na podstawie komisyjnego porównywania ofert. Przestrzegana jest przytem, podobnie jak to ma miejsce w Wydziale Aptecznym, zasada zawierania tranzakcyj o ile możności bezpośrednio z wytwórcami, jak również jak najszerszego stosowania artykułów pochodzenia krajowego.

Umowy asekuracyjne zawierane są na podstawie komisyjnego badania ofert Towarzystw Ubezpieczeniowych, przyczem w tym celu powołana została specjalna Komisja, złożona z przedstawicieli Centrali i Z. U. S. Ześrodkowanie w Centrali całego portfelu asekuracyjnego instytucyj ubezpieczeń społecznych niewątpliwie daje szereg realnych korzyści, które dają się ująć, jak następuje:

1) scentralizowanie to daje możność przeprowadzenia pewnej polityki w stosunku do Towarzystw Ubezpieczeń, odpowiadającej zarówno interesom ogólnym Państwa, jak interesom instytucyj ubezpieczeń społecznych;

2) umożliwia ono znaczne potanienie kosztów ubezpieczenia, a to zarówno przez zawieranie umów korzystniejszych (wobec rozporządzania przez Centralę bardzo poważnym portfelem), jak również przez wyłączenie agentów i pośredników;

3) daje możność uzyskania pewnych specjalnych przywilejów, jak np. w odpowiedzialności cywilnej objęcie ubezpieczeniem prywatnej praktyki lekarzy, bez specjalnych dopłat;

4) zapewnia szybką i sprawną likwidację szkód;

5) zwalnia instytucje ubezpieczeń społecznych z trudu czynności administracyjnych, związanych z asekuracjami.

V. Współpraca Centrali Zakupów z przemysłem krajowym.

Na zasadnicze ustosunkowanie się Centrali do przemysłu kajowego pewne światło rzuca już to, co powiedziano o systemie zakupów. Podstawowem założeniem, normującem stosunek Centrali do przemysłu krajowego jest stosowanie artykułów krajowych zawsze, gdy jest to tylko możliwe.

W odniesieniu do działalności Wydziału Administracyjno-Gospodarczego, prowadzącego tylko niewielką ilość artykułów, uwagi wypowiedziane powyżej wydają się wystarczające. Natomiast tutaj nieco szerzej omówić należy zagadnienie współpracy Centrali z krajowym przemysłem chemicznym, a w szczególności chemiczno-farmaceutycznym.

Zakupy przez Centralę surowców i artykułów leczniczych oraz pomocniczych, w głównej swej części należących do wytwórczości chemicznej, wynoszą rocznie około 5 miljonów złotych. Tabela zakupów Centrali w r. 1935, umieszczona przy końcu niniejszego artykułu, a w której podano oddzielnie zakupy zagraniczne i krajowe, — wykazuje, iż Centrala ogromną większość swego zapotrzebowania pokrywa artykułami krajowemi. Jak wynika z przeprowadzonych obliczeń, w r. 1935 — 84,6% zakupów Wydziału Aptecznego stanowią artykuły nabywane u wytwórców krajowych. Cyfra ta nie pokrywa się ściśle z ilością artykułów wyrobu krajowego, co wynika chociażby z tego względu, że niektórzy krajowi producenci operują pewną ilością artykułów pochodzenia zagranicznego. Na ogólną kwotę zakupów krajowych Wydziału Aptecznego — zł. 4.327 tysięcy, nie ujawnionych w ten sposób artykułów zagranicznych może być mniej więcej na około złotych 200 tysięcy. Pozwalałoby to na stwierdzenie, że artykuły pochodzenia krajowego pokrywają zapotrzebowanie Wydziału Aptecznego Centrali w wysokości conajmniej 80 — 82%. Jeżeli weźmie się pod uwagę, że szereg surowców chemicznych oraz artykułów farmaceutycznych, niemogących być wyrabianemi w kraju, musi być zakupywany zagranicą, — rezultaty, osiągnięte przez Centralę w zaopatrywaniu się w tym dziale w artykuły pochodzenia krajowego, winny być uważane za bardzo poważne.

Zakupy dokonywane są przez Wydział Apteczny w firmach z różnych stron kraju. Pod względem wysokości obrotów na pierwszem miejscu stoi Warszawa, posiadająca szeroko rozbudowany przemysł chemiczno-farmaceutyczny, po której kolejno idą Województwa Centralne, Zachodnie, Małopolska, wreszcie Województwa Wschodnie.

Przestrzegana jest również w miarę możności zasada dostaw regjonalnych, co ma miejsce w odniesieniu przedewszystkiem do dużych ośrodków, jak Lwów, Kraków, Łódź, Poznań, na terenie których istnieją większe zakłady przemysłowe.

Mówiąc o dążeniu do jaknajszerszego stosowania artykułów krajowych chemiczno-farmaceutycznych, należy zwrócić uwagę na niejednokrotnie nasuwające się tu pewne trudności, których usunięcie nie leży w granicach możliwości Centrali i w przełamaniu których może ona jedynie współdziałać. Najpoważniejsze z tych trudności płyną z obecnego stanu naszego przemysłu chemicznego. Dotychczas przemysł ten nie wyrabia jeszcze szeregu artykułów podstawowych, które mogłyby być produkowane w kraju, a w innych wypadkach niejednokrotnie ogranicza się tylko do przeróbki ich w fazie końcowej.

I tak dotychczas nieprodukowane są w kraju artykuły, które mogłyby być wytwarzane z polskich surowców, jak np.: anestezyna, tanina, kwas mlekowy i jego sole, antypiryna, amidopiryna, kwas dwuetylo-barbiturowy, kwas fenyloetylo-barbiturowy, kwas gliceryno-fosforowy i jego sole, glukoza lecznicza. To samo dotyczy innych artykułów, do wytwarzania których potrzebna jest tylko część surowców zagranicznych, np.: sole bromowe, sole jodowe, sole rtęciowe, trójbromofenolan bizmutu, piperazina i jej sole.

Z artykułów zaś, wyrabianych z odpowiednich gotowych produktów zagranicznych, a które dotychczas wytwarzane są u nas jedynie w fazie końcowej, a nie wychodząc z samych surowców, można wymienić: kwas fenylocynchoninowy, salicylan antypiryny, sole kofeinowe, synonim chinozolu, fenacetyna, sole teobrominowe, synonimy bromuralu i veramonu, trigemina i t. p.

Również pewne trudności płyną stąd, że nasz przemysł chemiczno-farmaceutyczny dotychczas zbyt małą uwagę zwraca na specjalizację, na skutek czego z jednej strony niejednokrotnie nie dochodzi w produkcji do wymaganych norm, z drugiej zaś, idąc linją najmniejszego oporu przez wytwarzanie przedewszystkiem tych artykułów, które w danej chwili zdają się być najbardziej dochodowe, wytwarza ostrą konkurencję pomiędzy poszczególnemi firmami, odbijającą się zarówno na rentowności, jak też w ostatecznym rezultacie godzącą w dobroć wytwarzanych artykułów. Można uczynić ogólną uwagę, że nasz przemysł chemiczny dotychczas nie posiada jeszcze dostatecznego nastawienia farmaceutycznego, co uwidacznia się w szeregu niedociągnięć produkcji, nieodpowiadającej obowiązującym normom. Na gruncie Centrali uwidacznia się to między in. w stosunkowo znacznej ilości artykułów bądź to odrzuconych, bądź to zakwestjonowanych przez Laboratorjum Analityczne.

Z drugiej jednak strony należy dodać, że farmakopea polska jeszcze nie została wydana, a ogłoszony projekt tej farmakopei dotychczas nie obowiązuje. Naogół przyjęło się stosowanie norm, podanych w farmakopei niemieckiej (DAB 6). Normy te w niektórych punktach można uważać za zbyt wygórowane, gdyż są przystosowane do dobrze rozwiniętego przemysłu niemieckiego. Normy innych państw zachodnich posiadają odchylenia, zaostrzające lub osłabiające normy średnie.

Bez wątpienia postępy, uczynione w ostatnich latach przez polski przemysł chemiczno-farmaceutyczny, są poważne, lecz pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, aby można było uznać wytworzony stan za w pełni zadawalniający.

Między inn. wiele do życzenia przedstawia przemysł tłuszczowy i olejarski, zbyt rozdrobniony i nie zawsze pracujący właściwemi metodami (zdarzają się w produktach częste zanieczyszczenia, a nawet domieszki innych gatunków). Pewne niedomagania możnaby również przytoczyć w tak ważnym dziale, jak produkcja i przygotowywanie ziół leczniczych, choć i tu (m. inn. dzięki owocnej działalności Polskiego Komitetu Zielarskiego) w ostatnich latach daje się zauważyć poważny postęp. Jest rzeczą ciekawą, że nasza produkcja ziół niejednokrotnie nie pokrywa zapotrzebowania wewnętrznego i że, pomimo, iż szereg polskich ziół idzie zagranicę, z drugiej strony wwozimy wciąż jeszcze niektóre inne ich gatunki z wytwarzanych w kraju, jak np. rumianek, ślaz, konwalja, tymianek. Należy dodać, że Centrala nawiązała bezpośredni kontakt z plantatorami, co zapewnia im odpowiednią cenę i ułatwia zbyt produkcji.

Również szereg innych artykułów leczniczych, nie należących do przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, które zakupuje Centrala, dotychczas nie jest jeszcze wytwarzany w kraju, a więc np.: częściowo aparaty rentgenowskie, aparaty do światło-lecznictwa i inne, narzędzia chirurgiczne, termometry. Inne znów artykuły dopiero od niedawna są wyrabiane i dotychczas nie zawsze stoją na odpowiednim poziomie, na skutek czego wprowadzanie ich musi odbywać się b. ostrożnie. Dotyczy to artykułów, jak np. błony i papiery rentgenowskie, igły do zastrzyków. Z należących do tej kategorji artykułów, które w ostatnich paru latach zaczęły być wyrabiane w kraju i w chwili obecnej zupełnie zastąpiły już odnośne wyroby zagraniczne, wymienić można: catgut i jedwab do szycia ran, strzykawki uretralne, szprycе do zastrzyków, szkła do okularów.

W wypadkach, gdy artykuł krajowy co do swej jakości może budzić pewne zastrzeżenia, Centrala nie stara się narzucać go pp. lekarzom, do czego zresztą nie posiada żadnych uprawnień, lecz najczęściej bądź to zasięga ich opinji (co np. w ostatnich czasach miało miejsce w odniesieniu do artykułów, jak błony i papiery światło-czułe, strzykawki, catgut, jedwab), bądź też zwraca się o dyrektywy do swych władz nadzorczych. Z drugiej zaś strony przez zwracanie uwagi producentów na ujawnione braki oraz przez udzielanie im szeregu wskazówek, stara się o podniesienie gatunku kwestjonowanych artykułów.

VI. Laboratorjum Analityczne.

Wszystkie surowce i artykuły lecznicze oraz sanitarne, zakupywane przez Centralę, przed ich przyjęciem przechodzą przez Laboratorjum Analityczne. Wyjątek stanowią jedynie artykuły, badane przez Państwowy Zakład Higjeny (jak np. szczepionki lub organo-preparaty) oraz leki patentowane, które sprawdzane są co do jakości dorywczo.

Działalność Laboratorjum w r. 1935 przedstawia podana poniżej tabela:

Zestawienie wykonanych analiz wg. kategoryj artykułów

Rodzaj artykułów	Z wynikiem dodatnim	Z wynikiem ujemnym	Z uwagami	Razem ujemn. lub z uwagami	Razem analiz	% % analiz ujemnych lub z uwagami
Chemikalja . . .	1 147	177	106	283	1 430	19,8%
Surowce roślinne .	424	90	51	141	565	25 %
Balsamy, woski, wyciągi przetworów rośl. i t. d.	367	121	36	157	524	30 %
Różne	303	50	42	92	395	23,3%
Razem . .	2 241	438	235	673	2 914	23,1%

Jak wynika z powyższego zestawienia, przeciętnie w r. 1935 zdyskwalifikowano w stosunku do ilości przeprowadzonych analiz — 23,1% artykułów (w r. 1934 — 21%), jako nieodpowiadających wymaganym normom. Na szczególną uwagę zasługuje grupa balsamów, wosków, tłuszczów i t. p., których uznano za nieodpowiednie aż 30%. Tak poważny odsetek artykułów zdyskwalifikowanych ma niewątpliwie główną przyczynę w scharakteryzowanym nieco wyżej obecnym stanie naszego przemysłu chemicznego. Również wyniki prac Laboratorjum ujawniają istnienie poważnych niedociągnięć w jakości ziół leczniczych.

Z drugiej jednak strony należy zaznaczyć, że, chociaż Centrala pracuje tylko z najpoważniejszemi firmami zagranicznemi, i tu niejednokrotnie analiza wykazuje szereg braków. Dowodzi to, że stała kontrola jakości zakupywanych artykułów chemiczno-farmaceutycznych jest nieodzowna.

Ustawiczne śledzenie za dobrocią tych artykułów jest tem konieczniejsze, że przy produkcji serjami, jak to ma

miejsce w omawianym przemyśle, mogą niekiedy zachodzić b. poważne różnice w gatunku pomiędzy kolejnemi nawet serjami danego artykułu, — co nie zawsze jest winą niedociągnięć technicznych produkcji i zależne może być od innych czynników, jak np. od gatunku wyjściowych surowców.

Laboratorjum Centrali nie ogranicza się do stwierdzania dobroci zakupywanych artykułów. W razie wyników ujemnych lub uwag, rezultaty komunikowane są wytwórcom: również niejednokrotnie udzielane im są dodatkowe wskazówki. Tą drogą Centrala stara się wpływać na podniesienie poziomu produkcji i przyzwyczaja do stałego przestrzegania wymaganych norm.

Ogólne zestawienie zakupów centrali zakupów dla kas chorych w r. 1935 wg. wartości z podaniem ilości dostawców

	Wydział apteczny			Wydział administracyjno-gospodar.		
	Ilość dostawców	Wartość zakupu	Stos. %% danej kat. zak. do cen zak. W. Ap.	Ilość dostawców	Wartość zakupu	Stos. %% danej kat. zak. do cen zak. W. A. Gosp.
I. Producenci:						
a) zagraniczni	42	260 899 65	5,1	3	86 688 63	10,8
b) krajowi	198	4 146 230 99	81,1	23	390 398 47	48,4
II. Firmy handlowe:						
a) towary poch. zagran.	48	522 033 20	10,3	7	72 156 40	8,9
b) towary poch. krajow.	55	181 000 97	3,5	8	158 254 82	19,6
III Towarzystwa ubezpiecz.				6	98 854 09	12,3
Ogółem	343	5 110 164 81	100%	47	806 352 41	100%

BILANS CENTRALI ZAKUPÓW DLA KAS CHORYCH

STAN CZYNNY: na dzień 31 grudnia r. 1935 STAN BIERNY:

	zł.	zł.		zł.	zł.
I. Kasa		3 012,16	I. Kapitał zakładowy		500 000,00
II. Banki		86 937,50	II. Kapitał rezerwowy		218 260,93
III. Weksle w portfelu		55 372,48	III. Fundusz amortyzacyjny		
IV. Remanent towarów			a) Zarząd i agendy w Warszawie	9 084,28	
a) Artykuły lecznicze na składzie	700 690,83		b) Apteka we Lwowie	1 809,16	
b) Towary wydane do przeróbki	1 035,41	701 726,24	c) Apteka w Wilnie	5 088,56	15 982,00
V. Zapas materjałów laboratoryjnych		2 928,09	IV. Wierzyciele		
VI. Dłużnicy			a) Zakład Ubezp. Społeczn.	870 815,50	
a) Odbiorcy	1 063 056,77		b) Odbiorcy	20 112,48	
b) Dostawcy	3 783,55		c) Dostawcy	467 776,77	
c) Różni	48 065,44	1 114 905,76	d) Różni	907,50	1 359 612,25
VII. Ruchomości		66 481,13	V. Nadwyżka z r. 1934 do podziału pomiędzy odbiorców		188 878,46
VIII. Majątek aptek			VI. Kaucje gotówkowe		17 197,75
a) we Lwowie	143 449,41		VII. Zobowiązania Aptek		
b) w Wilnie	113 661,47	257 110,88	a) we Lwowie	1 660,50	
IX. Sumy przechodnie		37 630,19	b) w Wilnie	7 607,32	9 267,82
			VIII. Sumy przechodnie		16 905,22
Suma bilansowa		2 326 104,43	Suma bilansowa		2 326 104,43

POZYCJE POZABILANSOWE

Papiery wartościowe w depozycie (kaucje)	47 450,00	Różni za depozyty	47 450,00

Uwaga: Powyższy bilans Centrali za r. 1935, wobec tego, że nie jest on jeszcze zatwierdzony, podaje się z zastrzeżeniem.

Dr. JULJAN BAUMGARTEN

WYROK NIEMIECKI O UPRAWNIENIACH LEKARZY POLSKICH.

Urząd Ubezpieczeń Rzeszy (Reichs-Versicherungs-Amt) wydał w dniu 7 listopada ub. r. orzeczenie zasadnicze (III. a Kn. 278/34), które zasługuje na bliższe zapoznanie z niem czytelników. Teza orzeczenia, ogłoszona w Amtliche Nachrichten, opiewa, że „lekarzem w rozumieniu § 1681 ordynacji ubezpieczeniowej jest osoba, która uzyskała aprobatę w Rzeszy Niemieckiej zgodnie z przepisem § 29 ordynacji przemysłowej".

Przepis § 1681 ordynacji ubezpieczeniowej w nowem brzmieniu opiewa: „Na wniosek ubezpieczonego lub osób pozostałych po nim musi być wysłuchana opinja oznaczonego lekarza. Wyższy Urząd Ubezpieczeń może uczynić zależnem zasięgnięcie tej opinji od warunku, aby wnioskodawca pokrył zaliczkowo koszty i, jeżeli wyższy urząd nie orzeknie inaczej, poniósł je ostatecznie". Przepis § 29 ordynacji przemysłowej stanowi o osobach, wykonywujących przemysł, które muszą mieć osobne zezwolenie i brzmi m. in.: „Aprobaty, udzielanej na zasadzie wykazania uzdolnienia, potrzebują aptekarze i te osoby, które używają oznaczenia lekarza (lekarze leczący, okuliści, położnicy, dentyści i weterynarze) lub analogicznego tytułu albo które mają być uznane za takich lub którym mają być powierzone czynności urzędowe ze strony państwa lub gminy. Nie można jednak uzależniać aprobaty od poprzedniej akademickiej promocji doktorskiej. Rada związkowa oznacza... władzę, upoważnioną do udzielania aprobaty, ważnej dla całej Rzeszy...".

Stan faktyczny sprawy, w której Urząd Ubezpieczeń Rzeszy wydał przytoczone orzeczenie jest następujący: Powód, zamieszkały w Polsce, obywatel polski, wniósł dnia 6 listopada 1929 r. przez konsulat polski roszczenie o pensję inwalidzką z ubezpieczenia brackiego. Na wezwanie pozwanej spółki brackiej powód poddał się badaniu lekarskiemu przez polskiego lekarza powiatowego, który w opinji z dnia 30 października 1931 r. uznał powoda za niezdolnego do wykonywania zawodu. Pozwana instytucja jednak, na zasadzie opinji specjalisty dra H. z dnia 12 grudnia 1933 r. [1]) oddaliła orzeczeniem z dnia 3 listopada 1933 r. [1]) wniosek powoda o przyznanie pensji inwalidzkiej; sprzeciw został również oddalony orzeczeniem z dnia 14 lutego 1934 r. W toku postępowania odwoławczego powód, korzystając z przepisu § 1681 ord. ub., wniósł o zażądanie opinji o jego niezdolności od chirurga dra Pa. Bracki Wyższy Urząd Ubezpieczeń oddalił odwołanie wyrokiem z dnia 2 maja 1934 r., przyłączając się do opinji specjalisty dra H. i nie uważając wysłuchania opinji dra Pa. za konieczne, ponieważ przepis § 1681 ordynacji ubezpieczeniowej może odnosić się jedynie do lekarza niemieckiego. Wyrok ten powód zakwestjonował, zwracając się przeciw takiej interpretacji przepisu § 1681 ord. ub. oraz stwierdzając, że przysługuje mu prawo żądania wysłuchania opinji lekarza, wyznaczonego przez niego, na zasadzie umowy polsko-niemieckiej z dnia 30 czerwca 1931 r.

Ponieważ interesuje nas jedynie stanowisko Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy odnośnie do tego ostatniego zarzutu, można pominąć resztę uzasadnienia, zresztą niecickawego. Urząd ten stanął na stanowisku, że pojęcie „lekarz", użyte w ustawie, może odnosić się jedynie do lekarza, który otrzymał w Niemczech aprobatę na zasadzie przepisu § 29 ordynacji przemysłowej; w tym przypadku należy przepis § 1681 ord. ub. interpretować ścieśniająco, ponieważ jest przepisem wyjątkowym, dopuszczając środek dowodowy ze strony osoby zainteresowanej w postępowaniu z urzędu, jakiem jest postępowanie sporne w ubezpieczeniach społecznych jak wogóle postępowanie sporne administracyjne. Jeżeliby zatem ustawodawca miał zamiar dopuścić również innych lekarzy, nie tylko niemieckich, byłby to wyraźnie powiedział — nie uczynił tego w § 1681 ord. ub. Senat nie rozstrzyga kwestji, czy — w myśl przepisu § 1 zdanie 2 rozporządzenia wykonawczego z dnia 23 czerwca 1933 r. do ustawy o urzędach honorowych w ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. Rz. I. str. 397) [2]) — nie byłby również rzeczoznawcą w rozumieniu § 1681 ord. ub. lekarz, aprobowany w Niemczech, lecz mieszkający za granicą i posiadający obywatelstwo obce.

Z Polską brak porozumienia o wzajemności, a umowa, zawarta w r. 1883 z Austro-Węgrami jest ważną jedynie w stosunku do Austrji i Czechosłowacji a nie do Polski. Umowa polsko-niemiecka o ubezpieczeniu społecznem — zdaniem Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy — nie zmieniła sytuacji prawnej. Urząd ten, odnośnie przepisów umowy, wywodzi dosłownie: „Z przepisu art. 4 umowy wynika, że powód nie może mieć w postępowaniu przed sądami ubezpieczeniowemi więcej praw, niż gdyby był obywatelem niemieckim. Przepis art. 7 ust. 2 umowy, stanowiący, że instytucje ubezpieczeniowe jednego państwa będą przeprowadzały na wniosek badania lekarskie w taki sposób, jak gdyby chodziło o przeprowadzenie własnego ubezpieczenia społecznego, jest jedynie przepisem o pomocy prawnej. Przepis ten o pomocy prawnej jest uzasadniony tem, że instytucje ubezpieczeniowe mogą być w pewnych okolicznościach zmuszone żądać opinji lekarzy, aprobowanych zagranicą. Przepis art. 7 ust. 2 umowy nie zawiera zatem myśli ogólnej, że w celu zastosowania prawa niemieckiego mają być zrównani lekarze uznani w Polsce z lekarzami, uznanymi w Niemczech. Również porozumienia międzypaństwowe do ubezpieczenia chorobowego, art. 15 i nast. umowy, nie zawierają nic sprzecznego z powyższem".

Urząd Ubezpieczeń Rzeszy uważa za zbędne stwierdzanie, czy dr. Pa. z Krakowa, którego orzeczenia nie uznano, został aprobowany przez władzę polską czy też już dawniej przez władzę austro-węgierską.

Orzeczenie to nie wypowiada się niestety, powołując się na umowę polsko-niemiecką, o przepisie art. 61 umowy (dodanego porozumieniem berlińskiem z dnia 26 maja 1935 r., w myśl którego ustalenie inwalidztwa przez jedną stronę wiąże stronę drugą (a orzeczenie zostało wydane już po ogłoszeniu tego porozumienia); należy oczekiwać, że w tych przypadkach Urząd Ubezpieczeń nie będzie kwestjonował opinji, wydanej przez lekarza polskiego. Mimo to jednak orzeczenie stwarza sytuację paradoksalną, bo może zajść przypadek nieuznania opinji lekarza, który ukończył uniwersytet niemiecki, wykonywał praktykę w Niemczech a obecnie jest lekarzem polskim — a takich przecież jest dużo na ziemiach zachodnich. Pomijając jednak taką sytuację, należy stwierdzić, że praktyka tego rodzaju jest bardzo niekorzystna dla ubezpieczonych, mieszkających w Polsce a otrzymujących świadczenia z instytucji niemieckiej i zdaje się niezgodna z duchem umowy polsko-niemieckiej.

[1]) Zapewne w Amtliche Nachrichten — zresztą również w Reichsarbeitsblatt — zaszła omyłka drukarska, ponieważ orzeczenie ma wcześniejszą datę aniżeli opinja lekarska.

[2]) Przepis ten nie uznaje rzeczoznawców w myśl przepisu § 1681 ord. ub. takich osób — a więc również lekarzy — które nie mają biernego prawa wyborczego na zasadzie ustawy z dnia 7 kwietnia 1933 r. o odbudowie zawodowego stanu urzędniczego.

ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

Mgr. JAN TADEUSZ WASYLECKI

CZY ZAKŁADOWI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH SŁUŻY PRAWO PRZYMUSOWEGO ŚCIĄGANIA NALEŻNOŚCI UBEZPIECZENIOWYCH

(Artykuł dyskusyjny).

Od dnia 1 stycznia 1934 r. obowiązuje na terenie całego obszaru Państwa jednolita ustawa z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem, t. zw. ustawa scaleniowa, znosząca postanowieniem art. 316 wszelkie obowiązujące do tego dnia przepisy, odnoszące się do spraw tą ustawą unormowanych, o ile one nie zostały utrzymane w mocy przepisami przejściowemi.

Stworzone ustawą scaleniową Zakłady, względnie od dnia 1 stycznia 1935 r. poszczególne Fundusze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie przejęły z mocy ustawy, w drodze następstwa ogólnego, wszystkie prawa i zobowiązania instytucyj ubezpieczeniowych, działających do chwili wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Postanowienia te zawarte są w artykułach 243 i 298 ustawy scaleniowej oraz w art. 4. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 95, poz. 855).

Z przepisów tych wynika, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych przejął nietylko nieruchomości, ruchomości, zaległości z tytułu opłat ubezpieczeniowych już ustalonych, grzywien i t. p., ale też i uprawnienia do wykonywania czynności w zakresie ustalania obowiązku ubezpieczenia, zaliczenia do kategorji i klasy niebezpieczeństwa, wysokości składek, należnych instytucjom zlikwidowanym za czasokres do dn. 31 grudnia 1933 r., prawo egzekwowania należności i t. p.

O uprawnieniach tych jest zresztą wyraźnie mowa w przepisach §§ 62 i 63 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dn. 28 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 818), które mają następujące brzmienie:

> § 62. W zakresie czynności, dotyczących ustalania obowiązku ubezpieczenia, zaliczenia do kategorji i klasy niebezpieczeństwa, wysokości składek, należnych za okres do dnia 31 grudnia 1933 r. właściwe są instytucje, które w myśl art. 296 i 298 przejmują prawa i obowiązki instytucyj, ulegających likwidacji z dniem wejścia w życie ustawy.
>
> § 63. Składki należne za okres do dnia 31 grudnia 1933 r. instytucjom, ulegającym likwidacji, ustalają instytucje, przejmujące ich prawa i obowiązki, według przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy, wraz z odsetkami zwłoki i innemi należnościami dodatkowemi.
>
> **Należności, określone w ustępie poprzednim, mają być wpłacane do instytucyj, przejmujących prawa i obowiązki instytucyj, ulegających likwidacji.**

Zachodzi obecnie pytanie, czy i na jakiej podstawie może Zakład Ubezpieczeń Społecznych ściągać wierzytelności poprzednich instytucyj ubezpieczeniowych, tak ustalone przez nie same, jak i wymierzone przez nowe Zakłady, jeżeli przedsiębiorcy nie chcą dobrowolnie wpłacać tych należności. Czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych może ściągać je w drodze egzekucji administracyjnej (skarbowej), względnie w drodze egzekucji sądowej, i jakie należy zastosować postępowanie, t. zn. czy może prawnie sporządzać nakazy płatnicze, orzeczenia, wnioski egzekucyjne, wykazy zaległości i t. p., któreby w postępowaniu egzekucyjnem stanowiły ważny „tytuł egzekucyjny". W myśl bowiem przepisu § 14 ustępu 1. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych (Dz. U. R. P. Nr. 62, poz. 580) tytuł wykonawczy stanowią decyzje (orzeczenia, zarządzenia), nakazy płatnicze oraz wykazy zaległości, **wydane przez władze lub instytucje do tego powołane.** Tytuły wykonawcze, odpowiadające powyższemu wymogowi, są także tytułami egzekucyjnemi do egzekucji sądowej. Aby zatem wnioski egzekucyjne mogły wywoływać w praktyce pewne skutki prawne, muszą istnieć w poszczególnych ustawach przepisy, któreby w wyraźny sposób nadawały instytucjom prawo sporządzania orzeczeń o charakterze tytułów, podlegających wykonaniu w drodze egzekucji. Jest to materjalny warunek dozwolenia egzekucji.

Jeśli chodzi o egzekucję zaległości ubezpieczeniowych, należnych za ubezpieczenie pracowników za czas od dnia 1 stycznia 1934 r., t. j. ustalane przez właściwe ubezpieczalnie społeczne, mamy przepis artykułu 230 ustawy scaleniowej, stanowiący w ustępie 2., że „zaległe składki, odsetki zwłoki, koszty egzekucyjne i inne należności ubezpieczalni społecznych, Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków, Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ściąga ubezpieczalnia społeczna, bądź przez własne organy egzekucyjne w trybie, określonym przez obowiązujące przepisy o postępowaniu przymusowem w administracji, bądź w drodze egzekucji sądowej".

Wprawdzie przepis tego artykułu, upoważniający ubezpieczalnie społeczne do bezpośredniego skierowywania kroków egzekucyjnych na drogę sądową lub prowadzenia jej przez własne organy został zawieszony przepisem art. 315 ustawy o ubezpieczeniu społecznem do czasu uchylenia mocy obowiązującej ustawy z dnia 10 marca 1932 r. o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe i o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych w stosunku do instytucyj ubezpieczeń społecznych, jednak jest tu wyraźnie wyrażone uprawnienie do wdrażania egzekucyjnych kroków skarbowych i sporządzania tytułów wykonawczych w drodze egzekucji skarbowej i sądowej.

Te same uprawnienia miały też przed dniem 1 stycznia 1934 r. zniesione ustawą scaleniową Zakłady ubezpieczeń społecznych, jak Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i t. p. i należności swe egzekwowały bądź w drodze egzekucji administracyjnej przez urzędy skarbowe, które przejęły egzekucję wszelkiego rodzaju świadczeń pieniężnych, bądź sądowej przez właściwe terytorjalnie sądy na zasadzie przepisów o egzekucyjnem postępowaniu sądowem, przyczem tytułami wykonawczemi były tytuły egzekucyjne tych instytucyj, zaopatrzone przez sądy grodzkie właściwości ogólnej dłużnika

w sprawach spornych w klauzule wykonalności, aczkolwiek, jak to niżej będzie mowa, wątpliwe jest, czy ten ostatni rodzaj egzekucji ze względu na przepisy, wyżej powołanej, ustawy z dnia 10 marca 1932 r. o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe oraz o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych (Dz. U. R. P. Nr. 32, poz. 328) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych (Dz. U. R. P. Nr. 62, poz. 580) był i jest na wniosek instytucyj ubezpieczeniowych dopuszczalny.

Jak już wyżej była mowa, uprawnienia te przeszły w myśl artykułu 298 ustawy scaleniowej na stworzone nią Zakłady ubezpieczeń względnie od dnia 1 stycznia 1935 r. na Zakład Ubezpieczeń Społecznych i on ma również prawo egzekwowania swych należności w drodze egzekucji administracyjnej przez właściwe urzędy skarbowe. Różnica jest jednak ta, że ustawa scaleniowa, znosząc moc obowiązującą, wymienionych w art. 316, dotychczasowych przepisów ubezpieczeniowych, odebrała Zakładowi możność **bezpośredniego wystawiania tytułów egzekucyjnych,** podlegających wykonaniu w drodze egzekucyjnej. Gdy dawne Zakłady na podstawie wyraźnych przepisów ustawowych wystawiały tytuły egzekucyjne i **same poświadczały, że tytuły te** według przepisów obowiązujących **są w drodze egzekucji wykonalne,** obecnie uprawnienie to zostało Zakładowi odebrane z dniem wejścia w życie ustawy scaleniowej i Zakład może wdrażać kroki egzekucyjne tylko na podstawie sporządzonych przez siebie tytułów egzekucyjnych, **zaświadczonych przez właściwe ubezpieczalnie społeczne o ich wykonalności.** Postanowienie to zawarte jest w ustępie 3 art. 230 ustawy scaleniowej, którego treść jest następująca: „orzeczenia, wykazy zaległości, nakazy płatnicze instytucyj ubezpieczeń społecznych, **zaopatrzone przez ubezpieczalnię społeczną zaświadczeniem, stwierdzającem ich wykonalność, stanowią tytuł egzekucyjny**". Zakład Ubezpieczeń Społecznych, chcąc zatem ściągnąć w drodze przymusowej swą należność, musi uzyskać wpierw na swym tytule egzekucyjnym zaświadczenie właściwej ubezpieczalni społecznej o wykonalności tego tytułu i dopiero na podstawie takiego tytułu wykonawczego wdrożyć egzekucję przez właściwy urząd skarbowy.

Wprawdzie urzędy skarbowe egzekwują należności, wykazane do egzekucji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie wystawionych przez niego tytułów wykonawczych i zaopatrzonych w poświadczenie o ich wykonalności, a nawet sądy nadają takim tytułom klauzule wykonalności i dopuszczają do egzekucji, postępowanie takie jednak nie znajduje uzasadnienia w żadnym przepisie prawnym, obecnie obowiązującym. (Zobacz okólnik Ministra Sprawiedliwości Nr. 1777/35 z dnia 15 listopada 1935 r.). Na tem też stanowisku stoi wiele sądów grodzkich i okręgowych, odmawiając nadania wykazom zaległości Zakładu klauzuli wykonalności.

Przystępując obecnie do omówienia sprawy, czy i na jakiej zasadzie prawnej przysługuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych prawo przymusowego ściągania swych należności w drodze egzekucji sądowej, a ściślej mówiąc w drodze egzekucji z nieruchomości łącznie z przedmiotami, mającemi przymiot prawny rzeczy nieruchomych (przynależności nieruchomości, nieruchomości z przeznaczenia), przez przymusowy zarząd nieruchomości, jak również z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych zabezpieczonych na nieruchomości lub wierzytelności hipotecznej (gdyż do egzekucji z ruchomości oraz z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych niezabezpieczonych na nieruchomości lub na wierzytelności hipotecznej wszelkiego rodzaju świadczeń pieniężnych, które mogą być ściągane na podstawie obowiązujących przepisów w trybie administracyjnym z ruchomości uprawnione są wyłącznie urzędy skarbowe), muszę rozprawić się wpierw z wywodami p. Dr. Temnickiego Wł., zamieszczonemi w numerze 3—4 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych z roku 1936 w artykule p. t. „Czy należnościom z tytułu ubezpieczeń społecznych służy egzekucja sądowa". Artykuł ten został wywołany wspomnianym wyżej okólnikiem Ministra Sprawiedliwości Nr. 1777/35 z dnia 15 listopada 1935 r., który między innymi postanawia: „wobec zawieszenia mocy obowiązującej przepisu art. 230 ustęp 2 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) do czasu uchylenia ustawy z dnia 10 marca 1932 r. o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe (Dz. U. R. P. Nr. 32, poz. 328), zgodnie z treścią art. 315 powołanej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, prowadzenie egzekucji sądowej w celu ściągnięcia należności ubezpieczalni określonych w art. 230 tej ustawy jest niedopuszczalne". Wszczęte zaś na podstawie przepisu art. 230 ustawy scaleniowej egzekucje sądowe, należy po myśli postanowienia art. 561 § 1 pkt. 1 kpc. umorzyć.

Autor tego artykułu wywodzi, iż wyżej podany okólnik ministerjalny mylnie interpretuje przepis art. 315 ustawy scaleniowej, gdyż z logicznej — według Autora — interpretacji tego artykułu, w związku z przepisami o egzekucyjnem postępowaniu władz skarbowych, wynika, że odnosi się on jedynie i wyłącznie do pierwszej części zdania pierwszego art. 230 ust. 2 ustawy scaleniowej, t. j. do tej części, w której jest mowa o egzekucji administracyjnej (treść tego artykułu wyżej podano), „natomiast żadną miarą nie może być zastosowany do drugiej części tego zdania, a w szczególności do słów „bądź w drodze egzekucji sądowej", gdyż ze względu na wewnętrzną logiczność całokształtu ustawodawstwa polskiego, jak nie mniej ze względu na jednolitość społecznych podstaw i celów tegoż ustawodawstwa musi tu być zastosowana interpretacja ścieśniająca, t. j. ograniczająca zastosowanie art. 315 tylko do pierwszego zdania ustępu 2 art. 230".

Następnym motywem autora jest to, że egzekucja skarbowa dopuszczalna jest tylko z ruchomości, podczas gdy do przeprowadzenia egzekucji z nieruchomości, są właściwe wyłącznie sądy, dlatego też przepis art. 315 ustawy scaleniowej nie może się odnosić do ostatnich słów art. 230 tej ustawy, t. j. do słów „bądź w drodze egzekucji sądowej"; urzędy skarbowe bowiem „nie przejęły egzekucji sądowej". Stanowisko swe motywuje Autor między innemi też tem, że ustawodawca nie mógł przecież „w ten sposób narażać na szwank najżywotniejsze interesy" ubezpieczalni społecznych oraz że „bardzo dotkliwie odczułyby finanse tych instytucyj".

Otóż mojem zdaniem, ani interpretacja logiczna, ani gramatyczna nie przemawiają za stanowiskiem Autora artykułu. Wprost odwrotnie, na podstawie właśnie takich interpretacyj należy dojść do wniosku, że egzekucja sądowa nie jest w żadnym przypadku **na wniosek instytucyj ubezpieczeniowych** dopuszczalna. Wszak w ustępie 2. § 2. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych jest wyraźnie mowa, że „egzekucja sądowa może być wszczęta tylko wówczas, gdyby środki egzekucyjne przeprowadzone w trybie administracyjnym, okazały się bezskuteczne lub według wszelkiego domniemania nie odniosły skutku", przyczem, gdyby nawet zaszły takie przypadki, trzeba jeszcze odpowiednich „warunków", o których jest mowa w ustępie 3 tego paragrafu i narazie będzie miało odpowiednie zastosowanie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 1930 r. o warunkach i sposobie zastosowania przez władze sądowe

przepisów postępowania cywilnego do egzekucji należności administracyjnych. Przepis zaś § 6 ust. 1. pkt. b. wspomnianego rozporządzenia Rady Ministrów również wyraźnie stwierdza, że **do poczynienia kroków celem przymusowego ściągania w drodze sądowej świadczeń,** wymienionych w § 1. w przypadkach, w których droga egzekucji sądowej tych należności jest przewidziana w tem rozporządzeniu, powołane są wyłącznie urzędy skarbowe.

Przytoczone wyżej przepisy stwierdzają zatem, że wszelkiego rodzaju świadczenia pieniężne, nakładane z tytułu publiczno-prawnego w zakresie administracji państwowej i komunalnej oraz innych instytucyj prawa publicznego, a więc i z tytułu ubezpieczeń społecznych, muszą być egzekwowane wpierw przez urzędy skarbowe sposobem podanym w przepisie § 2. ust. 1. ordynacji egzekucyjnej skarbowej, a gdyby te nie odniosły skutku, co musi być wyraźnie przez odnośny urząd skarbowy stwierdzone, może być wdrożona egzekucja sądowa — **i to tylko na wniosek tego urzędu skarbowego** — na nieruchomości względnie inne przedmioty, wymienione w ustępie 2 tegoż paragrafu.

Droga bezpośredniej egzekucji sądowej, wyżej wymienionych należności została w ten sposób zamknięta, a nawet i w tych przypadkach, gdy została ona umożliwiona, może być wszczęta jedynie wówczas, gdy środki egzekucyjne, prowadzone przez urzędy skarbowe okażą się bezskuteczne lub powstanie słuszne domniemanie, że nie odniosą skutku. Wprawdzie egzekucja administracyjna dopuszczalna jest tylko z ruchomości oraz z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych niezabezpieczonych na nieruchomości lub na wierzytelności hipotecznej, a egzekucja z nieruchomości, nie wyłączając egzekucji przez przymusowy zarząd nieruchomości, jak również z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych zabezpieczonych na nieruchomości lub wierzytelności hipotecznej dopuszczalna jest tylko w drodze sądowej, jednak to ograniczenie dotyczy tylko samych środków egzekucyjnych, a nie sposobów przymusowego ściągania, wymienionych w art. 1. ustawy z dnia 10 marca 1932 r. o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe oraz o postępowaniu egzekucyjnem władz skarbowych, należności. Ani Zakład Ubezpieczeń Społecznych ani ubezpieczalnie społeczne nie mają prawa wyboru drogi egzekucyjnej. Jeżeli wybór taki dla ściągnięcia pewnych należności istnieje, to jest on odpowiedniemi przepisami ściśle przewidziany. Wszystkie zaś inne przepisy, dotyczące przedmiotów unormowanych ustawą z dnia 10 marca 1932 r. oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. względnie z niemi sprzeczne, ulegają na czas ich obowiązywania zawieszeniu.

W świetle zatem, wyżej podanych, przepisów prawnych rozumowanie Autora nie wydaje się trafne. Zastosowanie przepisu ustępu 2. art. 230. ustawy scaleniowej **zostało w całości zawieszone** i to tak przez przepis art. 315. tejże ustawy, jak i przez samą ustawę z dnia 10 marca 1932 r., jako ustawę specjalną. Wybór zaś między egzekucją administracyjną a sądową będzie mógł być przez ubezpieczalnie społeczne dokonywany dopiero po uchyleniu powołanej ustawy.

Powyższe wywody mają w całej pełni zastosowanie do egzekucji sądowej należności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przez cały czas obowiązywania tej ustawy.

KRONIKA KRAJOWA

UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW DROBNYCH PRODUCENTÓW ROLNYCH.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem zawiera w art. 305 postanowienie, że Rada Ministrów ma wydać w drodze rozporządzeń przepisy, dotyczące ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin w odniesieniu do osób, podlegających uprzednio w tym zakresie ubezpieczeniu w Zakładzie Ubezpieczenia od Wypadków w Rolnictwie w Poznaniu i w dziale rolnym Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków w Król. Hucie.

Odnośne rozporządzenie Rady Ministrów z daty 27 grudnia 1933 r. ukazało się w Dz. U R. P. Nr. 102, poz. 793 ex 1933. Między innymi rozporządzenie to stanowiło, że składkę za ubezpieczenie będzie ustalać co trzy lata Zakład Ubezpieczenia od Wypadków (obecnie Z. U. S.) z tem, że na pierwszy okres trzyletni ustali składkę Minister Opieki Społecznej.

Obecnie ukazało się w Nr. 59 Dziennika Ustaw z dn. 5 sierpnia 1936 r. rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 25.VII. 1936 r., ustalające czas trwania pierwszego okresu składkowego na cztery lata.

Prosimy o uregulowanie zaległej prenumeraty

STATYSTYKA

Zestawienie ogólne

1935, 1936

Wyszczególnienie	1935 V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	1936 I	II	III	IV	V
W Ubezpieczalniach Społecznych[a]	**Zakłady pracy i ubezpieczeni** (w tysiącach)												
1. Zakłady pracy	403,1	399,9	402,1	394,9	395,7	398,6	399,9	402,2	403,4	406,8	411,5	411,6	412,4
2. Ogólna liczba ubezpieczonych[b]	1 744,0	1 797,5	1 827,7	1 828,8	1 843,9	1 871,5	1 805,0	1 613,5	1 598,5	1 610,5	1 671,4	1 738,2	1 839,2
Pracownicy podlegający ubezpieczeniu:													
3. na wypadek choroby	1 684,7	1 736,9	1 770,5	1 771,4	1 786,8	1 817,5	1 750,8	1 558,8	1 551,9	1 564,4	1 625,6	1 693,3	1 793,3
4. emerytalnemu robotników	1 393,7	1 447,0	1 483,2	1 488,0	1 500,6	1 528,1	1 460,1	1 271,1	1 262,3	1 274,1	1 333,6	1 399,8	1 498,0
5. pracowników umysłowych[c]	254,1	253,5	255,2	252,2	255,0	258,8	260,5	259,8	261,0	262,5	263,5	264,7	267,6
6. od wypadków[d]	1 731,3	1 784,9	1 815,2	1 816,3	1 831,4	1 858,8	1 792,3	1 600,8	1 585,6	1 597,6	1 658,6	1 725,4	1 825,6
W Oddziale Z. U. S. w Chorzowie													
7. Zakłady pracy[e]	10,0	10,3	10,2	10,4	10,5	10,6	10,8	11,2	11,3	11,2	11,4	11,4	11,4
Pracownicy podlegający ubezpieczeniu:													
8. pracowników umysłowych[e]	24,3	24,5	24,3	24,5	24,6	24,8	24,9	25,0	24,9	25,0	25,2	25,0	25,3
9. od wypadków[d]	168,6	173,9	175,4	179,8	178,2	179,2	179,2	171,8	159,6	159,4	161,2	164,4	168,7
W Ubezpieczalniach Społecznych[a]	**Przypis składek i odsetek zwłoki** (w tysiącach złotych)												
10. Ogółem	22 980	26 362	25 508	27 723	25 656	25 153	27 810	23 089	22 076	23 038	19 912	.	.
11. na ubezp. na wypadek choroby	7 893	9 709	8 476	9 910	9 197	8 905	10 161	8 154	7 584	9 135	7 708	.	.
12. „ „ emerytalne robotników	5 414	6 606	6 018	7 113	6 608	6 401	7 225	5 525	5 058	5 092	4 227	.	.
13. „ „ pracowników umysłow.[c]	6 834	6 667	6 369	6 386	6 523	6 537	6 612	6 460	6 372	5 433	5 239	.	.
14. „ „ od wypadków	2 839	3 380	4 645	4 314	3 328	3 310	3 812	2 950	3 062	3 378	2 738	.	.
W Oddziale Z. U. S. w Chorzowie													
15. Ogółem	1 819	2 176	1 836	1 943	1 892	1 911	1 969	1 964	1 811	1 575	1 502	1 510	.
16. na ubezp. pracowników umysłow.[c]	999	940	919	937	943	947	975	940	937	783	725	746	.
17. „ „ od wypadków	820	1 236	917	1 006	949	964	994	1 024	894	813	800	789	867
W Ubezpieczalniach Społecznych[a]	**Wpływy składek i odsetek zwłoki** (w tysiącach złotych)												
18. Ogółem	20 326	19 734	22 999	21 003	23 946	25 813	25 173	25 222	21 720	22 718	22377	19596[f]	.
19. na ubezp. na wypadek choroby	7 180	6 786	8 374	7 475	8 818	9 279	9 021	9 274	7 465	8 156	9 195	7 735	.
20. „ „ emerytalne robotników	4 838	4 727	5 691	5 306	6 306	6 336	6 412	6 602	5 213	5 406	4 991	4 269	.
21. „ „ pracowników umysłow.[c]	5 935	5 899	5 754	5 552	5 761	6 398	6 606	6 051	5 971	6 338	5 361	5 185	.
22. „ „ od wypadków	2 373	2 322	3 180	2 670	3 061	3 800	3 134	3 295	3 071	2 818	2 830	2 407	.
W Oddziale Z. U. S. w Chorzowie													
23. Ogółem	1 504	2 068	1 743	1 801	2 367	1 686	1 569	1 501	1 878	1 504	1 509	1 375	1 406
24. na ubezp. pracowników umysłow.[c]	866	1 039	858	781	1 120	878	798	767	1 181	925	934	745	842
25. „ „ od wypadków	638	1 029	885	1 020	1 247	808	771	734	697	579	575	630	564
Ubezpieczenie na wypadek choroby[a]	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
26. Ogółem[h]	19 765			17 546			18 739			17 270		.	.
27. opieka lekarska	—			—			—			6 711		.	.
28. środki lecznicze i pomocnicze	—			—			—			3 158		.	.
29. szpitale i zakłady lecznicze	—			—			—			4 439		.	.
30. zasiłki pieniężne	—			—			—			2 525		.	.
31. leczenie w bratnich ubezp.	—			—			—			165		.	.
32. profilaktyka i cele sanitarne	—			—			—			272		.	.
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)												
33. Porady lekarskie ogółem	1 093,7	969,1	1 064,0	1 053,2	1 069,7	1 197,0	1 234,2	1 168,7	1 214,6	1 191,8	1 302,2	1 181,5	1 303,2
34. „ lekarzy domowych	774,2	693,5	774,0	768,9	764,8	860,1	934,2	889,7	901,1	890,8	969,7	886,2	980,5
35. „ „ specjalistów	319,5	275,6	290,0	284,3	304,8	336,9	300,0	279,0	313,5	301,0	332,5	295,3	322,7
36. Zabiegi lecznictwa dentystycznego (obow.)	113,2	99,5	105,2	108,0	114,3	116,3	110,8	101,0	112,2	107,2	114,1	103,2	106,9
37. Zabiegi personelu pomocn.-lekar.	207,0	172,2	175,3	183,9	183,7	200.1	188,7	178,2	189,1	205,9	196,6	191,3	213,4
38. Leki i środki opatrunkowe	1 417,9	1 261,9	1 318,3	1 300,3	1 208,6	1 310,2	1 377,3	1 382,9	1 428,6	1 375,0	1 464,5	1 351,9	1 462,3
39. Zabiegi fizyko-terapeutyczne	163,9	108,5	84,1	73,9	101,7	138,0	141,2	138,4	203,7	199,5	225,7	168,8	167,5
40. „ rentgenowskie	31,0	28,7	24,6	23,8	26,5	28,8	26,2	28,5	31,4	31,3	34,5	32,3	35,9

Patrz uwagi na stronie następnej.

Wyszczególnienie	1935 V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	1936 I	II	III	IV	V
41. Analizy chemiczno-bakterjologiczne	52,1	44,2	43,4	42,9	43,1	47,7	46,9	44,0	56,1	51,2	57,4	51,3	52,5
42. Przekazy do obcych szpitali, zakładów położniczych i sanatorjów .	10,7	10,6	11,9	11,4	10,4	11,3	10,2	9,6	10,7	9,9	10,8	10,2	11,8
43. Przyrost chorych we własnych szpitalach i sanatorjach. . . .	4,0	3,9	4,6	4,4	3,9	4,8	4,6	4,3	5,3	4,6	4,8	4,4	5,1
44. Dni szpitalne wzgl. sanat. we własnych szpitalach i sanator.	77,0	74,7	79,7	78,2	71,8	73,2	73,5	71,8	77,4	75,6	75,0	69,0	79,3
45. Dni zasiłkowe (chorobowe, połogowe, dla karmiących)	865,4	776,8	914,2	907,5	859,0	952,3	918,5	997,9	890,0	847,8	907,3	850,3	891,3
46. Zasiłki pogrzebowe	2,6	2,4	2,6	2,5	2,3	2,7	2,6	2,6	2,5	2,1	2,5	2,3	2,6
Ubezpieczenie emeryt. robotn. *i*	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
47. Ogółem	1 225	1 210	1 252	1 261	1 296	1 407	1 415	1 386	1 357	1 419	1 472	1 578	1 639
48. renty	649	658	657	676	678	712	737	744	715	764	778	876	880
49. zaopatrzenia	522	541	540	582	583	627	654	606	638	651	658	682	695
50. świadczenia jednorazowe *j* . . .	54	11	55	3	35	68	24	36	4	4	36	20	64
	Liczby wypłaconych świadczeń												
51. Renty	38 777	38 936	38 644	39 074	38 824	38 789	39 008	39 146	38 910	39 135	39 207	39 874	40 379
52. zaopatrzenia	22 800	23 514	24 151	25 111	26 198	26 881	27 293	28 438	29 094	29 697	30 379	31 153	31 983
53. świadczenia jednorazowe *j* . . .	477	110	479	29	334	448	232	316	35	35	314	184	577
Ubezpieczenie pracown. umysłow.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
54. Ogółem	3 556	3 524	3 716	3 608	3 769	3 890	3 796	3 916	3 874	3 895	4 165	4 614	4 016
55. renty	2 363	2 433	2 578	2 526	2 638	2 768	2 628	2 691	2 786	2 678	2 852	3 414	2 827
56. zaopatrzenia *k*	93	89	94	86	95	96	106	99	97	113	105	98	101
57. emeryt. świadczenia jednorazowe *l*	160	116	116	95	119	91	151	104	96	153	160	130	164
58. zasiłki z powodu braku pracy .	940	886	928	901	917	935	911	1 022	895	951	1 048	972	924
	Liczby wypłaconych świadczeń												
59. Renty	18 861	19 332	19 558	19 830	20 337	20 666	20 882	21 479	21 922	24 202	24 784	25 579	24 053
60. zaopatrzenia *k*	1 722	1 642	1 763	1 785	1 802	1 838	1 869	1 924	1 923	1 963	1 997	1 986	1 999
61. emeryt. świadczenia jednorazowe *l*	109	73	92	63	91	78	117	69	58	118	115	123	118
62. Zasiłki z powodu braku pracy .	11 371	10 862	11 170	10 778	11 168	11 516	11 292	13 074	11 801	12 317	13 857	12 830	11 969
63. Bezrobotni, którym wypłac. zasiłki *m*	9 512	9 109	9 093	8 794	8 950	9 161	9 039	9 998	9 238	9 720	10 597	10 484	9 967
Ubezpieczenie od wypadków	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
64. Ogółem	3 558	3 249	3 263	3 269	3 443	3 637	3 301	4 723 *p*	3 344	3 796	3 705	3 914	4 105
65. renty	3 328	3 124	3 232	3 148	3 221	3 317	3 200	3 914	3 326	3 438	3 327	3 547	3 687
66. świadczenia jednorazowe i rzecz. *n*	230	125	31	121	222	320	101	809 *p*	18	358	378	367	418
	Liczby przyznanych świadczeń												
67. Renty	1 544	1 429	1 331	1 390	1 587	2 141	1 998	1 753	1 176	1 208	1 625	2 216	2 013
68. Świadczenia jednorazowe *o* . . .	84	28	40	31	47	63	69	43	49	92	150	94	119

a Bez Górnego Śląska. *b* Ponieważ pracownicy podlegają przeważnie równocześnie kilku rodzajom ubezpieczenia **liczby pozycji 2 nie są sumą liczb pozycyj: 3—6.** *c* Ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy. Dla otrzymania ogólnej liczby (dla całej Polski) pracowników umysłowych, podlegających powyższemu ubezpieczeniu, należy dodać liczby pozycyj: 5 i 8. *d* Podane liczby nie obejmują pracowników rolnych. *e* W ubezpieczeniu od wypadków (zakłady przemysłowe). *f* Łącznie ze służbą domową szacowaną na 10 000 osób. *g* Wpływy ze składek przypisanych za marzec 1936 r. i miesiące poprzednie 1936 r. oraz 1935 r. *h* W roku 1935 bez profilaktyki, na którą wydały ubezpieczalnie zł. 1 316 tys., wydatki na przewóz chorych i lekarzy mieszczą się w danych za 1936 r. częściowo w poz. 27 oraz w poz. 29. *i* Świadczenia funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników Z.U.S. Odprawy wdowie i sieroce, zasiłki pogrzebowe i zapomogi pośmiertne. *k* Na rachunek Skarbu Państwa. *l* Jednorazowe odprawy inwalidzkie i pośmiertne oraz zasiłki pogrzebowe. *m* Liczba bezrobotnych, którym wypłaca się zasiłki, jest mniejsza od liczby wypłaconych zasiłków w danym miesiącu, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje *łącznie* zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc. *n* Zapomogi pośmiertne, odprawy wdowie oraz koszty protez i lecznictwa. *o* Odprawy i zapomogi pośmiertne. *p* W tem 560 tys. złotych świadczeń rzeczowych, wydanych w 1935 r., a wykazanych przez Oddział Z. U. S. we Lwowie w grudniu 1935 r.

U w a g a. Dane za ostatnie miesiące są częściowo tymczasowe. Wahania w kwotach i liczbach wypłaconych świadczeń w poszczególnych miesiącach, a zwłaszcza dość znaczne różnice danych za m-c grudzień powstają wskutek tego, że bądź ubezpieczalnie społeczne, bądź oddziały Z. U S. wykazują w pewnych miesiącach dane również za miesiące ubiegłe bez podziału na dane dotyczące danego miesiąca i poszczególnych ubiegłych okresów.

Ź r ó d ł o: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni w Ubezpieczalniach Społecznych

w/g rodzajów ubezpieczenia [a]

Stan w końcu miesiąca — V 1936

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych [b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		pracowników umysłowych [c]	od wypadków w zatrudnieniu
					razem	w tem górnicy i hutnicy (skł. emer. 5,8%)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Ogółem	**412 441**	**1 839 161**	**1 793 336**	**1 497 969**	**43 101**	**267 449** [d]	**1 825 621** [e]
	woj. Centralne . .	*191 350*	*954 380*	*926 094*	*789 477*	*30 808*	*133 872*	*949 968*
	woj. Warszawskie							
1	Ciechanów	2 985	10 241	10 085	8 130	—	1 362	10 094
2	Kutno	3 879	17 376	17 058	14 612	—	2 080	17 101
3	Płock	3 559	10 575	10 397	8 379	—	1 402	10 410
4	Warszawa	78 037	322 136	311 864	245 156	—	65 107	321 788
5	Włocławek	4 048	16 928	16 579	14 002	—	2 182	16 678
6	Żyrardów	3 476	19 194	18 962	17 009	—	1 660	19 052
	woj. Łódzkie							
7	Kalisz	4 824	15 539	15 296	12 235	—	1 917	15 333
8	Łódź	26 705	174 300	172 740	153 932	—	16 615	174 273
9	Pabjanice	3 348	24 573	24 419	22 334	—	1 685	24 489
10	Piotrków	3 350	18 059	17 899	15 881	—	1 583	17 965
11	Tomaszów Mazowiecki	3 197	19 483	19 308	17 440	122	1 570	19 379
	woj. Kieleckie							
12	Częstochowa	6 846	42 107	41 608	37 562	4 171	3 164	42 035
13	Kielce	4 716	22 422	22 139	18 155	—	3 465	22 163
14	Ostrowiec	1 870	16 848	16 569	14 296	2 769	2 238	16 735
15	Radom	4 529	33 971	24 908	29 465	—	3 854	33 864
16	Sosnowiec	9 682	75 678	74 913	67 487	23 746	6 948	75 646
	woj. Lubelskie							
17	Lublin	7 876	34 458	33 634	27 743	—	5 509	34 101
18	Siedlce	2 883	10 041	9 751	7 596	—	1 898	9 768
19	Zamość	3 209	12 360	12 049	9 743	—	1 947	12 058
	woj. Białostockie							
20	Białystok	4 657	31 376	29 398	26 338	—	4 070	31 177
21	Grodno	4 003	15 844	15 703	12 754	—	2 290	15 840
22	Łomża	3 671	10 871	10 815	9 228	—	1 326	10 019
	woj. Wschodnie . .	*31 724*	*144 155*	*142 130*	*111 801*	—	*26 152*	*142 354*
	woj. Wileńskie							
23	Wilno	11 558	46 831	46 372	35 122	—	9 380	46 473
	woj. Nowogródzkie							
24	Baranowicze	2 615	11 104	10 822	8 632	—	1 946	10 839
25	Lida	2 277	10 892	10 659	8 334	—	2 165	10 672
	woj. Poleskie							
26	Brześć	3 333	14 217	14 096	11 101	—	2 547	14 122
27	Pińsk	1 491	11 114	10 959	9 292	—	1 539	10 975
	woj. Wołyńskie							
28	Dubno	2 431	7 842	7 678	5 970	—	1 478	7 682
29	Kowel	1 718	8 583	8 479	6 219	—	1 743	8 479
30	Łuck	2 730	9 174	8 994	6 718	—	2 010	9 029
31	Równe	3 571	24 398	24 071	20 413	—	3 344	24 083

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych[b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		pracowników umysłowych[c]	od wypadków w zatrudnieniu
					razem	w tem górnicy i hutnicy (skł. emer. 5,8%)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	woj. Zachodnie . .	*64 685*	*264 189*	*255 113*	*195 856*	*661*	*49 350*	*259 733*
	woj. Poznańskie							
32	Bydgoszcz	6 775	31 559	29 356	23 602	—	5 764	31 208
33	Gniezno	4 120	13 138	12 306	9 567	—	2 255	12 733
34	Grodzisk	3 204	10 080	9 582	7 336	—	1 746	9 612
35	Inowrocław	3 043	12 015	11 499	8 776	431	2 293	11 731
36	Leszno	3 241	10 170	9 340	7 258	—	1 838	9 753
37	Ostrów	4 829	16 611	16 035	11 577	—	2 716	16 069
38	Poznań	16 544	70 505	69 526	52 459	—	15 260	70 194
39	Szamotuły	3 823	12 798	12 199	9 456	225	2 264	12 213
	woj. Pomorskie							
40	Gdynia	4 392	29 940	29 376	23 885	—	5 077	29 823
41	Grudziądz	5 583	20 959	20 459	15 360	—	3 563	20 551
42	Tczew	2 739	11 093	10 687	7 959	—	1 887	10 908
43	Toruń	4 130	16 172	15 902	11 835	—	3 278	16 004
44	Tuchola	2 262	9 149	8 846	6 786	5	1 409	8 934
	woj. Południowe .	*118 372*	*437 684*	*431 530*	*367 851*	*10 525*	*54 153*	*434 899*
	woj. Krakowskie							
45	Biała	5 558	30 915	30 703	27 211	1 670	2 606	30 802
46	Chrzanów	2 459	21 228	21 029	19 262	5 052	1 663	21 170
47	Kraków	25 708	84 224	82 416	70 796	1 036	11 348	84 130
48	Nowy Sącz	4 561	20 508	20 370	17 429	23	1 986	20 439
49	Zakopane	2 598	11 038	10 851	9 535	—	1 084	11 012
50	Tarnów	5 165	17 900	17 690	15 137	—	2 035	17 820
	woj. Lwowskie							
51	Drohobycz	5 566	24 836	24 518	21 099	747	3 023	24 716
52	Jarosław	2 382	9 739	9 541	8 148	—	1 085	9 610
53	Krosno	2 841	14 956	14 873	12 934	—	1 364	14 903
54	Lwów	23 740	76 340	75 614	60 631	14	12 798	76 016
55	Przemyśl	4 279	13 973	13 831	11 939	81	1 536	13 880
56	Rzeszów	3 592	10 814	10 653	8 873	—	1 390	10 657
57	Tarnobrzeg	1 736	10 029	9 747	8 483	—	1 234	9 825
	woj. Stanisławowskie							
58	Kołomyja	3 741	13 853	13 735	12 155	66	1 439	13 767
59	Stanisławów	5 798	19 906	19 730	16 520	163	2 203	19 768
60	Stryj	4 472	20 675	20 414	17 985	1 574	1 897	20 482
	woj. Tarnopolskie							
61	Brzeżany	2 614	6 702	6 574	5 273	—	1 038	6 579
62	Czortków	3 237	9 577	9 244	7 622	—	1 625	9 260
63	Tarnopol	4 593	10 622	10 414	8 745	99	1 439	10 442
64	Złoczów	3 732	9 849	9 583	8 074	—	1 360	9 621
	Śląsk Cieszyński .	*6 310*	*38 753*	*38 469*	*32 984*	*1 107*	*3 922*	*38 667*
65	Bielsko	6 310	38 753	38 469	32 984	1 107	3 922	38 667

a Pracownicy rolni ubezpieczeni od wypadków w zatrudnieniu oraz pracownicy górnośląskiej części woj. Śląskiego nie są objęci niniejszem zestawieniem. *b Ponieważ ubezpieczeni podlegają równocześnie kilku rodzajom ubezpieczenia, kolumna (4) nie jest sumą kolumn (5), (6), (8), (9).* *c* Ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy. *d* Pozatem było *25 307* pracowników umysłowych ubezpieczonych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie. *e* Pozatem było *168 651* pracowników zatrudnionych w przemyśle, ubezpieczonych od wypadków w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przypis składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

za m-c marzec 1936 r.[a]

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek i odsetek				
		Razem	na ubezpieczenie			
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych[b]	od wypadków
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Ogółem	**19 912 230**	**7 708 110**	**4 227 385**	**5 239 056**[c]	**2 737 679**[d]
	%	*100,0*	*38,7*	*21,2*	*26,3*	*13,8*
	woj. Centralne	*11 237 364*	*4 449 634*	*2 522 425*	*2 859 239*	*1 406 066*
	%	*100,0*	*39,6*	*22,4*	*25,4*	*12,6*
	woj. Warszawskie					
1	Ciechanów	79 669	33 315	16 671	20 582	9 101
2	Kutno	166 338	55 501	30 665	37 216	42 956
3	Płock	76 274	28 852	12 031	21 481	13 910
4	Warszawa	4 849 488	1 931 058	942 510	1 452 803	523 117
5	Włocławek	164 999	66 921	40 052	38 935	19 091
6	Żyrardów	175 221	72 633	45 003	32 653	24 932
	woj. Łódzkie					
7	Kalisz	125 450	52 175	26 099	32 867	14 309
8	Łódź	1 931 810	822 462	506 205	424 875	178 268
9	Pabjanice	188 929	82 657	53 361	34 700	18 211
10	Piotrków	152 471	64 289	40 505	29 184	18 493
11	Tomaszów Maz.	200 316	87 686	59 493	31 251	21 886
	woj. Kieleckie					
12	Częstochowa	381 418	154 139	104 448	64 339	58 492
13	Kielce	230 019	84 697	49 665	53 123	42 534
14	Ostrowiec	239 375	93 142	58 757	53 775	33 701
15	Radom	298 795	79 525	87 740	84 825	46 705
16	Sosnowiec	960 508	362 757	250 249	187 582	159 920
	woj. Lubelskie					
17	Lublin	302 536	116 976	57 816	97 973	29 771
18	Siedlce	87 755	35 093	16 269	28 113	8 280
19	Zamość	100 600	38 418	18 862	30 846	12 474
	woj. Białostockie					
20	Białystok	297 680	107 452	64 415	60 609	65 204
21	Grodno	157 674	47 820	26 160	26 137	57 557
22	Łomża	70 039	32 066	15 449	15 370	7 154
	woj. Wschodnie	*1 378 406*	*486 848*	*223 146*	*377 017*	*291 395*
	%	*100,0*	*35,3*	*16,2*	*27,4*	*21,1*
	woj. Wileńskie					
23	Wilno	392 860	163 096	67 452	127 978	34 334
	woj. Nowogródzkie					
24	Baranowicze	154 356	41 484	21 574	26 139	65 159
25	Lida	105 518	29 448	12 051	29 426	34 593
	woj. Poleskie					
26	Brześć	174 388	55 908	26 100	39 464	52 916
27	Pińsk	90 193	34 852	17 966	24 272	13 103
	woj. Wołyńskie					
28	Dubno	58 635	22 708	8 149	21 232	6 546
29	Kowel	68 533	27 232	11 167	22 887	7 247
30	Łuck	106 794	34 194	12 749	33 812	26 039
31	Równe	227 129	77 926	45 938	51 807	51 458

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek i odsetek				
		Razem	na ubezpieczenie			
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych[b]	od wypadków
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	woj. Zachodnie	*2 991 635*	*1 041 103*	*521 613*	*897 726*	*531 193*
	%	*100,0*	*34,8*	*17,4*	*30,0*	*17,8*
	woj. Poznańskie					
32	Bydgoszcz	448 402	124 906	70 818	102 843	149 835
33	Gniezno	124 739	40 443	21 096	37 559	25 641
34	Grodzisk	84 374	30 859	16 434	28 093	8 988
35	Inowrocław	106 838	34 583	17 205	32 453	22 597
36	Leszno	77 407	25 720	14 416	29 994	7 277
37	Ostrów	130 063	47 707	20 493	46 382	15 481
38	Poznań	847 605	326 888	154 544	290 207	75 966
39	Szamotuły	103 585	39 915	18 728	32 527	12 415
	woj. Pomorskie					
40	Gdynia	446 723	163 235	90 380	128 926	64 182
41	Grudziądz	194 302	71 960	35 261	56 862	30 219
42	Tczew	169 158	39 813	18 285	32 270	78 790
43	Toruń	169 862	66 858	30 126	56 449	16 429
44	Tuchola	88 577	28 216	13 827	23 161	23 373
	woj. Południowe	*3 879 803*	*1 556 638*	*853 329*	*1 014 153*	*455 683*
	%	*100,0*	*40,1*	*22,0*	*26,1*	*11,8*
	woj. Krakowskie					
45	Biała	281 880	112 040	71 407	54 066	44 367
46	Chrzanów	250 907	96 190	64 971	45 978	43 768
47	Kraków	856 216	346 926	195 234	222 790	91 266
48	Nowy Sącz	136 600	56 540	33 913	29 644	16 503
49	Zakopane	103 392	41 218	27 145	22 281	12 748
50	Tarnów	156 510	65 562	38 088	38 796	14 064
	woj. Lwowskie					
51	Drohobycz	310 120	123 682	75 334	69 118	41 986
52	Jarosław	50 577	19 549	10 389	15 432	5 207
53	Krosno	139 332	55 899	35 039	29 029	19 365
54	Lwów	777 112	314 603	125 339	270 574	66 596
55	Przemyśl	82 702	35 967	14 587	22 191	9 957
56	Rzeszów	62 612	25 189	13 253	17 830	6 340
57	Tarnobrzeg	45 754	16 838	8 576	14 755	5 585
	woj. Stanisławowskie					
58	Kołomyja	83 119	33 427	18 907	21 800	8 985
59	Stanisławów	136 452	56 620	30 778	32 354	16 700
60	Stryj	177 579	67 726	44 025	36 251	29 577
	woj. Tarnopolskie					
61	Brzeżany	38 252	14 691	7 043	12 677	3 841
62	Czortków	67 219	26 488	14 626	20 368	5 737
63	Tarnopol	64 477	25 517	13 701	18 746	6 513
64	Złoczów	58 991	21 966	10 974	19 473	6 578
	Śląsk Cieszyński	*425 022*	*173 887*	*106 872*	*90 921*	*53 342*
	%	*100,0*	*40,9*	*25,1*	*21,4*	*12,6*
65	**Bielsko**	425 022	173 887	106 872	90 921	53 342

a Zestawienie obejmuje przypis dokonany tylko w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Emerytalne i na wypadek braku pracy. *c* Pozatem przypis składek i odsetek w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosił zł. 724 840. *d* Pozatem przypis składek i odsetek w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosił zł. 800 310.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w złotych — w m-cu kwietniu 1936 r. [a]

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek				
		Razem	na ubezpieczenie			
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych[b]	od wypadków
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Ogółem	**19 596 017**	**7 735 076**	**4 268 897**	**5 185 403**[c]	**2 406 641**[d]
	%	*100,0*	*39,5*	*21,8*	*26,4*	*12,3*
	woj. Centralne	*11 104 670*	*4 467 693*	*2 529 173*	*2 843 987*	*1 263 817*
	%	*100,0*	*40,2*	*22,8*	*25,6*	*11,4*
	woj. Warszawskie					
1	Ciechanów	80 979	33 522	16 446	19 771	11 240
2	Kutno	129 747	49 725	27 400	32 505	20 117
3	Płock	72 652	30 193	13 070	21 543	7 846
4	Warszawa	4 931 833	1 983 901	959 916	1 492 686	495 330
5	Włocławek	151 225	60 576	36 495	35 548	18 606
6	Żyrardów	154 532	66 421	41 282	29 821	17 007
	woj. Łódzkie					
7	Kalisz	116 878	46 670	23 807	29 391	17 010
8	Łódź	2 093 116	885 521	562 345	453 125	192 125
9	Pabjanice	193 985	84 397	56 065	34 980	18 543
10	Piotrków	152 249	68 816	37 532	27 494	18 407
11	Tomaszów Maz.	216 721	93 111	64 849	33 465	25 296
	woj. Kieleckie					
12	Częstochowa	352 675	147 043	100 495	61 645	43 492
13	Kielce	183 958	72 133	41 068	44 167	26 590
14	Ostrowiec	186 654	72 834	44 652	41 906	27 262
15	Radom	297 994	84 686	88 587	80 647	44 074
16	Sosnowiec	932 359	354 445	242 305	180 958	154 651
	woj. Lubelskie					
17	Lublin	276 710	105 925	52 496	87 409	30 880
18	Siedlce	73 139	27 248	11 748	20 529	13 614
19	Zamość	92 844	35 417	17 253	27 768	12 406
	woj. Białostockie					
20	Białystok	236 662	89 758	50 921	48 685	47 298
21	Grodno	120 030	49 693	28 035	27 568	14 734
22	Łomża	57 728	25 658	12 406	12 376	7 289
	woj. Wschodnie	*1 151 503*	*453 553*	*207 717*	*344 190*	*146 043*
	%	*100,0*	*39,4*	*18,0*	*29,9*	*12,7*
	woj. Wileńskie					
23	Wilno	396 469	163 462	67 207	125 068	40 732
	woj. Nowogródzkie					
24	Baranowicze	72 081	29 313	14 956	18 111	9 701
25	Lida	72 944	26 588	11 295	26 301	8 760
	woj. Poleskie					
26	Brześć	118 445	48 786	22 438	33 868	13 353
27	Pińsk	82 339	32 046	16 165	21 836	12 292
	woj. Wołyńskie					
28	Dubno	61 465	24 222	11 181	19 854	6 208
29	Kowel	66 037	24 946	11 268	21 600	8 223
30	Łuck	82 100	32 475	11 936	30 604	7 085
31	Równe	199 623	71 715	41 271	46 948	39 689

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek				
		Razem	na ubezpieczenie			
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych[b]	od wypadków
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	woj. Zachodnie	*2 860 002*	*1 030 029*	*508 697*	*662 521*	*458 755*
	%	*100,0*	*36,0*	*17,8*	*30,2*	*16,0*
	woj. Poznańskie					
32	Bydgoszcz	348 867	124 718	70 995	102 237	50 917
33	Gniezno	111 906	42 068	18 066	32 048	19 724
34	Grodzisk	86 081	29 505	13 746	23 630	19 200
35	Inowrocław	116 852	36 000	16 848	31 122	32 882
36	Leszno	68 362	21 097	11 868	24 883	10 514
37	Ostrów	160 308	46 529	19 591	42 826	51 362
38	Poznań	875 681	334 866	158 461	294 421	87 933
39	Szamotuły	100 425	35 781	15 893	27 540	21 211
	woj. Pomorskie					
40	Gdynia	444 866	161 659	91 168	126 426	65 613
41	Grudziądz	204 131	73 797	35 871	57 215	37 248
42	Tczew	122 442	41 524	18 990	32 456	29 472
43	Toruń	150 261	58 183	26 397	48 997	16 684
44	Tuchola	69 820	24 302	10 803	18 720	15 995
	woj. Południowe	*4 057 924*	*1 612 354*	*917 164*	*1 044 669*	*483 737*
	%	*100,0*	*39,8*	*22,6*	*25,7*	*11,9*
	woj. Krakowskie					
45	Biała	260 012	105 972	67 772	51 138	35 130
46	Chrzanów	254 144	96 457	66 549	46 510	44 628
47	Kraków	853 873	337 889	210 485	216 100	89 399
48	Nowy Sącz	194 514	78 078	50 353	42 034	24 049
49	Zakopane	79 028	31 024	20 207	17 533	10 264
50	Tarnów	175 925	72 708	43 490	43 105	16 622
	woj. Lwowskie					
51	Drohobycz	335 123	134 911	81 362	74 001	44 849
52	Jarosław	53 829	21 163	10 698	15 593	6 375
53	Krosno	154 705	60 446	39 064	32 504	22 691
54	Lwów	875 994	349 685	152 265	296 012	78 032
55	Przemyśl	89 586	38 008	18 185	23 387	10 006
56	Rzeszów	59 352	23 233	12 798	16 782	6 539
57	Tarnobrzeg	48 908	20 822	8 198	13 983	5 905
	woj. Stanisławowskie					
58	Kołomyja	69 586	27 887	15 156	17 324	9 219
59	Stanisławów	137 557	55 859	31 490	32 170	18 038
60	Stryj	162 658	60 614	39 639	32 581	29 824
	woj. Tarnopolskie					
61	Brzeżany	51 449	19 672	9 445	15 893	6 439
62	Czortków	70 053	26 612	14 998	20 385	8 058
63	Tarnopol	78 647	30 552	16 002	21 809	10 284
64	Złoczów	52 981	20 762	9 008	15 825	7 386
	Śląsk Cieszyński	*421 918*	*171 447*	*106 146*	*90 036*	*54 289*
	%	*100,0*	*40,6*	*25,2*	*21,3*	*12,9*
65	Bielsko	421 918	171 447	106 146	90 036	54 289

a Zestawienie obejmuje wpływy jedynie w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Emerytalne i na wypadek braku pracy. *c* Pozatem wpływy w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosiły zł. 745 252. *d* Pozatem wpływy w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosiły zł. 630 412.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

VI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę [b] (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I - VI	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 615 238,45**
I Z ustawy austr. o urządzeniu stosunków bractw górniczych (z dn. 23.VII 1889 r.) — Renty górników i hutników przejęte przez Z. U. S. z małopolskich Kas Brackich:					
Renty inwalidzkie	14	316,99	25,00 [c]	3 025	76 598,60
„ wdowie	22	387,21	12,50 [c]	1 667	25 691,77
„ sierot niezupełnych	24		6,25 [c]	913	
„ „ zupełnych	—	—	12,50 [c]	141	2 437,50
„ wstępnych	—	—	—	2	12,50
Odprawy wdowie	3	1 350,00	442,50	3	1 350,00
Zasiłki pogrzebowe	—	—	—	—	—
II Z ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej (z dn. 19.VII 1911 r.) oraz umowy polsko-niemieckiej (z dnia 11.VI 1931 r.) — Renty przemysłowe przejęte przez Z. U. S. z Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu: [d]					
Renty inwalidzkie	434	11 131,80	23,36	20 127	553 518,07
„ starcze	76	1 497,65	15,99	2 907	68 402,84
„ wdowie	132	1 325,65	8,45	6 948	80 430,91
„ sieroce	206	1 039,70	5,23	5 146	32 393,51
Odprawy wdowie	1	90,00	104,13	1	90,00
„ sieroce	2	58,80	31,20	2	58,80
III Z ustawy o ubezpieczeniu społecznem (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	924	18 417,09	20,00 [c]	31 438	686 651,52
„ wdowie	80	817,00	10,00 [c]	1 134	15 307,50
„ sierot niezupełnych	8		4,00 [c]	35	
„ „ zupełnych	22	136,00	7,00 [c]	100	2 032,25
Renty inwalidzkie [e]	1	65,26	48,78	7	399,96
„ sieroce [e]	2	40,28	15,69	5	231,55
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	.	.	.	574	69 631,17

a Pozycje „Renty" i „Zaopatrzenia" obejmują zarówno świadczenia nowoprzyznane, jak i przywrócone. *b* W pozycjach „Renty" i „Zaopatrzenia" podane są kwoty miesięczne przyznanych świadczeń. *c* Wysokość świadczeń stała. *d* Łącznie z dodatkami państwowemi, które wynoszą dla rent inwalidzkich, starczych i wdowich po 50 zł. oraz dla renty sierocej — 25 zł. rocznie. Sumy rent inwalidzkich podane są łącznie z dodatkami rodzinnemi. *e* Renty przyznane z uwzględnieniem art. 293 — 294 ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

VI 1936

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki w miesiącu	Liczba wypłaconych [a] zasiłków miesięcznych	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przec. mies. wysok. zasiłku I — VI
Ogółem	**9 292**	**11 132**	**853 351,18**	**78,30**
Centralne	*4 323*	*4 983*	*409 059,53*	*82,66*
M. st. Warszawa	2 398	2 709	232 382,70	85,34
Warszawskie				
Łódzkie	895	1 019	83 391,40	84,50
Kieleckie	519	625	50 225,13	80,16
Lubelskie	308	377	25 702,50	71,74
Białostockie	203	253	17 357,80	66,82
Wschodnie	*706*	*855*	*57 469,50*	*64,82*
Wileńskie	194	225	16 916,60	65,37
Nowogródzkie	107	147	9 223,20	64,54
Poleskie	132	165	10 918,20	67,19
Wołyńskie	273	318	20 411,50	63,12
Zachodnie	*2 614*	*3 260*	*249 705,30*	*80,65*
Poznańskie	1 244	1 515	91 945,10	63,44
Pomorskie	487	671	41 269,50	68,71
Śląskie	883	1 074	116 490,70	113,42
Południowe	*1 649*	*2 034*	*137 116,85*	*69,65*
Krakowskie	608	745	54 012,10	77.44
Lwowskie	746	925	61 513,25	69,37
Stanisławowskie	141	168	10 420,48	56,85
Tarnopolskie	154	196	11 171,02	55,82

a Liczba wypłaconych zasiłków w danym miesiącu jest większa od liczby bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje łącznie zasiłki za okres dłuższy, niż jeden miesiąc.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

V — VI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano						Wypłacono			
	rent, odpraw, zaopatrzeń		na sumę (w złotych)				ilość osób (rencistów)		na sumę (w złotych)	
	V	VI	V [a]	VI [a]	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I — V	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I — VI	V	VI	V	VI
Ogółem									**3 091 631,45**	**3 359 192,02**
Renty inwalidzkie	232	180	35 324,80	29 606,40	154,29	155,53	9 933	10 114	1 640 176,61	1 774 705,41
„ starcze	57	32	9 383,40	5 083,90	154,25	154,67	3 591	3 659	509 152,16	583 737,17
„ wdowie	57	146	5 341,60	14 700,90	99,83	100,06	7 112	7 307	592 398,50	646 215,09
„ sieroce	86	106	2 324,50	3 189,42	34,32	33,50				
Renty z umowy polsko-niemieckiej										
Renty inwalidzkie	20	23	1 647,70	1 728,30	89,76	86,40	303	322	50 937,20	55 720,35
„ starcze	4	4	370,30	410,20	78,03	82,94	126	129	18 375,36	19 247,22
„ wdowie	5	7	120,40	201,10	40,62	37,65	125	130	10 837,39	11 233,15
„ sieroce	2	4	12,30	37,30	14,19	13,35	73	75	4 927,35	5 227,23
Zaopatrzenia starcze	40	24	2 000,00	1 200,00	50,00 [b]	50,00 [b]	1 778	1 801	94 960,00	100 165,00
„ wdowie	8	11	240,00	310,00	30,00 [b]	30,00 [b]	220	240	6 180,00	8 990,00
„ sieroce	—		—		10,00 [bc]	10,00 [bc]	1		10,00	
Jednorazowe odprawy	98	76	176 064,56	122 232,70	1 778,81	1 751,70	77	89	155 064,66	145 491,60
Zasiłki pogrzebowe	46	28	10 247,62	6 936,90	207,11	214,05	41	35	8 612,22	8 459,80

a W pozycjach „Renty" i „Zaopatrzenia" podane są kwoty miesięczne przyznanych świadczeń. *b* Wysokość świadczeń stała. *c* Dla sierot niezupełnych 10 zł., dla sierot zupełnych 20 zł.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

VI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]	Wypłacono [b]	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób	na sumę (w złotych)
Ogółem			**3 763 723,34**
I. Z ustawy austrjackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	118	89 278	2 633 628,25
„ wdów i sierot			
„ dalszej rodziny			
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	2	1 333,43
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznem z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	1 354	13 671	637 945,94
„ wdów	74	1 227	88 785,65
„ sierot	128	1 574	100 046,98
„ dalszej rodziny	3	97	2 882,65
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	76	10 433,76
Koszty protez i lecznictwa	.	.	288 666,68

a Renty tylko *nowoprzyznane*. *b* Zarówno z tytułu rent nowoprzyznanych, jak i rent *z lat ubiegłych*.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

VI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych) [a]	przeciętna mies. wysok. świadcz. I — VI	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) [b]
Renty inwalidzkie	477	13 047,25	30,31	41 408	2 178 198,77
„ wdowie	114	1 568,95	17,60	14 393	
„ sieroce	86	1 290,65	16,86	10 289	

a Łącznie z dodatkiem państwowym, który wynosi do renty inwalidzkiej lub wdowiej—zł. 100., a dla każdej sieroty—50 zł. rocznie.
b Łącznie z dodatkiem państwowym do rent, który wynosił w m-cu czerwcu 551 962,54 zł.

Uwaga: Dane obejmują również rencistów, którzy pobierają renty złożone (cząstkowe) na podstawie umowy polsko-niemieckiej z dnia 11 czerwca 1931 r.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

Świadczenia Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego

VI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano		Wypłacono	
	odpraw	na sumę (w złotych)	odpraw, rent	na sumę (w złotych)
Ogółem				**72 026,66**
Odprawy członkom b. kas bratnich zwolnionym przed 1.IX 1935 r.	3	1 236,60	3	1 236,60
Odprawy pośmiertne	6	6 125,00	6	6 125,00
Odprawy inwalidzkie	9	5 825,00	9	5 825,00
Odprawy z powodu redukcyj	27	13 377,00	27	13 377,00
Odprawy z powodu zamążpójścia	1	51,00	1	51,00
Renty inwalidzkie	—	—	917	21 941,19
Renty wdowie	—	—	1 687	21 378,21
Renty sieroce	—	—	322	2 092,66

Źródło: Dane Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego.

Robotnicy, podlegający ubezpieczeniu emerytalnemu w/g płci i wieku[a]

Stan w końcu roku 1934

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	1000. (2) Σ. (2)	1000. (3) Σ. (3)	1000. (4) Σ. (4)	Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	1000. (2) Σ. (2)	1000. (3) Σ. (3)	1000. (4) Σ. (4)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ogółem	1 097 143	659 521	437 622	1000,00	1000,00	1000,00	39	21 635	14 742	6 893	19,72	22,35	15,75
%	*100,0*	*60,1*	*39,9*	—	—	—	40	20 128	13 553	6 575	18,35	20,55	15,02
							41	18 029	12 529	5 500	16,43	19,00	12,57
							42	16 242	10 992	5 250	14,80	16,67	12,00
16	12 000	5 488	6 512	10,94	8,32	18,48	43	15 405	10 757	4 648	14,04	16,31	10,62
17	16 724	7 417	9 307	15,24	11,25	21,27	44	15 398	10 333	5 065	14,03	15,67	11,57
18	24 649	10 696	13 953	22,47	16,22	31,88	45	14 675	9 936	4 739	13,38	15,07	10,83
19	32 338	14 289	18 049	29,47	21,67	41,24	46	15 550	10 456	5 094	14,17	15,85	11,64
20	46 717	20 512	26 205	42,58	31,10	59,88	47	13 382	9 200	4 182	12,20	13,95	9,56
21	44 096	19 385	24 711	40,19	29,39	56,47	48	12 922	8 826	4 096	11,78	13,38	9,36
22	43 509	16 878	26 631	39,66	25,59	60,85	49	11 881	8 180	3 701	10,83	12,40	8,46
23	40 860	18 081	22 779	37,24	27,41	52,05	50	11 284	7 739	3 545	10,28	11,73	8,10
24	47 458	23 243	24 215	43,26	35,24	55,33	51	10 200	7 155	3 045	9,30	10,85	6,96
25	47 274	26 107	21 167	43,09	39,58	48,37	52	10 049	7 067	2 982	9,16	10,72	6,81
26	45 964	26 048	19 916	41,90	39,50	45,51	53	8 255	5 806	2 449	7,52	8,80	5,60
27	46 035	28 125	17 910	41,96	42,64	40,92	54	8 944	6 144	2 800	8,15	9,32	6,40
28	44 901	28 031	16 870	40,93	42,50	38,55	55	7 689	5 442	2 247	7,01	8,25	5,13
29	40 147	26 272	13 875	36,59	39,84	31,71	56	7 132	4 974	2 158	6,50	7,54	4,93
30	41 193	27 136	14 027	37,52	41,15	32,05	57	6 791	4 890	1 901	6,19	7,42	4,34
31	37 504	25 699	11 805	34,18	38,97	26,98	58	6 316	4 445	1 871	5,76	9,74	4,28
32	36 456	25 116	11 340	33,23	38,08	25,91	59	6 154	4 483	1 671	5,61	6,80	3,82
33	31 420	22 228	9 192	28,64	33,70	21,00	60	5 656	4 057	1 599	5,16	6,15	3,65
34	32 091	21 706	10 385	29,25	32,91	23,73	61	4 906	3 527	1 379	4,47	5,35	3,15
35	27 398	19 315	8 083	24,97	29,29	18,47	62	4 414	3 212	1 202	4,02	4,87	2,75
36	26 694	18 403	8 291	24,33	27,90	18,95	63	3 710	2 665	1 045	3,38	4,04	2,39
37	25 081	17 538	7 543	22,86	26,59	17,24	64	3 986	2 831	1 155	3,63	4,29	2,64
38	23 526	16 088	7 438	21,44	24,39	17,00	65	2 405	1 779	626	2,19	2,70	1,43

a Zestawienie obejmuje tylko robotników ubezpieczonych w b. Zakładzie Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

KRONIKA ZAGRANICZNA

STOPIEŃ CHOROBOWOŚCI WŚRÓD UBEZPIECZONYCH W NIEMCZECH.

W literaturze ubezpieczeniowej w większości prac, omawiających wyniki działalności poszczególnych gałęzi ubezpieczeń społecznych, główny nacisk kładzie się na oświetlenie strony finansowej. Stosunkowo mało uwagi poświęca się zaś takim zagadnieniom, jak stopień chorobowości, od którego przecież zależą wyniki finansowe.

Zagadnienie to omawia szerzej publikacja niemiecka, zawierająca wyniki działalności ubezpieczeń chorobowych w Niemczech w latach 1931 — 34[1]). Przeprowadzono tam badania nad stopniem chorobowości w poszczególnych grupach wieku ubezpieczonych. Badania te dokonano jak gdyby metodą reprezentacyjną, nie obejmują bowiem wszystkich kas. W r. 1934 badaniem objęto 775 kas (na ogólną liczbę 6144 kas) z liczbą ubezpieczonych 2,2 milj. mężczyzn, co stanowi 18,4% ogółu mężczyzn ubezpieczonych i 568 tys. kobiet — 9% ogółu kobiet ubezpieczonych. Celem wyeliminowania przypadkowości, zestawienia przytoczone poniżej obejmują jedynie cyfry względne, obliczone na podstawie wyniku nie z jednego roku, a na podstawie ogólnego wyniku z 4-ch lat, a mianowicie suma z r. 1931 — 1934 = 100.

Dane w ten sposób zestawione dają dość zbliżony obraz różnicy, jaka zachodzi w poszczególnych grupach wieku, w ramach obu płci, w zakresie częstotliwości zachorowań, czasu trwania choroby i ilości dni leczenia.

Zestawienie poniższe Nr. 1 przedstawia skład ubezpieczonych według wieku i płci:

Ubezpieczeni w/g wieku **Tabl. 1**

Grupy wieku (lata)	Na 100 ubezpieczonych należy do danej grupy wieku	
	mężczyźni	kobiety
do 19	9,5	17,4
20 — 24	11,5	21,0
25 — 29	14,4	15,2
30 — 34	14,9	10,7
35 — 39	12,0	8,5
40 — 44	10,2	6,7
45 — 49	8,9	5,5
50 — 54	6,9	4,5
54 — 59	5,2	3,8
60 — 64	3,2	2,8
65 — 69	1,8	2,9
ponad 70	1,5	1,9
razem	100,0	100,0

Widzimy tutaj normalne zjawisko, że najwyższy odsetek mężczyzn przypada na wiek od 20 do 44-ech lat, kobiet natomiast w wieku od 19 i niżej do 34 lat.

Tabl. Nr. 2 charakteryzuje ciężar gatunkowy zgłoszonych wypadków przeciętnie na 100 ubezpieczonych.

Z zestawienia tego wynika, że największa skłonność do chorowania, i to zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet przypada na wiek 19 — 30 lat, a u kobiet nawet do 40 lat, a z drugiej strony wskazuje na wagę wypadków chorobowych zgłoszonych, t. zn. wskazuje jaki jest odsetek zachorowań, powodujących niezdolność do pracy. Najwyższy odsetek zachorowań powodujących niezdolność do pracy przypada na grupę wieku

[1]) Die Krankenversicherung 1934, Statistik des Deutschen Reichs, Band 484.

Wypadki choroby zgłoszone **Tabl. 2**

Grupy wieku (lata)	Wypadki choroby zgłoszone na 100 ubezpieczonych danej grupy wieku		W odsetkach ogólnej przeciętnej		Wypadki choroby powodujące niezdolność do pracy na 100 zachorowań zgłoszonych w danej grupie wieku		W odsetkach ogólnej przeciętnej	
	mężcz.	kobiety	mężcz.	kobiety	mężcz.	kobiety	mężcz.	kobiety
do 19	147,0	144,6	106,2	88,5	28,1	22,3	106.4	104.2
20—24	171,6	178,1	124,0	109,1	27,0	21,9	102,3	102,3
25—29	147,7	180,2	106,7	110,3	27,4	21,1	103,8	98,6
30—34	132,9	171,9	96,0	105,3	27,2	21,5	103,0	100,5
35—39	131,4	160,4	94,9	98,2	26,4	21,3	100,0	99,5
40—44	130,1	156,8	94,0	96,0	26,2	20,9	99,2	97,7
45—49	126,6	153,5	91,5	94,0	26,2	21,1	99,2	98,6
50—54	131,0	152,8	94,7	93,6	26,0	21,5	98,5	100,5
55—59	132,6	145,6	95,8	89,2	25,7	21,7	97,3	101,4
60—64	135,7	149,6	98,0	91,6	24,0	20,3	90,9	94,9
65—69	130,6	153,8	94,4	94,2	18,1	17,4	68,6	81,3
ponad 70	124,1	142,5	89,7	87,3	16,2	18,2	61,4	85,0
Przeciętna	138,4	163,3	100,0	100,0	26,4	21,4	100,0	100,0

do 19 lat, co jest zupełnie zrozumiałe, jeżeli się weźmie pod uwagę niedoświadczenie, nieuwagę, zdenerwowanie, słabość fizyczną i silniejszą wrażliwość młodych pracowników. Na 147 wypadków choroby zgłoszonych przez mężczyzn, przypada w tej grupie 28 zachorowań, powodujących niezdolność do pracy, analogiczny stosunek dla kobiet wynosi 145 i 22. W następnych grupach wieku mężczyzn daje się zaobserwować wyraźny spadek odsetka zachorowań, powodujących niezdolność do pracy, u kobiet natomiast widzimy pewną stałość we wszystkich grupach wieku, za wyjątkiem jedynie grupy wieku ponad 60 lat, gdzie ten odsetek jest najniższy.

Poniższa tablica jest wyjaśnieniem tablicy poprzedniej, wskazuje więc, że największa częstotliwość zachorowań przypada u mężczyzn na grupę wieku do 19 lat, a następnie od 20 — 35 lat, u kobiet — na grupę wieku 20 — 34 lat:

Częstotliwość zachorowań **Tabl. 3**

Grupy wieku (lata)	Wypadki choroby na 100 ubezpieczonych danej grupy wieku		W odsetkach ogólnej przeciętnej	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
do 19	40,2	33,2	106,1	91,2
20 — 24	44,8	41,2	118,2	113,2
25 — 29	40,9	39,6	107,9	108,8
30 — 34	38,0	38,3	100,3	105,2
35 — 39	36,0	35,6	95,0	97,8
40 — 44	35,3	34,0	93,1	93,4
45 — 49	34,5	33,3	91,0	91,5
50 — 54	35,9	34,2	94,7	94,0
54 — 59	36,3	32,5	95,8	89,3
60 — 64	36,0	31,2	95,0	85,7
64 — 69	28,9	28,4	76,3	78,0
ponad 70	25,4	27,9	67,0	76,6
Przeciętna	37,9	36,4	100,0	100.0

Nasilenie chorób w poszczególnych grupach wieku mężczyzn i kobiet charakteryzuje tabl. Nr. 4.

Czas trwania choroby w/g grup wieku

Tabl. 4

Grupy wieku	Liczba dni przypadająca na 1 wypadek choroby		w odsetkach ogólnej	
	ubezp.danej grupy wieku		przeciętnej	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
do 19	17,0	19,9	58,6	69,8
20—24	20,2	24,1	69,7	84,6
25—29	23,2	27,0	80,0	94,7
30—34	26,4	29,2	91,0	102,5
35—39	29,4	30,9	101,4	108,4
40—44	31,9	32,9	110,0	115,4
45—49	34,8	35,5	120,0	124,6
50—54	39,4	37,8	135,9	132,6
55—59	47,0	42,0	162,1	147,4
60—64	57,5	46,2	198,3	162,1
65—69	52,8	44,0	182,1	154,4
ponad 70	46,3	44,7	159,7	156,8
Przeciętna . . .	29,0	28,5	100,0	100,0

Z zestawienia tego wynika, że ze wzrostem wieku ubezpieczonego wzrasta również nasilenie choroby, przyczem u mężczyzn wzrost jest silniejszy niż u kobiet. Największa liczba dni choroby przypadająca na 1 wypadek choroby leży w granicach wieku od 55 — 70 i wyżej lat.

To samo zagadnienie jednak z innej strony oświetlone daje tablica Nr. 5.

Dni choroby na 100 ubezpieczonych

Tabl. 5

Grupy wieku	Liczba dni choroby na 100 ubezpiecz.		W odsetkach ogólnej	
	danej grupy wieku		przeciętnej	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
do 19	683,0	661,8	62,1	63,8
20—24	905,1	990,7	82,3	95,5
25—29	947,3	1 067,4	86,1	102,8
30—34	1 001,3	1 118,8	91,0	107,8
35—39	1 051,3	1 099,9	95,6	106,0
40—44	1 125,9	1 119,9	102,3	107,9
45—49	1 200,5	1 181,3	109,1	113,8
50—54	1 414,4	1 293,5	128,6	124,6
55—59	1 705,6	1 363,6	155,0	131,4
60—64	2 071,8	1 438,6	188,3	138,6
65—69	1 524,8	1 250,8	138,6	120,5
ponad 70	1 174,5	1 247,4	106,8	120,2
Przeciętna . . .	1 100,2	1 007,9	100,0	100,0

Z porównania zestawień Nr. 3, 4 i 5 widzimy, że zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet wypadki zachorowań są w młodszym wieku częstsze, natomiast czas trwania jednej choroby jest krótszy w niższych grupach wieku.

Ogólnie widzimy następujący obraz: około ¼ wszystkich ubezpieczonych znajduje się w grupie wieku od 20 — 29 lat, a u kobiet nawet ¼. Roczniki te najczęściej korzystają z usług kas, przypada na nie ok. 30% zachorowań. Najrzadziej korzystają mężczyźni w grupie wieku od 40 — 49 lat, a kobiety od 50 do 59 lat. Najgorsze zatem ryzyko, licząc wg. długości choroby, przedstawiają ubezpieczeni w najwyższych grupach wieku. Na grupę od 55 — 64 lat, stanowiącą 8% ogółu ubezpieczonych, przypada 13% ogólnej liczby dni leczenia. *J.*

50 LAT USTAWOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY W NIEMCZECH.

Działalność ustawowego ubezpieczenia na wypadek choroby w Niemczech w okresie od r. 1885 do r. 1935 została ostatnio ujęta w cyfry statystyczne i ogłoszona przez Urząd statystyczny Rzeszy. Zestawienie to daje ciekawy obraz rozwoju tej gałęzi ubezpieczeń społecznych i jej dostosowywania się do warunków gospodarczych kraju.

Ilość podmiotów ubezpieczenia wynosiła w r. 1885 okrągło 17.700 i wzrastała stopniowo do r. 1909 osiągając w tym roku stan najwyższy 23.400. W r. 1912 t. zw. kasy pomocnicze zostały wyłączone. Ordynacja ubezpieczeniowa, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1914, usunęła znaczną ilość drobnych kas, w wyniku czego liczba kas chorych spadła w r. 1914 do 16.000. Podczas wojny i w czasie powojennym zmniejszano stopniowo ilość kas, tak, że w r. 1934 (poza 47 kasami zastępczemi) działało tylko 6.235 instytucyj wykonujących ustawowe ubezpieczenie na wypadek choroby.

Stan ubezpieczonych wynosił w r. 1885 4.7 miljonów, w r. 1934 18 miljonów. Od chwili wprowadzenia ubezpieczenia wzrósł do r. 1898 podwójnie, do r. 1910 potrójnie, do r. 1924 poczwórnie, do r. 1929 cztery i pół raza. Potem na skutek kryzysu liczba ubezpieczonych spadła do stanu z r. 1919; od r. 1934 rozpoczął się ponowny wzrost.

Na 100 mieszkańców przypadało w r. 1885 ubezpieczonych 10, w r. 1934 — 27.6 (uwzględniając kasy zastępcze — 30.4). Tak więc z biegiem lat ilość osób korzystających z ubezpieczenia wzrastała nie tylko w cyfrach bezwzględnych, ale również procentowo w stosunku do ogółu ludności.

Wzajemny stosunek ubezpieczonych mężczyzn i kobiet uległ silnym zmianom od wprowadzenia ubezpieczenia. W latach 1885 — 1918 udział kobiet wzrósł z 16.9% do 48.6%. W latach 1919 — 1924 spadł na 36%, wzrósł przejściowo w r. 1932 na 37.8%, spadając w r. 1934 na 35% — poniżej stanu z r. 1924.

Przeciętna wielkość kasy wzrastała stale. W r. 1885 liczyła przeciętnie jedna kasa 246 członków, w r. 1913 — 685, w r. 1914 po wejściu w życie ordynacji ubezpieczeniowej — 1662, w r. 1934 — 2.941 (wraz z kasami zastępczemi — 3.222). W ciągu 50 lat ilość członków w poszczególnych kasach wzrosła zatem w przecięciu dziesiękrotnie.

Częstotliwość wypadków choroby (w połączeniu z niezdolnością do pracy) zmieniała się z roku na rok do końca XIX wieku nieznacznie, nie wykazując zdecydowanej skłonności ani do wzrostu, ani do spadku. Dopiero od r. 1899 zostały cyfry z r. 1885 znacznie na stałe przekroczone. Od tego czasu do wojny światowej a szczególnie po dewaluacji do r. 1929 wzrastała znacznie częstotliwość zachorowań. W r. 1932 wypadki niezdolności do pracy zmniejszyły się wybitnie, osiągając cyfrę 31.4 na 100 ubezpieczonych (wraz z kasami zastępczemi tylko 30.4), co stanowiło najniższą dotychczasową przeciętną. Na skutek złych stosunków na rynku pracy chorzy zaczęli zgłaszać niezdolność do pracy jedynie w wypadkach ciężkich zachorowań. Pozatem zarządzenia ustawowe wyłączyły wiele drobniejszych rodzajów zachorowań z zakresu działalności kas. W latach 1933 — 1934 przeciętna ilość wypadków choroby nie była większą niż w pierwszych latach ubezpieczenia ustawowego.

W przeciwieństwie do częstotliwości zachorowań *przeciętna długość okresu niezdolności do pracy* wzrastała stale i znacznie. Czas trwania chorób połączonych z niezdolnością do pracy wynosił przeciętnie

w r. 1885 — 14.2 dni	w r. 1899 — 17.2 dni
w r. 1889 — 16.3 dni	w r. 1913 — 20.2 dni

Należy co prawda wziąć pod uwagę zarządzenia ustawowe z r. 1904. Okres pomocy leczniczej został wtedy przedłużo-

ny z 13 na 26 tygodni. Poza tem zasiłek chorobowy — w przeciwieństwie do lat uprzednich — nie mógł być odmawiany, jeżeli choroba była wynikiem płciowej rozwiązłości. Zarządzenia te wywarły niewątpliwie wpływ na wzrost przeciętny okresów niezdolności do pracy.

Inaczej przedstawiała się sprawa w okresie powojennym. Po dewaluacji do początków kryzysu (1924 — 1929) okres trwania choroby wynosił przeciętnie 24.6 dni, a więc wzrósł znacznie w porównaniu z czasami przedwojennemi. Stan ten — częstotliwość zachorowań i długotrwałość chorób — należy przypisać głównie niedoli wojennej i dewaluacji, które dotknęły przedewszystkiem szerokie rzesze ubezpieczonych i uczyniły je mniej odpornemi na choroby.

W latach 1930 — 1932 nastąpił — przy znacznem zmniejszeniu częstotliwości zachorowań — silny wzrost okresu trwania choroby (27.3, 28.7 i 29.2 dni). W latach 1933 i 1934 przeciętna okresu trwania choroby — przy zwiększonej częstotliwości — zmniejszyła się na 25.6 i 24.6 dni.

Stosunek *dni niezdolności do pracy* do ilości ubezpieczonych zależy od rozwoju częstotliwości i od długotrwałości choroby. Stosunek ten od początków ubezpieczenia okazuje poniższe zestawienie. Na 100 ubezpieczonych przypadało przeciętnie dni niezdolności do pracy:

w latach 1885 — 1889	571
„ 1890 — 1893	620.9
„ 1894 — 1898	618.1
„ 1899 — 1903	693.5
„ 1904 — 1906	781.3
„ 1907 — 1913	841.9
„ 1924 — 1929	1279.4
„ 1930 — 1932	1051.5
„ 1933 — 1934	902.1

Czasy przedwojenne wykazują stały, ale powolny wzrost ilości dni niezdolności do pracy, co pozostawało niewątpliwie w związku z wzrastającem uprzemysłowieniem Niemiec i z wzrostem ludności miejskiej. Lata 1924 — 1929 wykazują niewspółmiernie wysoki wzrost z przyczyny skutków wojny i dewaluacji. Przeciętna lat 1930 — 1932 może być uważana za normalną w porównaniu ze stanem przedwojennym. Wreszcie przeciętną z lat 1933 i 1934 należy uważać za pewne załamanie krzywej normalnego wzrostu.

Wydatki i dochody wzrastały o wiele silniej, niżby wynikało ze stosunku do wzrostu liczby ubezpieczonych i do liczby dni niezdolności do pracy. Przyjmując rok 1885 za 100 otrzymujemy następujące cyfry przeciętne.

Rok	stan ubezpieczonych	Dni choroby		Wydatki		Dochody	
		w sumie	na 100 ubezpieczonych	w sumie	na ubezpieczonego	w sumie	na ubezpieczonego
1899	209	234	112	298	143	277	133
1913	312	455	146	84	264	750	241
1924	389	733	189	1 615	415	1 600	412
1929	449	1 055	235	3 467	773	3 218	717
1934	387	569	147	1 970	509	1 721	445

Należy zaznaczyć, że w ciągu całego okresu poszczególne świadczenia były ustawowo lub dobrowolnie zwiększane, wprowadzano nowe świadczenia. Koszty świadczeń w naturze wzrastały, wzrastały również zarobki, a w ślad za nimi i zasiłki chorobowe.

Ilość kas, stan ubezpieczonych, chorzy niezdolni do pracy, dochody i wydatki kas chorych, wykonujących ubezpieczenie ustawowe

Pozycja	1885	1889	1894	1899	1904	1909	1914	1924	1929	1930	1934
Ilość kas	18 971	20 263	21 188	22 553	22 912	23 063	9 944	7 787	7 362	7 183	6 144
	w tysiącach										
Stan ubezpieczonych	4 671	6 557	7 757	9 742	11 418	13 404	16 526	18 165	20 956	20 344	18 071
Ilość wypadków niezdolności do pracy	1 957	2 212	2 719	3 771	4 643	5 561	6 278	8 064	12 410	8 653	6 436
Dni niezdolności do pracy	27 864	36 156	47 381	65 198	90 052	112 190	129 678	204 250	293 894	236 391	158 524
	w tysiącach marek										
Opieka lekarska łącznie z dentystyką	9 990	15 713	23 676	33 847	51 029	76 266	121 996	258 559	490 830	477 339	354 998
Lekarstwa i środki lecznicze	8 100	12 998	19 041	26 756	35 343	48 326	62 758	96 589	237 872	206 377	133 434
Opieka szpitalna	5 141	8 840	13 192	19 987	31 270	49 376	73 683	121 758	274 197	180 289	202 133
Zasiłki chorobowe	26 232	35 499	26 780	69 679	104 301	147 430	195 840	307 716	683 670	509 493	212 394
Inne świadczenia gotówkowe	299	540	796	1 407	2 689	4 734	8 510	13 549	39 410	36 061	13 523
Inne świadczenia w naturze	—	—	71	105	150	210	466	2 760	14 529	14 261	3 250
Opieka lecznicza łącznie	49 712	73 590	103 556	151 781	224 782	326 342	464 253	800 931	1 740508	1 523820	919 232
Opieka położnicza łącznie	661	918	1 781	1 447	4 209	6 112	12 608	38 778	87 550	95 260	87 371
Zasiłki pogrzebowe łącznie	2 386	3 102	3 927	5 243	6 549	8 385	11 135	11 222	24 125	20 532	9 485
Świadczenia łącznie	2 759	77 610	106 264	159 471	235 620	340 839	487 996	854 729	1 862191	1 649946	1 020902
Koszty administracyjne łącznie	3 648	5 230	6 904	9 318	14 301	20 694	49 473	67 636	130 188	138 660	108 099
Wydatki łącznie	57 927	84 606	118 439	172 864	256 968	371 365	548 069	735 383	2 008999	1 729624	1 141007
Składki łącznie	62 506	92 268	122 975	169 593	252 301	369 980	570 990	1 027059	2 058507	1 261255	1 071931
Dochody łącznie	65 551	97 271	130 183	181 474	269 763	392 636	645 458	1 048761	2 109216	194 958	1 128020

W ciągu lat stosunek wzajemny znaczenia poszczególnych świadczeń zmieniał się w ramach całości ubezpieczenia.

Na 100 marek całości wydatków przypadało:

	1885	1899	1914	1924	1929	1934
Opieka lecznicza . .						
Lekarze (z dentystyką)	17,2	19,6	22,4	27,6	24,5	31,1
Lekarstwa i środki lecznicze	14,0	15,5	11,5	10,3	11,8	11,7
Opieka szpitalna . .	8,9	11,6	13,4	13,0	13,6	17,7
Zasiłki chorobowe . .	45,3	40,3	35,7	32,9	34,0	18,6
Inne świadczenia gotówkowe	0,4	0,8	1,6	1,5	2,0	1,2
Inne świadczenia w naturze	—	—	0,1	0,3	0,7	0,3
Opieka leczn. łącznie.	85,8	87,8	84,7	85,6	86,6	80,6
Pomoc położnicza . .	1,2	1,4	2,3	4,2	4,4	7,7
Zasiłki pogrzebowe. .	4,1	3,1	2,0	1,2	1,2	0,8
Świadczenia łącznie .	91,1	92,3	89,9	91,4	92,7	89,5
Koszty administracyjne	6,3	5,4	3,0	7,2	6,5	3,5

W obrębie opieki leczniczej wzrosły szczególnie koszty lekarzy i koszty szpitalne. Natomiast zaznaczył się silny spadek zasiłków chorobowych oraz w mniejszym stopniu spadek kosztów lekarstw. Na pomoc położniczą łożono w r. 1885 1.2%, w r. 1934 — 7.7%, natomiast na zasiłki pogrzebowe w r. 1885 — 4.1%, w r. 1934 tylko 0.8%. Udział kosztów administracyjnych wzrósł z 6.3% całości wydatków do 9.5% w r. 1934.

Suma wydatków kas chorych, wykonujących ubezpieczenie chorobowe, wyniosła w r. 1885 — 57.9 miljonów marek, w r. 1914 — 548.1 milionów, dochodząc w r. 1929 do kwoty 2.008.5 miljonów. W r. 1934 wyniosły wydatki 1.141 miljonów.

Dochody musiały zostać dociągnięte do wzrostu wydatków. Sam wzrost oceny składek, wynikający ze wzrostu liczby ubezpieczonych i zarobków, nie wystarczał od początku. Skutkiem tego z biegiem lat podwyższano składki. Dopiero ostatnie lata (od r. 1930) w związku z nawrotem do racjonalnych podstaw w całem ubezpieczeniu chorobowem przyniosły obniżenie składek. Według przybliżonych obliczeń wyniosły przeciętne stawki składek (liczone w procencie zarobków podstawowych, bez składek dodatkowych i z pominięciem kas pomocniczych, górniczych kas chorych i kas zastępczego ubezpieczenia) w latach

1885	1.92	1924	6.00
1914	3.35	1929	6.43
		1934	5.10

Pod podwójnym wpływem ruchu zarobków i stawek składkowych wzrosły dochody liczone na głowę ubezpieczonego z 13.38 marek w r. 1885 na 98.23 marek w r. 1929. W r. 1934 wynosiły 59.32 marek na głowę.

Dochody łączne kas chorych, wykonujących ustawowe ubezpieczenie, wyniosły w r. 1885 65.6 miljonów marek, w r. 1914 wzrosły już prawie dziesięciokrotnie (645.5 miljonów). W r. 1929 osiągnęły stan najwyższy 2109.2 miljonów spadając w r. 1934 do kwoty 1.128 miljonów.

Kasy chorych istniejące już przed r. 1885 wniosły do ubezpieczenia ustawowego znaczne zasoby majątkowe, które z końcem r. 1885 stanowiły okrągło 32 miljonów marek względnie 6.55 m na ubezpieczonego. Lata następne aż do wybuchu wojny światowej zamykano stałemi nadwyżkami dochodów, tak że zasoby majątkowe ubezpieczenia chorobowego wciąż wzrastały.

Do końca r. 1894 majątek liczony na głowę ubezpieczonego wzrósł w porównaniu z r. 1885 prawie dwukrotnie (13.45 m), do r. 1914 prawie czterokrotnie (26.01 m). Najwyższy stan osiągnięto w r. 1930, majątek czysty wynosił wtedy 925.8 miljonów marek, względnie 45.51 m na głowę. Z końcem r. 1934 przypadało na ubezpieczonego 45.30 m (818.7 miljonów).

(Wirtschaft und Statistik Nr. 9, 1936).

WYNIKI FINANSOWE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W NIEMCZECH W LATACH 1933 — 1935.

Rok 1935 cechuje dalsza poprawa, o czem świadczy wzrost dochodów o 7,6% w porównaniu do roku ubiegłego. Wzrost dochodów wywołany został wzrostem przeciętnej sumy zarobków ubezpieczonych, a przedewszystkiem dalszym wzrostem liczby ubezpieczonych, jaki miał miejsce we wszystkich gałęziach ubezpieczeń społecznych.

Na ogólną liczbę 65 milj. ludności było ubezpieczonych w poszczególnych gałęziach ubezpieczeń:

	1933	1934	1935
	w miljonach		
W ubezpiecz. chorobowem .	18,5	19,9	20,8
„ wypadkowem .	21,4	23,5	25,0
„ inwalidzkiem .	17,3	17,3	17,3
„ prac. - umysłowych	3,7	3,8	4,1
Bractwa Górnicze	0,5	0,5	0,6

Odnośne dane dotyczące wyników finansowych za lata 1933 — 1935 przedstawia poniższe zestawienie:[1])

[1]) Dane za lata 1930 — 1932 zob. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" r. 1935 Nr. 9.

W miljonach R M

Tabl. 1-a

Wyszczególnienie	Rok	Dochody				Wydatki			Nadwyżka (+) Niedobór (—)	Majątek
		Ogółem	w tem			Ogółem	w tem			
			Składki	Dopłaty skarbowe	Odsetki i inne dochody		Świadczenia	Koszty admin.		
Ubezpieczenie chorobowe .	1933	1 165,4	1 129,1	—	56,3	1 180,9	1 039,9	127,9	+ 4,5	876,7
	1934	1 298,7	1 238,9	—	59,8	1 314,4	1 165,0	135,1	— 15,7	855,8
	1935	1 417,3	1 349,8	—	67,5	1 486,8	1 317,3	146,8	— 69,5	.
„ wypadkowe	1933	322,7	305,0	—	17,7	307,4	259,9	41,6	15,3	291,2
	1934	355,7	337,9	—	17,8	317,3	267,6	41,6	38,4	329,6
	1935	374,0	356,0	—	18,0	334,0	284,1	43,5	40,0	369,6
Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i starości . .	1933	1 140,8	678,7	396,2	65,9	1 178,3	1 121,4	53,8	— 37,5	1 229,1
	1934	1 405,0	896,7	443,7	64,6	1 219,8	1 158,6	58,6	+185,2	1 414,3
	1935	1 476,5	963,3	433,6	79,6	1 248,1	1 185,7	61,1	+228,4	1 645,0
Ubezpieczenie pracowników umysłowych . . .	1933	448,8	287,8	—	161,0	275,6	263,3	12,0	+173,2	2 249,3
	1934	495,9	317,0	—	178,9	301,3	288,1	12,7	+194,6	2 443,9
	1935	553,7	357,5	—	196,2	318,0	304,8	12,9	+235,7	2 679,6
Bractwa górnicze	1933	206,9	96,1	95,0	15,8	197,5	186,5	8,9	9,4	129,1
	1934	224,4	109,5	95,0	19,9	202,7	192,2	8,6	21,7	150,8
	1935	246,0	126,4	103,0	16,6	219,5	206,5	9,0	26,8	.
R a z e m . .	1933	3 304,6	2 496,7	491,2	316,7	3 139,7	2 871,0	244,2	164,9	4 775,4
	1934	3 779,7	2 900,0	538,7	341,0	3 355,5	2 071,5	256,6	424,2	5 194,4
	1935	4 067,8	3 153,0	536,9	377,9	3 606,4	3 298,4	273,3	461,4	.

Ogólna suma wydatków wzrosła w porównaniu do roku poprzedniego o 7,5%. Wzrost ten można obserwować we wszystkich gałęziach ubezpieczeń, najsilniejszy jednak w ubezpieczeniu chorobowem — 11,3%. W ubezpieczeniu chorobowem wzrost wydatków nastąpił głównie dzięki zwiększeniu liczby ubezpieczonych. Silny wzrost wydatków ma miejsce również w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Odsetek kosztów administracyjnych w porównaniu do ogółu wydatków nie uległ poważniejszym zmianom i stanowi dla wszystkich gałęzi ubezpieczeń ok. 7,6% ogólnej sumy wydatków.

Na uwagę zasługuje silny wzrost majątku, mianowicie z 4,8 miljrd. RM. na 5,2 miljrd. RM. Wzrost ten przypisać należy prawie w całości ubezpieczeniom pracowników umysłowych i ubezpieczeniu inwalidzkiemu. Pozostałe gałęzie wykazują nieznaczny wzrost majątku, co jest zresztą zrozumiałe ze względu na ich charakter.

Rozwój rent przedstawia poniższe zestawienie:

Liczba rent

w tysiącach — Tabl. 2-a

Rodzaj ubezpieczenia	Rok	Ogółem	Renty ubezpieczonych	Renty po ubezpieczonych (wdowie sieroce i t. p.)
Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i starości	1933	3 374	2 441	933
	1934	3 395	2 463	932
	1935	3 415	2 484	931
Ubezpieczenie pracowników umysłowych .	1933	333	207	126
	1934	363	225	138
	1935	389	238	151
Bractwa Górnicze . .	1933	350	240	110
	1934	355	243	112
	1935	399	272	127
Ubezp. wypadkowe. .	1933	636	460	176
	1934	641	464	177
	1935	.	.	.

J.

ORGANIZACJA SŁUŻBY LEKARSKIEJ W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY PRACOWNIKÓW PRZEMYSŁOWYCH WE WŁOSZECH.

Narodowa Federacja faszystowska kas wzajemnego ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników przemysłowych oraz narodowy Syndykat faszystowski lekarzy i sekcja lekarska narodowego Zrzeszenia faszystowskiego funkcjonarjuszów publicznych zawarły ostatnio umowę co do pomocy leczniczej dla osób, ubezpieczonych w przemysłowych kasach wzajemnego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Ubezpieczenie na wypadek choroby jest we Włoszech obowiązkowem w zasadzie tylko dla marynarzy, lotników i w nowych prowincjach. Dlatego też dekret z 6 maja 1928 r. o zbiorowych umowach pracy postanawia, że takie umowy nie mogą zostać zatwierdzone ani ogłoszone, o ile nie zawierają postanowień, dotyczących ochrony pracowników w wypadkach choroby. W konsekwencji stworzono kasy wzajemnego ubezpieczenia na podstawie umów zawartych między wielkiemi organizacjami robotników i pracodawców. Kasy te pozostają pod nadzorem ministerstwa korporacji i tworzą Federację narodową. Rządzą się statutami, wzorowanymi na statucie wzorcowym, ustalonym 6 marca 1930 r. umową, zawartą między Generalną Konfederacją faszystowską przemysłu włoskiego i narodową Konfederacją przemysłowych syndykatów faszystowskich.

W myśl postanowień statutu wzorcowego ubezpieczeni mają prawo na koszt kasy do pomocy lekarskiej, chirurgicznej, szpitalnej i farmaceutycznej. Statut wzorcowy stanowi, że opieka lekarska może być udzielana w ambulatorjach kasowych wzgl. bezpośrednio przez lekarzy, zaangażowanych przez kasy. Na podstawie powyższego ramowego postanowienia statutu wzorcowego zawarła obecnie narodowa Federacja z zainteresowanemi organizacjami lekarskiemi wspomnianą na wstępie umowę co do pomocy leczniczej.

Umowa przewiduje, że w miejscowościach, w których znajdują się ambulatorja, prowadzone przez prowincjonalne oddziały Federacji na rachunek poszczególnych kas, pomoc lekarska ma być udzielana w tych ambulatorjach. Tam, gdzie niema ambulatorjów, ubezpieczeni mogą zwracać się bezpośrednio do lekarzy. Służy im wtedy wolny wybór z pośród lekarzy, zrzeszonych w faszystowskim syndykacie lekarskim i wpisanych na listę lekarzy, którzy przyjęli i podpisali umowę. Po dokonaniu wyboru ubezpieczony nie ma prawa zwracać się podczas choroby do innego lekarza.

Tekst umowy został podany do wiadomości wszystkich lekarzy zrzeszonych w syndykacie lekarskim. Lekarz gotów do przyjęcia warunków umowy winien przesłać podpisaną kopję umowy do właściwego terytorjalnie oddziału prowincjonalnego narodowej Federacji kas. Lekarze, którzy do pewnego oznaczonego terminu nie nadeślą podpisanych kopij, dadzą tem samem wyraz swej odmowie, a koszty opieki lekarskiej, udzielonej przez nich ubezpieczonym nie będą honorowane przez kasy.

Lekarze, udzielający pomocy członkom kas, są obowiązani przy wykonywaniu swej funkcji przestrzegać sumiennie wszystkie zalecenia i instrukcje, udzielane przez prowincjonalne oddziały Federacji kas. Kontrola ich czynności należy do specjalnych komisyj tworzonych przy oddziałach prowincjonalnych. Komisje te działają pod przewodnictwem dyrektorów oddziałów, a w skład ich wchodzą szef służby lekarskiej oddziału i dwu lekarzy, wyznaczonych przez regjonalny syndykat lekarzy i przez sekcję lekarską narodowego Zrzeszenia funkcjonarjuszy publicznych. W wypadku stwierdzenia naruszenia instrukcji lekarz może zostać skreślonym z listy lekarzy zaangażowanych. Decyzja w tej mierze należy do komitetu wykonawczego Federacji. Decyzje są ostateczne i winny zostać podane do wiadomości regjonalnego syndykatu lekarskiego dla ewentualnego przeprowadzenia dochodzeń dyscyplinarnych.

Umowa zawiera również postanowienia co do honorarjów lekarskich. Przewiduje ustalenie taryfy za poszczególne czynności (pierwsza wizyta u chorego, wizyty następne, wizyty dalsze, zastrzyki i t. d.). Za czynności nieprzewidziane w taryfie będzie udzielane wynagrodzenie, obliczone proporcjonalnie do pozycyj taryfowych. Likwidacja należności będzie się odbywać na podstawie rachunków lekarzy. Z chwilą zawarcia umów regjonalnych w sprawie honorarjów kasy ustalą na podstawie doświadczenia z ubiegłych okresów administracyjnych i na podstawie przewidywań potrzeb następnych okresów, sumy potrzebne na koszty pomocy leczniczej. Jeżeli z końcem następnych okresów sumy rachunków lekarzy przekroczą wyznaczone kwoty, nastąpi stosunkowa redukcja należności. W wypadku przeciwnym honorarja będą zwiększone. Kasy mają pozatem możność udzielania comiesięcznych zaliczek na honorarja lekarskie.

(Informations sociales).

PROJEKT UBEZPIECZENIA OBOWIĄZKOWEGO NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA ORAZ UBEZPIECZENIA OBOWIĄZKOWEGO OD WYPADKÓW W CHINACH.

Z końcem r. 1929 rząd chiński wprowadził pierwsze elementy ubezpieczenia społecznego w ustawie fabrycznej. Postanowienia tej ustawy nakładają na pracodawców obowiązek udzielania kobietom ciężarnym 8-tygodniowego urlopu płatnego w okresie porodu, oraz ustalają zakres opieki leczniczej i granice świadczeń pieniężnych w przypadkach chorób i wypadków, spowodowanych pracą.

W r. 1935 wprowadzono w Chinach uproszczony system ubezpieczenia na życie na rzecz osób o niskich zarobkach. System ten zapewnia wypłatę kapitału od 50 do 500 dolarów chińskich w wypadku śmierci, lub po upływie określonego czasu (10 — 25 lat) od chwili podpisania polisy. Polisy są wystawiane bądź indywidualnie, bądź też dla grup osób bez uprzedniego badania lekarskiego. Jest to więc rodzaj ubezpieczenia ludowego zbliżony do systemów znanych w poszczególnych krajach europejskich. Bezpośrednią administrację tego ubezpieczenia prowadzi Pocztowa Kasa Depozytów i Oszczędności.

Powyższe zarządzenia ustawodawcze stanowiły środki przygotowawcze dla wprowadzenia systemu ubezpieczeń społecznych, opartego na przymusie i obejmującego szerokie rzesze pracownicze. Projekt systemu został ostatnio opracowany przez rząd chiński i przekazany specjalnej komisji do rozpatrzenia. Zasady projektu są następujące:

Ubezpieczenie ma dotyczyć wypadków przy pracy, chorób i macierzyństwa i obejmować wszystkich pracowników zatrudnionych w kopalniach i przedsiębiorstwach objętych ustawą o fabrykach. Pracownicy zatrudnieni czasowo, poniżej 1-go miesiąca, u tego samego pracodawcy, oraz pracownicy o zarobkach, przekraczających rocznie 1.200 dolarów chińskich mają być wyłączeni z pod obowiązku ubezpieczenia. Osoby, które stracą charakter obowiązkowo ubezpieczonych skutkiem powiększenia ich zarobków ponad kwotę 1.200 dolarów, będą mogły — o ile ubezpieczenie trwało przynajmniej 60 dni — kontynuować ubezpieczenie dobrowolnie.

W razie zajścia wypadku przy pracy, powodującego czasową niezdolność do pracy, projekt ustawy przewiduje oprócz opieki lekarskiej zasiłki w wysokości ¾ dziennego zarobku, należne od pierwszego dnia po wypadku. Nie jest zatem przewidziany okres wyczekiwania. Zasiłki mają być wypłacane aż do chwili odzyskania zdolności do pracy, najdłużej jednak przez rok.

Świadczenia należne w wypadkach trwałej niezdolności mają zależeć od charakteru niezdolności i od długości czasu pracy, poprzedzającej wypadek. *Częściowa* trwała niezdolność ma dawać prawo do odszkodowania, wahającego się w granicach zarobku od roku do dwu lat w zależności od okresu uprzedniej pracy. Ubezpieczony dotknięty trwałą niezdolnością *zawodową* ma uzyskać prawo do odszkodowania, wahającego się w granicach zarobku od dwu do trzech lat również w zależności od długości okresu pracy, poprzedzającej wypadek. Natomiast trwała niezdolność *ogólna* do pracy ma dawać prawo do renty dożywotniej w wysokości połowy ostatniego zarobku. W wypadku śmierci rodzina ubezpieczonego ma otrzymać zasiłek pogrzebowy w wysokości 50 dolarów chińskich oraz odszkodowanie w wysokości zarobku od 4 miesięcy do dwu lat.

Ubezpieczenie na wypadek choroby lub macierzyństwa ma zapewnić oprócz opieki lekarskiej i lekarstw pobór zasiłku w wysokości 60% zarobku dziennego. W wypadku choroby zasiłek należałby się od czwartego dnia choroby aż do wyzdrowienia, najdłużej jednak przez rok. Po upływie 6 miesięcy choroby wysokość zasiłku zmniejsza się do 40% zarobku dziennego.

W wypadku ciąży zasiłek przypadałby do wypłaty w ciągu ośmiu tygodni w okresie porodu.

Śmierć skutkiem choroby lub ciąży ma dawać pozostałym członkom rodziny prawo do zasiłku pogrzebowego w wysokości 5 dolarów chińskich oraz prawo do jednorazowej odprawy w wysokości zarobku od dwu miesięcy do roku, w zależności od długości czasu uprzedniej pracy.

Jako *zarobek podstawowy*, służący do obliczania ustawowych świadczeń, projekt ustawy przyjmuje zarobek przeciętny z trzech ostatnich miesięcy, poprzedzających chorobę wzgl. wypadek.

Świadczenia mogą być przyznawane na podstawie świadectw lekarskich, wydawanych przez szpitale wzgl. przez lekarzy, wskazanych przez rząd.

Na pokrycie kosztów ubezpieczenia mają służyć składki, płacone przez pracodawców i pracowników, oraz ewentualne dopłaty ze strony władz publicznych. Składka na ubezpieczenie od wypadków ma wynosić 5% zarobków, z czego na pracodawcę przypadałyby trzy piąte, a na pracownika dwie piąte.

Składka na ubezpieczenie chorobowe ma wynosić również 5% zarobków, płatne po połowie przez pracodawcę i pracownika. Składki przypadające od pracowników ma pracodawca potrącać przy wypłacie zarobków i odprowadzać wraz ze swojemi składkami.

(Informations sociales).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

Gospodarka Narodowa z 15 sierpnia r. b. zawiera w artykule p. t. „Powszechny system zaopatrzeń" ustalenie wytycznych projektowanego systemu, będące wynikiem wspólnego opracowania przez zespół współpracowników pisma. Zasadnicza myśl projektu wyraża się w postulacie utworzenia organów samorządowych, zarządzających sprawami systemu zaopatrzeń, zwłaszcza w dziedzinie świadczeniowej, oraz w dopuszczeniu do działania — obok powszechnego systemu zaopatrzeń — dodatkowych urządzeń przezorności o charakterze ubezpieczeniowym, wzgl. oszczędnościowo-kredytowym, opartych na dobrowolnem zrzeszeniu lub też na przymusie.

Powyższy artykuł był przedmiotem dyskusyjnego omówienia przez p. St. S. w **Kurjerze Porannym** z 20 sierpnia r. b.. Autor charakteryzuje zasadnicze cechy proponowanego przez Gospodarkę Narodową artykułu, jako ustalenie określonego minimum egzystencji, o bardzo nieznacznem zróżnicowaniu, wymierzanego wszystkim ludziom pracy w jednostkach siły nabywczej, a nie w jednostkach pieniężnych. Wydatki związane z powyższym systemem zaopatrzeń miałyby być pokrywane z funduszów państwowych, a nie z systemu składek, przy dopuszczeniu w minimalnym zakresie opłat pracowniczych i pracodawców. Celem systemu miałoby być umożliwienie powrotu do pracy i zapewnienie udziału w dochodzie społecznym na poziomie minimum egzystencji dla tych, którzy nie mogą powró-

cić do pracy. System mógłby być uzupełniany urządzeniami dodatkowymi o charakterze oszczędnościowym wzgl. ubezpieczeniowym.

Autor analizuje następnie stosunek proponowanego systemu do istniejącego stanu rzeczy. W obecnych naszych warunkach troska o osoby, nieposiadające niezbędnych środków utrzymania, wyraża się przedewszystkiem w systemie ubezpieczeń społecznych, następnie w opiece społecznej, unormowanej przepisami prawnymi, wreszcie w opiece, wyrażającej się w dobrowolnej humanitarnej działalności społeczeństwa. Te trzy rodzaje działalności społecznej różnią się między sobą doskonałością organizacji i planowości. Najwyższy typ organizacyjny — to ubezpieczenia społeczne. Tutaj zanika pierwiastek opieki, a dominuje samopomoc, wyrażająca się indywidualnym udziałem w powstaniu praw majątkowych, jakiemi są uprawnienia ubezpieczeniowe. Każdy ubezpieczony dostarcza ze swych funduszów w okresie aktywności gospodarczej składki ubezpieczeniowe, — opłacane również i przez pracodawcę. W chwili zajścia wypadku losowego i przy istnieniu innych warunków, przewidzianych normami prawnemi, instytucje ubezpieczeniowe stwierdzą istnienie uprawnień, realizowanych przez jednostkę. W zależności od okresu ubezpieczenia i od wielkości wkładów istnieje w ubezpieczeniach społecznych proporcja między ogólną wartością wkładów a wysokością uprawnień.

Otóż w stosunku do systemu ubezpieczeń społecznych koncepcja powszechnego systemu zaopatrzeń z dochodów państwowych usuwa pierwiastki indywidualne i grupowe, tkwiące w ubezpieczeniu społecznem i stanowi raczej kierunek udoskonalonej i lepiej zorganizowanej opieki społecznej. Urzeczywistnienie takiego systemu przekreśla w znacznej mierze zasadniczą potrzebę ubezpieczeń społecznych, niemniej należy się spodziewać, że pierwiastki tkwiące w ubezpieczeniach poszukałyby wtedy dróg urzeczywistnienia poza systemem zaopatrzeń. Przypuszczalnie z tymi psychiczno-gospodarczymi elementami liczyli się autorzy artykułu Gospodarki Narodowej, przewidując możliwość istnienia dodatkowych urządzeń przezorności o charakterze ubezpieczeniowym wzgl. oszczędnościowym.

Reformie ubezpieczeń społecznych, w innym kierunku niż zmierzają propozycje Gospodarki Narodowej, jest poświęcony artykuł **Kurjera Warszawskiego** z 12 sierpnia r. b. p. t. „Jak zreformować ubezpieczenia społeczne?". Artykuł ten określony jako „interesujący materjał do dyskusji" ustala przedewszystkiem hierarchję celów, realizowanych w ramach idei solidaryzmu społecznego, w sposób następujący: 1) zatrudnienie bezrobotnych, 2) emerytury dla pracowników niemających majątku, 3) odszkodowania, 4) nieszczęśliwe wypadki przy pracy, 4) pomoc leczniczą, 5) ewentualne inne cele. Dla realizacji tych celów winna zostać dyspozycja kapitałów ubezpieczeniowych ześrodkowaną w jednej instytucji, która w ten sposób mogłaby elastycznie przerzucać kapitały na realizację poszczególnych celów. Dla osiągnięcia tego rozwiązania należy znieść istniejące instytucje ubezpieczeń społecznych. a w ich miejsce utworzyć nową, pod nazwą Urzędu Społecznego, któraby posiadała tylko centralę bez zbędnych a kosztownych oddziałów. Majątek ruchomy i nieruchomy rozwiązanych instytucyj zostałby przejęty przez Skarb Państwa wraz z zobowiązaniami. Ustanowionoby podatek społeczny w miejsce składek, którego wpływy służyłyby na krycie potrzeb społecznych w kolejności hierarchicznej. Pewna suma, np. 50.000.000 zł. powinna być corocznie przeznaczana na walkę z epidemjami i na cele higjeny społecznej. Pozostałe po instytucjach ubezpieczeniowych szpitale, ambulatorja i apteki przeszłyby do samorządu terytorjalnego, któryby rozszerzył ramy pieczy nad zdrowiem ludności.

Urząd społeczny byłby powołany do realizacji powyższych celów za pośrednictwem dotacyj, któreby zasilały fundusze: 1) pracy, 2) emerytur, 3) odszkodowań za nieszczęśliwe wypadki, 4) lecznictwa, 5) dotacyj.

W zakończeniu autor artykułu stwierdza, że wobec ogromu zagadnień rozwinął tylko najważniejsze sprawy, które nasuwają się w ramach coraz bardziej odczuwanej potrzeby reformy ubezpieczeń społecznych.

Rodzące się przemiany gospodarczo-społeczne i zjawiska związane z okresem silnego światowego kryzysu gospodarczego stanowią dogodne tło do tworzenia rozmaitych koncepcyj w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, jak przytoczony wyżej artykuł „Kurjera Warszawskiego". Niezależnie jednak od tych często ściśle konjunkturalnych koncepcyj, dziedzina ubezpieczeń społecznych stanowi pole do teoretycznych rozważań i opracowywania rozwiązań, podjętych z myślą sięgającą daleko w przyszłość. Do tego rodzaju prac należy ostatnio wydana książka prof. Krzeczkowskiego „Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych". Omówieniu jej poświęcony jest artykuł dyr. St. Sasorskiego, ogłoszony w nr. nr. **Narodu i Państwa** z 3 i 16 sierpnia r. b. p. t. „Ubezpieczenia społeczne w okresie przemian gospodarczo-społecznych". Autor wskazuje na przeciwstawność idei prof. Krzeczkowskiego, polegającej na sprowadzeniu ubezpieczeń do jednego ryzyka i wynikającej stąd jedności organizacyjnej — stanowisku innych teoretyków ubezpieczeniowych, którzy uznali myśl taką za przedwczesną i skłaniają się ku zasadzie koordynacji poszczególnych rodzajów ubezpieczeń społecznych. Jednakże prof. Krzeczkowski przyznaje, że koncepcja jego stanowi raczej wytyczną rozwojową na przyszłość, a nie konkretny projekt na chwilę obecną.

Ostatnio zrealizowane w Polsce rozwiązanie przyjmuje odrębność ryzyk ubezpieczeniowych i administracyjne powiązanie czynności. Forma ta nie jest doskonałą i może sprzyjać rozwojowi biurokratyzmu, przypuszczać zatem należy, że nastąpią zmiany. Otóż jedną z form zmiany jest niewątpliwie koncepcja prof. Krzeczkowskiego. Zarysowuje się ona na razie ogólnikowo i nie mogłaby wobec tego zdaniem autora służyć za podstawę konkretnych prac. Zawiera jednak jedną zasadniczą ważną myśl, iż poszczególne rodzaje ubezpieczeń nie mogą być traktowane jako niezależne i w sobie zamknięte, lecz wyrastają z potrzeby ochrony położenia człowieka pracy i jego rodziny, winny więc łączyć się na podstawie idei jedności.

W zakresie finansowo-majątkowym i lecznictwa prof. Krzeczkowski podkreśla celowość porozumienia instytucyj ubezpieczeń społecznych ze związkami komunalnymi i uważa za najbardziej celowe lokowanie rezerw w tanich mieszkaniach, dostępnych szerokim warstwom ludności, a dalej w budowie urządzeń użyteczności publicznej, jak wodociągi, kanalizacje i t. p., wreszcie w kredytach dla przedsiębiorstw podtrzymujących w okresach kryzysu stan zatrudnienia.

Dyr. Sasorski wskazuje, że operowanie rezerwami ubezpieczeniowemi powinno mieć na oku przedewszystkiem zabezpieczenie przyszłych zobowiązań świadczeniowych. Jeśli zaś chodzi o sformowanie stałego kierunku lokacyjnego, to swoboda działania jest ostatnio ograniczona pod wpływem bieżących potrzeb gospodarczo-skarbowych. W zakończeniu swych wywodów autor wskazuje, że opinja polska, która długi czas formowała się pod wpływem psychiki ziemiańskiej, nie docenia jeszcze w pełni problemów społecznych i wagi idei przezorności społecznej. Tymczasem dokonywują się wokół nas społeczne przemiany, które powinniśmy zrozumieć. Praca prof. Krzeczkowskiego ożywia pierwiastki społeczne i wzmacnia świadomość społeczną. W tem leży jej pozytywne znaczenie.

Artykuł d-ra M. Dehnela „O wadach i niepopularności ubezpieczenia na wypadek choroby", zamieszczony w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" był w ciągu sierpnia, podobnie jak uprzednio w lipcu, przedmiotem omówień w prasie codzien-

nej. **Depesza** z 13 sierpnia r. b., **Echo społeczne** z 15 sierpnia, i **Wiek Nowy** z 8 sierpnia streściły obszernie artykuł d-ra Dehnela, zwracając specjalnie uwagę na zawartą w nim krytykę kwalifikacyj dyrektorów ubezpieczalni społecznych i niewłaściwego doboru personelu lekarskiego.

Podobne zainteresowanie obudził artykuł d-ra Bujalskiego, zamieszczony w czasopiśmie „Lekarz Polski" na temat wpływu ubezpieczenia na wypadek choroby na zdrowotność publiczną. Poza wspomnianymi w uprzednim przeglądzie prasy codziennej artykułami **Dziennika Polskiego** i **Nowego Kurjera** zamieścił **Ruch pracowniczy** z 1 sierpnia obszerne streszczenie pracy dra Bujalskiego.

Sprawie lecznictwa zapobiegawczego jest poświęcony artykuł **Frontu Robotniczego** z 26 lipca r. b. p. t. „Lecznictwo zapobiegawcze ubezpieczeń społecznych". Artykuł omawia akcję leczniczą instytucyj ubezpieczeń społecznych w roku bieżącym, podkreślając rozbudowę jej przez zwiększenie ilości dni leczenia w sanatorjach przeciwgruźliczych o 40.000, i wzmożoną akcję profilaktyczną wśród dzieci; w ramach tej akcji preliminowano na cele kolonijno-lecznicze zł. 1,238,000, zaś na dożywianie dzieci zł. 259.000.

Wielką wagę ubezpieczenia na wypadek choroby w odniesieniu do bezrobotnych, zatrudnianych na robotach publicznych, omawia p. T. B. w **Gazecie Polskiej** z 15 sierpnia w artykule p. t. „Bezrobocie a ubezpieczenie chorobowe". Autor wskazuje na okoliczność że ilość wizyt u lekarzy i wydawanych leków w ubezpieczalniach społecznych wzrosła znacznie w ostatnich miesiącach. Należy to zjawisko przypisać w znacznej mierze tej okoliczności, że uruchomione roboty publiczne wprowadziły do ubezpieczenia znaczne rzesze bezrobotnych, którzy wraz ze swymi rodzinami byli pozbawieni przez długi okres bezrobocia opieki lekarskiej. Przychodzą oni obecnie leczyć rozmaite, zastarzałe często choroby i dolegliwości. Ubezpieczenie chorobowe, jakkolwiek odległe jeszcze od doskonałości, spełnia na tym odcinku bardzo ważne zadanie społeczne, co uzasadnia w pełni znaczenie tego ubezpieczenia dla zdrowotności publicznej.

Jutro Pracy z 2 sierpnia omawia liczne przykłady fałszywych informacyj prasowych o działalności ubezpieczeń społecznych i stwierdza, że pewna część prasy posługuje się świadomie takim „materjałem" informacyjnym w walce z ubezpieczeniami społecznemi. Taka akcja prowadzi jedynie do dezorjentacji opinji publicznej i nie ma nic wspólnego z uczciwą krytyką.

Ruch Pracowniczy z 15 sierpnia w artykule p. t. „O interwencję Związków pracowniczych" omawia liczne wypadki niezgłaszania pracowników przez pracodawców do ubezpieczenia. Pracownicy z obawy nie upominają się często o swe prawa, powinny więc tu wkroczyć organizacje pracownicze. Mogą one wywrzeć skuteczną presję na pracodawców i przyczyniać się w ten sposób do zapobieżenia narastaniu zaległości.

Praca (Poznań) z 3 sierpnia poświęca artykuł p. t. „Robotnicy rolni — brońcie swych praw!" uchwałom walnego zgromadzenia Wielkopolskiego Towarzystwa Kółek Rolniczych. W uchwałach tych domagano się 1) skasowania przymusu ubezpieczenia od wypadków przy pracy w gospodarstwach rolnych, 2) rozszerzenia ubezpieczenia inwalidzkiego na teren całego państwa przy zwiększeniu udziału robotników rolnych w składkach do wysokości ⅔. Artykuł Pracy omawia niski poziom lecznictwa, do jakiego są zobowiązani pracownicy rolni w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznem, i odpiera zakusy na skasowanie ubezpieczenia od wypadków w rolnictwie. Omawia zaległości pracodawców wobec Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, określając ten stan jako kradzież, wobec równoczesnego potrącania robotnikom rolnym przypadającej na nich części składek z zarobków. Uważa żądanie zwiększenia części składki przypadającej na pracowników za bezwstydne żądanie i stwierdza, że pracownicy rolni muszą mocniej niż dotąd stanąć w obronie swych i tak skromnych praw, stanowiących jedyne źródło utrzymania w kalectwie i starości.

Kurjer Łódzki z 3 sierpnia w artykule p. t. „Rak społeczny" omawia kwestję ubezpieczenia dorywczo zatrudnianych, występując przeciwko dążeniom ubezpieczalni społecznych do wciągnięcia takich osób do ubezpieczenia. Cytuje przytem z gruntu fałszywy przykład najęcia na dworcu człowieka do przeniesienia walizek. Przykład ten jest fałszywym dlatego, że przez najęcie tragarza nie powstaje stosunek pracy uzasadniający obowiązek ubezpieczenia, lecz krótkotrwały stosunek najmu usług.

Prace, prowadzone w Min. Op. Społ. nad projektem uregulowania sprawy sądownictwa ubezpieczeniowego, spowodowały złożenie w Ministerstwie memorjału przez Unję Związków Zawodowych pracowników umysłowych. Tekst memorjału został przytoczony przez **Ruch Pracowniczy** z 15 sierpnia. Memorjał wskazuje na konieczność zorganizowania sądownictwa ubezpieczeniowego w dwu instancjach dla umożliwienia szybkości wymiaru sprawiedliwości i uproszczenia pracedury. Wypowiada się za organizacją sądownictwa o charakterze polubownym, w kompletach, kierowanych przez sędziów zawodowych, i złożonych z dwu ławników, reprezentujących pracodawców i pracowników.

Kurjer Poranny z 13 sierpnia omawia obowiązujące od 12 maja r. b. przepisy z zakresu ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych. Instytucje publiczno-prawne są obowiązane obecnie przy tworzeniu zastępczych systemów emerytalnych obejmować nimi wszystkich swych pracowników. Tego nie było dotychczas i w wyniku tego stanu samorządy częstokroć przerzucały gorsze ryzyka, zwłaszcza w odniesieniu do pracowników starszych, na instytucje ubezpieczeniowe. Ta praktyka została obecnie uniemożliwiona, co stanowi poważne uporządkowanie stanu prawnego i udogodnienie dla pracowników.

Łączącej się z powyższym nowym stanem przepisów ustawowych sprawie ubezpieczenia emerytalnego pracowników samorządowych poświęca uwagi **Czas** w numerze z 22 sierpnia, wskazując na to, że samorządy przy opracowywaniu statutów emerytalnych powinny mieć swobodę w kierunku wzorowania zasad statutów bądź na przepisach ustawy emerytalnej państwowej, bądź też na przepisach powszechnego ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych.

Ruch Pracowniczy z 15 sierpnia zamieścił artykuł p. t. „Na drodze do zniszczenia ubezpieczeń społecznych, poświęcony okresowej obniżce składek ubezpieczeniowych. Artykuł stwierdza, że obniżka ta nawet dla laika musi być niezrozumiała wobec tego, że ubezpieczenie pracowników umysłowych nie jest zrównoważone finansowo. Obniżka zatem prowadzi do dalszego deficytu, który może grozić załamaniem systemu, ponieważ nie będzie można z kwot składkowych odkładać żadnych sum na rezerwy kapitałowe. Artykuł wskazuje na stan tego ubezpieczenia w Niemczech, gdzie mimo odkładania rezerw projektowane jest podwyższenie składki.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ

SOZIALE PRAXIS, tygodnik, Berlin.

Zeszyt 21 z 23 maja 1936.

Beschäftigung und Arbeitslosigkeit im Winter 1935/36 (Zatrudnienie i bezrobocie w zimie 1935/36).

Zeszyt 23 z 6 czerwca 1936.

Die Ubernahme weiterer Personengruppen in die Betreuung der Krankenkassen (objęcie dalszych grup osobowych opieką kas chorych).

Zeszyt 24 z 13 czerwca 1936.

Kassenärzte und Reichsärzteordnung (lekarze kasowi i ordynacja lekarska Rzeszy). Zeszyt 25 z 19 czerwca 1936.

Dr. B. Josephy, Arbeitsbeschaffungspolitik in Schweden (Polityka zatrudnienia w Szwecji).

Zeszyt 30 z 24 lipca 1936.

Neuregelunf der Beziehungen zwische den Trägern der Kranken — und der Unfallversicherung (Nowe unormowanie stosunków między instytucjami ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego).

ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMTE VERSICHERUNGS-WISSENSCHAFT, kwartalnik, Berlin, lipiec 1936.

Dr. Diedrich Bischoff. Wirschaft und Weltanschanung (Gospodarka i światopogląd).

VERSICHERUNG UND VOLSKWOHLFART, miesięcznik, Praga.

Zeszyt 7 z lipca 1936.

Die Krankenversicherung in Europa und ihre Leistungen (Ubezpieczenie chorobowe w Europie i jego świadczenia).

10 Jahre Invaliditäts — und Altersversicherung (10 lat ubezpieczenia inwalidzkiego i na starość).

Zeszyt 8 z sierpnia 1936.

Die Stellung des Versicherungsträgers im Instanzenzuge (Stanowisko podmiotu ubezpieczenia w toku instancji).

Vereinfachung des Verfahrens in der Sozialversicherung im Deutschen Reich (uproszczenie postępowania w ubezpieczeniu społecznem w Niemczech).

SVĚPOMOC, dwutygodnik, Praga.

Zeszyt z 15 czerwca 1936.

Dr. Ant. Zelenka. Merzitstáni umluvy o invalidnim pojisteni. (Międzynarodowe umowy z zakresu ubezpieczenia inwalidzkiego). Zeszyt z 1 lipca 1936.

Dr. Jiri Pleskot, 10 let sociálniho pojisteni. (10 lat ubezpieczenia społecznego). Zeszyt z 15 lipca 1936.

Josef Jindrich. Pojem pojistného pripadu v sociálnim pojistni. (Pojęcie wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu społecznem). Zeszyt z 1 sierpnia 1936.

Josef Bubnik, Urasové pojisténi na Slovensku v roce 1934. (Ubezpieczenie wypadkowe na Słowaczyźnie w r. 1934).

DIE REICHSVERSICHERUNG, miesięcznik, Berlin.

Zeszyt 4 z r. 1936.

Dr. Lauterbach, Die vierzehnte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (14-te rozporządzenie do ustawy o rozbudowie ubezpieczenia społecznego).

Zeszyt 5 z r. 1936.

H.Petri, Ausbildung und Prüfung von Krankenkassenangestellten. (Kształcenie i egzaminowanie pracowników kas chorych).

REICHSARBEITSBLATT, dekada, Berlin.

Zeszyt 17 z 15 czerwca 1936.

Unfälle durch Einleiten von Saaerstoff in abgeschlossene Räume. (Wypadki wynikające z przedostawania się tlenu do zamkniętych ubikacyj).

Du Bois, Grundzüge des Arbeitsschutzes gegen Gefährdung durch Röntgenstrahlen. (Zasady ochrony pracy przeciw promieniom Rentgena).

Zeszyt 18 z 25 czerwca 1936.

Dr. Heller, Die französische Sozialversicherung nach den Gesetzen vom 28/30 October 1935. (Francuskie ubezpieczenia społeczne w świetle ustaw z 28 i 30 października 1935).

Verordnung über die Regelung der Beziehungenzwirschen den Trägern der Krankenversicherung und der Unfallversicherung. (Rozporządzenie o unormowaniu stosunków między instytucjami ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego).

Dr. Hans Engel, Neues aus der Reichswersicherung. (Nowe szczegóły z dziedziny ubezpieczenia społecznego).

Zeszyt 19 z 5 lipca 1936.

Dr. Heller, Die französische Sozialversicherung. (Francuskie ubezpieczenia społeczne, dokończenie).

Zeszyt 21 z 25 lipca 1936.

Dr. inż. Hans Sauerteig, Unfallsichere Arbeitskleidung im Sinne der neuen Unfallverhütungsvorschriften. (Ochronne ubranie robocze w świetle nowych przepisów o zapobieganiu wypadkom).

INFORMATIONS SOCIALES, tygodnik. Genewa.

Tom LVIII, zeszyt 13 z 29 czerwca 1936.

Fédération nationale des institutions d'assurance sociale en Autriche (Narodowa federacja instytucyj ubezpieczeń społecznych w Austrji).

Les assurances sociales en Italie (Ubezpieczenia społeczne we Włoszech).

La réparation des accidents du travail en Palestine (Odszkodowanie za wypadki przy pracy w Palestynie).

L'évolution des assurances sociales en Uruguay (Rozwój ubezpieczeń społecznych w Urugwaju).

Tom LIX, zeszyt 3 z 20 lipca 1936.

La réparation des accidents du travail en Allemagne (Ubezpieczenie od wypadków w Niemczech).

Tom LIX, zeszyt 6 z 17 sierpnia 1936.

Réforme de l'assurance-pension des ouvriers mineurs en Tchécoslovaquie (Reforma górniczego ubezpieczenia pensyjnego w Czechosłowacji).

RIVISTA LE ASSICURASIONI SOCIALI, Rzym.

Dodatek marzec — kwiecień 1936.

Géza Pap. Entwricklung der Sozialversicherung in Ungaru 1932 — 1935 (Rozwój ubezpieczeń społecznych na Węgrzech w latach 1932 — 1935).

Aldo Buffa. La prévoyance muturaliste pour les maladies dans l'agriculture en Italie (Ubezpieczenia wzajemne na wypadek choroby rolników we Włoszech).

Giovanni l'Eltore. Statistique et medecine (Statystyka i medycyna).

CHRONIQUE DE LA SÉCURITÉ INDUSTRIELLE, Genewa.

Tom XII, nr. 2, marzec — kwiecień 1936.

Rapport de l'inspecteur en chef du travail en Pologne 1933 (Sprawozdanie polskiego naczelnego inspektora pracy za rok 1933).

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

za czas od dnia 26 lipca — 24 sierpnia 1936 r.

1. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 lipca 1936 r. o zmianie rozporządzenia z dnia 27 grudnia 1933 r. w sprawie ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego* (Dz. U. R. P. Nr. 59, poz. 435).

Treść rozporządzenia została podana w kronice krajowej.

2. *Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 29 lipca 1936 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości o zmianie rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12 maja 1930 r., wydanego w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, w sprawie diet i zwrotu kosztów podróży dla członków sądów rozjemczych dla Zakładu Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie* (Dz. U. R. P. Nr. 59, poz. 437).

Rozporządzenie obniża wysokość diet z 30 zł. na 20 zł.

3. *Rozporządzenie Ministra Skarbu i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 31 lipca 1936 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu o zmianie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 marca 1935 r. w sprawie organizacji i trybu postępowania Centralnej Komisji Oszczędnościowo - Oddłużeniowej dla Samorządu* (Dz. U. R. P. Nr. 63, poz. 460).

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W WARSZAWIE

podaje do wiadomości, iż niżej wymienione osoby zagubiły legitymacje ubezpieczeniowe wydane im przez Ubezpieczalnię Społeczną:

ubezp.	Kalinowski Zygmunt	Nr. leg.	2452002	ubezp.	Szymański Jan	Nr. leg.	2322263
„	Zdanowski Kazimierz	„ „	—	„	Wojtasik Jan	„ „	—
„	Rudska Bronisława	„ „	—	„	Krupińska Zofja	„ „	2248301
„	Drutowska Tekla Franciszka	„ „	1059203	„	Sergiejczyk Lidja	„ „	230634
„	Tamulewicz Piotr	„ „	1100539	„	Ostrowska Janina	„ „	1058267
„	Radziszkański Abram	„ „	—	„	Hermelin Ludwika	„ „	1038705
„	Kuzbyt Marja	„ „	145247	„	Szmerner Henryka	„ „	118192
„	Kornacka Haja Sura	„ „	—	„	Kulik Juljan	„ „	2556104
„	Obstbosum Estera	„ „	—	„	Błaszkiewicz Henryk	„ „	2416310
„	Jagliński Franciszek	„ „	2593059	„	Smal Józef	„ „	—
„	Iwański Tadeusz	„ „	2336697	„	Osiński Aleksander Henryk	„ „	—
„	Popkowska Marja	„ „	1051976	„	Wajnsztein Abram	„ „	2313401
„	Lichsak Chaim	„ „	—	„	Zdziarski Stanisław	„ „	1086110
„	Piszcz Jakób	„ „	2562166	„	Ostrowski Jan	„ „	—
„	Wojciechowski Kazimierz	„ „	—	„	Zych Stanisława	„ „	2204870
„	Krawczakówna Henryka	„ „	2496931	„	Tajtelbaum Estera	„ „	1066498
„	Parzydło Franciszek	„ „	—				

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. 5-49-20 - wew. 175.
Konto P. K. O. Warszawa Nr. 23-429.

Redakcja: Józef Zieliński. **Redaktor odpowiedzialny: Jan Laudyn**

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE.

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

Została zagubiona legitymacja Nr. 4495192, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Ostrowcu na nazwisko JANIEC ROMANA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1605726, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko PRUSKIEGO TADEUSZA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 3182935, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Włocławku na nazwisko KONIECZNEJ HELENY. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 6740482, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko SAMOLCZYKA JANA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1268090, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Pabjanicach na nazwisko SEREDNICKIEJ ZOFJI. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymcaja Nr. 1620561, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko WITCZAK WANDY. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 3995254, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Pabjanicach na nazwisko GĄSIOROWSKIEJ MARJANNY. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 6710591, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko GRACZYK MARJI. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 4250628, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Częstochowie na nazwisko KOŚCIELNIAKA WAWRZYŃCA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1611967, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko MALISZEWSKIEJ MARJI. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1483925, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Brześciu na nazwisko NAJMANA SZLOMY. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 7553960, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Chrzanowie na nazwisko MARCELIŃSKIEGO WŁADYSŁAWA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1607443, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko MIŚKIEWICZA STANISŁAWA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 1899224, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Złoczowie na nazwisko CHACHLI JANA. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 6695609, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Poznaniu na nazwisko NOWACZYK MARTY. Legitymację tę unieważnia się.

Została zagubiona legitymacja Nr. 9164763, wystawiona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Złoczowie na nazwisko KWASA JANA. Legitymację tę unieważnia się.

BIBLJOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

Nakładem „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" ukazały się dotychczas następujące odbitki artykułów:

Nr. 13. Rozstrzyganie sporów w zakresie Ubezpieczeń Społecznych — **Eugenjusz Sisslé** . . „ —.50

Nr. 14. O składce za ubezpieczenia wypadkowe i pracach techniczno-ubezpieczeniowych nad jej ustaleniem. — **Zbigniew Łomnicki** . . Zł. —.50

Nr. 15. Konsekwencje systemu jednolitej składki w społecznem ubezpieczeniu chorobowem.— **Dr. Jan Bogusław Kon** . . . . . „ 1.—

Nr. 16. Wyjaśnienie do schematu ubezpieczeń społecznych scalonych (projekt indywidualny). — **Dr. H. Wilczyński** . . . . . „ —.50

Nr. 17. O chorobach zawodowych **Dr. Bronisław Handelsman** . . . . . „ 1.—

Nr. 18. Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia Społeczne. — **Eugenjusz Sisslé** . . . „ 1.—

Nr. 19 Prawotwórcza rola trybunału dla spraw ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — **Dr. Juljan Hubert** . . . . . „ 2.—

Nr. 20. Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — **Gustaw Simon** . . . „ —.50

Nr. 21. Podstawowe zagadnienia organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce (referat wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców Ubezpieczeń Społecznych w Budapeszcie w dniach 16—21 maja 1935 r.). — **Stanisław Sasorski** . . . . „ 1.—

Nr. 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — **Dr. Marceli Staroniewicz** . . . . „ 1.—

Nr. 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju konjunkturalnym. — **Bolesław Wścieklica** . „ —.50

Nr. 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — **Stanisław Sasorski** . . „ —.50

Nr. 25 Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych.—**Mgr. Kazimierz Teisseyre** . . . . . „ 1.—

Nr. 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — **Inż. Andrzej Mazurkiewicz** . . . . . „ —.50

Poszczególne tomiki Bibljoteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" są do nabycia w Administracji: Warszawa, ul. Czerniakowska Nr. 231. — ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Nr. 10 PAŹDZIERNIK 1936

SPIS RZECZY.

† Ś. p. Dr. Marjan Dehnel 705

Artykuły:

STANISŁAW SASORSKI: Międzypaństwowe związki w zakresie ubezpieczeń społecznych . 705
JERZY WENGIEROW: Odpowiedzialność pracodawcy za szkodę wyrządzoną pracownikowi w zakresie ubezpieczenia 713
WACŁAW SZUBERT: Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia w Anglii (Ewolucja i problemy) 719
BOLESŁAW MACHCZYŃSKI: Zagadnienie bezrobocia młodych pracowników umysłowych 723

Zagadnienia organizacyjne:

ALEKSANDER ŚWICA: Podział terytorialny ubezpieczalni społecznych 728

Orzecznictwo i opinie prawne 730

Materjały:

Dr. H. GRENIEWSKI: Zagadnienia zasadnicze ubezpieczeń społecznych 738
ST. S.: Drugi międzynarodowy kongres rzeczoznawców ubezpieczeń społecznych w Dreźnie . 741
W. MAMROTOWA: Łódzkie kasy emerytalne 747

Kronika krajowa:

Plan ubezpieczeniowo-techniczny Kasy Brackiej Zagłębia Dąbrowskiego 749

Statystyka 750

Kronika zagraniczna 763

Książki i czasopisma 768

Przegląd ustawodawstwa 774

Udręką lekarza
i pacjenta
jest przewlekłe
zaparcie

CZY PAN DOKTÓR
STOSOWAŁ JUŻ
„HOMOL"
(L. REJ. 1744) ?

„HOMOL" (paraff. liquid. speciale) jest bezbarwny, mineralny olej leczniczy, bez dodatku jakichkolwiek chemicznych czy też roślinnych środków przeczyszczających.

„HOMOL" działa mechanicznie, ułatwiając przesuwanie się mas kałowych w jelicie.

„HOMOL" jest znoszony przez każdego chorego bez względu na wiek.

„HOMOL" jest preparatem wyrabianym z surowca krajowego.

„HOMOL" znajduje się w sprzedaży w oryginalnym opakowaniu po 250 i 500 cm^3.

SOMMAIRE.

Nécrologie: † Dr. Marian Dehnel. . . . 705

Articles:

Stanisław Sasorski: Les relations internationales en matière des assurances sociales 705

Jerzy Wengierow: La responsabilité du patron pour les pertes occasionées aux ouvriers à titre des assurances sociales 713

Wacław Szubert: Assurance chômage en Grande-Bretagne 719

Bolesław Machczyński: Le chômage des jeunes employés 723

Questions d'organisation:

Aleksander Świca: La compétence territoriale des institutions d'assurances . . 728

Jurisprudence et intérprétation 730

Notices:

Dr. H. Greniewski: Les problèmes généraux des assurances sociales . . . 738

St. S.: Le deuxième congrés international des experts d'assurances sociales à Dresden 741

W. Mamrotowa: Les caisses de retraites à Łódź 747

Chronique nationale:

Le plan actuariel de la caisse de retraites des mineurs dans le bassin de Dąbrowa . . 749

Statistique 750

Chronique internationale 763

Littérature 768

Législation 774

INHALT.

Aus der Sterbetafel: † Dr. Marian Dehnel 705

Aufsätze:

Stanisław Sasorski: Zwischenstaatliche Zusammenhänge auf dem Gebiete der Sozialversicherung 705

Jerzy Wengierow: Die Verantwortung des Arbeitgebers für die Beeinträchtigung der Rechte der Arbeitnehmer gegenüber der Sozialversicherung . . . 713

Wacław Szubert: Die Arbeitslosenversicherung in Grossbritanien 719

Bolesław Machczyński: Zur Frage der Arbeitslosigkeit der jungen Angestellte . 723

Organisationsfragen:

Aleksander Świca: Teritorialer Wirkungskreis der Versicherungsanstalten . . 728

Rechtsprechung und Auslegung 730

Notizen:

Dr. H. Greniewski: Grundprobleme der Sozialversicherung 738

St. S.: II-internationaler Kongress der Versicherungsfachleute in Dresden . . 741

W. Mamrotowa: Pensionskassen in Łódź 747

Inlandschronik:

Der Versicherungsmathematische Plan der Knappschaftspensionskasse in Dąbrowarevier . . 749

Statistische Nachrichten 750

Auslandschronik 763

Bücher und Schriften 768

Gesetzgebung 774