

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH



*Wraz z rozwojem gospodarki narodowej wzrasta
liczba osób objętych ubezpieczeniem rodzinnym
(symbol = 400.000 osób)*

O sześćoletni plan ubezpieczeń

Problemy organizacyjne lecznictwa pracowniczego — K. G.

Zagadnienie fikcyjnej niezdolności do pracy — mgr. T. Gleixner.

WYKŁADNIA I PRAKTYKA.

Świadczenia pieniężne w lecznictwie pracowniczym — W. N.

Zmiana decyzji w sprawie zakresu lub rodzaju ubezpieczenia — mgr. J. Wasylecki.

Tryb odwołań po reorganizacji ubezpieczeń — St. Garlicki.

Wypłata rent — mgr. F. Łuczyński.

Zmiany finansowe w rocznym planie inwestycyjnym — mgr. Z. Cybulski.

Prawo do świadczeń z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia — mgr. J. Kunicki.

Przyznawanie protez roboczych — F. Ł.

Rachunkowość materiałowa — H. Mogilski.

WSPÓLZAWODNICTWO

Skrócić czas załatwiania roszczeń rentowych — f. ł.

Załoga realizuje Zobowiązania Październikowe — s-i-f.

T r y b u n a d y s k u s y j n a: Społeczna kontrola w ubezpieczeniach społecznych — K. Jaroszewski; O zmianę sposobu obliczania zarobku tygodniowego — Józef Kozioł; Do korespondentów terenowych — M. Rychłowski.

Racjonalizatorzy w drukarni ZUS — W. M.

ŻYCIE PRACOWNICZE

Tematyka ubezpieczeniowa w programach nauczania — St. Godecki.

Nasza praca zawodowa i społeczna.

4 lata pracy i postępu — W. Janelli.

Kto czytuje PUS? — R. Wasilewska.

Pozdrowienia z Czechosłowacji.

Z żałobnej karty: dyr. Józef Jarczyk.

PRZEGLĄD WYDAWNICTW

PROBLEMY — STUDIA — MATERIAŁY

Tryb rozstrzygania sporów ubezpieczeniowych w Czechosłowackiej Republice Ludowej — dr. J. Pasternak.

Działalność ubezpieczeń społecznych w I półroczu 1950 r. — (T. B.).

Tablice statystyczne.

TABELA PRZELICZENIOWA ŚWIADCZEŃ W NOWYM PIENIĄDZU.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Nr 11

LISTOPAD 1950 r.

Rok XVIII

WIELKA REWOLUCJA PAŹDZIERNIKOWA

WIELKA REWOLUCJA PAŹDZIERNIKOWA, BURZĄC STARY PORZĄDEK RZECZY, STWORZYŁA WARUNKI RÓWNIEŻ DLA WPROWADZENIA PEŁNEGO I CAŁKOWITEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO, ZAPOWIEDZIANEGO DEKRETEM KOMISARZA LUDOWEGO PRACY ZSRR (PRAWDA, Z DN. 30.X.1917), W KTÓRYM OSWIADCZONO MIĘDZY INNYMI:

„PROLETARIAT ROSJI NA SZTANDARZE SWYM ZAMIESCIŁ UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE ROBOTNIKÓW ORAZ BIEDOTY Z MIAST I WSI.

RZĄDY CARA, OBSZARNIKÓW I KAPITALISTÓW, ZARÓWNO JAK I RZĄDY KOALICJI I UGODY SPOŁECZNEJ — NIE ZREALIZOWAŁY ŻAŁAŃ ROBOTNIKÓW W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ.

RZĄD ROBOTNIKÓW I WŁOŚCIAN OPARTY NA RADACH DELEGATÓW ROBOTNIKÓW, WŁOŚCIAN I ŻOŁNIERZY OSWIADCZA KLASIE ROBOTNICZEJ ROSJI I BIEDOCIE W MIASTACH I NA WSI, ŻE NATYCHMIAST PRZYGOTUJE DEKRETY, WPROWADZAJĄCE UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE CAŁKOWITE OPARTE NA ZASADACH USTALONYCH PRZEZ ROBOTNIKÓW“.

ZAPOWIEDŹ POWYŻSZEGO DEKRETU ZOSTAŁA ZREALIZOWANA NA CAŁYM OBSZARZE ZWIĄZKU RADZIECKIEGO, ZNAJDUJĄC KONKRETNE SFORMUŁOWANIE W KONSTYTUCJI ZSRR I KODEKSIE PRACY RSFSR.

KONSTYTUCJA POSTANAWIA W ART. 119, ŻE „OBYWATELE ZSRR MAJĄ PRAWO DO POMOCY MATERIALNEJ W STAROŚCI JAK RÓWNIEŻ W WYPADKU CHOROBY I UTRATY ZDOLNOŚCI DO PRACY. PRAWO TO ZAPEWNIĄ SIĘ DROGĄ SZEROKIEGO ROZWOJU UBEZPIECZENIA ROBOTNIKÓW I PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH NA KOSZT PAŃSTWA, BEZPŁATNĄ OPIEKĄ LECZNICZĄ PRACUJĄCYCH I ODDANIEM DO ICH UŻYTKOWANIA GĘSTEJ SIECI SANATORIÓW“.

KODEKS PRACY USTALA W ART. 175: „UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE ROZCIĄGA SIĘ NA WSZYSTKIE OSOBY PRACY NAJEMNEJ NIEZALEŻNIE OD TEGO, GDZIE SĄ ZATRUDNIONE: CZY TO W PAŃSTWOWYCH, SPOŁECZNYCH, SPÓŁDZIELCZYCH, KONCESJONOWANYCH, DZIERŻAWIONYCH, MIESZANYCH CZY PRYWATNYCH PRZEDSIĘBIORSTWACH, INSTYTUCJACH (ZAKŁADACH) LUB GOSPODARSTWACH, CZY TO U OSÓB PRYWATNYCH BEZ WZGLĘDU NA CHARAKTER I DŁUGOTRWAŁOŚĆ ICH PRACY I SPOSÓB WYPŁACANIA IM ZAROBKÓW“.

WIELKA REWOLUCJA PAŹDZIERNIKOWA I W JEJ WYNIKU WYZWOLENIE SPOŁECZNE POLSKI ORAZ INNYCH PAŃSTW DEMOKRACJI LUDOWEJ UMOŻLIWIŁY RÓWNIEŻ I TYM KRAJOM PRZYSTĄPIENIE DO PRZEBUDOWY BĄDŹ BUDOWY SWOICH UBEZPIECZEŃ W MYŚL ZASAD ZREALIZOWANYCH W ZWIĄZKU RADZIECKIM.

O SZĘŚCIOLETNI PLAN UBEZPIECZEŃ

I.

Ustawy lipcowe o utworzeniu Zakładu Lecznictwa Pracowniczego i o reorganizacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wypływają z tego samego źródła i mają służyć tej samej idei, co Plan 6-letni. Oczywiście, waga tych aktów ustawodawczych jest różna.

Warunkiem realizacji wielkiego planu 6-letniego jest pełna mobilizacja sił i osiągnięcie najlepszych wyników na każdym, choćby najdrobniejszym odcinku, zaś odcinek ubezpieczeń społecznych z jego wielomiliardowym budżetem nie jest bynajmniej odcinkiem drobnym w polskiej gospodarce społecznej.

Charakter tych aktów jest również odmienny: Plan 6-letni określa konkretne zadania, jakie mają być spełnione w czasie objętym planem, ustawy ubezpieczeniowe stwarzają nowe formy organizacyjne i niewiele mówią o zadaniach.

Ale treść, jaką nowa forma organizacyjna działalności ZUS i ZLP ma być wypełniona musi być całkowicie i wyłącznie wyznaczona w najbliższych latach naczelnym zadaniem, jakie dla klasy robotniczej, dla całego narodu polskiego ustalił Plan 6-letni.

II.

Zamykając sesję V Plenum Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, która postanowiła rozszerzyć zadania Planu 6-letniego, Prezydent Bierut powiedział: „**Jest to plan i kierunek naszej drogi rozwojowej na okres najbliższych 6 lat, a le taki plan i kierunek, który określa całą naszą przyszłość**“.

Plan 3-letni, zrealizowany wysiłkiem polskich mas pracujących w pełni przed terminem był w zasadniczych swoich zrębach planem odbudowy zniszczeń wojennych, jakkolwiek zawierał w sobie już liczne elementy nowego budownictwa.

Plan 6-letni, możliwy jedynie na gruncie socjalistycznego ustroju kraju, który eliminuje panowanie egoistycznych interesów kapitalistów i obszarników nad potrzebami mas pracujących i interesem dziejowym Narodu, stwarza głęboki przełom w rozwoju gospodarczym naszego kraju.

Przez kilka wieków egoizm i ciemnota polskich klas posiadających systematycznie zubożała kraj, wydała go na łup obcych zaborców, utrzymywała jego feudalny i półkolonialny charakter. W rezultacie — wśród państw europejskich Polska zajmowała jedno z ostatnich miejsc, jeżeli chodzi o zamożność społeczeństwa i dochód społeczny, w 20-leciu międzywojennym ten proces ubożenia nie tylko nie został powstrzymany, ale postępował dalej, jak o tym do-

statecznie świadczy spadek produkcji węgla i stali, tych podstawowych sprawdzianów postępu czy cofania się rozwoju gospodarczego.

Rewolucja polityczna, dokonywująca się pod przewodnictwem partii klasy robotniczej dała Polsce ustrój społeczno - gospodarczy odpowiadający współczesnemu rozwojowi techniki, stworzyła podstawy do zastosowania i najpełniejszego wykorzystania tej techniki dla dobra szerokich mas ludowych, dla pożytku ludzi pracy. Zapewniła szybki wzrost dobrobytu przez planową, celową rozbudowę polskiej gospodarki. Po raz pierwszy w swych dziejach naród polski pod przewodnictwem partii, czołowego i najbardziej świadomego procesów historycznych oddziału klasy robotniczej świadomie kształtuje swój los, tworzy szczęśliwą przyszłość prawdziwego dobrobytu mas. Doskonale wyraził to Prez. Bierut: „Dziś zatwierdzamy Plan 6-letni, który tysiącrotnie przerasta swym rozmachem i twórczym impetem nieśmiałe marzenia o „szklanych domach“. Dziś budujemy jasny, szczęśliwy gmach Polski Socjalistycznej, oparty na granitowych podstawach ludowego patriotyzmu i proletariackiego internacjonalizmu, na niewymuszonych podstawach solidarności i braterstwa z Wielkim Związkiem Radzieckim“.

Plan 6-letni — to wielki plan uprzemysłowienia kraju przez budowę potężnych urzędzeń produkcji i narzędzi wytwarzania, a więc głównie maszyn, przez rozbudowę źródeł energii, przez unowocześnienie produkcji rolnej. W wyniku realizacji planu stopa życiowa ludności podniesie się w granicach 50 — 60% w porównaniu z rokiem 1949, nie mówiąc o tym, że wskutek realizacji obecnego Planu 6-letniego dochód narodowy i zamożność społeczeństwa narastać będzie w coraz bardziej przyspieszonym tempie.

Szczególny entuzjazm i wolę jak najczynniejszego udziału w wykonaniu planu budzi fakt, że nie jest on marzeniem, podobnym do snów o potędze i mocarstwowości, którymi upajano społeczeństwo w przeszłości sanacyjnej i przy pomocy których odwracano jego uwagę od realnych warunków i trudności aktualnych dnia codziennego, lecz że jest on realnym programem już dziś realizowanym, dokładnie wyliczonym i mobilizującym do zadań, których spełnienie stanowi pewnik wobec spełnionych postulatów manifestu PKWN i osiągnięć Planu 3-letniego, wobec zdecydowanej woli polskich mas pracujących prowadzonych pewnie przez partię.

III.

Ustawy lipcowe o utworzeniu ZLP i reorganizacji ZUS dają nowe formy organizacyjne dla obsługi ubezpieczonych w zakresie świadczeń.

W obu wypadkach chodzi o zwiększenie sprawności tej obsługi przez właściwą koncentrację dyspozycji i należyte rozprowadzenie środków.

W zakresie lecznictwa chodzi o jak najwyższe podniesienie produkcji usług leczniczych i zwiększenie ich dostępności, ułatwienie ich „konsumcji“. Winno, to nastąpić przez skoordynowaną i zharmonizowaną działalność wszelkich urzędów zdrowotnych i przez dalszą rozbudowę tych urzędów. W zakresie pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych, a więc w nowym zakresie działania ZUS zwiększyć się ma planowość działania przez jednolite kierownictwo, głównie przez czynny udział ruchu zawodowego w wykonawstwie ubezpieczeń.

Ogólne wytyczne, jakie zawierają ustawy lipcowe wymagają szczegółowego rozwinięcia w konkretny program działania całego aparatu ZLP i ZUS oraz powołanych do współdziałania z nimi organizacji związkowych i że ten konkretny program musi być uzgodniony i podporządkowany zadaniom planu 6-letniego.

W związku z tym, na pierwszym miejscu wskazać trzeba na ten nakaz Planu, który jest podstawowym warunkiem jego realizacji, tj. na nakaz podniesienia wydajności pracy i obniżenia kosztów własnych we wszystkich dziedzinach.

Ze względu na olbrzymi budżet ubezpieczeń i lecznictwa pracowniczego ZLP i ZUS podjąć muszą duży wysiłek z jednej strony w kierunku maksymalnego uproduktowania sum, jakimi gospodarują, najbardziej celowego i racjonalnego ich wydatkowania, z drugiej zaś strony w kierunku wzmocnienia kontroli nad wydatkami, w kierunku oszczędności i obniżenia kosztów własnych.

W okresie planu 6-letniego fundusz płac podwoi się, a w następstwie tego wzrośnie także budżet ubezpieczeń społecznych. Jak najoszczędniejsza, a równocześnie jak najwydatniejsza gospodarka tym budżetem, to zadanie szczególnej wagi wobec fundamentalnego dla realizacji planu problemu wzmoczonej akumulacji. Należy opracować program, który powinien wskazać konkretne drogi realizacji tych postulatów, bo tylko w ten sposób dotychczasowe wysiłki na tym polu, uwieńczone przecież niemałym już dotychczas sukcesem, mogą być podniesione i uproduktowane.

Ze względu na usługowy charakter ZUS i ZLP rola ich jest znaczna również w zakresie podnoszenia ogólnej wydajności i walki z marnotrawstwem czasu i sił ludzi pracy przy podejmowaniu świadczeń.

Nie można w tym artykule wyczerpać zagadnienia, ani nie jest jego zadaniem danie konkretnego programu, o którym mowa. Można wymienić przykładowo kilka kwestii.

Jest niewątpliwie ważną sprawą w zakresie wymienionych wyżej postulatów, aby dokonać kodyfikującej nowelizacji przepisów ubezpieczeniowych. Trzeba zanalizować strukturę świadczeń i poddać rewizji zagadnienie należy-

tego przystosowania ich do realnych potrzeb robotnika i pracownika umysłowego, dotkniętego wypadkiem losowym. Trzeba uporządkować i skodyfikować przeliczne normy obowiązujące i równocześnie je uprościć. O tej potrzebie wiedzą wszyscy, nie tylko specjaliści ubezpieczeniowcy, choć oni może najlepiej zdają sobie z niej sprawę, wie o tej potrzebie każdy ubezpieczony. To zadanie jest tym pilniejsze, gdy powstają komisje socjalno - ubezpieczeniowe i gdy w realizacji świadczeń współdziałać mają delegacji ubezpieczeniowi i zakłady pracy, a współdziałać mają dla usprawnienia obsługi i potaniaenia społecznego, a nie tylko bilansowego kosztu udzielania tych usług. Z tym wiąże się ważna sprawa uproszczeń proceduralnych, punktualności w wypłacie świadczeń (głównie zasiłków chorobowych i rodzinnych), wytworzenia najlepszych i prostych metod współdziałania z zakładami pracy i delegatami socjalno-ubezpieczeniowymi oraz z ruchem zawodowym w ogóle. Ubezpieczonym trzeba w wyższym niż dotychczas stopniu ułatwić orientację w przysługujących uprawnieniach i w sposobach ich realizacji, nie mówiąc już o uproszczeniu drogi uzyskiwania świadczeń. Jest to tym ważniejsze, że okres lat najbliższych będzie okresem szybkiego przybytku „nowych“ ubezpieczonych.

Plan 6-letni przewiduje duży wzrost zatrudnienia najemnego. Liczba ubezpieczonych i członków ich rodzin przekroczy 2/3 ogółu ludności. W samym sektorze socjalistycznym (poza rolnictwem) liczba zatrudnionych wzrośnie o ponad 2 miliony osób. Równocześnie zaś nastąpi poważne przesunięcie w rozmieszczeniu ubezpieczonych, wskutek lokowania nowych ośrodków przemysłowych na terenach dotychczas zaniedbanych pod względem uprzemysłowienia. Większość przyrostu zatrudnienia, a więc i ubezpieczonych wystąpi na terenach województw dotychczas słabo uprzemysłowionych i wciągnie do produkcji ludność tych terenów o słabych tradycjach ubezpieczeniowych lub nie mającą dotychczas żadnych kontaktów z ubezpieczeniem. A równocześnie obsługę tych „nowych“ ubezpieczonych wykonywać będzie w dużym stopniu nowy aparat z nowymi wykonawcami. Zagadnienia te nabiorą szczególnej wagi w krystalizujących się nowych okręgach przemysłowych (Krakowskim, Warszawskim, Częstochowskim, Kieleckim i Kujawskim), gdzie zrodzą także nowe problemy organizacji, rozwijanej harmonijnie z narastającymi potrzebami.

Inne zagadnienia wylaniają się z analizy liczb dotyczących ubezpieczeń społecznych w planie 6-letnim, ogłoszonych PUS (nr 9 str. 6).

Liczyby te podają ten sam współczynnik wzrostu ilości ubezpieczonych i ilości dni zasiłkowych, inaczej mówiąc ten sam co obecnie współczynnik zachorowalności. Należy jednak oczekiwać, że podniesienie poziomu, zakresu i zasięgu pomocy lekarskiej dla pracowników i profilktyki oraz wzrost dobrobytu szerokich mas

pracujących da w rezultacie zmniejszenie zachorowalności, skróci okresy leczenia i restytuowania zdolności do pracy. I tu otwierają się perspektywy na szeroki, konkretny program działalności ZLP w zakresie lecznictwa uwzględniający również interwencje aparatu lecznictwa w wyniku sygnałów statystyki ZUS z dziedziny zasiłków chorobowych.

IV.

Jest rzeczą niesłychanej wagi, aby zadania Planu 6-letniego i warunki jego realizacji były jak najlepiej zrozumiane przez wszystkich. Zrozumienie to pogłębia i umacnia optymizm każdego człowieka pracy, podnosi wiarę w siły własne, wzmacnia poczucie godności płynące ze świadomości udziału w wielkim twórczym dziele, wolę walki o pokój i wzmacnia uczucie solidarności z całym obozem socjalizmu, potężniącym z każdym dniem w oparciu o pomoc i przykład Wielkiego Związku Radzieckiego. Jest to konieczne także ze względu na to, że od stopnia znajomości zadań i pełnego zrozumienia ich funkcji jako „planu i kierunku, który określa całą naszą przyszłość“ zależy stopień

i tempo wykonania planu a tym samym zależy nasza przyszłość.

Niezbędnym uzupełnieniem Planu, który wyznacza drogę całego kraju, jest istnienie i realizacja planów odcinkowych, jednostkowych. Takiego planu potrzeba również na odcinku działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Plany te muszą być doprowadzane do każdego członka załogi ubezpieczeniowej, aby wyraźnie wyznaczyły jego codzienną pracę zawodową, aby mógł on świadomie wypełniać postawione zadania i kontrolować ich wykonanie. W tym celu zadania te muszą być ujęte w jak najbardziej jasnej, konkretnej i bojowej formie i muszą być w dobrze zorganizowany sposób podane i rozpowszechnione przy udziale kół partyjnych i związkowych, rozpracowane na naradach roboczych, realizowane w powszechnym ruchu współzawodnictwa i racjonalizatorstwa.

Na odcinku ubezpieczeń społecznych taki plan, uwzględniający zadania, wynikające z walki o najlepsze wykonanie Planu 6-letniego, musi być jak najszybciej sformułowany i musi dotrzeć do każdego pracownika tych instytucji.

PROBLEMY ORGANIZACYJNE LECZNICTWA PRACOWNICZEGO

Rola i perspektywy rozwojowe lecznictwa pracowniczego nie są jeszcze należycie rozumiane. Często sprowadza się sytuację, wytworzoną ustawami z dn. 20.VII.1950 r. do jednoznacznej, mechanicznej operacji organizacyjnej, polegającej poprostu na wyłączeniu z zakresu ubezpieczeń społecznych — lecznictwa ubezpieczeniowego. Nieraz ZLP kształtuje się w wyobraźni jedynie jako kontynuacja dotychczasowej działalności lecznictwa ubezpieczeniowego, przedmiotu ustawicznej, bezwzględnej często krytyki, która jest bolesną dla każdego ambitnego zespołu pracowniczego.

Decyzja o przejęciu przez ZLP lecznictwa ubezpieczeniowego oraz urządzeń i zakładów, przy których pomocy instytucje ubezpieczeniowe organizowały i wykonywały zadania tego lecznictwa, nie jest tylko zwykłą operacją organizacyjną, której jedynym celem jest uporzędowanie organizacyjne jednostek ustrojowych dwu resortów.

I. Przedmiotowy zakres działania ZLP

Do zakresu działania ZLP należy roztaczanie opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin w zakresie zapobiegania chorobom, ich leczenia oraz przywracania zdolności do pracy.

Zadania ubezpieczalni społecznych w zakresie omawianym polegały na udzielaniu pomocy leczniczej, położniczej i dentystycznej, natomiast roztaczanie opieki nad stanem zdrowia ubezpieczonych celem zmniejszenia chorobowości

nie stanowiło obowiązku instytucji ubezpieczeniowej, lecz zostało uzależnione od posiadanych środków finansowych. Lecznictwo ubezpieczeniowe miało więc w zasadzie postawę bierną. Sprowadzała się ona do wyczekiwania na zgłoszenie potrzeby udzielania pomocy leczniczej co następowało wtedy, gdy choroba ujawniała się w sposób oczywisty, dokuczliwy dla samego pacjenta. Lecznictwo ubezpieczeniowe samo z własnej inicjatywy nie miało za zadanie wykrywać źródła chorobowości i likwidować je przez podejmowanie interwencji zapobiegawczej już wtedy, gdy jeszcze udzielanie pomocy leczniczej, wobec braku stanu chorobowego, nie było aktualne. Zaniedbanie profilaktyki leczniczej, charakterystyczne dla stosunków kapitalistycznych, wpływało z zafałszowanego kierunku polityki zdrowia. Zestawiając zakres działania ZLP z zakresem lecznictwa ubezpieczeniowego należy dojść do wniosku, iż zadania nałożone na ZLP są głębsze i szersze pod względem swego zakresu przedmiotowego, ponadto zaś odpowiadają nowoczesnej myśli w polityce zdrowia, właściwej dla postępowego ustroju społecznego.

Jako zadania szczegółowe ustawodawca porucza Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego:

1) udzielanie wszelkich świadczeń w naturze oraz zastępujących je świadczeń w gotówce, przysługujących na podstawie przepisów prawnych o ubezpieczeniu społecznym, orzekanie o niezdolności do pracy, uzasadniającej prawo

do świadczeń pieniężnych z powodu choroby, przewidzianych w tychże przepisach oraz

2) przeprowadzanie badań lekarskich, przewidzianych w przepisach o ochronie pracy, organizowanie i wykonywanie opieki i nadzoru lekarskiego w zakładach pracy w zakresie higieny pracy i zapobiegania chorobom zawodowym.

Z wymienionych zadań pierwsze pokrywa się całkowicie z dotychczasowym zakresem lecznictwa ubezpieczeniowego, drugie zaś odpowiada zakresowi działalności fabrycznej służby zdrowia.

Zadania na odcinku fabrycznej służby zdrowia były do tej pory wykonywane wyłącznie w ramach organizacyjnych samych przedsiębiorstw, instytucji i zakładów pracy. Na ubezpieczalniach ciążyła jedynie „powinność“ przeprowadzania w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dn. 22.VIII.1927 r., o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu okresowych badań lekarskich pracowników, narażonych na choroby zawodowe, ale tylko pod warunkiem „zwrotu kosztów“. Ubezpieczalnie miały również prawo (nie obowiązek!) przeprowadzać badania lekarskie młodocianych, przewidziane ustawą z dn. 2.VII.1924 w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (zmienionej ustawą z dn. 7.XI.1931), ale też warunkowo, „jeżeli stan finansowy na to pozwalał“. Poruczając ZLP służbę zdrowia w zakładach pracy ustawa określa nie wrywkowo czynności, które ma ZLP wykonywać, ale ujmuje je w sposób całkowity. Jest jasne, iż dopiero obecnie przy skupieniu organizacyjnym lecznictwa ubezpieczeniowego i lecznictwa fabrycznego powstają warunki dla należytego, jednolitego skoordynowania obu form działalności leczniczej, podlegającej dotychczas różnym ośrodkom dyspozycyjnym.

II. Osobowy zakres działania ZLP

ZLP ma sprawować opiekę nad zdrowiem — pracowników i ich rodzin. W ten sposób określony został zakres osobowy działania ZLP, w którego polu działalności znalazły się masy pracujące. Należy zwrócić uwagę na to, że odtąd momentem decydującym o objęciu lub nieobjęciu zakresem osobowym ZLP nie jest ubezpieczenie chorobowe, lecz bezpośrednio sam fakt zatrudnienia czyli sama przynależność klasowa. W lecznictwie ubezpieczeniowym natomiast decydującym momentem było ubezpieczenie.

Spod zakresu osobowego ZLP zostali wyłączeni jedynie pracownicy, zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia na podstawie art. 6b ust. 1 ustawy z dn. 28.3.1933 o ubezpieczeniu społecznym tzn. pracownicy MON, MBP oraz PKP. Należy więc przyjąć, iż zakresem osobowym ZLP objęta będzie również stosunkowo nie liczna grupa pracowników Stołecznej Rady Narodowej m. Warszawy, Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie, PKO oraz Fundacji Kórnickiej w Kórniku, dotychczas nie ubezpieczonych na wypadek choroby, na podstawie art. 297 ustawy

o ubezpieczeniu społecznym wymienione instytucje prowadziły dla swych pracowników odrębną pomoc leczniczą.

Ze względu na zasięg podmiotowy działalności — Zakład Lecznictwa Pracowniczego może być uważany za system służby zdrowia, powszechnej dla klas pracujących.

III. Włączenie lecznictwa ubezpieczeniowego w system służby zdrowia

Naczelne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad działalnością ZLP sprawuje Minister Zdrowia, który jest resortowo właściwy dla zakresu działania instytucji.

Lecznictwo ubezpieczeń społecznych, dotychczas organizacyjnie podległe Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, zostaje wyłączone z instytucji finansującej i prowadzącej obsługę finansowo - gospodarczą jego potrzeb. Operacja ta ma na celu stworzenie koniecznych warunków dla celowego planowania i skutecznej kontroli wykonywania planów działalności na odcinku służby zdrowia. W gospodarce planowej bowiem każda jednostka gospodarcza, podstawowy podmiot planowania i wykonania planów, musi znaleźć się organizacyjnie w systemie resortowym, który jest właściwy dla rodzaju jej zadań. Stąd ZLP staje się jednym z wielu podmiotów planowania, pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia, który jest szefem całego systemu służby zdrowia.

Czym wyodrębnia się ZLP od pozostałych części składowych systemu służby zdrowia, podległego organizacyjnie Ministrowi Zdrowia? „Differentia specifica“ tkwi w zasięgu osobowym, w tym kogo dotyczą usługi, kim opiekuje się ZLP — a nie w tym, jakiego rodzaju usługi oddaje zakład leczniczy ZLP w odróżnieniu od innego zakładu, prowadzonego przez inny organ służby zdrowia. „Odbiorcą“ usług ZLP są wyłącznie pracownicy i członkowie ich rodzin (klasy pracujące); konsumentem zaś usług pozostałego aparatu jest zasadniczo cała ludność kraju (walka z epidemiami, akcje sanitarne, możliwość uzyskania porady w państwowym ośrodku zdrowia przez każdego itd.). W tym stanie rzeczy ZLP należałoby na tle całego systemu służby zdrowia określić, jako system klasowej służby zdrowia — dodatkowej, i uprzywilejowanej.

IV. Wewnętrzna organizacja ZLP a dotychczasowa organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego

Sens dokonywanej operacji organizacyjnej nie polega tylko na pionowym przemieszczeniu jednostek klasowej służby zdrowia spod kierownictwa Ministra Pracy i Opieki Społecznej pod kierownictwo Ministra Zdrowia. Ogniwa organizacyjne ZLP powinny być ponadto tak ustawione, by w przyszłości mogły być zespolone z organami administracji państwowej w ogóle, a służby zdrowia w szczególności.

Terenowe organa jednolitej władzy państwowej zespalają, skupiają w swoim zakresie działania całokształt powszechnej służby zdrowia w radach narodowych. Stąd ZLP jako organi-

zacja klasowej służby zdrowia, która przekształci się i wrośnie w układ powszechnej służby zdrowia, musi ustawić swoje dyspozycyjne ogniwie terenowe tam, gdzie są prezydium rad narodowych, ponadto zaś okręgi działania oddziałów ZLP muszą pokrywać się z administracyjnym podziałem państwa (województwa, powiaty). Tej ostatniej zasadzie nie odpowiadały dotychczas okręgi działania lecznictwa ubezpieczalni społecznych, obejmujące przeciętnie po kilka powiatów leżących nieraz na terenie różnych województw.

W zakresie kierowania zakładami lecznictwa ubezpieczeniowego istniała specyficzna dwuinstancyjność. Ogniwem podstawowym był lekarz naczelny ubezpieczalni, ogniwem zwierzchnim — centrala lecznictwa ZUS w Warszawie. ZUS kontynuował działalność 61 lekarzy naczelnych o bardzo różnorodnej strukturze organizacyjnej wewnętrznej.

W systemie ZLP powołano trzy ogniwie organizacji wewnętrznej, a mianowicie:

I. oddział obwodowy (powiat miejski — miasto, dzielnice większych miast, powiaty),

II. oddział wojewódzki (województwo, m. st. Warszawa, m. Łódź), oraz

III. centrala z naczelnym dyrektorem na czele.

Do każdego z wymienionych organów należą zadania ZLP podzielone według zasadniczych faz cyklu organizacyjnego: planowanie — wykonanie — kontrola.

I tak bezpośrednio całkowite wykonawstwo planu usług ZLP należy do oddziału obwodowego, obejmującego zakłady społeczne służby zdrowia ZLP oraz do dyrektora oddziału obwodowego, organizującego: a) należyte funkcjonowanie aparatu udzielania świadczeń leczniczych w zakładach leczniczych ZLP i b) system wykorzystania terenowych zakładów służby zdrowia prowadzonych przez inne organa służby zdrowia.

Jeśli zestawić to rozwiązanie organizacyjne z systemem lecznictwa ubezpieczeniowego, obejmującego przeciętnie 5 — 6 powiatów, trzeba dojść do wniosku, że obecna organizacja lecznictwa pracowniczego ma znacznie zwiększone możliwości podniesienia sprawności obsługi potrzeb leczniczych mas pracujących aniżeli system lecznictwa ubezpieczeń społecznych.

Wykonawstwo zadań lecznictwa ZLP, które „zblizono“ do usług konsumenta, instytucji, nie należy więc do oddziału wojewódzkiego ZLP, który skupia w sobie dwie grupy zadań, a w szczególności:

a) kierowanie działalnością leczniczą oddziałów obwodowych (planowanie, kontrola wykonywania planu usług — świadczeń, koordynacja działalności leczniczej poszczególnych oddziałów obwodowych, organizowanie możliwości korzystania przez pracowników ze szpitali

i zakładów wojewódzkich, sanatoriów uzdrowiskowych, klinik uniwersyteckich itp.) oraz b) wykonywanie planów gospodarczych — finansowej działalności — zatrudnienia — zaopatrzenia oddziałów obwodowych itp. oraz opracowywanie wojewódzkich planów usług i gospodarczych.

Przy tym podziale pracy administracja lecznictwa pracowniczego będzie skupiona na szczeblu wojewódzkim w 19 oddziałach wojewódzkich ZLP.

Oddział obwodowy przedstawia się więc zasadniczo jako aparat lecznictwa, a nie administracyjny, natomiast oddział wojewódzki — to wyłącznie organ administracji lecznictwa. Tu skupiają się księgowość, obsługa potrzeb finansowych i gospodarczych (zaopatrzenie oddziałów obwodowych itp.) urzędnicy administracji.

Rola dyrektora oddziału obwodowego ZLP przedstawia się jako: a) kierownika działalności leczniczej oddziału obwodowego oraz b) terenowego przedstawiciela oddziału wojewódzkiego ZLP.

Podręcznym organem pomocniczym i technicznie wykonującym zlecenia dyrektora oddziału obwodowego jest biuro oddziału obwodowego, wykonywujące te niezbędne czynności administracyjne, które nie mogą być przeniesione na szczebel oddziału wojewódzkiego.

Centrala ZLP jest organem zbiorczego planowania i kontroli działalności oddziałów wojewódzkich oraz organem wykonawczym i pomocniczym dyrektora naczelnego. Dyrektor naczelny mając w bezpośredniej dyspozycji 19 jednostek organizacyjnych — oddziałów wojewódzkich ma większe możliwości należytego kierowania działalnością ZLP, aniżeli miała je centrala lecznictwa ZUS, która musiała kierować bezpośrednio przeszło stu elementami dyspozycyjnymi (61 lekarzy naczelnych ubezpieczalni społecznych, kilkadziesiąt sanatoriów ZUS).

W całym systemie służby zdrowia dokonywać się będą wewnętrzne przemiany natury ilościowej, polegające na tym, iż coraz większy odsetek ludności obejmowany będzie w miarę postępu w uspołecznianiu gospodarki narodowej klasową służbą zdrowia. Przemiany ilościowe w pewnym momencie ujawnią — zgodnie z engelsowskim prawem ilościowym zmian — zmianę ustrojową jakościową tzn. klasowa służba zdrowia, obejmując przynajmniej większość ludności, stanie się niepostrzeżenie powszechną klasową służbą zdrowia.

Powszechna klasowa służba zdrowia dała z kolei w wyniku socjalistyczną służbę zdrowia.

Powołanie ZLP stanowi bez wszelkiej wątpliwości otwarcie etapu, a choć jest zjawiskiem postępowym w zestawieniu z okresem minionym, jest przejściowym, niedoskonałym w porównaniu z przyszłym jednolitym systemem socjalistycznej służby zdrowia.

K. G.

SPRAWA FIKCYJNEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NA TLE DOTYCHCZASOWYCH DOŚWIADCZEŃ

I.

Rozmiary i skutki absencji w pracy w wyniku zwolnień lekarskich były dotąd przedmiotem badań w instytucjach ubezpieczeń społecznych niemal wyłącznie pod kątem widzenia skutków finansowych.

Groźne zjawisko stałego zwiększania się wydatków na zasiłki chorobowe, które powstało na przełomie 1946 i 1947 roku i zagrażało nawet równowadze finansowej ubezpieczenia chorobowego, zmusiło do szukania środków zaradczych dla zahamowania nadmiernych i nieuzasadnionych obiektywnie obciążeń stał się płynących.

Wydane w tym zakresie konkretne zarządzenia (okólniki Zakładu Nr 10, 86 i 126 z 1947 r.) przyniosły widoczną poprawę, a zadawalający stan utrzymywał się przez cały rok 1948.

Rok 1949 wykazuje znowu gwałtowny wzrost wydatków na zasiłki chorobowe, wynoszący 25% wydatków z roku 1948 ze wzrastającą stale tendencją zwyżkową, która utrzymuje się również i w roku 1950. Konkretne wskaźniki dni zasiłków chorobowych na 100 ubezpieczonych w poszczególnych okresach przedstawiają się:

Rok 1947	—	35,6
„ 1948	—	33,5
„ 1949	—	41,8

I półrocze 1950 r. — około 45,0.

Szukając przyczyn tego wzrostu należałoby zwrócić uwagę, że istniejąca do końca 1948 roku odrębność finansowa ubezpieczalni społecznych zmuszała je organizacyjnie do bardziej intensywnej kontroli wykonania budżetu, a scalenie finansowe instytucji ubezpieczeń społecznych powstałe od 1.I.1949 r. spowodowało zasadniczo przeniesienie kontroli wykonania budżetowego na Centralę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który częściowo zatracił ocenę porównawczą tego zagadnienia w stosunku do innych wydatków, zwłaszcza obserwowane ono być może tylko w stosunku do skończonych okresów rocznych.

W chwili obecnej, wobec ukazania się ustawy o socjalistycznej dyscyplinie pracy i ścisłego włączenia agend leczenia w orbitę planowej gospodarki narodowej, zagadnienie zwalczania nadmiernej, a co za tym idzie — nieuzasadnionej absencji, spowodowanej często wątpliwym orzecznictwem lekarskim, musi być oparte na innych zupełnie, przesłankach.

W szczególności należy zmienić zasadnicze podejście do zagadnienia absencji. O ile dotąd instytucje ubezpieczeń społecznych interesowały się nim tylko z punktu widzenia finansowego, o tyle lecnicztwo pracownicze obecnie musi je rozpatrywać pod kątem ujemnego oddziaływania na produkcję i zagrażania terminowemu wykonywaniu planów gospodarczych.

Walka z absencją nie może być nadto prowadzona przez poszczególne czynniki (zakłady pracy, lecnicztwo, związki itp.) w sposób oderwany, lecz musi być ściśle powiązana w jedną zbiorową akcję nawzajem się uzupełniającą.

Czynnik lekarski w tej akcji zajmuje niewątpliwie poczesne miejsce i rola jego jest bardzo ważka, zależy jednak od wielu elementów przy czym dopiero systematyczne działanie długofalowe może w tym zakresie przynieść pożądane rezultaty.

Dane zaczerpnięte ze statystyki zasiłków chorobowych, wskazywałyby na to, że obecnie absencja chorobowa spada, przy czym w lipcu br. kształtowała się ona poniżej poziomu lipca 1949 r.

II.

Narastający stale wskaźnik dni zasiłkowych na przestrzeni pierwszych miesięcy 1950 r. postawił przed

tworzącym się Zakładem Lecznictwa Pracowniczego nowe, pilne zadania.

Wstępne badania wykazały przede wszystkim brak w terenie jednolitego systemu orzecznictwa o niezdolności do pracy oraz brak czynnika kontrolującego w tym zakresie pracę lekarzy jednostkowych. Mając powyższe na uwadze wydano w pierwszym etapie tymczasowe zarządzenie (okólnik Nr 85/50), regulujące w oparciu o wzory zaczerpnięte ze Związku Radzieckiego tryb postępowania przy orzekaniu o zasłonej niezdolności do pracy i powołujące do życia komisje lekarskie jako czynnik kontroli. Komisje te wciągają do ścisłej współpracy z lecnicztwem pracowniczym lekarzy fabrycznych.

Równoległe z ogłoszoną tymczasem ustawą o zabezpieczeniu socjalistycznej dyscypliny pracy wydano dalsze zarządzenia, mające na celu dostosowanie czasu pracy zakładów służby zdrowia lecnicztwa ubezpieczeniowego do potrzeb i czasu pracy ubezpieczonych, stawiając jako zasadę, postulat leczenia się pracujących po zakończeniu pracy, z wyjątkiem oczywiście przypadków nagłych.

Jednocześnie dla koordynacji wysiłków skierowanych do walki z nieuzasadnioną absencją chorobową powołano przy pełnomocnikach wojewódzkich Z.L.P. somodzielnych referentów, których zadaniem jest wykrywanie przede wszystkim terenów najbardziej zagrożonych i stosowanie wówczas odpowiednich środków zaradczych.

Niezależnie od tego prowadzone są centralnie porównawcze badania miesięczne dla wykrycia ognisk nadmiernej absencji chorobowej w skali ogólnokrajowej.

W wyniku tych prac przeprowadzono lustrację tych ubezpieczalni społecznych, na terenie których wskaźniki dni zasiłkowych kształtowały się na najwyższym poziomie i stwierdzono, jakie są przyczyny tego stanu. Pewne środki zaradcze zastosowano z miejsca, inne wymagające współdziałania czynników wyższych przekazano w formie wniosków właściwym władzom.

Stwierdzono, iż dotychczasowe dane statystyczne z zakresu niezdolności do pracy, są niewystarczające gdyż obejmują one jedynie statystykę wypłaconych zasiłków. Spowodowało to potrzebę stworzenia nowego systemu statystycznego, który by obejmował całość danych z zakresu pełnej niezdolności do pracy. System taki w oparciu o wzory Zw. Radzieckiego opracowano, uzgodniono i wprowadzono ostatecznie w życie od 16 lipca br.

W chwili przeto obecnej istnieje już systematyczny instrument kontroli absencji chorobowej, który stale się rozwija w toku badań i analiz i stanowi nowy oręż służący walce z aspołecznymi elementami, naruszającymi socjalistyczną dyscyplinę pracy przez symulowanie nieistniejących stanów chorobowych wzgl. przez wyolbrzymianie swych schorzeń.

III.

Dotychczasowe obserwacje i praktyka kilkumiesięczna wykazały, że istnieje szereg środków, których zastosowanie może stanowić skuteczną zaporę dla bu-melantów wykorzystujących agendy służby zdrowia dla ominięcia socjalistycznej dyscypliny pracy. I tak:

1) Dotychczasowe swobodne uznanie lekarzy jednostkowych w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy zostało ograniczone przez stworzenie czynnika kontrolnego w postaci komisji lekarskich. Obecnie lekarz musi więcej krytycznie

oceniać stan chorego i przygotowywać skrupulatniej dane diagnostyczne stawiając odpowiednie wnioski na komisję lekarską. Dalszą pracą w tym kierunku ześrodkowuje się na właściwym ustawieniu w terenie komisji lekarskich pod względem ich rozlokowania i składu osobowego. Ważne jest, by w komisjach tych brał udział czynnik społeczny. Zamierza się wzorem służby zdrowia w Związku Radzieckim nadać nadto komisjom lekarskim charakter czynnika konsultacyjnego, co znakomicie podbuduje pracę lekarzy leczących i stanowić będzie dla nich dużą pomoc w bardziej skomplikowanych stanach chorobowych.

2) Stwierdzono, że lekarz wykonujący leczenie w zakładzie pracy spełnia te funkcje lepiej dla samych ubezpieczonych i lepiej eliminuje bumelantów, choćby tylko z uwagi na łatwiejszą znajomość warunków pracy w danym zakładzie pracy i samego składu osobowego załogi. Nadto może mieć wówczas miejsce ściślejsza współpraca z administracją i czynnikiem społecznym, co daje, jak stwierdzono, bardzo pozytywne rezultaty w zwalczaniu bumelantów. Właściwe i pełne ujęcie zadań lekarza fabrycznego (obecnie trudni się on niemal wyłącznie tylko profilaktyką) tak, by w jego rękach koncentrowały się w zakładzie pracy zapobieganie chorobom jako też ich leczenie, będzie mogło nastąpić dopiero w ramach organizacji Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Obecnie bowiem leczenie fabryczne należy do poszczególnych ministerstw.

3) Lecznictwo ubezpieczeniowe musi uzyskać większą liczbę lekarskich godzin ordynacyjnych, a zwłaszcza musi to nastąpić na terenach specjalnie ważnych dla gospodarki narodowej. Od lekarzy można żądać wnikliwego podejścia do kwestii orzecznictwa o niezdolności do pracy tylko wówczas, gdy nie będą przeciążeni pracą i będą mieli dostateczną ilość czasu na dokładne zbadanie chorego. Przy tym bumelanci właśnie narażają lekarzy na dużą stratę czasu, gdyż symulują trudne do ustalenia stany chorobowe, a natarczywie żądają zwolnień z pracy i uciekają się nieraz do pogroźek.

Ważne jest przydzielenie leczeniu otwartemu dostatecznej ilości taboru samochodowego. W ten sposób można uwielokrotnić pracę lekarzy

leczących, zwłaszcza przy leczeniu obłożnie chorych w ich mieszkaniach.

4) Właściwa ocena zdolności, czy niezdolności do pracy specjalnie utrudniona w odniesieniu do bumelantów wymaga stosowań nowoczesnych pomocniczych metod badawczych (rentgen, analizy, obserwacje itp.). Urządzeń tych w leczeniu ubezpieczeniowym jest za mało, co w wysokim stopniu utrudnia pracę lekarzy. Brak jest także łóżek w szpitalach dla celów obserwacyjnych, które stanowią doskonały i wypróbowany środek ujawniania symulacji.

5) Znanym przejawem nasilenia chorobowości, a więc i zwiększonej absencji chorobowej są ciężkie i niewłaściwe niejednokrotnie warunki pracy. Mogą one być także przyczyną większej wypadkowości lub też samoistnych schorzeń zawodowych. Akcja bezpieczeństwa i higieny pracy oraz właściwa rola społecznej inspekcji pracy są tymi dodatkowymi czynnikami dla wzmocnienia procesów produkcyjnych i obniżenia absencji chorobowej.

Ważną jest podnoszona nieraz, lecz nieobliczona w realną formę, sprawa przenoszenia pracowników do prac cięższych na okresy rekonwalescencji lub na pewne dłuższe okresy dla uodpornienia organizmu i wydalania zeń czynników chorobotwórczych, na podstawie ustalenia lekarskiego. Natrafia ona na trudności ze strony zakładów pracy i samych pracowników, którzy przy cięższych pracach mniej zarabiają. Stworzenie ewent. nowego urzędnika społecznego w postaci np. zasiłków wyrównawczych, dawałoby ekonomiczną podstawę dla takich pracowników i regulowałoby to zagadnienie w sposób zasadniczy.

6) Niemniej istotną od poruszonych już czynników jest kwestia wszechstronnej współpracy administracji zakładu pracy i czynników społecznych (rady zakładowe, podstawowe organizacje partyjne) przy zwalczaniu nieuzasadnionej absencji chorobowej. Praca delegatów ubezpieczeniowych związana z kontrolą chorych winna być pomyślana przede wszystkim pod kątem zwalczania bumelantów.

Socjalistyczne wychowanie człowieka pracy będzie najistotniejszym czynnikiem, który działać będzie jednak w skali długofalowej, podczas gdy wykonanie planu 6-letniego stawia bliskie i terminowe zadania.

mgr T. Gleixner

WYKŁADNIA I PRAKTYKA

Świadczenia pieniężne w leczeniu pracowniczym

Zadaniem Zakładu Lecznictwa Pracowniczego jest opieka nad zdrowiem pracowników i ich rodzin. Potrzeby gospodarcze świata pracy, wywołane wypadkami losowymi, mają być zaspokajane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, do którego należy wypłata rent i zasiłków pieniężnych. Świadczenia w gotówce nie są więc przedmiotem działalności ZLP z pewnym jednak zastrzeżeniem. Ustawodawca bowiem zlecił Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego udzielanie takich świadczeń w gotówce, które nie mają charakteru samoistnego, lecz zastępują obowiązkowe świadczenia w naturze. ZLP będzie zatem we własnym zakresie decydował o zwrocie poniesionych przez pracownika wydatków na leczenie i dokonywał wypłat z tego tytułu.

Czy słusznie zlecono Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego realizację tych świadczeń w gotówce? Czy nie byłoby lepszym rozwiązaniem tak podzielić zadania, aby ZLP zajmował się tylko udzielaniem świadczeń w naturze, a wypłata wszelkich w ogóle świadczeń pieniężnych należała do ZUS?

Odpowiedź na pytanie nie będzie trudna, jeżeli rozważymy bliżej charakter świadczeń pieniężnych powierzonych ZLP i perspektywy rozwojowe leczenia pracowniczego.

Zwroty gotówkowe (taka nazwa przyjęła się na oznaczenie wypłat dokonywanych z tytułu zwrotu poniesionych przez pracownika wydatków na leczenie) nie są świadczeniem normalnym, niezależnym od stanu organizacji leczeniowej, lecz raczej złem koniecznym, powodowanym brakami w środkach potrzebnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pracowników. Ocena, czy w danych warunkach pracownik był zmuszony do skorzystania z pomocy leczniczej poza organizacją ZLP, nie jest rzeczą łatwą. Oprócz wiedzy fachowo - lekarskiej konieczna jest tu znajomość faktycznych stosunków w dziedzinie możliwości zapewnienia bezpłatnej pomocy leczniczej i stopnia sprawności poszczególnych urządzeń leczeniowych. Z tych względów ocenę i decyzję w sprawie zwrotów gotówkowych trzeba powierzyć lekarzowi lekarskiemu w ZLP, przerzucenie zaś samej tylko wypłaty przyznanej kwoty na ZUS nie byłoby racjonalne.

Zwróćmy ponadto uwagę na okoliczność, że w miarę zagęszczenia sieci urządzeń lecznictwa pracowniczego i wzrostu kadr społecznej służby zdrowia maleć będzie stopniowo liczba przypadków korzystania z płatnej pomocy leczniczej świata pracy, a tym samym i liczba zwrotów gotówkowych. Można zaryzykować twierdzenie, że tempo spadku zwrotów gotówkowych będzie wskaźnikiem postępów w usprawnianiu obsługi leczniczej świata pracy. Trzeba wspomnieć również i o tym, że równoległe z działalnością ZLP, zmierzającą do polepszania warunków zdrowotnych świata pracy, torowaną będzie droga do powszechnej służby zdrowia, a jej realizacja wywoła w skutkach dalszy zanik zwrotów gotówkowych.

Tak więc świadczenia pieniężne w lecznictwie pracowniczym charakteryzują się nie tylko tym, że są świadczeniami zastępczymi, ale i tym, że są skazane na powolny ich zanik.

Powyższe rozważania pozwolą nam zająć krytyczne stanowisko w stosunku do norm prawa materialnego, regulujących przypadki zastępczych świadczeń pieniężnych, a także wysnuć wnioski co do interpretacji niektórych warunków i wymogów ustawowych.

Jak wiadomo, ustawa o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego nie zawiera postanowień normujących uprawnienia pracownika do zastępczych świadczeń gotówkowych, lecz odsyła w tym względzie do odpowiednich przepisów prawnych o ubezpieczeniu społecznym. Znajdujemy je w artykułach 97, 118, 123, 123a i 125 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Zajmijmy się najpierw przepisem art. 123, który normuje sprawę zwrotu kosztów prywatnej pomocy lekarskiej. Wnioski wysnute z interpretacji postanowień tego artykułu będą pomocne przy omawianiu reszty wyliczonych powyżej artykułów ustawy.

Art. 123 zobowiązuje ZLP do zwrotu pracownikowi wydatków na prywatną pomoc lekarską, jeżeli są spełnione następujące warunki:

1. wypadek choroby jest nagły,
2. zwrócenie się o pomoc do organizacji lecznictwa ZLP, byłoby połączone ze zwłoką grożącą niebezpieczeństwem,
3. o wezwaniu lekarza prywatnego zawiadomiono ZLP, najpóźniej w ciągu 5 dni.

Jak należy ocenić nagłość wypadku? Wydaje się, że stosowanie kryterium obiektywnej nagłości (z punktu widzenia wiedzy lekarskiej) nie jest życiowo słuszne. Nie można wymagać od laika, aby rozpoznał chorobę i stwierdził grożące niebezpieczeństwo dla życia. Jeżeli objawy chorobowe były niepokojące (np. wysoka gorączka), jest to dostatecznym uzasadnieniem dla przyjęcia nagłości wypadku w rozumieniu ustawy.

Niemożność zwrócenia się o pomoc do lekarza ZLP jest istotnym warunkiem uprawnienia do zwrotu wydatku na prywatną pomoc lekarską. Kto celowo omija aparat lecznictwa uspołecznionego, ten nie może liczyć na pozytywne załatwienie roszczenia o zwrot poniesionych kosztów. Wynika stąd dalszy wniosek, że uprawnienia z art. 123 będą dotyczyły z reguły przypadków udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej, ponieważ w odniesieniu do następnych prywatnych porad lekarskich można prawie zawsze postawić zarzut braku staranności o zapewnienie choremu pomocy ze strony lekarza ZLP.

Trzeci warunek — dotrzymanie 5-dniowego terminu zawiadomienia ZLP — ma charakter porządkowy. Chodzi mianowicie o umożliwienie zbadania chorego, celem ustalenia, czy rzeczywiście zachodził wypadek nagły, uzasadniający natychmiastową pomoc lekarską.

Należy zaznaczyć, że w razie spełnienia wszystkich warunków ZLP jest zobowiązany zwrócić całkowicie koszty spowodowane wezwaniem obcego lekarza, a więc oprócz honorarium lekarskiego także koszty lekarstw i przejazdu lekarza. Jeśli nie wszystkie warunki są spełnione, ZLP nie jest wprawdzie zobowiązany do zwrotu wydatków, ma jednak swobodę uznania, czy i w jakim rozmiarze pokryć ponie-

sione przez pracownika koszty. Tak na przykład mimo niezachowania pięciodniowego terminu ZLP może przyznać zwrot kosztów, jeżeli wypadek był istotnie nagły i nie można było uzyskać natychmiastowej pomocy lekarza ZLP.

Przy rozpatrywaniu roszczeń o zwrot kosztów leczenia należy mieć na uwadze, że Państwo zapewnia pracownikowi bezpłatną pomoc leczniczą i że budżetu pracownika nie powinny obciążać koszty leczenia. Jeżeli więc pracownik z przyczyn od niego niezależnych zmuszony był do wydatku na leczenie, to wydatek taki powinien być mu zwrócony.

W związku z art. 123 wymaga omówienia sprawa zwrotu kosztów leczenia szpitalnego. Ponieważ w ustawie o ubezpieczeniu społecznym brak jest przepisu normującego tę kwestię, wypełniono lukę przez zamieszczenie w statutach b. ubezpieczalni społecznych osobnego paragrafu (§ 36), przewidującego zwrot kosztów leczenia szpitalnego najwyżej do wysokości stawek płaconych szpitalom przez b. ubezpieczalnie społeczne, przy czym zwrot kosztów przysługiwał pod warunkami analogicznymi jak w art. 123. Opracowany projekt statutu ZLP nie zawiera podobnego postanowienia. Jak więc postępować na przyszłość?

Należy wyjaśnić, że w stosunkach między szpitalami a ZLP zajdą duże zmiany. Leczenie pracowników w szpitalach państwowych będzie nieodpłatne. Ewentualne zaś nieliczne przypadki umieszczenia chorego w innych szpitalach będą wymagały bądź to bezpośredniego rozliczenia się ZLP ze szpitalem, bądź też zwrócenia pracownikowi poniesionych opłat przy odpowiednim zastosowaniu postanowień art. 123.

Podobnie brak w ustawie przepisu regulującego zwrot kosztów pomocy położniczej. W praktyce ubezpieczalnie społeczne przyznawały zwrot wydatków do wysokości kwoty, jaką płaciły położnym zakontraktowanym. Taką słuszną życiowo zasadą powinnyby stosować również oddziały obwodowe ZLP.

Z kolei przejdziemy do art. 123a, mającego najczęstsze zastosowanie w praktyce, ponieważ dotyczy zwrotu kosztów przejazdów związanych z leczeniem. Ustawa zobowiązuje ZLP do zwrotu pracownikowi kosztów przejazdu dokonanego na zlecenie ZLP a bez tego zlecenia — w przypadkach określonych w regulaminie dla chorych. Do czasu wydania regulaminu dla chorych oddziały obwodowe ZLP będą musiały we własnym zakresie oceniać słuszność roszczenia o zwrot kosztów przejazdu dokonanego bez zlecenia ZLP, kierując się zasadą, że zwrot wydatku na przejazd przysługuje wtedy, gdy ze względu na stan zdrowia lub odległość użycie środka lokomocji było konieczne.

Dalszym przepisem przewidującym zastępcze świadczenia gotówkowe jest art. 125 ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Upoważniał on ubezpieczalnie społeczne do wypłacania ubezpieczonym ryczałtu w miejscach obowiązkowych świadczeń w naturze, gdy nie było możliwości zapewnienia pomocy leczniczej choremu, przebywającemu poza okręgiem ubezpieczalni macierzystej. W obecnej organizacji lecznictwa pracowniczego przepis ten należy uznać za nieaktualny. Nie ma już bowiem odrębnych samodzielnych instytucji, lecz jest jeden Zakład Lecznictwa Pracowniczego, obejmujący swym zasięgiem cały obszar Państwa. Każdy może otrzymać bezpłatną pomoc leczniczą także w miejscu tymczasowego pobytu, bez potrzeby okazania specjalnego przekazu rozrachunkowego. W przypadku skorzystania przez pracownika, w miejscu jego pobytu, z pomocy lekarza prywatnego i wniesienia roszczenia o zwrot poniesionych z tego tytułu wydatków, powinno się stosować postanowienia omówionego wyżej art. 123 ustawy, regulującego zwrot kosztów w razie nagłego wypadku zachorowania.

Tak samo trzeba odmówić praktycznego znaczenia przepisowi art. 97, zezwalającemu na udzielanie zamiast pomocy leczniczej ekwiwalentu w gotówce,

jeżeli na pewnym obszarze można w ogóle zapewnić ubezpieczonym pomocy lekarskiej. Chodziło tu niewątpliwie o znalezienie rozwiązania na wypadek strajku lekarzy zakontraktowanych przez ubezpieczalnię społeczną. Jest rzeczą jasną, że w ustroju demokracji ludowej problem taki nie istnieje.

Pozostaje do omówienia art. 118 dotyczący udzielania świadczeń poza granicami Państwa. Postanowienia tego artykułu przewidują również wypłatę ryczałtu dla niektórych osób, które zachorowały w czasie pobytu za granicą. Ustalenie szczegółowych warunków w tym zakresie zleciła ustawa statutowi ubezpieczalni społecznej. Należy stwierdzić, że w pro-

jekcie statutu ZLP nie zamieszczono żadnych postanowień regulujących uprawnienia do świadczeń na czas pobytu pracownika za granicą. Nie można w tym jednak upatrywać tendencji do ograniczenia uprawnień ubezpieczeniowych. Przeciwnie — należy przyjąć, że przepis ustawy o ryczałtowym, częściowym pokryciu kosztów leczenia za granicą, nie da się pogodzić z zasadą bezpłatnej pomocy leczniczej dla świata pracy i że w razie niemożności zapewnienia pracownikowi, przebywającemu za granicą, świadczeń w naturze, powinien nastąpić zwrot całkowitych wydatków na leczenie

W. N.

Zmiana decyzji w sprawie zakresu lub rodzaju ubezpieczenia

Trybunał Ubezpieczeń Społecznych w wyroku z dnia 14.4.1950 r. Tr. 1633/49 ustalił następującą tezę: „Zgodnie z orzecznictwem Trybunału, zmiana zakresu lub rodzaju ubezpieczenia, dokonana przez instytucję ubezpieczeń społecznych bez doręczenia ubezpieczonemu decyzji, przewidzianej w § 41 rozporządzenia z dnia 28.12.1933 r. (poz. §18 Dz. Ust.), nie ma znaczenia prawnego w stosunku do ubezpieczonego. Wydanie zaś takiej decyzji dopuszczalne jest tylko przed upływem 3 lat od dnia pierwszego ustalenia zakresu lub rodzaju ubezpieczenia“.

GŁOSA

Z tą częścią tezy, że wydanie decyzji w sprawie zakresu lub rodzaju ubezpieczenia może nastąpić tylko przed upływem 3 lat od dnia pierwszego ustalenia tego zakresu wzgl. rodzaju, nie można się zgodzić.

Teza ta powstała a tle unieważnienia ubezpieczenia emerytalnego wskutek wprowadzenia ubezpieczalni społecznej w błąd. Uzasadnieniem zaś tej tezy jest następujące rozumowanie: wprawdzie w przepisach o ubezpieczeniu społecznym nie ma wyraźnego przepisu, który by normował, w jakim czasokresie zmiana taka może być dokonana, to jednak, skoro nawet w postępowaniu przy wznowieniu postępowania strony są związane ściśle określonym czasokresem (art. 384 i 385 prawa o sądach ubezp. społ.), skoro takie czasokresy przewidziane są w postępowaniu administracyjnym (art. 95 i 96), nie do pomyślenia jest, aby w tak ważnej sprawie ubezpieczalnia mogła każdej chwili zmianę taką przeprowadzić jednostronnie, wobec czego talki czasokres powinien obowiązywać również w ubezpieczeniach społ. i Trybunał przyjmuje w tym względzie okres trzech lat.

Z tezą powyższą nie można się zgodzić z następujących powodów:

1) przyjęcie okresu 3-letniego jest zupełnie dowolne. W samym bowiem przepisie art. 385 pr. o s. u. s., a więc w przepisie o wznowieniu postępowania sądowego w sprawach z dziedziny ubezpieczeń społecznych, ustalony został okres 5-letni a nie 3-letni.

2) Trybunał Ubezpieczeń Społecznych przeoczył, że ten sam również przepis prawa o s. u. s., jak i przepis art. 96 ust. 3 rozporządzenia o postępowaniu administracyjnym wyraźnie postanawiają, iż w razie wprowadzenia w błąd (co w niniejszym przypadku miało właśnie miejsce) wznowienie postępowania i uchylene decyzji może nastąpić w każdym czasie.

3) w przepisach o ubezpieczeniu społecznym nie ma żadnej luki w zakresie wznowienia postępowania, aby trzeba było ją uzupełniać w drodze orzecznictwa, — albowiem postępowanie to jest wyraźnie unormowane w art. 290 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

4) gdyby przepis wymieniony pod 3) nie był wystarczyjący, to z uwagi na zupełnie odmienny charakter i cel przepisów o ubezpieczeniu społecznym, nie ma żadnej podstawy prawnej do transponowania do nich przepisów prawa administracyjnego. Wprost przeciwnie, z innych przepisów o ubezpieczeniu społecznym wyraźnie wynika, iż ustawodawca celowo nie wprowadził w tym względzie żadnych instytucji „zasiedzenia“ jakichś uprawnień, a zwłaszcza uprawnień nabytych w złej wierze i dlatego stwarzanie pewnych ograniczeń w możliwości wznowiania postępowania przed instytucją ubezpieczeniową sprzeczne jest z przepisami prawnymi. Nie wynika z tego jednak, aby w postępowaniu ubezpieczeń społecznych nie było prawomocności orzeczeń czy decyzji; ta prawomocność jest jednak dość względna, gdyż ustawodawca dał instytucjom ubezpieczeń społecznych dość duże prerogatywy w tym względzie. W zasadzie instytucje ubezpieczeniowe uznają prawomocność swych decyzji w tych przypadkach, gdy pewne uprawnienia zostały nabyte w dobrej wierze.

Dla uzasadnienia stanowiska przedstawionego w niniejszej glosie, powołuje się na przepisy art. 290, 214 i 215 ustawy o ubezp. społ.

W myśl przepisów art. 290 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, nawet rozszczenia, co do których zapadło prawomocne orzeczenie, *powinny być z urzędu* poddane ponownemu rozpatrzeniu, jeżeli zachodzą warunki (a nie terminy) do wznowienia postępowania, przewidziane w postanowieniach ustawy o orzekających organach ubezpieczeń społecznych i postępowaniu przed nimi. Warunki te, przewidziane są w art. 380—382 pr. o s. u. s., (zaś terminy do wznowienia — w art. 384 i 385 pr. o s. u. s.). Gdy zatem zajdą podane w tych przepisach warunki, instytucja ubezpieczeń społecznych może każdej chwili wydać decyzję, anulującą poprzednią decyzję i ustalającą na nowo pewne uprawnienia, przy czym nie jest w tym względzie związana żadnymi terminami.

Gdyby przez pojęcie „warunków“ w rozumieniu art. 290 ustawy o ubezp. społ. należało uważać również terminy do wznowienia postępowania, to w każdym razie Zakład Ubezpieczeń Społecznych mógłby wznowiać postępowanie w terminach, przewidzianych w art. 384 pr. o s. u. s. z tym, że ostatczym terminem mógłby być tylko okres 5-letni, przewidziany w art. 385 pr. o s. u. s. (z wyjątkiem jednak spraw wynikających z czynu karnego) a nie okres 3-letni, jak przyjął Trybunał. Jednak i takie stanowisko byłoby sprzeczne z przepisami art. 214 i 215 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Z przepisów art. 214 i 215 ustawy o ubezp. społ. wynika bowiem że nawet przyznane świadczenia *należy ustrzymać*, jeżeli się okaże, że prawo do tych świadczeń już nie istnieje lub też wcale nie istniało. Osoba zaś, która nieprawnie korzystała ze świad-

czeń pieniężnych na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, jest obowiązana do zwrotu otrzymanych kwot niezależnie od ewentualnej odpowiedzialności karno sądowej.

Analogiczne przepisy zawarte są również w rozporządzeniu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych i prawie o ubezpieczeniu rodzinnym.

Zachodzi zatem pytanie, czy w świetle powyższych przepisów słuszna jest teza wyroku Trybunału, iż po trzech latach nie wolno zmieniać decyzji o obowiązku ubezpieczenia nawet uzyskanej na podstawie nieprawdziwych danych i mimo, że instytucja ubezpieczeniowa ma pełną świadomość, iż w przyszłości będzie musiała płacić ubezpieczonemu i ewentualnie jego rodzinie świadczenia bez podstawy prawnej? Zdaniem moim teza wyroku Trybunału jest co najmniej zbyt szeroko ujęta i w konsekwencji prowadzić może do niepożądanych skutków, co w niniejszym przypadku niewątpliwie nastąpi.

Z uzasadnienia wyroku wynikają bowiem następujące ustalenia:

1) „Skarżący zgłosił dnia 17.5.1947 r. roszczenie o rentę starczą podając, że pracował w firmie Wysockiego „Polanto“ w 1930 r., w firmie „Maszyny i Narzędzia“ od 1931 do 1933 oraz w Komisarycznym Zarządzie Nieruchomości od 1940 — 1944 r.“

2) „Decyzję zaskarżył do O. S., podając, że w okresie swej pracy od 1928 do 1934 w firmie „Maszyny i Narzędzia“ skarżący był ubezpieczony“

3) „Na rozprawie pełnomocnik przedstawił życiorys skarżącego, w którym podał, że w firmie Maszyny i Narzędzia pracował od 1923—1927 r., a od 1928—1933 w firmie Wysockiego np. „Polanto“ jako inkasent, od 1938 — 1940 r. jako administrator domu firmy Wajzman, od 1940 do 1944 jako administrator domu przy ul. T.“

Ponadto z akt Zakładu wynika, że:

4) skarżący w protokóle z dnia 29.9.1947 r. stwierdził, iż w firmie „Wysocki“ w Warszawie pracował w latach od 1928 do 1931, a następnie do 1935 r. w firmie „Maszyny i Narzędzia“ w Warszawie, od roku 1935 zaś aż do wojny nie pracował,

5) świadek S. T. zeznał w dniu 18.7.1947 r., iż skarżący prowadził restaurację w Warszawie,

6) świadek Z. B. twierdzi, że skarżącego zna od 1936 r. lub 1937 r. jako właściciela kamienicy w Warszawie, z której czerpał dochody, a w okresie okupacji przebywał w Łodzi,

7) córka skarżącego w notatce z dnia 30.4.1949 r. stwierdza, że ojciec jej od 1929 r. do wybuchu wojny trudnił się handlem i utrzymywał z dochodów kamienicy,

8) na zgłoszeniu do ubezpieczenia z tytułu zatrudnienia w 1940 r. wpisany jest rok urodzenia 1896 zamiast 1876, co stwierdził również w wyroku Sąd Okręgowy, uzasadniając, że sprostowanie kategorii ubezpieczenia jest słuszne, gdyż błędne zaliczenie do kategorii „U“ nastąpiło wskutek wprowadzenia w błąd ubezpieczalni przez podanie niewłaściwego roku urodzenia skarżącego.

Skoro zatem z powyższych ustaleń wynika, że 1) skarżący w ogóle nie był ubezpieczony od 1928 do wybuchu wojny, co wyraźnie stwierdzają świadkowie i córka skarżącego,

2) zeznania skarżącego, za każdym razem inne (nie może się zdecydować co do firm i okresów zatrudnienia), budzą podejrzenie usiłowania uzyskania świadczeń bez podstawy prawnej tym bardziej, że

3) data urodzenia na zgłoszeniu spowodowała błędną kwalifikację do ubezpieczenia emerytalnego, łatwo dochodzi się do przekonania, że teza wyroku, tak szeroko ujęta, nie może mieć w praktyce zastosowania w sprawach analogicznych.

MGR J. WASYLECKI

Tryb odwołań po reorganizacji ubezpieczeń

I.

Decyzje instytucji ubezpieczeń społecznych z zakresu ubezpieczeń społecznych (a więc decyzje w przedmiocie obowiązku ubezpieczenia, świadczeń i wymiaru składek) podlegają zaskarżeniu do sądów ubezpieczeń społecznych.

W zasadzie decyzje te podlegają zaskarżeniu wprost do sądów ubezp. społ. (art. 207 Prawa o sądach ubezp. społ. z 28.VIII.1939 r., Dz. URP Nr 71 p. 476 i 12 z 1946 r. p. 76) Jeżeli jednak chodzi o świadczenia z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa to ustawa wymagała uprzedniego odwołania się do komisji rozjemczej ubezpieczalni społecznej (art. 4 Prawa o s. u. s.), a dopiero na decyzje tej komisji przysługiwała skarga do sądu ubezp. społ.

Ten sam tryb co dla sporów o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego przewiduje art. 12 ust. 2 dekretu o ubezpieczeniu rodzinnym (Dz. U. R. P. Nr 66 z 1947 r. p. 411) przy sporach o zasiłki z ubezpieczenia rodzinnego dla osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

Również i spory w przedmiocie pomocy leczniczej dla osób pobierających zaopatrzenie emerytalne lub renty wymagały uprzedniego rozpoznania przez tymczas. komisję rozjemczą ubezpieczalni (§ 8 rozp. Min. Pracy i Op. Społ. z 5.III.1947 r. Dz. URP Nr 34 p. 159).

II.

Ustawy z 20.VII.1950 r. o Zakładzie Ubezp. Społ. i o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz. U. R. P. Nr 36, p. 333 i 334) przynoszą w tej dziedzinie istotne zmiany. Do zakresu zadań ZLP należy udzielanie wszelkich świadczeń w naturze oraz zastępujących

je świadczeń w gotówce, przysługujących na podstawie przepisów prawnych o ubezpieczeniu społecznym. Wchodzi tu więc w grę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, a mianowicie pomoc lecznicza dla ubezpieczonych z art. 95 ust. 1 p. 1 ustawy o ubezp. społ., pomoc lecznicza i położnicza przed, w czasie i po porodzie (art. 105), pomoc lecznicza i położnicza dla członków rodziny (art. 110) oraz pomoc lecznicza dla osób pobierających zaopatrzenie i renty (§ 8 cyt. rozp. Min. Pracy i Op. Społ. z 5.III.1947 r.). Świadczenia lecznicze z art. 171 i 173 ust. o ubezp. społ. i z art. 25 rozp. Prez. Rzplitej o ubezp. prac. umysł. utraciły znacznie ze względu na zniesienie ograniczenia okresu uprawnień do pomocy leczniczej (art. 2 ust. z 1.III.1949 r., Dz. URP Nr 18, p. 109) i wprowadzenie pomocy leczniczej dla rencistów, na zasadzie art. 2 dekretu z 8.I.1946 r. (Dz. U. R. P. Nr 4 p. 28):

III.

Ustawa o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego nie przewiduje istnienia żadnych organów rozjemczych. Wobec tego spory w przedmiocie świadczeń leczniczych z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz świadczeń leczniczych dla emerytów i rencistów nie mogą być przedmiotem odwołań do komisji rozjemczych, a w dalszej konsekwencji, na zasadzie wskazanych wyżej przepisów, nie mogą być przedmiotem skargi do sądów ubezp. społ. W tym więc zakresie właściwość sądów ubezp. społ. uległa ograniczeniu.

Ustawa o ubezp. społ. z 28.III.1933 r. składała w ręce Min. Pracy i Op. Społ. władzę nadzorczą nad Inst. ub. społ. Ponieważ od decyzji tych instytucji w sprawach obowiązku ubezpieczenia, świad-

czeń i wymiaru składek przysługiwała pośrednio lub bezpośrednio skarga do sądów ubezp. społ., przeto ustawa konsekwentnie stanowiła, że decyzji w tych sprawach Min. Pracy i Op. Społ. nie może uchylać w trybie nadzoru. Chodziło o to, by uniknąć dwutorowości, by nie składać orzecznictwa w tych sprawach i w ręce sądów ubezp. społ. i władz nadzorczych. Przepis ten został mechanicznie przeniesiony do ustawy o ZLP, która zezwala Min. Zdrowia na uchylanie w trybie zwierzchniego kierownictwa i nadzoru decyzji ZLP we wszystkich sprawach, z wyjątkiem świadczeń (art. 10 p. 4 ustawy o ZLP). Przy braku innych właściwych organów odwoławczych ograniczenie w ten sposób kompetencji Min. Zdrowia nie da się niczym uzasadnić.

Błędnym byłoby jednak mniemanie, że osoby zainteresowane pozabawione będą wszelkiej drogi do zażalenia się na decyzje ZLP w sprawie świadczeń. Zgodnie z art. 7 ustawy o ZLP bezpośredni nadzór nad oddziałami wojewódzkimi i obwodowymi ZLP sprawuje prezydium właściwych rad narodowych i ich komisje. Zainteresowane osoby będą więc mogły wносить zażalenia do prezydiów rad narodowych. Zażalenia te nie mają charakteru prawnych środków odwoławczych, a są raczej wskazaniem władzy nadzorczej ewentualnych uchybień w działalności ZLP, przeto wnoszenie ich nie będzie ograniczone żadnym terminem.

IV.

Jeżeli chodzi o inne świadczenia z ubezpieczeń społecznych, tzn. o świadczenia przyznawane przez Zakład Ubezp. Społ. to tutaj zmiany co do trybu wnoszenia środków odwoławczych nie mają istotnego charakteru. W sprawach o świadczenia rentowe (renty z ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych, emerytalnego robotniczego i pracowników umysłowych) stan rzeczy nie ulega żadnej zmianie i na decyzje Zakładu przysługuje nadal skarga do sądów ubezpieczeń społecznych. To samo dotyczy sporów o obowiązek ubezpieczenia i wymiaru składek.

Decyzje w sprawie świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa (zasiłki pieniężne chorobowe, domowe, szpitalne, pogrzebowe, zasiłki rodzinne dla tych osób, które podlegają obowiązkowi ubezp. na wypadek choroby i macierzyństwa, ulegają zaskarżeniu do komisji odwoławczych ubezpieczeń społecznych, które będą organizowane przy obwodowych Oddziałach ZUS, powoływać zaś je będą właściwe władze ruchu zawodowego (art. 4 i 5 ust. z 20.VII.1950 r. o ZUS). Ponieważ komisje te przejmują w zakresie wskazanych wyżej świadczeń pieniężnych funkcje komisji rozjemczych ubezpieczalni, przeto na orzeczenie tych komisji przysługiwać będzie skarga do sądów ubezp. społecznych, tak jak dotychczas przysługiwała na orzeczenia komisji rozjemczych. Do czasu powołania komisji odwoławczych instytucji ubezp. społ., działają dotychczasowe komisje rozjemcze ubezp. społ. (art. 12 cyt. ustawy). Zasiłki chorobowe przysługują tylko za każdy stwierdzony dzień niezdolności do pracy wskutek choroby (art. 95 ust. 1 p. 2 ust. o ubezp. społ.). Orzekanie o niezdolności do pracy, uzasadniającej prawo do świadczeń pieniężnych spowodu choroby, należy do ZLP (art. 2 ust. 1, p. 1 ustawy z 20.VII.1950 r. o ZLP). W sporach przed komisjami odwoławczymi inst. ub. społ. i przed sądami ubezp. społ. o zasiłki chorobowe podstawa tych zasiłków, tj. uznanie niezdolności do pracy spowodu choroby nie będzie już mogła być kwestionowana, gdyż o niezdolności do pracy decyduje ZLP a od jego decyzji nie przysługuje odwołanie ani do komisji odwoławczej inst. ubezp. społ., ani do sądów ubezp. społ.

Natomiast, spory o zasiłki rodzinne dla osób nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, a więc o zasiłki rodzinne dla emerytów i rencistów nie podlegają roz-

poznaniu komisji odwoławczych, lecz na decyzje w tych sprawach przysługuje wprost skarga do sądu ubezp. społ., gdyż zasiłki rodzinne dla emerytów i rencistów są w swej istocie świadczeniami rentowymi.

V.

Omówić jeszcze należy spory z dodatkowego ubezpieczenia górniczego. Realizowane ono było przez Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach, działającą na podstawie tytułu VII pruskiej powszechnej ustawy górniczej oraz przez Kasę Bratnią Górników odnośnie powiatów będzińskiego, bielskiego, białskiego i chrzanowskiego. Zgodnie z art. 11 ustawy z 20.VIII.1950 r. o ZUS, zarówno Spółka Bracka, jak Kasa Bratnia Górników uległy zniesieniu, a prawa i obowiązki tych instytucji przeszły na Zakład Ubezp. Społecznych.

Jeżeli chodzi o świadczenia rentowe udzielane przez Spółkę Bracką, to tryb odwołań nie uległ zmianie. Ze względu na art. 1 oraz 412 Prawa o sądach ubezp. społ. skargi na decyzje Spółki Brackiej rozpoznawane były przez sądy ubezpieczeń społ. Pomieważ obecnie decyzje w tych sprawach wydaje ZUS, a są to świadczenia rentowe, przeto na decyzje Zakładu przysługiwać będą również skargi wprost do sądów ubezp. społ.

Mniej jasno przedstawia się sprawa z Kasą Bratnią Górników. Spory w przedmiocie świadczeń tej Kasy rozpoznawała Komisja Rozjemcza, spory zaś między Kasą a pracodawcami — Min. Pracy i Op. Społ. (§§ 42 i 43 rozp. z 31.VIII.1938 r., Dz. URP Nr 69 p. 505 w brzmieniu rozp. Min. Pracy i Op. Społ. z 7.VII.46 r., Dz. URP Nr 41 p. 244). Art. 411 Prawa o sądach ubezp. społ. utrzymał w mocy ten tryb rozpoznawania sporów.

Ustawa z 20.VII.1950 r. znosi w art. 11 m. in. Kasę Bratnią Górników i przekazuje jej prawa i obowiązki Zakładowi. Przejmując prawa i obowiązki Zakład stosować winien prawo materialne, które dotychczas stanowiło podstawę istnienia i działania Kasy oraz regulowało zakres świadczeń i uprawnień do nich. Powstaje pytanie, czy i prawo procesowe zostało utrzymane w mocy. Przejście praw i obowiązków wskazuje na to, że obowiązki Kasy stały się obowiązkami Zakładu. Jeżeli Zakład obowiązków tych w zakresie świadczeń nie dopełnia i powstaje spór w tym przedmiocie, to jest to spór z Zakładem o świadczenia, a wobec tego ulega rozpoznaniu w tym samym trybie, co inne spory z Zakładem o świadczenia rentowe, tj. w trybie skargi do sądów ubezp. społ. To samo dotyczy ewentualnych sporów z pracodawcami w przedmiocie wymiaru składek. Uznać więc należy, że ustawa z 20.VII.1950 r. uchyliła milcząco art. 411 Prawa o s. u. s. i że spory z tytułu ubezpieczenia, realizowanego dotychczas przez Kasę Bratnią Górników podlegają właściwości sądownictwa ubezpieczeniowego. Za tym stanowiskiem przemawia i ten wzgląd, że znosząc Kasę Bratnią Górników, znosi ustawa jej wszystkie organa, a więc i Komisję Rozjemczą, gdyby zatem uznać, że obowiązuje dotychczasowy tryb odwołań, to stanęlibyśmy wobec braku organu, powołanego do ich rozpoznawania.

VI.

Oceniając zmiany zaszcze omawianej wyżej dziedzinie, uznać należy za celowe wyjęcie spod orzecznictwa sądów ubezp. społ. sporów o świadczenia lecznicze z ubezp. chorobowego.

Zgodnie bowiem z art. 212 Prawa o sądach ubezp. społ. sądy okręgowe mogły rozpoznawać te spory tylko w wąskim, kasacyjnym zakresie. Sądy musiały się ograniczać jedynie do badania, czy nie nastąpiło naruszenie prawa materialnego, lub istotnych przepisów postępowania przed instytucjami ubezp. społ. Jeżeli chodzi o naruszenie przepisów postępowania, ograniczało się to do badania, czy nie

nastąpiło naruszenie przepisów postępowania przed tymczas. komisjami rozjemczymi, gdyż tylko postępowanie przed tymi organami ubezpieczalni było unormowane przez rozp. Min. Pracy i Op. Społ. z 19.III.1947 r. (Dz. URP Nr 34 p. 161). Naruszenie przepisów prawa materialnego przy świadczeniach chorobowych występowało stosunkowo rzadko, ze

względem na znacznie mniej skomplikowany stan prawny przy świadczeniach, w porównaniu ze świadczeniami rentowymi. Stąd też rola sądu była w tego rodzaju sporach (zresztą niezbyt licznych) stosunkowo niewielka i mniemać należy, że nadzór ze strony rad narodowych będzie bardziej skuteczny.
ST. GARLICKI

Wypłata rent

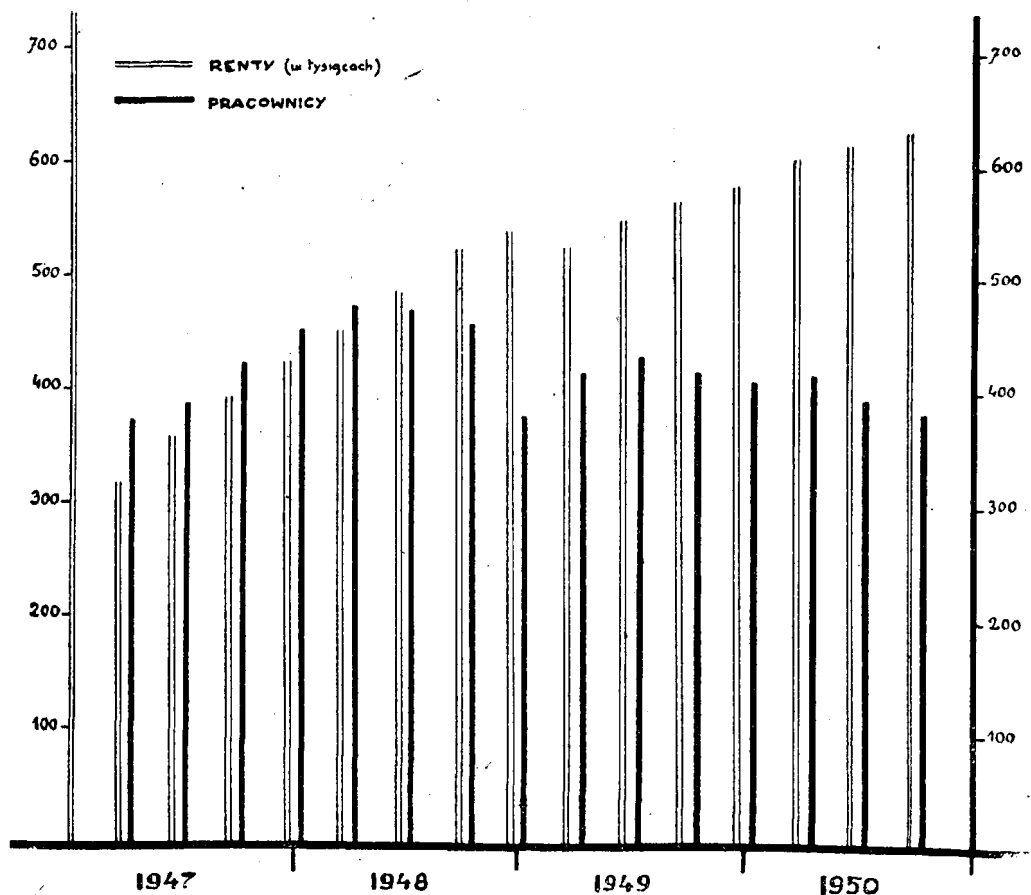
(na marginesie nowej instrukcji o wypłacie świadczeń rentowych)

I.

Zadaniem komórek wypłaty rent jest sprawna obsługa rencistów. Jakiegokolwiek zahamowania bieżących prac mogłyby grozić interesowi tysięcy rencistów, gdyż prace te mają charakter masowy. Dlatego muszą przebiegać w sposób płynny. Naruszenie interesu rencistów odbijałoby się na przebiegu pracy komórek wypłaty rent w sposób wtórny, przez reperkusje. Napływające reklamacje storkrzyłyby dodatkowe obciążenie, spadające na personel i odrywałyby go od zadań normalnych. Pracownicy zatrudnieni przy wypłacie rent zdają sobie ze swoich zadań na ogół dobrze sprawę i ich społeczna postawa moralna jest wysoka. Zatrudnieni liczni młodzi pracownicy znaleźli się w dobrej atmosferze wychowawczej, stworzonej przez obecnie już nielicznych

Na koszty własne wypłaty świadczeń (tj. koszty bez opłat na rzecz poczty i PKO) składają się koszty personalne oraz koszty urządzeń w komórkach wypłaty (kartoteki, maszyny do adresowania itp). Koszty urządzeń są niewielkie w porównaniu z wynagrodzeniem personelu i z tego powodu przystępujemy naprzód do porównania ilości rent z liczbą pracowników, zatrudnionych przy ich wypłacie.

Zamieszczony niżej wykres ilustruje z jednej strony stan załogi pracowniczej, z drugiej stan ilościowy rent w latach 1947 — 1950 (renty krajowe własne i zlecane). Jak wynika z niej, ilość pracowników po pewnym falowaniu wzrosła od stycznia 1947 do sierpnia br. o 9,3% gdy ilość rent wzrosła w tym czasie o 99%. Jest rzeczą charakterystyczną, że liczby pracowników



trzon „starej gwardii”, starych „wypłatowców”, którzy potrafili zdać egzamin w trudnych okresach okupacji wojennej i w trudnym okresie odbudowy ubezpieczeń w roku 1945 i w I-iej połowie roku 1946.

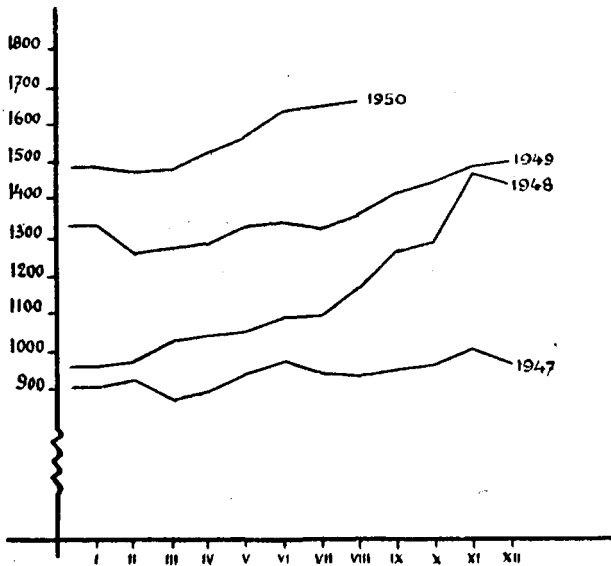
Aparat wypłaty rent jest przede wszystkim nastawiony na interes rencistów, nie można jednak nigdy zapominać o jego ekonomice, zasadzającej się na nakazie osiągnięcia niskich kosztów wypłaty.

w kwietniu 1947 i w czerwcu 1950 zrównały się, gdy ilość rent prawie podwoiła się w tym czasie:

pracownicy	renty
IV. 1947 — 388	345 tys.
VI. 1950 — 388	624 tys.

Linia, obrazująca stan załogi, po zatoczeniu wyższego łuku wraca do punktu wyjściowego. Kon-

sekwencją dwu różnych tendencji rozwoju omawianych liczb jest wzrost ilości rencistów, przeciętnie obsługiwanych przez jednego pracownika, co ilustruje poniższy wykres. W stosunku do stycznia 1947 ilość rent na 1 pracownika wykazuje wzrost w sierpniu 1950 roku o 82%.



Liczba rent obsługiwanych przez pracownika.

Dodać przytem trzeba, że od lutego 1948 roku przy rentach wypłaca się również zasiłki rodzinne. Stworzyły one dodatkowy ciężar w pracy, szczególnie od stycznia 1949 roku, gdyż od tej pory nastąpiło rozszarpienie wysokości dodatków do rent (rent sierocych) i zasiłków rodzinnych, które wywołało konieczność okresowego badania, w jakiej wysokości należy wypłacać świadczenia dla dzieci. Przyczyny, które wpłynęły na wzrost ilości rencistów obsługiwanych przez jednego pracownika, można ująć w dwie grupy, a mianowicie:

1. Wzrost wydajności pracy.

Został on uzyskany przez a) wzrost doświadczenia i wprawy pracowników, b) racjonalizację pracy, jak np. ujednoczenie niegdyś różnorodnych typów kart likwidacyjnych oraz zastosowanie druków do schematycznej korespondencji, połączenie w jeden przekaz rent tzw. zbiegowych (inaczej mówiąc „łącznych“), zastąpienie ustroju fundusowego komórek wypłaty rent ustrojem rzeczowym itp., c) zastosowanie systemu premiowania wydajnej pracy.

2. Spadek innych kosztów.

Wchodzi tu w grę: a) Zmniejszenie się prac „nakładowych“, co konkretnie wyraża się głównie spadkiem przyrostu rent „brutto“ nie tylko w stosunku do „portfelu“ rent, lecz i w liczbach bezwzględnych. Przygotowanie i dokonanie pierwszej wypłaty wymaga znacznie większego wkładu pracy, niż wysłanie jednej miesięcznej renty, gdyż związane jest z pewnymi trwałymi nakładami, jak np. założenie ewidencji (karta likwidacyjna, kłisza itp.). Spadek przyrostu rent „brutto“ zmniejszył te obciążenia. Jednakże stwierdzić trzeba, że wpływ tej przyczyny na wzrost ilości rent obsługiwanych przez jednego pracownika wyraża się zaledwie kilkoma procentami. b) Zmniejszenie się kosztów ogólnych, albowiem takie koszty jak koszty kierownictwa, sprawozdawczości itp. stają się stosunkowo coraz niższe w miarę wzrostu ilości rent. Ta przyczyna wywołała wzrost ilości rent obsługiwanych przez jednego pracownika o około 15%, jak można wnosić z porównania wydajności małych i dużych komórek wypłaty rent. Z powyższego wynika, że

tsam wzrost wydajności pracy dał w wyniku wzrost o około 60% ilości rent, obsługiwanych przez jednego pracownika.

Z kolei należy sprecyzować, ile wynoszą koszty wypłaty jednej renty. Przyjmując za podstawę: a) ilość bieżących rent płynących z sierpnia br. 631.000 oraz wypłat pierwszych w ilości 9.000 tj. razem 640.000 rent, b) ilość pracowników z tego miesiąca 385, c) przeciętny fundusz płac (całość wydatków personalnych) na 1 pracownika miesięcznie zł 26000— to uzyskamy wynik oznaczający, że koszty personalne wypłaty jednej renty wynoszą w zaokrągleniu 16 zł. Koszty przekazów oraz opłat na rzecz PKO i Poczty wynoszą przeciętnie około zł 50 na jedną wypłatę. Koszty jednostkowe druków, pomocy biurowych oraz maszyn wynoszą około 1 zł. Razem zatem koszty wypłaty jednej renty wynoszą 67 zł, co w stosunku do przeciętnej wysokości jednej wypłaty (około 3.600 zł) stanowi 1,9%, w tym koszty personalne ZUS 0,44%.

II.

Nowowydana instrukcja nie zmieniła samego systemu wypłaty rent, przyjętego do tej pory. Zmienne zostały jednak niektóre urządzenia w tym systemie. Poniżej omówimy odcinki organizacyjne, które instrukcja stawia wzorcowo, a od których odbiega dotychczasowy stan rzeczy.

Instrukcja przyjmuje założenie, że kartoteka rejestracyjna roszczeń spełnia równocześnie zadanie kartoteki rencistów, a nr aktu uzupełniony terminem płatności, jest równocześnie numerem renty. Przyjęta zostanie również zasada, że kartoteka roszczeń rentowych jest jedna zamiast trzech dotychczasowych (WRU). Taki stan wzorcowy zostanie wprowadzony w oddziałach obwodowych ZUS (dawn. US), którym zostanie powierzone przyznawanie i wypłata rent (narażenie od 1.10 br. na terenie województwa katowickiego). W ten sposób przeniesienie agend rentowych w teren wykonującej się dla równoczesnej częściowej reorganizacji urzędzeń.

Wzorcowo również ujęto w instrukcji podział (kartoteki kart likwidacyjnych na 4 rodzaje:

- inwalidzkie ubezpieczonych,
- poinwalidzkie pozostałej rodziny,
- wypadkowe poszkodowanych,
- wypadkowe pozostałej rodziny.

W dotychczasowym podziale kartoteki były wyodrębnione także zaopatrzenia starcze oraz renty pracowników umysłowych. Oddziały ZUS (dotychczasowe), posiadające te wyodrębnienia utrzymują je przejściowo nadal, gdyż ewent. prace nad ich likwidacją wymagałyby poświęcenia nieproduktywnej pracy na zmianę numeracji rent itp. czynności. W stosownym momencie, gdy zniknie reszta odrębności ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych lub przy sposobności pełnej decentralizacji przyznawania i wypłaty świadczeń rentowych, nastąpi scalenie bieżących przyrostów kartoteki rent emerytalnych lub nawet scalenie już narosłych dotychczas grup.

W związku z przekazywaniem niektórym obwodom ZUS (dawn. US) prawa przyznawania i wypłaty rent wymagają wyjaśnienia te postanowienia instrukcji, które mówią o sprawdzaniu czynności wykonawczych i ich aprobach (dotyczy to zwłaszcza wypłat pierwszych i dodatkowych). Biorąc pod uwagę masowość materiału, instrukcja ustanawia funkcję pracownika sprawdzającego, który niejako wyraża aprobatę w szczegółowej kontroli rachunkowej i merytorycznej przygotowanych wypłat. Na aprobancie spoczywa obowiązek podstawowej kontroli formalnej, a kontrolę merytoryczną przeprowadza on tylko sporadycznie w takim stopniu, aby mieć wgląd, czy obowiązujące zasady są przestrzegane. W małych agendach wypłaty rent, szczególnie w agendach powoływanych w oddziałach obwodo-

wych ZUS, ilość materiału może nie być tak znaczna, aby trzeba było „wyreżać“ aprobanta. Należy więc wyjaśnić, że o ile pracownik sprawdzający nie może pod względem formalnym spełniać roli aprobanta (jeżeli go specjalnie do tego nie upoważniono), o tyle aprobant może i powinien zastępować pracownika sprawdzającego, jeżeli wielkość kontrolowanego materiału pozwala na to. Stwierdzić więc trzeba, że instrukcja wymaga sprawdzenia formalnego, rachunkowego i merytorycznego wszystkich dokonywanych wypłat, nie jest natomiast kategorię wymaganiami, aby przygotowanie wypłaty było wykonywane przez 3 pracowników (obliczającego, sprawdzającego i aprobanta).

Instrukcja zobowiązuje aprobanta wypłat pierwszych i dodatkowych do zamieszczania przez niego

podpisu nie tylko na spisie przekazów lub asygnacie, lecz i na dokumentach (decyzjach), aby w ten sposób zagwarantować kontrolę legalności każdej wypłaty, objętej czekiem zbiorowym lub asygnatą zbiorową.

Na zakończenie należy zwrócić uwagę, na postanowienie z § 24 ust. 1 instrukcji, ustalające, że podstawą do zmian kliszy (z wyjątkiem adresu) jest tylko karta likwidacyjna. Pociąga to za sobą zniesienie gdzieś niegdyś stosownego urzędzenia osobnych „zleceń“ dla adremisty. Postanowienie o zakazie przetrzymywania kart likwidacyjnych na jakichkolwiek stoiskach pracy (§ 24 ust. 3 oraz § 12 ust. 5) ma umożliwić wyłączenie wydawanie zleceń przy pomocy kart likwidacyjnych.

F. LUCZYŃSKI

Zmiany finansowe w rocznym planie inwestycyjnym

Do roku 1949, dla dokonania przeniesienia nawet drobnej kwoty z jednej części planu do drugiej, potrzebna była uchwała Rady Ministrów.

Zasada ta przestała obowiązywać z dn. 31.XII. 1949 r. — począwszy od dn. 1.I.1950 r. sprawa ta została uregulowana zarządzeniem Przewodniczącego PKPG i Ministra Skarbu z dn. 21.I.1950 r.

W myśl tego zarządzenia w r. 1950 przeniesienia pomiędzy częściami planu mają być z reguły przeprowadzane na podstawie uchwały Komitetu Ekonomicznego Rady Ministrów, podejmowanej na wniosek Przewodniczącego PKPG uzgodniony z Ministrem Finansów.

W stosunku do tej ogólnej zasady istnieje szereg wyjątków, kiedy przeniesienia kwot z jednej części planu do drugiej dokonywane są na podstawie decyzji Przewodniczącego PKPG i Ministra Skarbu.

Jednym z tych wyjątków nas interesującym jest, że limity przewidziane w części 28 Planu — Import Inwestycyjny — może przenieść do właściwej części Planu Przewodniczący PKPG, na wniosek właściwego inwestora centralnego. Może to mieć miejsce wtedy, jeżeli zaspokojenie potrzeby inwestycyjnej, które początkowo przewidywano w ramach planu importu, zostanie zaspokojone przez dostawę z produkcji krajowej.

Przeniesienia limitów w odwrotnym kierunku, tj. z limitu przeznaczanego na zakupy z produkcji krajowej do limitu przeznaczanego na import (do części 28 P. I.) wymaga uchwały Komitetu Ekonomicznego Rady Ministrów.

Stosownie do postanowień § 1 powołanego zarządzenia Przewodniczącego PKPG przeniesienia limitów, względnie części limitów, pomiędzy częściami Planu Inwestycyjnego, będą dokonywane łącznie z przeniesieniami odnośnych środków finansowych w ramach Planu Sfinansowania Inwestycji na r. 1950.

*

Ogólnie omówione na wstępie zagadnienie interesuje nas ze względu na niżej podane okoliczności.

Instytucje ubezpieczeń społecznych, opracowując w r. 1949 plany rzeczowe zamierzonych zakupów z limitów określonych dla nich w P. I. na r. 1950, przyjmowały, iż pewne ruchomości będą pochodziły z importu.

Stosownie do tego założenia, — zresztą zgodnego z istniejącym w 1949 r. w okresie opracowywania planu na r. 1950, stanem faktycznym — limity odpowiednio rozdzielono, tj. na zakup ruchomości z produkcji krajowej (P. I. część 26) i na zakup z importu (część 28 P. I.). Tymczasem przy wykonywaniu planu w roku bieżącym okazało się, że pewne ruchomości, które w roku ubiegłym oceniano jako

mające pochodzić z importu, produkuje się już w kraju, np. aparaty Rentgena, samochody ciężarowe itp.

Sprawa realizacji takiego nakładu inwestycyjnego wydawałaby się jasna w świetle powołanego na wstępie zarządzenia Przewodniczącego PKPG i należałoby wystąpić z wnioskiem o przeniesienie odpowiedniej części limitu z części 28 P. I. — Import Inwestycyjny — do części 26 P. I. (zakupy z produkcji krajowej).

W praktyce jednak wyłaniają się pewne trudności gdyż okazuje się, iż cena jednostkowa pewnych ruchomości (np. aparatu Rentgena) z produkcji krajowej, co do których przyjmowano, że będą pochodziły z importu, jest wyższa niż przewidywana cena takiego aparatu z importu.

W związku z tym powstała kwestia:

- czy wniosek o przeniesienie (virement) limitu z części 28 — Import Inwestycyjny — do części 26 Planu, ma obejmować pełną kwotę wartości przedmiotu z produkcji krajowej, a więc czy w konsekwencji należałoby ograniczyć rzeczowe wykonanie planu importu, czy też
- wniosek o przeniesienie kredytu z części 28 P. I. — do części 26 P. I. ma obejmować tylko kwotę przewidywaną w r. ub. na zakup ruchomości z importu, a resztę należałoby pokryć z limitu określonego na zakup ruchomości z produkcji krajowej. W praktyce będą różnorodne przypadki, z których omówimy trzy typowe.

Przykład 1: Inwestor posiada limit na zakup ruchomości z produkcji krajowej (część 26 P. I.) w wysokości 1.200.000 zł, natomiast limit w części 28 — Import Inwestycyjny — wynosi u niego 2.800.000 zł; w ramach tego limitu inwestor zamierzał zakupić Rentgen z importu za 1.400.000 zł i jeszcze inne przedmioty. Tymczasem cena Rentgena, który pochodzi z produkcji krajowej wynosi np. 2.500.000 zł.

Na tle tego przykładu powstaje pytanie, czy należy z części 28 P. I., tj. z limitu 2.800.000 zł przenieść do części 26 P. I. całą cenę aparatu Rentgena, tj. 2.500.000 zł i ograniczyć wykonanie rzeczowe planu z importu do granic 300.000 zł (2.800.000 — 2.500.000), czy też z części 28 — Import Inwestycyjny — z limitu 2.800.000 zł przenieść do części 26 P. I. tylko 1.400.000 zł, a brakującą kwotę na zapłacenie za aparat Rentgena pokryć z limitu na kraj; należałoby tu więc ograniczyć wykonanie rzeczowe planu zakupu ruchomości z produkcji krajowej do granicy kwoty 100.000 zł (Rentgen 2.500.000 — 1.400.000 planowane w imporcie + 1.100.000 odjęte z limitu krajowego; w tym przypadku na zakupy z produkcji krajowej pozostałoby tylko 100.000 zł, tj. 1.200.000 — 1.100.000).

Przykład 2. — Inwestor ma limit na ruchomości z produkcji krajowej (część 26 P.I.) 1.200.000 zł, natomiast limit na import (część 28 P.I.) 1.400.000 zł; w tym przypadku możnaby przenieść z części 28 P.I. do części 26 P.I. tylko 1.400.000 zł, tj. całkowity limit, a rzeczowe wykonanie planu z produkcji krajowej zredukować — ograniczyć do kwoty 100.000 zł.

Przykład 3. — Inwestor posiada limit na ruchomości z produkcji krajowej (część 26 P.I.) 500.000 zł, natomiast limit na import (część 28 P.I.) 1.400.000 zł. w tym przypadku limit na import łącznie z limitem na dostawy krajowe, tj. 500.000 + 1.400.000 nie pokryje nawet ceny aparatu Rentgena, z produkcji krajowej, która wynosi 2.500.000 zł.

Analizując podane przykłady, możnaby dojść do wniosku, że należałoby wykonanie planu rzeczowego z produkcji krajowej ograniczyć (przykład 1 i 2), względnie całkiem zrezygnować z wykonania tego planu (przykład 3).

Powstaje tu pytanie, czy słuszne byłoby ograniczenie wykonania planu rzeczowego w odniesieniu do zakupu ruchomości z produkcji krajowej, ponieważ pewne przedmioty, które planowano nabyć z importu, można nabyć z produkcji krajowej?

Oczywiście takie postawienie sprawy byłoby niesłuszne i sprzeczne z założeniami ogólnej polityki inwestycyjnej — fakt rozwoju życia gospodarczego, fakt powstawania nowych gałęzi wytwórczych, fakt, że rentgeny produkuje się już w kraju, nie powinien spowodować ograniczenia zakresu wykonawstwa inwestycji, nie może powodować zaniechania innych zamierzonych zakupów z produkcji krajowej, ponieważ kredyt przewidziany na te zakupy zostanie zużyty na pokrycie należności za aparat Rentgena.

Stanowisko to zostało potwierdzone przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społ., które po porozumieniu się z P.K.P.G. wyjaśniło, że:

- a) „dla pokrycia należności za aparaty rentgenologiczne z dostaw krajowych należy wystąpić o wirement z części 28 — Import Inwestycyjny — sum przypadających na zakup aparatów rentgenologicznych, a dostarczonych z produkcji krajowej, do części 26 na odnośny tytuł, w trybie określonym przez zarządzenie Przewodniczącego P.K.P.G. i Ministra Skarbu z dnia 21.1.1950“.
- b) „W razie niedoboru finansowego wskutek różnicy cen, należy pokryć niedobór ze środków limitowanych krajowych“.
- c) „W razie niemożności pokrycia niedoboru ze środków krajowych, jak również dla uniknięcia zmniejszenia rzeczowego wykonania planu należy wystąpić z wnioskiem o dodatkowe kredyty.“

Praktycznie więc w przypadku aparatu Rentgena dla realizacji tej inwestycji należy zgłosić wniosek o przeniesienie z części 28 — Import Inwestycyjny — kwoty 1.400.000 zł do części 26 P.I. Jeżeli jest pewność, że planowane zakupy z produkcji krajowej dopiszą, nie należy ograniczać względnie zrezygnować z zaplanowanych już zakupów z produkcji krajowej, aby w ten sposób zwolnionymi kredytami pokryć należność za Rentgen, lecz wystąpić o przeniesienie kwoty 1.400.000 zł z części 28 P.I. do części 26 P.I. jak również wystąpić o dodatkowy kredyt

potrzebny do uzupełnienia sumy 1.400.000 zł do kwoty, która jest potrzebna na pokrycie należności za Rentgen. Konkretnie zatem należy wystąpić z wnioskiem o dodatkowy kredyt na ruchomości z produkcji krajowej w kwocie zł 1.100.000 (2.500.000 — 1.400.000).

W uwagach niniejszych przykład z aparatem Rentgena podaliśmy jako typowy; produkcja krajowa jednak wypuszcza już inne aparaty elektromedyczne, co do których przy opracowywaniu Planu w roku 1949 przyjmowano, że będą pochodziły z importu.

W odniesieniu do zakupów z importu należy tu nadmienić, że cechą charakterystyczną obecnego systemu finansowania inwestycji z importu jest określenie wspólnej puli dla wszystkich inwestycji z importu.

W Planie Inwestycyjnym Wykonawczym inwestycje z importu wydzielone są w specjalną (28) część Planu, w której zamieszczony jest spis inwestorów centralnych i naczelnych z przydzielonymi dla nich limitami.

Oddziały Banku Inwestycyjnego właściwe dla inwestorów bezpośrednich dokonujących zakupów z importu, pokrywają wydatki na inwestycje z importu automatycznie, t. j. bez uprzedniego uruchomienia limitów i otwarcia wypłat oraz niezależnie od sum przewidzianych na import we wniosku danego inwestora bezpośredniego.

Jak zaznaczyliśmy na wstępie, (stosownie do powołanego zarządzenia Przewodniczącego P.K.P.G.), przeniesienie limitu przeznaczanego na zakupy inwestycyjne produkcji krajowej do limitu określonego na import (z części 26 P.I. do części 28 P.I.) wymaga, — uchwały K.E.R.M. Przypadek ten zachodzi wtedy, kiedy przewidywano zakup ruchomości w planie rzeczowym z produkcji krajowej, a dostawa pochodzi z importu, np. zamieszczona w planie rzeczowym zakupów inwestycyjnych z produkcji krajowej wirówka laboratoryjna dostarczona została z importu.

W takim przypadku oddział Banku Inwestycyjnego właściwy dla danego inwestora bezpośredniego pokryje fakturę z kredytów importowych, a ponieważ dostawa ta figuruje w programie rzeczowym dostaw krajowych, przeto bank zawinkuluje odpowiednią kwotę na limicie krajowym i wezwie inwestora o przeprowadzenie przeniesienia odpowiedniej kwoty z części 26 do części 28 Planu.

Wnioski o przeniesienie kredytów inwestorzy bezpośrednio składają inwestorowi naczelnemu, który je przedkłada następnie inwestorowi centralnemu, tj. w r. b. Ministerstwu Pracy i Opieki Społ.

W związku z tym, że jesteśmy w ostatnim kwartale wykonania Planu na r. 1950 i zakupy inwestycyjne realizowane są intensywnie, a w praktyce niewątpliwie są liczne przypadki, które pozornie mogą nasuwać trudności w końcowej fazie wykonania Planu, przeto uwagi zawarte w niniejszej notatce wydają się być na czasie i powinny ułatwić rozwiązanie tych trudności. Należy tu jeszcze przypomnieć, że termin dla realizacji Planu na r. 1950 upływa z dniem 31.XII.1950 i okresu ulgowego nie należy przewidywać.

Mgr ZYGMUNT CYBULSKI

Mobilizujemy wszystkie środki
do wykonania planu
inwestycyjnego ubezpieczeń

Prawo do świadczeń z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia

(Artykuł 12 ustawy o ubez. społ.)

Instytucja dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego robotników w ujęciu polskiego prawa ubezpieczeniowego, tj. ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28.III.1933 r., ogranicza się wyłącznie do samej zasady wyrażonej w art. 12 tej ustawy. Przepis tego artykułu postanawia, że osoby nie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, mogą przystąpić dobrowolnie do ubezpieczenia na warunkach, które określi rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Warunki te jednak nigdy nie zostały określone w sposób przewidziany ustawą i z tej przyczyny w ramach ustawy o ubez. społ. nie ma w ogóle osób dobrowolnie ubezpieczonych w ubezpieczeniu emerytalnym, wobec czego nie powstało również zagadnienie jakie uprawnienia świadczeniowe przysługują tej grupie osób.

Rozpatrywany problem nabrał aktualności dopiero w konsekwencji i z chwilą uchylenia dzielnicowych i niemieckich przepisów w zakresie ubezpieczenia emerytalnego oraz rozciągnięcia przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym na obszar całego Państwa.

Ordynacja Ubezpieczeniowa z dn. 19.VII.1911 r. w brzemieniu, które obowiązywało na terenie Górnośląskiego Śląska, na terenie woj. poznańskiego i pomorskiego oraz na Ziemiach Odzyskanych, zezwalała na dobrowolne wstąpienie do ubezpieczenia emerytalnego robotników pewnym kategoriom osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia, na warunkach wyczerpująco określonych (§§ 1243, 1227 i 1232 Ord. Ubezp.).

Kwestią jest, czy osoby, które opłacały składki do ubezpieczenia emerytalnego w ramach ubezpieczenia dobrowolnego na zasadach określonych przepisami Ordynacji Ubezpieczeniowej, nabyły prawo do świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego, mimo wygaśnięcia mocy obowiązującej Ordynacji Ubezpieczeniowej.

Przepis art. 7 dekretu z dn. 8.I.1946 r. (Dz. U.R.P.: Nr 4, poz. 28) o zmianie i uzupełnieniu ustawy o ubez. społ. określa, że uprawnienia osób, które na obszarze górnośląskiej części woj. śląskiego były ubezpieczone na zasadzie dzielnicowych lub okupacyjnych przepisów, określi rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społ. z zachowaniem zasady, że okresy przebyte w ubezpieczeniu wg. dotychczasowych przepisów, zalicza się do ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubez. społ.

Przepis powyższy w łączności z przepisami dekretu z dnia 13.XI.1945 r. (Dz. U.R.P. Nr 51, poz. 295) o zarządzie Ziemi Odzyskanych dają podstawę do zaliczania na zasadzie odpowiednich przepisów polskich okresów ubezpieczenia, przebytych na podstawie Ordynacji Ubezpieczeniowej, na terenie Górnego Śląska oraz Ziemi Odzyskanych.

Ustawa o ubez. społecznym ma w art. 12 teoretyczny odpowiednik ubezpieczenia dobrowolnego przewidzianego Ordynacją Ubezpieczeniową, jednak faktycznie odpowiednik ten, jak wyżej wskazano, nie istnieje. Zatem nawet w przypadku uznania na podstawie art. 12 ustawy o ubez. społ. zaliczalności okresów ubezpieczenia dobrowolnego, przebytych na podstawie Ordynacji Ubezpieczeniowej, praktycznych konsekwencji z tego zaliczenia nie ma żadnych, nie można bowiem tej grupie ubezpieczonych wymierzyć świadczeń odpowiadających temu ubezpieczeniu.

Natomiast przepisy ustawy o ubez. społ. normujące uprawnienia, wynikające z ubezpieczenia obowiązkowego (wgl. dobrowolnie kontynuowanego), nie mogą być stosowane do dobrowolnego ubezpieczenia osób, które nigdy nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia, gdyż byłoby to sprzeczne z art. 12 cyt.

ustawy, z którego wynika, że warunki ubezpieczenia dobrowolnego mają być inne niż określone dla ubezpieczenia obowiązkowego. Nie można również zastosować przepisów Ordynacji Ubezpieczeniowej, gdyż zostały one wyraźnie uchylone przepisem art. 10 dekretu z dnia 8.I.1946 r.

Przy rozważaniu omawianego problemu należy również wziąć pod uwagę jego społeczno-polityczny charakter, wynikający z zasadniczej przemiany konstrukcji i celów ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenia społeczne w obecnym ustroju utraciły charakter urządzenia finansowo-gospodarczego opartego na zasadzie rachunku techniczno-asekuracyjnego, jaki miały w ustroju kapitalistycznym, a stały się wyłącznie instrumentem osiągania celów społecznych określonych w powojennych aktach prawodawczych. Sam fakt opłacania pewnej ilości składek ubezpieczeniowych przez osoby, które nigdy nie należały do warstwy pracowniczej czerpiącej środki utrzymania z pracy najemnej, z natury rzeczy ma obecnie znaczenie drugorzędne, gdyż świadczenia z ubezpieczeń społecznych w obecnym systemie mają pokrycie wyłącznie w bieżących składkach, stanowiących uspołecznioną część zarobków pracowniczych i nawet w stosunku do osób ubezpieczonych obowiązkowo, świadczenia te kształtują się w oderwaniu od wysokości opłaconych składek i długości okresów ubezpieczenia.

W tych okolicznościach w braku rozporządzeń, które by umożliwiły w praktyce wykonywanie ubezpieczenia dobrowolnego, nie można domniemywać się zaniechania ze strony władz, którym ustawa zleciła wydanie tych rozporządzeń, lecz brak ten należy traktować jako świadomy i celowy wyraz tendencji wyłączenia z grona osób uprawnionych do świadczeń ubezpieczeniowych tych osób, które nigdy nie pozostawały w stosunku pracy najemnej.

Reasumując powyższe rozważania, należy dojść do konkluzji, że:

1) poza art. 7 dekretu z dn. 8.I.1946 r., w obecnym stanie prawnym nie ma normy, na której mogłoby się opierać roszczenie o świadczenia z tytułu ubezpieczenia dobrowolnego,

2) w tych przypadkach, do których odnosi się cyt. art. 7 mógłby on stanowić podstawę do twierdzenia ze strony zainteresowanych osób, że przebyte na zasadzie Ord. Ubezp. okresy ubezpieczenia dobrowolnego podlegają zaliczeniu do ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubez. społ., jednakże wobec braku warunków, które by określały na podstawie art. 12 ustawy o ubez. społ., uprawnienia do świadczeń odpowiadających dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu, nie istnieje w praktyce możliwość określenia uprawnień świadczeniowych z tytułu takiego ubezpieczenia,

3) zastosowanie ogólnych warunków świadczeń ustawowych do tych przypadków nie jest możliwe,

4) uznanie obowiązku Zakładu Ubezp. Społ. przyznania świadczeń rentowych z tytułu omawianych roszczeń, wobec braku w art. 12 ustawy względnie w akcie prawnym, wydanym w oparciu o ten artykuł, przepisów określających warunki świadczeń z dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, nie miałyby podstawy prawnej.

Pogląd wyżej sformułowany podzielił również Trybunał Ubezpieczeń Społecznych (np. wyrok w sprawie TR. 2211/49), wobec czego należy spodziewać się, że po tej linii rozumowania pójdzie także niejednolite dotychczas orzecznictwo Okręgowych Sądów Ubezp. Społecznych.

Mgr JANUSZ KUNICKI

Przyznawanie protez roboczych

(okólnik ZUS nr 167 z dn. 14 VIII 1950 r.)

I.

Do protez roboczych zalicza się:

- 1) Protezy kończyn dolnych,
- 2) protezy robocze rąk,
- 3) gorsety ortopedyczne,
- 4) obuwie ortopedyczne,
- 5) wózki.

Wchodzą one obok innych środków (np. protezy zębowe) w skład środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, które w zakresie pomocy leczniczej przewiduje art. 95 ust. 1 p. 1. ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

W r. 1945 i w początku roku 1946 dostarczanie wspomnianych środków było trudne z powodu powojennych trudności produkcyjnych przy równoczesnym dużym zapotrzebowaniu oraz z powodu braku środków finansowych ubezpieczenia chorobowego na te cele. Nadmienić trzeba, że dopłaty, istniejące dawniej na te świadczenia, zostały zniesione wraz z innymi dopłatami. Zniesiona została także górna granica kosztów tych świadczeń, ponoszonych przez ubezpieczenia. Gdy możliwości zaopatrzenia zaczęły stopniowo wzrastać, Zakład Ubezpieczeń Społecznych postanowił w październiku 1946 r. przeznaczyć dodatkowe fundusze na wzmoczenie działalności świadczeniowej w zakresie środków przeciwko zniekształceniu i kalectwu.

Niestety, Zakład nie mógł jeszcze w tym czasie wykląć się z ram odrębności funduszy ubezpieczeniowych oraz odrębności finansowej każdej ubezpieczalni. Przenosząc do wspólnych świadczeń znaczne kwoty z funduszy rentowych, Zakład równocześnie zastrzegł do swojej kompetencji (oddziałów i Centrali) przyznawanie protez roboczych osobom ubezpieczonym w zakresie emerytalnym oraz rencistom ZUS. Być może, że odegrało tu również pewną rolę mniemanie, że personel lekarski i urzędnicy świadczeniowych jednostek organizacyjnych ZUS lepiej jest przygotowany do załatwiania tych spraw, aniżeli personel ubezpieczalni społecznych. Nadmienić trzeba, że już wcześniej Zakład załatwiał sprawy protezowania osób, które uległy wypadku w zatrudnieniu. W ten sposób w końcu 1946 r. ZUS skupił w swoim ręku całość spraw w zakresie udzielania protez roboczych.

Zniesienie odrębności funduszy ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia chorobowego, a więc zniesienie odrębności finansowej ubezpieczalni społecznych zlikwidowało aspekt finansowy zagadnienia kompetencji w zakresie udzielania omawianych świadczeń. Dokonywane obecnie wyłączenie lecznictwa i świadczeń w naturze z działalności ubezpieczeń społecznych musi być przeprowadzone konsekwentnie i na odcinku omawianych świadczeń. Nie jest to zresztą pierwszy przejaw przekazywania przez agendy rentowe ZUS-u prawa decyzji w sprawach leczniczych ubezpieczalniom społecznym (przyszłym oddziałom ZLP).

II.

Art. 95 ustawy odsyła do statutu ubezpieczalni społecznej ustalenie zakresu udzielania środków pomocniczych. Przepisy statutowe (§ 12) stanowią łącznie, że „środków leczniczych, pomocniczych i pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu udziela Ubezpieczalnia, gdy są niezbędne dla utrzymania lub przywrócenia zdrowia albo zdolności do pracy“; sposób ich udzielania miał określić regulamin.

Projekt regulaminu udzielania środków przeciwko zniekształceniu i kalectwu został opracowany przez Dział Ubezpieczeń Rentowych w końcu roku 1948, następnie uzyskał aprobatę Tymczasowej Rady ZUS i w praktyce był stosowany pod względem merytorycznym przez agendy rentowe Zakładu w zakresie protez roboczych, lecz nie został ogłoszony.

W warunkach zmian ustawowych, jakie przyniósł rok 1949, cały szereg postanowień tego projektu regulaminu, bazujących na podziale funduszowym ubezpieczeń społecznych, stracił aktualność. Niektóre postanowienia projektu regulaminu wymagały uproszcze-

nia, w szczególności odrzucenia balastu warunków co do przebycia okresu ubezpieczenia, nie przekroczenia granicy wieku itp.

Przywrócenie omawianego rodzaju świadczeń kompetencji komórek lecznictwa uzasadniało dodatkowo potrzebę opracowania nowego regulaminu udzielania protez roboczych; chodziło bowiem o to, aby tych komórek nie obarczać zadaniami nieunormowanymi.

Nie objęto regulaminem środków pomocniczych oraz innych — poza protezami roboczymi — środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, gdyż zostały one bądź unormowane wcześniej, bądź nie stanowiły problemu.

III.

Regulamin przyjmuje — zgodnie z intencją ustawodawcy — naczelną zasadę, że udzielenie protezy jest obowiązkowe, lecz nie jest bezwarunkowym obowiązkiem instytucji świadczącej. Podstawowym celem udzielenia protezy roboczej jest **ZAPOBIEŻENIE** (wzgl. odświeżenie) **NIEZDOLNOŚCI DO ZAROBKOWANIA LUB PRZYWRÓCENIE TEJ ZDOLNOŚCI**. Jeżeli cel ten jest do osiągnięcia, protezę należy przyznać.

Warunek takiej celowości jest jednak złagodzony w dalszych postanowieniach regulaminu wprowadzającymi ponadto do oceny: uprawnień protezowych „wzgląd społeczny“ i „wzgląd humanitarny“. Pierwszy uzasadnia udzielenie protezy głównie ze względu na **MOŻLIWOŚĆ OGÓLNEGO LUB ZAWODOWEGO KSZTAŁCENIA SIĘ** osoby dotkniętej kalectwem; drugi bierze pod uwagę sytuację, w których dwa powyższe cele (praca lub nauka) nie mogą być zrealizowane, lecz **ZASPOKAJANIE ELEMENTARNYCH POTRZEB** przez zainteresowanego wymaga pomocy w postaci protezy.

Specyficzną pod względem formalnym sytuację posiadają osoby, dotknięte kalectwem z powodu wypadku w zatrudnieniu. Udzielanie protez (jak również innych środków pomocniczych) jest tutaj bezwarunkowe. Nie oznacza to jednak, że protezy winny być im udzielane, nawet gdy nie są celowe. Wspomniany przywilej oznacza, że inna celowość, nie objęta wyżej wymienionymi trzema kategoriami, również stwarza obowiązek udzielenia protezy (np. poszkodowany nie podejmie już pracy wskutek podszłego wieku, elementarne potrzeby mogą być bez większej trudności zaspokajane, lecz proteza może stanowić nieduże ułatwienie w trybie życia). Jest to jednak przywilej raczej formalny, gdyż w praktyce rzadko będzie miał zastosowanie w zakresie protez roboczych. Może być raczej traktowany jako zapewnienie pierwszeństwa przed innymi zainteresowanymi w przypadkach o równej celowości.

Regulamin powierza decyzję przyznania protezy czynnikowi lekarskiemu (komisji lekarskiej).

IV.

Regulamin ma przede wszystkim taką ogólną wartość, jaką ma każde unormowanie zagadnień, lecz na zakończenie chcemy podkreślić znajdujące się w nim szczególne akcenty racjonalizatorskie, podyktowane interesem ubezpieczonych i rencistów. Będą oni na podstawie **JEDNEGO** zlecenia komórki przyznającej protezy obsłużeni całkowicie w Państwowej Wytwórni Protez, a więc:

- a) otrzymają tam protezę,
- b) otrzymają tam później w razie potrzeby naprawę protezy,
- c) zwrot kosztów podróży i strawne lub zwrot utraconego zarobku.

Wyeliminowane zostało krążenie kaleki pomiędzy biurem lecznictwa a wytwórnią protez. Biurokracyzm został na tym odcinku pogrzebiony.

V.

Regulamin powierzył zadania w omówionym zakresie świadczeń od dnia 1.9 br. — ubezpieczalniom społecznym. W związku z uruchamianiem agend Zakładu Lecznictwa Pracowniczego należy stwierdzić, że zadania te przejmą oddziały tego zakładu.

F. Ł.

Rachunkowość materiałowa

I.

Składniki majątku, których ilość odpowiada wartości i jest z nią zgodna, jak np. gotówka, znajdująca się w kasie instytucji, mogą być w dostateczny sposób skontrolowane za pomocą zliczania wartości. Natomiast składniki majątku, będące przedmiotem wymiany, zużycia lub świadczenia w naturze, jak towary, materiały papiery wartościowe, waluty obce itp., wymagają podwójnej kontroli. Przedmiotem naszym w tym przypadku będzie omówienie sposobu prowadzenia rachunkowości lub księgowości przychodu i rozchodu materiałów pod kątem widzenia wspomnianej podwójnej kontroli. Zadaniem rachunkowości materiałowej jest bieżące i systematyczne rejestrowanie zmian, zachodzących w stanie ilościowym i wartościowym materiałów. Prawidłowo prowadzona rachunkowość materiałowa powinna w szczególności w każdym czasie podać:

1. jaki jest stan ilościowy zapasu każdego materiału,
2. jakie ilości każdego materiału wpłynęły do magazynu,
3. jakie ilości każdego materiału zostały rozchodowane,
4. jaki jest koszt jednostkowy i ogólny każdego materiału.

II.

Rachunkowość materiałową prowadzi się na specjalnych kartach (kartach magazynowych). Karta magazynowa zawiera w części tytułowej miejsce dla wpisania danych dotyczących każdego materiału, jak nazwę materiału, jego rodzaj i cechy charakterystyczne, oznaczenie miejsca przechowywania materiału i opis, w jakich warunkach materiał winien być przechowywany. Nadto w części tytułowej notuje się normalną partię zakupu, przeciętne miesięczne zużycie materiału, czas potrzebny na otrzymanie nowej partii materiału, maksymalny i minimalny zapas materiału.

Kartę magazynową otwiera się remanentem początkowym, to jest ilością materiału i jego wartością, która faktycznie znajdowała się w magazynie na początku okresu rachunkowego.

Księgowanie przychodu materiału do magazynu przeprowadza się na podstawie dyspozycji podpisanej przez magazyniera, którą księgowość otrzymuje jako dowód wraz z rachunkiem dostawcy. Prowadzący kartotekę magazynową ma obowiązek sprawdzić dane, zawarte w dyspozycji przychodu, z rachunkiem a następnie oznaczyć rachunek pieczęcią „magazyn przyjął, do kartoteki wpisano na Nr kwitu...” Do karty materiałowej w odpowiednich rubrykach wpisuje się takie dane, jak datę przyjęcia, nr dyspozycji, ilość przychodu, ceny jednostkowe oraz całkowity koszt materiału.

Rozchód materiału przeprowadza się na podstawie dyspozycji wydania materiału, na której winno być pokwitowanie odbierającego, i w tym przypadku notuje się datę wydania, nr dyspozycji wydania, ilość materiału, cenę jednostkową oraz ogólną wartość wydanego materiału. Równocześnie przy każdym zapisach notuje się w odpowiednich rubrykach karty magazynowej stan ilościowy i wartościowy materiału.

Należy przestrzegać zasady, że miary ilościowe materiału winny być wpisywane na karty materiałowe

we stale w jednakowych jednostkach. Nie można mieszać kilogramów z metrami lub litrami, utrudni to bowiem ustalenie faktycznego stanu ilościowego i wartościowego materiału. Karta materiałowa w tym przypadku nie spełni swego zadania, to jest celu kontroli ilościowej, a uzgodnienie z księgowością ogólną będzie niemożliwe.

W okresach umówionych co 10 dni lub raz na miesiąc prowadzący rachunkowość magazynową sporządza dla księgowości ogólnej zestawienie rozchodu materiału z podziałem na te tytuły planu finansowego działalności, na które faktyczne zużycie materiału nastąpiło. Na zestawieniu tym podaje się jednocześnie i stan wartościowy materiałów.

Księgowość ogólna po przeprowadzeniu odpowiedniego księgowania sprawdza stan wartościowy magazynu ze stanem na koncie. Niezgodności wzajemne należy natychmiast wyjaśniać. Brak bieżącej zgodności spowoduje w końcu roku, ze względu na nagromadzenie się możliwych błędnych zapisów, trudności w doprowadzeniu do zgodności, a co ważniejsze — zbyteczne marnotrawstwo sił i czasu.

Jeżeli ruch materiałowy jest znaczny, wtedy wielkim ułatwieniem w prowadzeniu rachunkowości materiałowej jest urządzenie przebiekowego dokonywania zapisów na zbiorówkach. Korzyści z tego urządzenia są znaczne, bowiem zbiorówki wykazują sumy przychodu i rozchodu materiałów, a ponadto zbiorówki te mogą być użyte jako materiał dowodowy do księgowania w komórce księgowości ogólnej.

Karty magazynowe winny być spisane według z góry ułożonego planu i symboli. Fakt założenia nowej karty winien być równocześnie odnotowany w spisie kont rachunkowości materiałowej.

Dużą trudność przedstawia ustalenie ceny wydanych materiałów zwłaszcza, gdy ceny ulegają częstym zmianom. Wartość wydanych z magazynu materiałów ustala się zasadniczo według ceny zakupu lub wytwarzania. Niekiedy cenę jednostkową wydanych materiałów oblicza się na podstawie średniej arytmetycznej z cen płaconych różnym dostawcom za dostarczone towary. Metoda ta jest dobra, lecz kłopotliwa. Jeżeli ceny materiałów ulegają znacznej zmianie, to stosuje się dla celów kalkulacyjnych ceny ostatnich zakupów. W każdym wypadku należy przy określaniu ceny rozchodu materiału postępować ostrożnie tak, by wyniki kosztów zużytych materiałów wykazane w kosztach planu finansowego działalności były rzeczywiste.

W końcu okresu obrachunkowego, a co najmniej w końcu roku, sporządza się remanent materiałów, znajdujących się w magazynie. Remanent materiałów polega na komisyjnym sprawdzeniu ilościowego stanu. W wyniku tej kontroli sporządza się protokolarne spisy. Spisy te porównuje się z kartoteką materiałową i wyprowadza się „braki” lub „nadwyżki” materiału w stosunku do stwierdzonego stanu faktycznego. „Braki” i „nadwyżki” należy zaksięgować w kartotece materiałowej jak i w księgowości ogólnej.

Główną cechą rachunkowości materiałowej jest spełnianie roli kontrolera stanu ilościowego materiału w magazynie, a poprzez powiązanie obrotów z księgowością ogólną — zgodność wartości pieniężnej przychodu i rozchodu materiałów.

H. MOGILSKI

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA, ZARZĄDZEŃ I OKÓLNIKÓW
ZAMIEŚCIMY W NASTĘPNYM NUMERZE

Skrócić czas załatwiania roszczeń rentowych

Postulat powyższy należy rozpatrywać na tle dwu przełomów. Pierwszy z nich to przełom w ilości zgłaszanych roszczeń rentowych, drugi — to wyłączenie lecznictwa z działalności ubezpieczeń społecznych.

W kilku ubiegłych latach — przy dużym wpływie roszczeń i równocześnie znacznym niedoborze w obsadzie personalnej komórek świadczeniowych — trzeba było toczyć uporczywą walkę o to, aby nie powstawały zaległości w załatwianiu roszczeń rentowych. Wyniki jej były dodatnie. Pozostające z końcem każdego miesiąca na miesiąc następny ilości roszczeń do załatwienia zmniejszały się stale, jak to wykazuje niżej zamieszczone zestawienie (tabl. 1).

Załamanie się wpływu roszczeń nastąpiło w mies. maju ubiegłego roku. Proces spadku rozwijał się od tej pory stale i osiągnął w miesiącach letnich bieżącego roku stan około 10.000 roszczeń miesięcznie, co stanowi 55% w stosunku do wpływu roszczeń z mies. kwietnia 1949, tj. z ostatniego miesiąca przed wyraźnym zarysowaniem się spadku roszczeń. Ilustruje to tablica 2, przy której należy brać pod uwagę, że malejącemu wpływowi roszczeń do oddziałów ZUS nie towarzyszyło nagromadzenie się roszczeń w ubezpieczalniach (tabl. 1 kolumna 9).

zująco na szereg ubezpieczalni. Czas kompletowania roszczeń skróciło w roku 1949 — 35 ubezpieczalni z US w Chrzanowie na czele; 25 zaś ubezpieczalni nie tylko nie podniosło sprawności pracy, lecz ją obniżyło, powodując przedłużenie czasu.

Oddziały ZUS przynajmniej równie nie poświęciły dostatecznej uwagi postulatowi skrócenia okresu czasu załatwiania roszczeń. Konieczne jest na tym odcinku dla skrócenia czasu załatwień podjęcie walki z przewlekłą i być może nadmierną korespondencją, jak również czuwanie nad tym, aby wydawanie orzeczeń lekarskich nie doznawało zahamowań.

Pod adresem ubezpieczalni (oddziałów obwodowych ZUS), zwłaszcza tych, które dopuściły do przedłużenia czasu załatwiania roszczeń, trzeba powiedzieć, że nie zadały sobie trudu zanalizowania poszczególnych etapów kompletowania roszczenia w taki sposób, aby kierownictwo mogło ustalić przyczyny zwłoki i jej rozmiary na poszczególnych etapach. Z tego doświadczenia Centrala ZUS wyciągnęła obecne wnioski, że trzeba skłonić kierownictwo US (oddz. obwod. ZUS) do przeprowadzenia analizy i poddać mu jej metodę (patrz kwestionariusz okólnika Nr 199/50). Okazało się to konieczne z tego powodu, że operowanie tylko globalnym czasem załat-

TABL. 1. STAN NIEZAŁATWIWIONYCH ROSZCZEŃ

Na koniec	Z U S				U S				Z U S i U S
	W	R	U	Razem	W	R	U	Razem	Ogółem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
XII.45	2309	9517	1008	12834
XII.46	14230	23750	1828	39808	34626	26338	2521	63485	103293
XII.47	10030	30210	2349	42589	25656	19788	1726	47170	89759
XII.48	6382	17437	2197	58322	25470	15607	1876	42955	71275
XII.49	3594	18685	2340	24619	8190	10674	1517	20381	45000
VIII.50	1887	10123	1585	13595	4539	9071	1269	14879	28474

Ten spadek roszczeń rentowych stwarza więc nową sytuację. Etap walki głównie o ilość załatwionych roszczeń zakończył się. Obecnie należy podjąć wysiłki, aby skrócić jak najbardziej terminy załatwień. Stan dotychczasowy pod tym względem jest niezadowolający. Dwa zestawienia statystyczne, jedno oparte na materiale z grudnia 1948, drugie na materiale ze stycznia i lutego 1950 wykazały, że czas kompletowania roszczeń emerytalnych w ubezpieczalniach wynosił od 16 do 126 dni, przeciętnie 71,8 dni w roku 1948, a w roku bieżącym przeciętnie 59,7 dni. Czas załatwienia roszczeń emerytalnych w oddziałach ZUS wynosił 18 dni dla roszczeń posiadających kompletny przebieg ubezpieczenia i około 100 dni dla roszczeń niedostatecznie lub niewłaściwie kompletowanych. Wszystkie te okresy są bardzo długie, mimo że w roku 1949 ubezpieczalnie skróciły przeciętny czas załatwień o 12 dni.

Zalecenia Centrali ZUS wydane pismem okólnym z dnia 8.7.49 wpłynęły pod tym względem mobil-

wień i wytknięcie przewlekłości, jak to zrobiono w piśmie okólnym z 8.7.49, nie podziałało dość skutecznie. Wskazana w okólniku nr 199/50 metoda pozwoli na rozeznanie sytuacji pod względem przyczynowym i zbadanie przebiegu pracy.

Byłoby rzeczą wskazaną, aby komórki normatywnie oddziałów ZUS (wojewódzkich) przynajmniej renty, przynieśli również powyższą metodę na teren sekcji świadczeniowych tych oddziałów.

Dział Ubezpieczeń Rentowych Centrali ZUS dążąc do maksymalnego skrócenia czasu załatwiania roszczeń zarządzi niebawem, aby US (oddziały obwodowe) i oddziały ZUS (wojewódzkie) systematycznie rejestrowały czas załatwiania roszczeń i podawały co miesiąc przeciętny czas w sprawozdaniach przesyłanych do Centrali. Ułatwi to kierownictwu bieżącą ocenę sprawności pracy komórek świadczeniowych. Dotychczasowe sprawozdania statystyczne (aczkolwiek bardziej szczegółowe), sporządzane po długich odstępach czasu, nie mogły być skutecznym

TABL. 2. WPŁYW ROSZCZEŃ DO ODDZIAŁÓW ZUS W LATACH 1949 i 1950

mies.	wypadkowe		emer. rob.		em. pr. umysł.		razem	
	1949	1950	1949	1950	1949	1950	1949	1950
I	4791	2252	12258	8674	1602	1241	18651	12167
II	4584	3200	12084	8301	1382	1240	18050	12741
III	5435	2433	13698	9446	1510	1264	20643	13143
IV	4855	1989	11989	7647	1176	1062	18020	10698
V	4440	1755	11357	6643	1418	860	17215	9258
VI	3860	2033	11201	6672	1749	972	16210	9677
VII	3878	1906	10600	7043	1394	891	15872	9840
VIII	3315	1785	10845	7302	1471	1016	15631	10103
IX	2958	—	9738	—	1571	—	14267	—
X	2886	—	9804	—	1550	—	14240	—
XI	2397	—	9879	—	1327	—	13603	—
XII	2322	—	9693	—	1245	—	13260	—

instrumentem bieżącej oceny i bieżącego oddziaływania.

Wyłączenie lecznictwa z zakresu działalności ubezpieczeń otwiera nowy etap ich rozwoju i stwarza nową sytuację w zakresie zadań kierownictwa US (oddziałów obwodowych ZUS). Do tej pory zainteresowania dyrekcji były rozstrzelone w wielu kierunkach, tak jak wielokierunkowe były zadania ubezpieczalni społecznych. Dobry dyrektor US musiał być „omnibusem”, musiał interesować się czynnie różnorodnymi zagadnieniami, od np. rentgenów poprzez dentystykę, pogotowie lekarskie, szpitale, leki, zasiłki — do kwestii ściągłości składek, inwestycji, remontów itd. itd. Obecnie US (oddział obwodowy ZUS) po wyłączeniu lecznictwa zatrzymuje zwarte zadania, sprowadzające się do dwu zasadniczych rodzajów: składki i świadczenia pieniężne. To

zweżenie zakresu działania US (oddziałów obwodowych) pozwala kierownictwu na większe skoncentrowanie uwagi na świadczeniach pieniężnych, a więc także na świadczeniach rentowych, które dotychczas w dużym stopniu — w nawale innych zagadnień — dyrektorzy ubezpieczalni traktowali drugorzędnie.

Czynnik kontroli społecznej — Obwodowe Rady Ubezpieczeń (Tymczasowe Rady) przesuną bezwzględnie punkt ciężkości swoich zainteresowań na inne zagadnienia, aniżeli uwzględniane dotychczas, a więc m. in. również — na sprawę załatwiania roszczeń rentowych. Tymczasowa Rada ZUS dała już temu wyraz, uchwalając w dniu 16.9 br. w wniosku wiceprzewodniczącego ob. posła Frankowskiego dezyderat w sprawie skrócenia okresu załatwiania roszczeń przez Oddziały Obwodowe i wojewódzkie ZUS.

F. Ł.

Załoga realizuje Zobowiązania Październikowe

„Zobowiązujemy się w terminie do dnia 31 grudnia 1950 roku przejrzeć akta przechowywane w archiwum ogólnym i w pokojach biurowych, wyłączyć te akta, których dalsze przechowywanie jest zbędne, posegregować uzyskaną makulaturę na część zdatną jeszcze do użytkowania, i na drugą część do odprowadzenia do zbiornicy odpadków użytkowych. Na podstawie pobieżnego przeglądu archiwum przewidujemy uzyskanie w wyniku tej akcji:

- zwolnienie 18 skrzynek kartotekowych,
- 20 m kw. wolnej przestrzeni w archiwum i 52 m kw. powierzchni opróżnionych półek archiwalnych,
- 4 szafy na akta,
- 150 kg papieru zdatnego do dalszego użytku,
- 700 kg makulatury dla przemysłu papierniczego,
- 60 segregatorów do dalszego użytku,
- 200 różnych skoroszytów i teczek,
- 3 kg spinaczy.

Czas, którego nam trzeba na wykonanie naszego zobowiązania uzyskamy przez zwiększenie naszej wydajności tak, by każdy pracownik w ciągu tygodnia mógł przeznaczyć na realizację podjętej akcji 5 — 7 godzin“.

Oto wyjątek z protokołu ogólnej narady roboczej jednego z oddziałów obwodowych ZUS. Z bliższych okoliczności: narada odbyła się dnia 14 października b. roku; oddział zatrudnia z górą siedemdziesięciu pracowników.

W końcu października r.b. wybieramy się z Branżowego Komitetu Współzawodnictwa, aby zbadać sposób wykonywania zobowiązania.

Przewodniczący miejscowego Komitetu Współzawodnictwa pokazu-

je nam szczegółowy plan realizacyjny podjętego zobowiązania. Plan przewiduje: podział załogi na 6 grup wg komórek ustrojowych każda grupa pracuje 1 dzień w tygodniu.

Nasza wizyta w archiwum przypada na dzień, w którym pracuje grupa księgowości, zasilona częścią obsady sekcji administracyjno-gospodarczej. W archiwum zastajemy 11 koleżanek i kolegów, pracujących pod kierunkiem szefa sekcji rachunkowości, który w dniu tym był odpowiedzialny za kwalifikowanie akt do wyłączenia. Praca przebiega żywo, w pogodnym nastroju. Organizację pracy porządkowej zaplanowano w szczegółach. Każdy przychodzący wie, co ma robić, i — jak robić. Podział pracy harmonijny, organizacja — wzorowa.

Zastosowany system pracy polega na właściwym podziale czynności i tak kolejno:

— pierwszy pracownik zdejmując akta z półek,
— drugi łącznie z kierownikiem sekcji rachunkowości kwalifikuje akta do wyłączenia,
— trzeci opróżnia segregatory lub teczki z akt,
— pięciu dalszych wyłącza z makulatury spinacze i papier zdalny do dalszego użytku, segregując go na formaty: A4, A5 i A6,
— makulaturę nie nadającą się do dalszego użytku składa osobny pracownik do przygotowanej skrzyni,
— wreszcie dwaj dalsi pracownicy układają posegregowany papier, ważą go i paczkują w sposób jednolity dla każdego formatu.

Trybuna dyskusyjna

Spółeczna kontrola w ubezpieczeniach społecznych

Ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego wprowadzają poważne zmiany w organizacji ubezpieczeń społecznych. Zmiany te obejmują również i dotychczasowe organa kontroli społecznej, które istnieć będą tylko w jednej ze wspomnianych instytucji, a mianowicie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w postaci rad ubezpieczeń społecznych i komisji odwoławczych ubezpieczeń społecznych. Poniżej podaje kilka uwag, które mi się nasuwają w związku z kontrolą społeczną.

Z punktu widzenia tej kontroli ważne jest, jak mi się zdaje, szczegółowe określenie organizacji zakresu działania rad, aby w pracy codziennej nie napotykać trudności, że by możliwie każde zagadnienie znajdowało rozwiązanie.

Wymieniam z tych zagadnień tylko niektóre: współpraca z dyrekcją Zakładu, współpraca ze Związkami Zawodowymi, współpraca z ZLP, zakres tej współpracy i w razie niezgodności poglądów czynnik rozstrzygający. Ważnym zagadnieniem jest skład prezydiów rad i ich uprawnień oraz sposób powołania komisji odwoławczych ubezpieczeń społecznych z grona rady, czy z poza grona. Następnie kontrola gospodarki, okresowość tej kontroli i jej zasięg. Wreszcie ostatnia sprawa, to sprawozdawczość rad. Sprawozdawczość ta powinna być składana na piśmie w terminach z góry ustalonych i przynajmniej raz do roku na zjeździe przedstawicieli rad. Zjazdy takie, odpowiednio przygotowane mają duże znaczenie w pracach rad na przyszłość.

Ważnym elementem kontroli społecznej była dotychczasowa praktyka przeprowadzania porad z ubezpieczonymi na terenie zakładów pracy. Najwięcej zażeń, czy też życzeń kierowano na tych naradach pod adresem lecznictwa. Tego rodzaju porady powinny odbywać się w przyszłości, bo na nich ujawniają się wszelkie niedomagania zarówno

W czym tkwi źródło odczucia nastroju w pracy?

Bez wszelkiej wątpliwości jedną z najważniejszych przyczyn zadowolenia to świadomość, iż wykonywa się pracę słuszną i celową. Wielu pracowników uzyska dzięki akcji porządkowej szafy, skrzynki kartotekowe, segregatory i teczki, których brak odczuwają w pracy codziennej. Wstrzymują się jednak z zapotrzebowaniem w pełnym poczuciu odpowiedzialności za wykonanie planu oszczędnościowego. Teraz oto i plan będzie wykonany i braku będą uzupełnione. **Sporo cennego surowca uzyska dzięki zobowiązaniu nasz przemysł papierniczy.**

Dowiadujemy się, że inicjatywa naszych kolegów w oddziale ZUS stała się bardzo popularna w całym mieście. Podjęły ją wkrótce i inne załogi miejscowych instytucyj.

★
Obserwując sprawność przebiegu realizacji zobowiązania, tempo pracy i dużą staranność kolegów, mieliśmy pełną świadomość i przekonanie, że załoga tego oddziału nie tylko wykona swe zobowiązanie, ale wykona je i przed terminem i ze znaczną nadwyżką.

Jej inicjatywę podejmą i inne załogi ubezpieczeń społecznych w całym kraju.

S-i-F

lecznictwie, jak i w innych działach ubezpieczeń. Dotychczas takie narady organizował zarząd ubezpieczalni w porozumieniu z dyrekcją zakładu pracy i związkiem zawodowym, działającym na jego terenie. Pytanie teraz, kto ma na przyszłość zwoływać i obsługiwać tego rodzaju narady. Dotyczą one obu instytucji, a więc instrukcja wydana przez Centralę ZUS i ZLP musi wyraźnie określić sposób zwoływania takich porad.

Jakbyśmy jednak pozytywnie nie oceniali tych porad, mogą one być tylko słabą namiastką organu społecznego, do którego winno należeć rozstrzygnięcie zażeń i skarg ubezpieczonych na tle świadczeń leczniczych. Żadnego takiego organu nie przewiduje ustawa o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego. Oznaczałoby to, że skargi takie mogą być wnoszone i rozpatrywane tylko w trybie nadzoru, a więc przez właściwe rady narodowe względnie Ministerstwo Zdrowia. Byłoby jednak, zdaje się, właściwe i celowe powołanie dla rozstrzygnięcia skarg na tle lecznictwa odpowiednich komisji społecznych. Przykład ZSRR, gdzie w obrębie państwowej służby zdrowia istnieją takie komisje, wart jest zdaniem naszym, naśladowania.

Walka z symulacją, mieszczenie ważne zagadnienie odbywała się dotychczas drogą uświadamiania ubezpieczonych, czym są ubezpieczenia społeczne dla świata pracy i o szkodliwej roli symulantów. Praca, uświadamiająca dała swoje wyniki. Symulant, który do niedawna gwałtownie bezkarnie, a nawet chlubił się swoim symulantstwem dzisiaj czuje, że popełnia przestępstwo, stara się nadać swojemu postępowaniu pozory legalności. Rozbudzenie świadomości karygodnego czynu, jest już dużym osiągnięciem w walce z symulacją. Jeżeli w przyszłości w tej pracy uświadamiającej wezmą udział związki zawodowe i rady zakładowe, to symulacja będzie rzadkim zjawiskiem w ubezpieczeniach społecznych. W walce z symulacją zespo-

lić muszą swe prace ZUS i ZLP, bo zarówno jedna jak i druga instytucja mają możliwość prowadzenia pracy uświadamiającej na swoim odcinku. Pytanie, kto ma koncentrować i koordynować ich prace w walce z symulacją. Trudno całą tę pracę przenieść na związki zawodowe. Związki mogą w tej pracy tylko współdziałać.

Sądymy, że koncentracja i koordynacja pracy uświadamiającej powinna należeć do obowiązków Głównej Rady Ubezpieczeń Społecznych przy ZUS, jako czynnika społecznego nadzoru w ubezpieczeniach. Barometrem stanu niezdolności do pracy, są wypłacane zasiłki chorobowe. Ten barometr będzie w ręku ZUS. Każdy nadmierny wzrost zasiłków powinien być awizowany ZLP. Nasuwa się obawa, że na skutek takiego awiza o wzroście zasiłków może być zastosowany mechaniczny środek redukcji niezdolnych do pracy. W takich wypadkach powinien być powołany jakiś czynnik społeczny do badania przyczyn wzrostu zasiłków i metod jakie zastosować należy aby usunąć przyczynę wskutek której wzrosły zasiłki.

Żyjemy w okresie planu sześciolletniego, potrzeba nam rąk ludzkich do pracy, a więc zadaniem naszym powinno być utrzymanie maksymalnej zdolności człowieka do pracy, za bezpieczeństwo go przed wypadkami losowymi.

Zarówno ZUS jak i ZLP obracają się w orbicie tego samego zagadnienia, którego obiektem jest człowiek pracy. Ponieważ praca człowieka tworzy granitowe podstawy pod gmach Państwa Socjalistycznego, przeto troska o zdrowie i siły twórcze człowieka jest ważnym wkładem w budowę socjalizmu w Polsce.

Prze utrzymanie człowieka pracy przy jego warsztacie w stanie zdolnym do twórczej pracy ZUS i ZLP współdziałały przy budowie Polskiej Socjalistycznej.

Kazimierz Jaroszewski
Przew. Tymcz. Rady
ZUS w Tarnowie

O zmianę sposobu obliczania zarobku tygodniowego

Obowiązujący obecnie sposób obliczania zarobku tygodniowego, będącego podstawą do obliczania zasiłku z ubezpieczenia chorobowego jest w praktyce niejednokrotnie bardzo uciążliwy. Wynagrodzenia robotników są umówione dziennie, godzinowo lub akordowo, a tylko wypłacane miesięcznie.

Pracodawcy jednak z uwagi na przyjęty ogólnie miesięczny system obliczania i wypłaty tych zarobków wykazują je w zaświadczeniach do zasiłków, jako zarobki miesięczne, co jest niezgodne z rzeczywistością, gdyż zarobki takie są zarobkami tygodniowymi.

Jeżeli robotnik przepracował przed miesiącem zachorowania pełne 13 tygodni, to obliczenie podstawowego zarobku tygodniowego jest proste. Gorzej jest jednak, jeżeli w okresie 3-ch miesięcy, poprzedza-

jących zachorowanie robotnik przepracował z pewnych przyczyn tylko część z tego okresu. Obliczając zarobek tygodniowy bierzemy wówczas pod uwagę tylko te tygodnie, w których istniało faktyczne zatrudnienie, a więc tyle tygodni, ile jest sobót. Jeżeli w tygodniu był 1 dzień pracy, np. sobota to zaliczamy ten dzień jako tydzień. Formalnie jest wszystko w porządku. Ubezpieczonemu dzieje się jednak krzywda, gdyż w ten sposób obniża się jego przeciętny zarobek. Ustawodawca mówiąc o zarobku tygodniowym ma na myśli zarobek uzyskiwany przez pracownika w ciągu 6 dni, a więc zarobek, jaki normalnie otrzymuje. Dążyć więc trzeba do ustalenia tego zarobku w taki sposób, aby usunąć wyniki przypadkowe. Doprowadza nas to do wniosku, że konieczna jest zmia-

na obowiązujących w tej mierze przepisów. Wydaje mi się, że właściwym byłby następujący sposób obliczania przeciętnego zarobku tygodniowego:

Przeciętny zarobek tygodniowy oblicza się w ten sposób, że zarobek osiągnięty w ciągu ostatnich 13 tygodni lub 3-ch miesięcy przed zachorowaniem dzielimy przez ilość dni faktycznie przepracowanych w tym okresie, zaś iloraz mnożymy przez 6.

Wprowadzenie tej zmiany uprościłoby pracę pracowników obliczających zasiłki w zakładach pracy, którzy na ogół są jeszcze słabo obeznani z tym nowym dla nich zagadnieniem, a tym samym ułatwiłoby kontrolę zasiłków w obwodowych oddziałach ZUS.

Józef Koziół

DO KORESPONDENTÓW TERENOWYCH

Jako stałego czytelnika i prenumeratora „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ zainteresował mnie specjalnie Dział „Życie Pracownicze“, który w swym założeniu powinien stanowić kronikę życia zawodowego i społecznego pracowników naszych oddziałów.

Z przykrością stwierdzam, że tylko nieliczne placówki ubezpieczeniowe wnoszą swój wkład do tej kroniki. A przecież mamy 61 oddziałów obwodowych, 6 wojewódzkich i pożądaną liczbę ekspozytur, z których zaledwie drobna część wykorzystuje łamy naszego miesięcznika, by po-

dzielić się z kolegami z całej Polski swymi osiągnięciami, metodami pracy i trudnościami.

Wiemy, że we wszystkich Oddziałach pracują — i to nieraz bardzo dobrze — organizacje partyjne, związkowe, masowe, że działają kluby racjonalizatorów, koła kulturalno-oświatowe, sekcje sportowe. Praca ta daje wyniki, lecz my nie piszemy o nich, nie popularyzujemy ich wśród ogółu ubezpieczeniowców.

I w naszym Oddziale nie wytypowano dotąd stałego korespondenta PUS — kronikarza naszego życia zbiorowego. Wobec tego podejmuję

się samorzutnie tej roli, chcąc w ten sposób przemówić do ambicji kolegów zarówno ze swego oddziału, jak i z innych. Wzywam Was do współpracy w zapoznawaniu ogółu z przejawami naszego życia i naszych prac.

Marian Rychłowski

Oddz. Obwodowy ZUS
w Wałbrzychu

Słowom Waszym możemy tylko przyklasnąć i przyłączyć się do Waszego apelu. Nadesłane przez Was wiadomości wykorzystamy w następnym numerze pisma. Prosimy o stałą współpracę.

RACJONALIZATORZY W DRUKARNI ZUS

W instytucjach ubezpieczeń społecznych częste zastosowanie praktyczne mają tzw. drugi ściślego zarachowania, zaopatrzone w kolejną numerację. Formularze takie sporządzały dotychczas drukarnie w mieście, a następnie dopiero własna drukarnia ZUS odbijała na nich numerację.

Ostatnio dokonano zmiany w sposobie wykonywania tych druków. Mianowicie drukarnia Centrali ZUS przystąpiła we własnym zakresie do całkowitego wykonywania druków o numeracji porządkowej i to w ten sposób, że maszyna drukarska od razu odbija sam druk, jak również kolejny numer blankietu.

Jednoczesne wykonywanie obu faz pracy daje Zakładowi kilkakrotnie oszczędności. Sukces ten osiągnięto dzięki usprawnieniom dokonany w drukarni ZUS przez drukarza **Stefana Pokropka**, oraz tow. **Stanisława Jakubickiego**, kierownika drukarni, którzy w matrycę maszyny płaskiej wmontowali specjalne numeratory, odbijające po każdej zmianie arkusza kolejny numer. Inicjatorem usprawnienia był kol. **Jan Borkowski**.



Stefan Pokropka, drukarz — racjonalizator.

Tematyka ubezpieczeniowa w programach nauczania

1. Aktualizacja treści programów nauczania.

Z wypowiedzi czynników oficjalnych i publikacji urzędowych wynika, że na ubezpieczenia społeczne w Polsce wydajemy rocznie ponad 200 miliardów zł. Akcją tą obejmujemy około 5 milionów osób, co wraz z rodzinami stanowi blisko 47% ludności całego kraju.

Wiemy, że w planie 6-letnim przewidziana jest dalsza i wszechstronniejsza rozbudowa ubezpieczeń społecznych.

Jest to więc — krótko mówiąc — wielka dziedzina pracy państwowej i społecznej, o której ogół obywateli powinien posiadać pewną ilość niezbędnych wiadomości.

Wiadomości podstawowe o ubezpieczeniach społecznych każdy obywatel powinien otrzymać już na ławie szkolnej.

A jak jest w rzeczywistości?

Wystarczy zajrzeć do programów i podręczników szkolnych, aby przekonać się, że dla tych zagadnień nic albo prawie nic nie robi się.

Kogo należy winić za ten stan rzeczy?

Czy szkoły mają przyjść po tematy do ubezpieczeń społecznych, czy na odwrót ubezpieczenia zgłoszą swoją tematykę autorom programów i podręczników szkolnych?

Nie ulega wątpliwości, że instytucje ubezpieczeń społecznych, jako najbardziej zainteresowane, powinny podjąć próbę wprowadzenia tematyki ubezpieczeniowej do programów nauczania.

Nowa polska rzeczywistość polityczna, społeczna i gospodarcza musi znaleźć odbicie w programach nauczania nowej demokratycznej szkoły polskiej.

Programy szkolne powinny być funkcją treści życia politycznego, społecznego i gospodarczego Polskiej Ludowej.

Instytucje ubezpieczeń społecznych powinny dopomóc szkołom do zaktualizowania treści programowej i podręcznikowej.

2. Do programu jakich przedmiotów nauczania wprowadzić należy tematykę ubezpieczeniową?

Przy nauczaniu każdego przedmiotu może nadarzyć się okazja omówienia tematyki ubezpieczeniowej. Np. na lekcji języka polskiego czytając nowelkę „Nasza szkapka“ M. Konopnickiej można porównać sytuację w jakiej znajdowała się rodzina robotnicza dawniej i dzisiaj. Można na konkretnych wykazać, jak wielką zdobyczą socjalną dla świata pracy, dla dzieci, dla wdów i sierot jest ubezpieczenie rodzinne.

Na lekcji rysunku (z wyobraźni) w kl. I szkoły podstawowej dzieci mogą rysować samochód „Pogotowia Ubezpieczalni Społecznej“, który przyjechał na wezwanie telefoniczne do szkoły. Tu znowu będzie okazja mówienia o ubezpieczeniach społecznych.

Nie można jednak poprzestać na takich „okazyjnych wykładach“. Wiedza o znaczeniu społecznym, o zadaniach i organizacji ubezpieczeń może być podana w sposób z góry przewidziany i w sposób planowy.

W szkole podstawowej przedmiotem specjalnie do tego nadającym się będzie „Nauka o Polsce“. W programie i podręczniku szkolnym powinien znaleźć się rozdział podający najważniejsze wiadomości o ubezpieczeniach społecznych, jakie są konieczne każdemu obywatelowi w jego przyszłym życiu publicznym.

W szkołach zawodowych, zarówno przemysłowych, usługowych i rolniczych, przy nauczaniu „organizacji przedsiębiorstw społecznych oraz państwowych gospodarstw rolnych i spółdzielni produkcyjnych“, należy podać szereg praktycznych wiadomości organizacyjnych, co i jak należy robić, aby w sposób właściwy korzystać ze świadczeń przysługujących z ubezpieczeń społecznych.

W szkołach zawodowych i ogólnokształcących nauczanie matematyki, począwszy od klas najniższych aż do najwyższych, daje wiele ciekawych zadań, opartych na tematyce ubezpieczeniowej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych opracował zbiór kilkudziesięciu zadań matematycznych na poziomie od III do XI klasy i zesłał autorom podręczników do wykorzystania przy drukowaniu nowych nakładów.

Nauka języka polskiego na poziomie wszystkich klas daje liczne okazje omawiania ubezpieczeń społecznych od strony politycznej, społecznej i gospodarczej. Trzeba tylko, aby program sugerował takie właśnie ujęcie niektórych czytanek lub nawet fragmentów całych utworów literackich. Oczywiście wymaga to, aby w spisie lektury znalazły się wspomniane czytanki lub utwory.

Przy nauczaniu innych przedmiotów np. w podręcznikach biologii mogą znaleźć się rozdziały poświęcone problematyce ubezpieczeniowej. Higiena np. aż prosi się, żeby omówić zagadnienie profilaktyki i prewencji, prowadzonych przez ubezpieczenia społeczne.

3. Kiedy i jak omawiać w szkołach tematykę z zakresu ubezpieczeń społecznych?

Autorzy programów i podręczników dla poszczególnych przedmiotów będą musieli rozstrzygnąć problem, jakie tematy i na poziomie

jakich klas będzie można wprowadzić do nauczania. Przede wszystkim musi nas obowiązywać zasada zainteresowania uczniów.

Nie może nas krępować suchy, systematyczny i na historycznym rozwoju oparty wykład o ubezpieczeniach społecznych.

W szkole podstawowej z najmłodszą działwą omówimy, — opierając się na konkretnych faktach — zagadnienie kolonii, półkolonii i profilaktyki. Na przykładach zilustrujemy, jaką w tej dziedzinie rolę spełniają ubezpieczenia społeczne.

Ubezpieczenie rodzinne, opieka nad matką i dzieckiem — to następne tematy, przygotowujące młodego obywatela do zrozumienia roli i zadań, jakie w społeczeństwie socjalistycznym spełniają ubezpieczenia społeczne. Prewentoria, sanatoria i szpitale to dalsze konkrety, świadczące o społecznej roli ubezpieczeń społecznych.

Odpowiedni dobór zadań matematycznych wprowadzi do tych rozważań elementy realizmu gospodarczego, odsłoni mechanizm ubezpieczeń, poinformuje ile kosztuje pewne świadczenie i jak jest ono pokryte.

O emeryturach będziemy mówili później, jako o rzeczach dla dzieci mniej zrozumiałych.

Wspomniana zasada zainteresowania uczniów w połączeniu z zasadami pogładowości i stopniowania trudności podpowie nam dobór materiału i rozłożenie wg poszczególnych klas.

Wiadomości o ubezpieczeniach będą miały układ raczej propedeutyczny a nie systematyczny.

Zacznijmy od rzeczy prostych, bliskich, konkretnych i przechodzić będziemy do zagadnień i pojęć złożonych, dalszych i abstrakcyjnych.

Dopiero przy końcu — gdzieś w klasie VII, IX lub nawet XI podejmiemy w „Nauce o Polsce“ krótką próbę usystematyzowania wiadomości o ubezpieczeniach społecznych.

Wskazania powyższe, oparte na przesłankach psychologicznych będziemy w sposób analogiczny stosować w szkołach zawodowych i na różnego rodzaju kursach przeszkoleniowych.

Pamiętać musimy, że chodzi tu o popularyzację ubezpieczeń społecznych i o wiadomości ogólne, niezbędne w edukacji obywatela biorącego czynny udział w życiu publicznym.

4. Jaką rolę w tej pracy mogą spełnić pracownicy ubezpieczeń społecznych?

Uważam, że rola pracowników ubezpieczeń społecznych w tej akcji popularyzacyjnej jest bardzo doniosła.

Przede wszystkim pracownicy „frontowi“ tj. ci wszyscy, którzy w pracy codziennej stykają się z szeroką publicznością, a zwłaszcza z młodzieżą szkolną powinni być świadomi tego, że ich praca, ich stosunek do pracy i spo-

sób wykonywania tej pracy są najczęstszą formą szerzenia zrozumienia dla instytucji ubezpieczeń społecznych.

Odpowiedni, wprost pedagogiczny ze strony personelu stosunek do młodszego pacjenta może sprawić, czy to pierwsze w życiu zetknięcie się z instytucją ubezpieczeniową pozostawi uczuciowo przyjemne wrażenie, czy też przykre.

Ten emocjonalny stosunek do instytucji — to bardzo ważne zagadnienie. Doświadczony pedagog o tym wie i dlatego pierwsze dni pobytu dziecka w szkole stara się uczynić przyjemnymi i radosnymi.

Tę dobrą atmosferę zetknięcia się ucznia z instytucją ubezpieczeniową można w sposób naturalny wesprzeć krótką rozmówką na temat tego świadczenia, jakie w danej chwili ta instytucja daje.

Dzieci są ciekawe, dzieci interesują się otaczającym ich światem i życiem. Dlatego kilka słów autorytatywnych informacji może trafić na odpowiedni grunt i przyczynić się do powstania właściwych pojęć i sądów.

Nie potrzebne tu są wykłady — wystarczy życzliwy i świadomy swej roli — stosunek do młodzieży.

Specjalne zadania ciążyą na personelu lekarskim i na tym personelu administracyjnym, który ma możliwość obcowania z całymi zespołami uczniowskimi, tj. z klasami lub nawet szkołami. Instytucje ubezpieczeń społecznych, każda na swoim terenie, powinny przez specjalnie delegowanych pracowników dotrzeć do szkół i nawiązać kontakty.

Odwiedziny, zaopatrzenie szkoły w materiał popularyzacyjny, pogadanka z przezroczami itp. mogą przyczynić się do obudzenia zainteresowań i do lepszego zrozumienia treści, jaka kryje się pod nazwą takiej, czy innej instytucji ubezpieczeniowej.

Jeżeli ubezpieczenia społeczne znajdą drogę do szkół, to wtedy możemy być pewni że i szkoły trafią do ubezpieczeń społecznych.

St. Godecki.



Brygada młodzieżowa nr. 2 przystąpiła do wykonania Zobowiązania Październikowego w składzie: L. Jodkowska, Narkiewicz, H. Szelałowska, D. Włodarczyk, H. Złakowska, Fr. Kosko.

NASZA PRACA ZAWODOWA I SPOŁECZNA

Biała

W dniu 11.10.50 stanęli przed komisją egzaminacyjną Wszechnicy Radiowej kol. kol. Helena Cwiertnia Hernas, Lękawa, Migdał i Mizera. Nie tęgie mieli miny. Nic dziwnego: czekali bowiem na „wyrok“, czy po rocznej intensywnej pracy przyswoili sobie dość wiadomości, by sprostać wymogom egzaminatorów.

Trud n'e poszedł na marne. Zdali! Brawo koledzy, gratulujemy Wam!

Szkoda tylko, że grupa egzaminowanych była tak nieliczna. Jesteśmy przekonani że za rok do egzaminu z kursu Wszechnicy Radiowej przystąpi większa grupa ubezpieczeniowców z Białej wykorzystując możliwość pogłębienia i rozszerzenia zakresu swych wiadomości.

Pionka Juliusz

*

W dniu 20.9.br. załoga Oddziału Obwodowego ZUS wybrała Zakładową Radę Kobięcą w osobach kol. kol. Marii Bukowiec, Wandy Irauth i Kazimierzy Kierpiec. Po wyborach ogłoszono wyniki II etapu współzawodnictwa pracy. Tytuł zakładowego przodownika pracy zdobył kol. Tadeusz Hernas. Wśród 11 przodowników zespołowych, 3 pracownicy uzyskało po raz drugi to zaszczytne wyróżnienie. Są to kol. kol. Helena Cwiertnia, Bronisław Grajcarek i Edward Mizera.

T. H.

*

Mężowie zaufania grup związkowych z Oddziału Obwodowego ZUS wzięli udział w seminarium specjalnym, zorganizowanym w Białej

Jadwiga N.

Bielsko

Dzięki staraniom zmarłego w b. roku prezesa Tymcz. Rady i Tymcz. Zarządu, Stanisława Zarnowskiego b. Ubezpieczalnia Społeczna w Bielsku nabyła w 1947 r. parcelę z ruinami 3-piętrowej willi, położoną w bezpośrednim sąsiedztwie dawnego gmachu US. Nie wykorzystano jednak możliwości szybkiego odremontowania nabytego obiektu, zabezpieczając go jedynie przed wpływami atmosferycznymi.

Obecnie prowadzone są starania o uzyskanie kredytów z dodatkowego Państwowego Planu Inwestycyjnego na r. 1951 na przeprowadzenie remontu gdyż w związku z reorganizacją lecznictwa pracowniczego i tworzeniem systemu ambulatoryjnego, potrzeby lokalowe stają się coraz bardziej palące.

Zacieśnianie pomieszczeń biurowych pogarsza bowiem warunki pracy ubezpieczeniowców i obniża jej wydajność w okresie, kiedy stawiane nam wymagania w związku z wykonaniem Planu 6-letniego stale

rosną. Odbudowy posiadanych obiektów domagamy się zarówno w imieniu ubezpieczonych, jak i ubezpieczeniowców.

mgr Cyryl Duc

Bydgoszcz

Przez wzmoczoną pracę kulturalno-oświatową do socjalizmu — oto hasło, które przyświeca działalności zespołu świetlicowego ZZPIS przy b. Ubezpieczalni. Zespół składa się z 70 osób, zgrupowanych w chórze mieszanym, zespole tanecznym i orkiestrze, które stanowią 1/3 załogi pracowniczej.

Prócz występów na własnym terenie z okazji akademii i uroczystości wewnętrznych nasz zespół świetlicowy bierze czynny udział w życiu kulturalno-artystycznym miasta i okolicy i z okazji Święta 1 Maja obśłużyliśmy 3 akademie (w Komitecie Dzielnicowym PZPR w Okręgu ZZPIS i we wsi Robakowo), uczestniczyliśmy w Festiwalu Sztuk Radzieckich, otrzymując od CRZZ dyplom pamiątkowy i nagrodę, zorganizowaliśmy program rozrywkowy dla chorych Sanatorium Przeciw gruźliczego w Smukale, wystąpiliśmy z programem rewolucyjnych pieśni robotniczych na akademii organizowanej przez Wojewódzki Komitet Kultury Fizycznej z okazji 6 rocznicy Manifestu PKWN. Hasło łączności miasta ze wsią realizujemy, organizując uroczystość w PGR Pauliny i uczestnicząc w święcie ludowym wsi Pruszcz.

Punktem kulminacyjnym działalności zespołu był miesiąc wrzesień.

W dniu 18.9.br. zorganizowaliśmy w Sali Państw. Teatru Ziemi Pomorskiej koncert dla świata pracy pod hasłem „Bydgoszcz buduje Warszawę“. Rozprowadzono 734 bilety, a dochód z imprezy w kwocie 60.513 zł przekazano na SFOS. W tydzień później wystąpiliśmy w tym samym programem w Teatrze Letnim w Ciechocinku, a w dniu 30.9.br. uczestniczyliśmy w akademii organizowanej w Starym Teatrze przez ORZZ z okazji zakończenia miesiąca odbudowy Warszawy.

Pokwitowaniem naszej działalności na polu kulturalno-oświatowym są zarówno podziękowania organizatorów imprez, które staramy się uświetnić, jak wyróżnienie naszego zespołu przez przewodniczącego MRN, pozytywne recenzje prasowe, a przede wszystkim oklaski kilku tysięcznego już audytorium, które poznało i oceniło nasz wysiłek w dążeniu do upowszechnienia kultury socjalistycznej.

A. Lejman

Kowanówek

Na terenie Sanatorium powołana została do życia w dniu 15.9.1950 Rada Kobięca w skład której weszły

kol. kol. Agnieszka Najderek (przewodnicząca), Seweryna Szymczak (sekretarz) i Irena Kalicka (członek zarządu).

Kam.

Łódź

Załoga naszego Oddziału daje wyraz zrozumienia swych obowiązków względem Stolicy. Świadczy o tym kwota 382.665 zł zebrana w ciągu 3 lat z miesięcznych składek pracowniczych, którą przekazaliśmy na SFOS. Ponadto we wrześniu ub. roku ofiarowaliśmy 20.000 zł na odbudowę Zamku Królewskiego.

Cheąc zbliżyć łódzian do Warszawy, Oddział Wojewódzki ZUS zorganizował w ramach czasów niedzielnich 78-osobową wycieczkę do Stolicy w dniu 17.9.br. Pogoda dopisała, organizacja również i wprost z dworca udaliśmy się samochodami Centrali na Trasę W—Z, by stamtąd rozpocząć zwiedzanie. Przekonałiśmy się „na własne oczy“ o wysiłku całego społeczeństwa odbudowującego Warszawę.

Na tym miejscu dziękujemy Zarządowi naszego Koła Związkowego za umożliwienie nam bezpłatnej wycieczki. Dziękujemy również kolegom z Koła ZZPIS przy Centrali ZUS w Warszawie — kierownikom samochodów i przewodnikom wycieczki, za ich wybitnie społeczne podejście do naszej imprezy.

J. Pinińska

Opole

Akademia, poświęconą popularyzacji odbudowy stolicy zakończyli ubezpieczeniowcy z Opola miesiąc odbudowy Warszawy. Nasz udział w tej akcji to składki ogółu pracowników na SFOS, które przekroczyły już kwotę 300.000 zł oraz dochód z dwóch zabaw w wysokości kilkuset tysięcy zł.

Miejski Komitet Odbudowy Warszawy w Opolu złożył naszemu Kołu specjalne podziękowanie za aktywną pomoc w akcji odbudowy.

mgr J. Blauciak



Zofia Jacheć — przodownica zespołowa w Brygadzie Młodzieżowej nr 5 w Centrali ZUS

Pracownicy Centrali ZUS i ZLP wybrali w dniu 22.9.1950 r. wspólną dla obu Zakładów Radę Kobiecą. W skład Rady weszły kol. kol. Bożena Godycka, Czesława Kochańska, Stefania Kowalczykowa, Janina Łęska, Janina Makarowska, Jadwiga Malinowska, Lucyna Nowakowska i Krystyna Rafalska. Przewodnictwo Rady objęła kol. **Malinowska**, weteranka pracy w ubezpieczeniach, która przez 20 lat dała się poznać ogó-

łowi kolegom i zdobyła ich zaufanie. Dowodem tego było powierzenie jej przewodnictwa pierwszej Rady Zakładowej powstałej przy Oddziale ZUS po Wyzwoleniu i kolejne piastowanie odpowiedzialnych funkcji w zarządzie Koła ZZPIS. Skład Rady Kobiecej daje gwarancję, że praca jej będzie żywą i że w dobie reorganizacji instytucji ubezpieczeniowych koleżanki zatrudnione w Centrali sprostają swym zadaniom.

Adela Kowalska

W. M.

4 LATA PRACY I POSTĘPU

(z konkursu na korespondencję)

Sierpień 1945 r.

— Mamo, ja chcę iść do domu. W tej poczekalni tak gorąco i tak długo już czekamy.

— Poczekaj, córeczko jeszcze trochę. Może pan doktor nie długo przyjdzie. Już i tak dwa dni szukałyśmy jego adresu.

Dziś

— Spotkamy się Haneczko w ogródku Ośrodka. Tablice informacyjne są pisane dużymi literami, to łatwo znajdziesz gabinet doktora. Mamusia przyjdzie prosto z pracy, bo ma też wyznaczoną wizytę u dentysty. Załatwimy nasze sprawy i wrócimy razem do domu.

Wrzesień 1946 r.

— Ignacy, dokąd tak pędzisz?

— A drugi już dzień latam do Ubezpieczalni po zasiłek chorobowy. Wyczekam się, wystoję i jeszcze nie wiem czy mi dziś wypłaca.

Dziś

— Nie zapomnijcie towarzyszu, że jutro piątek — dzień wypłaty zasiłków chorobowych w naszej fabryce. Skoczycie sobie w obiad i odbierzcie pieniądze za okres ostatniej choroby. A jak się teraz czujecie?

— Dziękuję, zupełnie dobrze. Biore jeszcze zastrzyki; robi mi je siostra w naszym ambulatorium.

Listopad 1948 r.

— Zosiu, co z tobą się dzieje? Tak źle wyglądasz.

— Coś mi już od miesiąca dolega, tracę siły.

— Więc czemu nie idziesz do lekarza?

— Jakże tu iść na badanie, kiedy dzieciaki płaczą. Ani ich samych zostawić, ani zabrać ze sobą; i tak dzień po dniu schodzi.

Dziś

— Szybko dzieci zapinajcie płaszczki. Idziemy do Ubezpieczalni.

— Hip, hip, hurra! To będzie zabawa! Są przechowalni jest nowy pajac, są klocki, siostra znów opowie bajkę.

Styczeń 1949 r.

— Serwus kolego, dokąd idziesz?

— Przed siebie. W domu pranie, w dodatku światło zgasło i nie mam kąta, by spokojnie przeczytać gazetę — złość mnie wzięła więc wyszedłem.

— Ja także, choć miałem zamiar obmyśleć dziś pewne usprawnienie w pracy.

— No to chodźmy na jednego.

Dziś

— Przyjdźcie, koledzy, po pracę do świetlicy. Zagramy w szachy.

— A nie lepiej poćwiczyć ping-ponga?

— Ja dziś nie będę grał, bo muszę

kol. Henryka Nowicka przystąpiła do pracy w drukarni Centrali ZUS jako siła niewykwalifikowana. Dzięki własnej pracy i pomocy kolegów kol. Nowicka nie tylko samodzielnie uruchamia i obsługuje automatyczną maszynę drukarską typu „Planet“, ale jest pierwszą kobietą w naszej drukarni, która samodzielnie umie naprawić swą maszynę. Tytuł kwalifikowanej maszynistki i 130 proc. wykonywanej normy — oto rezultaty pracy naszej koleżanki.

przejrzeć materiał do nowej gazetki ściennej.

— To my ci pomożemy, posłuchamy radia, a potem zagramy. W Ubezpieczalni zaczęli już palić i teraz cieplej tam niż w domu.

Sierpień 1950 r.

— Pani kierowniku, czy będę mógł się jutro zwolnić? mam jechać do Wrocławia na komisję.

— Znów?

— Poprzednio byłem na przesiewieniu. Teraz muszę stanąć przed komisją, oto skierowanie.

— Jak trzeba to jedź pan, ale co będzie z planem.

Jutro (w tych dniach nowe usprawnienie zostanie wprowadzone w życie).

— Słuchaj Antoś, ty jako chory często jeździsz teraz do Wrocławia, to jak znów pojedziesz, przywieź mi..

— Nie, już nie pojedę. Właśnie zawiadomiono mnie, że komisja lekarska będzie przyjeżdżać do naszego miasteczka co wtorek. Taki jestem zadowolony, bo te jazdy mnie męczyły i zabierały wiele czasu.

W. Janelli

Zyczymy wszystkim naszym współpracownikom, aby rzeczywiście „wczoraj“ nie straszło „dziś“. (red.)

KTO CZYTUJE PUS?

Akcję mającą na celu pozyskanie większej liczby czytelników „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ na terenie oddziałów obwodowych i wojewódzkich ZUS podjęły Koła Związkowe. W wyniku tej akcji nakład PUS wzrósł w ciągu pół roku niemal dwukrotnie.

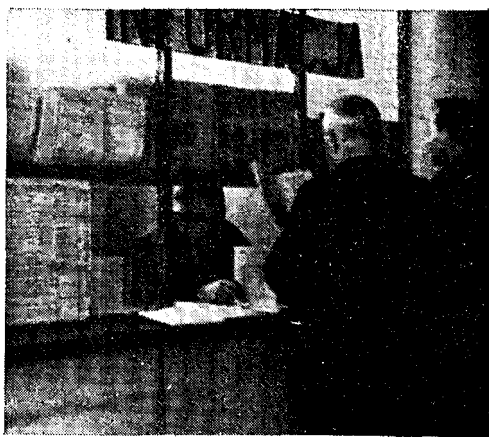
Pracownicy ZUS w Olsztynie piszą: „PUS w nowej szacie graficznej i redakcji budzi zainteresowanie sprawami zawodowymi, współzawodnictwem pracy i życiem związkowym. Przystępny dla każdego, jasny i nieskomplikowany styl pisma spowodował wielokrotny wzrost liczby czytelników. Prenumerata wzrosła bowiem z 20 do 85 egzemplarzy“.

Pracownicy Oddziału Obwodowego we Wrocławiu wystosowali odezwę do ogółu koleżanek i kolegów, w której podkreślają, że PUS stał się piśmie, które powinno być czytane przez każdego pracownika z pożytkiem osobistym i z korzyścią; dla pracy zawodowej. Wynik tej odezwę — to zgłoszenie 46 nowych prenumeratorów.

Również i inne Koła ZZPIS podobne akcje uwieńczyły pozyskaniem większej lub mniejszej liczby nowych czytelników. I tak w Białej Krak. obecnie PUS otrzymuje 85 osób, podczas gdy dawniej mieliśmy tam zaledwie 15 prenumeratorów. W Gdańsku zainteresowało się PUS 39 nowych czytelników. W Gorzowie

Wlkp., na którego terenie szczególnie ożywioną działalność wykazało miejscowe Koło ZZPIS, liczba prenumeratorów wzrosła z 15 od 50 osób. Inicjatywa podwyższenia prenumeraty PUS w Grodzisku Wlkp. wyszła również od Koła Związkowego. W miejscach dotychczasowych 5 egzemplarzy otrzymaliśmy zapotrzebowanie na 46 egzemplarzy.

W Kaliszu czytelnictwo PUS wzrosło dwukrotnie, Kielce zgłosiły zapotrzebowanie na dodatkowych 30 egzemplarzy. Nowy Sącz uzyskał 40 nowych prenumeratorów i łącznie rozprowadza obecnie 150 egz. Opole prenumeruje już 131 egz. Poznań zwiększył zapotrzebowanie ze 115 do 131 egz., Słupsk z 40 do 50, Sosno-



wiec z 25 do 86. Zabrze uzyskało 8 nowych czytelników. Wydatny wzrost czytelnictwa nastąpił również w Rzeszowie.

Podane cyfry wskazują na to, że PUS zaczynają czytać obok starych „fachowców” również młodzi pracownicy, którzy w ubezpieczeniach

stawiają pierwsze kroki. Ten cel przyświecał nam przy reorganizowaniu pisma w początkach br.

Jednak szereg Kół ZZPIS nie przeprowadziło dotychczas podobnych akcji na swoim terenie i nadal poziom czytelnictwa jest tam niezadawalający.

Należy również przeciwdziałać zrzekaniu się prenumeraty przez kolegów odchodzących do ZLP, gdzie przecież będą nadal stykać się z zagadnieniami ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, stale poruszonymi na łamach pisma.

Oczekujemy zatem na dalsze meldunki o wynikach akcji werbunkowej.

R. Wasilewska

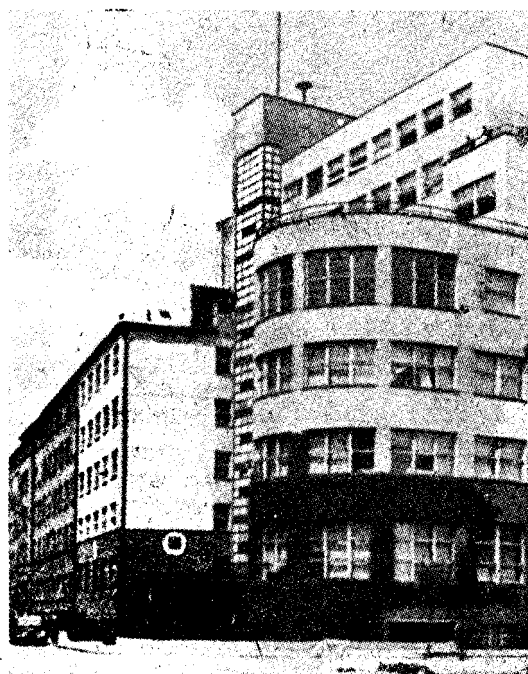
POZDROWIENIA Z CZECHOSŁOWACJI

Z okazji rocznicy pobytu pierwszej grupy naszych ubezpieczeniowców w Czechosłowacji, członek tej grupy kol. J. Talaśka z Gdańska, otrzymał od kolegów ubezpieczeniowców z Bratysławy list z pozdrowieniami wraz z pięknym numerem miesięcznika „Ceskoslovensko”, poświęconym całkowicie zdobyciu czechosłowackiego ubezpieczenia narodowego. Jednocześnie koledzy z Bratysławy zamieścili w swoim organie „Narodné Poistenie” zdjęcie gmachu Oddziału Obwodowego ZUS w Gdańsku z notatką dotyczącą działalności tego oddziału.

W tymże numerze bratniego organu czechosłowackich ubezpieczeniowców znajdujemy tłumaczenie artykułów o racjonalizacji pracy i o szkoleniu kadr, ogłoszonych w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych”.

Piszemy o tym, jako o wyrazie serdecznej i trwałej przyjaźni, jaka zawiązana została między naszymi kolegami a naszymi przyjaciółmi ubezpieczeniowcami czechosłowackimi w wyniku wymiany fachowców w ramach zacieśniającej się współpracy między bratnimi narodami.

Oddział Obwodowy Narodowej Ubezpieczalni w Bratysławie (na zdjęciu) obsługuje 6 powiatów zamieszkałych przez 175.000 ubezpieczonych. Oddział w Bratysławie zatrudnia 215 pracowników administracyjnych i jest największym z 23 oddziałów Na-



rodowej Ubezpieczalni na Słowacji. W tym samym budynku mieści się własny szpital na 200 łóżek z oddziałem chorób wewnętrznych i chirurgicznym.

W konkursie na najlepszą korespondencję nagrody uzyskali:

Wanda Janelli z Wrocławia – I nagr. (90 zł.)

Juliusz Płonka z Białej Kr. – II nagr. (60 zł.)

Antoni Lejman z Bydgoszczy – II nagr. (60 zł.)

Jadwiga Pinińska z Łodzi – III nagr. (30 zł.)

Cyryl Duc z Bielska – III nagr. (30 zł.)

Poczynając od następnego numeru będziemy przyznawać co miesiąc nagrodę za najlepszą korespondencję w kwocie od 30 do 50 zł. (niezależnie od honorarium autorskiego).

KOMITET REDAKCYJNY

Ubezpieczenia społeczne poniosły bolesną i niepowetowaną stratę. Z szeregu przodujących i ofiarnych pracowników ubyt Józef JARCZYK wicedyrektor Oddziału ZUS w Chorzowie.

Józef JARCZYK, syn górnik szukał dla siebie pracy, którą mógłby najlepiej służyć pracującemu ludowi Śląska. Znalazł ją na odcinku ubezpieczeń społecznych, którym poświęcił całe swoje życie.

Józef JARCZYK brał czynny udział w pracach śląskiej Naczelnej Rady Ludowej, przygotowując wprowadzenie ubezpieczeń społecznych na G. Śląsku (1922). Następnie współpracował przy organizacji ZUS w Chorzowie (1922) i przy jego reorganizacji (1937). W latach międzywojennych brał, obok codziennej pracy kierowniczej w chorzowskim Zakładzie, udział w opracowywaniu aktów ustawodawczych w zakresie świadczeń z ubezpieczeń rentowych na G. Śląsku. Z początkiem roku 1945 objął na polecenie Pełnomocnika Rządu kierownictwo oddziału ZUS w Chorzowie, odbudowując zniszczone przez wojnę ubezpieczenia społeczne na terenie Śląska.



Ubezpieczenia społeczne, ich wprowadzenie i organizacja na Śląsku są jak najmocniej związane z ofiarną pracą i trudem Józefa JARCZYKA.

Cześć JEGO pamięci!

PRZEGLĄD WYDAWNICTW

Garlicki Roman: OPIEKA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NAD DZIECKIEM ROBOTNICZYM. Przegląd Związkowy Nr 8/1950 s. 378 — 380.

Autor porównując świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz dzieci do 1939 r. i obecnie przeprowadza analizę głębokich przemian społecznych w dziedzinie opieki nad dziećmi i młodzieżą w Polsce Ludowej. Przed wojną świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz dzieci ograniczały się do: a) świadczeń pieniężnych dla sierot i dzieci rencistów, b) pomocy leczniczej ograniczonej w czasie tylko dla dzieci czynnych pracowników. Po wyzwoleniu wprowadzono ubezpieczenie rodzinne, którym objętych jest około 3,5 miliona dzieci. Zasiłek chorobowy został zwiększony o 5% zarobku dla robotników przebywających w szpitalu, a posiadających rodziny na utrzymaniu. Wprowadzenie zasiłków chorobowych w czasie leczenia sanatoryjnego było również podjętym troską o rodzinę. Sieroty i dzieci rencistów stanowią drugą grupę dzieci o liczebności około ćwierć miliona. Otrzymują one zasiłki rodzinne w tej samej wysokości co dzieci rodzin czynnych pracowników i korzystają z pełnej pomocy leczniczej na równi z dziećmi pracowników. Rozszerzono zakres dzieci uprawnionych do świadczeń przez: a) zniesienie różnic i ograniczeń między dziećmi pracowników umysłowych i dziećmi robotników, b) objęcie opieką wszystkich dzieci wychowywanych i utrzymywanych przez pracownika.

Największe zmiany w kierunku zapewnienia dzieciom i młodzieży należytej opieki nad zdrowiem zamotować można w dziedzinie profilaktyki. Ubezpieczenia społeczne współdziałają na tym terenie z powszechnymi zakładami zdrowia, przychodniami opieki nad matką i dzieckiem, władzami oświatowymi, ruchem zawodowym i zakładami pracy, organizacjami młodzieżowymi, społecznymi itd. W ramach

tej akcji rozbudowano świadczenia dla matki i dziecka w okresie ciąży i porodu, zorganizowano rozdawnictwo wyprawek niemowlęcych, mleka, tranu. (W zakresie samego lecznictwa uchylono dawne ograniczenia co do czasu leczenia. Zapewniono lepszą opiekę przez powiększenie liczby sanatoriów, prewentoriów i szpitali. W ciągu 2-ch lat 1947 — 1949 liczba skierowań do zakładów leczniczych wzrosła prawie dwukrotnie. Świadczenia lecznicze dla dzieci rozwijają się również w formach dawniej zaniedbanych jak: pomoc dentystyczna, przychodnie specjalistyczne, higiena psychiczna itp.

NOWE FORMY WSPÓŁZAWODNICTWA PRACY. Przegląd Związkowy Nr 8 z 1950 r. s. 377—378.

W artykule omówiono zobowiązania produkcyjne podjęte z okazji rocznicy PKWN oraz Polskiego Kongresu Obróbców Pokoju: 1) koljarzy węzła Tarnowskie Góry, które przyniosły w efekcie 22.554 tys. złotych oszczędności oraz nowe formy współzawodnictwa; 2) robotnic przemysłu odzieżowego, które zainicjowały przeszkolenie grupy niewykwalifikowanych pracowników na szwaczki maszynowe i wezwwały wszystkich przodowników i racjonalizatorów do pójścia w ich ślady.

Nową formą współzawodnictwa jest również podjęta przez górnik Pawła Filaka inicjatywa maksymalnego i najracjonalniejszego wykorzystania urządzeń mechanicznych.

Panfilow A.: SOCJALISTYCZESKOJE SORIEWANOWANIE W STRANACH NARODNOJ DEMOKRATJI. Profesjonalnyje Sojuzy Nr 6 z 1950 r. s. 35—39.

Autor podaje historię rozwoju współzawodnictwa w Czechosłowacji, Polsce, na Węgrzech w Rumunii, Bułgarii i Albanii. We wszystkich tych krajach pierwszym odruchem ludu pracującego po objęciu

władzy było odbudowanie warsztatów pracy. Przykład czolowych pracowników był przyczyną powstania ruchu współzawodnictwa, który odegrał rolę decydującą przy wypełnianiu gospodarczych planów narodowych. Umocnieniu władzy w rękach klasy pracującej i przejściu krajów ludowych demokracji do budowy socjalizmu towarzyszy dalszy rozwój współzawodnictwa, podniesienie jego poziomu, przekształcenie się w prawdziwie socjalistyczne współzawodnictwo, którego cechą charakterystyczną jest masowość. Dzięki umiejętnej wykorzystaniu doświadczeń Związku Radzieckiego, ludowe demokracje osiągnęły dobre rezultaty. Wyjazdy delegacji związków zawodowych i robotników do ZSRR w celu studiowania metod pracy najlepszych stachanowców i odwiedzin stachanowców krajów ludowych demokracji przyczyniło się do znacznego podniesienia wydajności pracy.

Zależność wzrostu stopy życiowej pracujących od wzrostu wydajności pracy i wykonania planów gospodarczych wpływa również na rozwój współzawodnictwa. Nowy socjalistyczny system pracy w zależności od ilości i jakości pracy jest dalszym, ważnym elementem rozwoju socjalistycznego współzawodnictwa.

Stradomski Wiesław: PROBLEMY WSPÓLZAWODNICTWA PRACY PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. *Ekonomika i Organizacja Pracy* Nr 4 z 1950 r. s. 162 — 164.

Autor stwierdza, że sprawa współzawodnictwa pracy pracowników umysłowych, ze względu na niewymierność w jednostkach umownych całokształtu pracy umysłowej, natrafia stale na duże trudności. Dotychczasowe próby opierają się na improwizowanych zasadach. Przy właściwie pojętym współzawodnictwie należy stosować takie metody pracy które by zapewniły zwiększenie wydajności pracy. Zdaniem autora przy opracowywaniu tych metod istotne są następujące momenty: 1) konieczność stworzenia odpowiednich warunków pracy; 2) właściwe przechowywanie zbioru przepisów, regulujących tryb i zasady załatwiania spraw urzędowych; 3) ustalenie normatywów jakościowo-terminowych; 4) orientowanie się w szeregu ogólnych kwestji poza ściśle fachowymi wiadomościami, związanymi z pełnioną funkcją; 5) stosowanie racjonalizatorstwa i oszczędności. Wyrazem prawidłowego rozwoju współzawodnictwa jest ilość i jakość powziętych i wykonanych konkretnych zobowiązań.

Garlicki Roman: ZAŁOŻENIA I ZNACZENIE OBECNEJ REFORMY USTROJOWEJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH. *Praca i Opieka Społ.* Nr 32, 1950 r., s. 81—87.

Autor omawia przyczyny, które spowodowały uchwalenie ustaw z dnia 21.VII.1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego oraz zmiany organizacyjne, które nastąpią po wprowadzeniu tych ustaw.

Istniejąca do połowy 1950 r. forma odrębnych instytucji ubezpieczeń społecznych, wyposażonych w samorząd administracyjny i finansowy w ustroju socjalistycznym stała się nieaktualna i musiała zostać uchylona. Ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Spo-

łecznych zniszcła odrębne fundusze i instytucje tworząc jedną, powszechną instytucję; dochody i wydatki ubezpieczeń sp. zostały włączone do budżetu Państwa; czynności związane z lecnictwem zostały powierzone ZLP. Czynnikiem opóźniającym reformę ubezpieczeń społecznych były:

1) sprawa lecznictwa pracowniczego, która ma w chwili obecnej zupełnie inne znaczenie społeczne niż w Polsce przedwzględniowej. Lecnictwem objęte obecnie około 50% ogółu ludności (w 1938 r. — 16%). Dopiero po osiągnięciach Trzyletniego Planu Odbudowy zaistniały okoliczności pozwalające na zorganizowanie lecznictwa pracowniczego w ramach powszechnej służby zdrowia. Zakład Lecznictwa Pracowniczego jest instytucją, która w okresie przejściowym od lecznictwa ubezpieczeniowego do lecznictwa powszechnego ma na celu zaspokoić wszystkie szczególne postulaty, wiążące się z ochroną zdrowia pracowników;

2) skryształizowanie się roli związków zawodowych w ubezpieczeniach społecznych. Dopiero po ustaleniu celów, zadań i systemu działania ruchu zawodowego, po okrzepnięciu form organizacyjnych mogły związki zawodowe rozstrzygnąć problem ubezpieczeń. Ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, ustanawiając rady ubezpieczeń społecznych wiąże ściśle aparat wykonawczy ubezpieczeń społecznych z bezpośrednią reprezentacją ruchu zawodowego. Obecnie funkcje wykonawcze spełniają trzy odrębne czynniki: związek zawodowy, przedsiębiorstwo i instytucja ubezpieczeniowa. Tendencje rozwojowe ubezpieczeń społecznych wskazują na to, że w przyszłości co raz większy wpływ na bezpośrednie wykonawstwo ubezpieczeń będą miały przedstawicielstwa związkowe.

Bunasiński A: O NOMENKLATURZE ZAWODOWEJ W UBEZPIECZALNIACH GOSPODARCZYCH. *Wiadomości Ubezpieczeniowe* Nr 7 z 1950 r. s. 107 — 111.

W artykule poruszono ważne zagadnienia planowania siły roboczej i związanego z tym bilansu sił roboczych na który składa się ogólna liczba ludzi zdolnych do pracy, podzielona według zawodów oraz stanowiska społeczne. Dotąd nie istnieje nomenklatura zawodowa, która pozwalałaby zakwalifikować pracowników do właściwych grup zawodów i specjalności. Prace związane z opracowaniem nomenklatury zawodowej w Polsce rozpoczął GIP. Jeszcze w 1950 r. ma być wydany alfabetyczny słownik nazw zawodów i specjalności z podaniem opisu czynności każdego zawodu (specjalności). PZUW zaliczono do branży finansowej, grupy ubezpieczeń gospodarczych. W artykule podano projekt nomenklatury zawodowej dla pracowników PZUW oraz omówiono zawody i specjalności „typowo ubezpieczeniowe“, występujące w ubezpieczeniach gospodarczych. Tabela składa się z 10 zawodów i 58 specjalności. Większość zastępowanych w niej terminów jest już powszechnie przyjęta i używana.

SPROSTOWANIE

W artykule F. Łuczyńskiego „Wpływ zarobkowania na prawo do renty“ (*PUS* nr. 10 str. 11) w 14 wierszu od góry powinno być po słowie „zarobić“ $\frac{1}{3}$ zamiast $\frac{1}{2}$.

Żadna nauka nie może rozwijać się i prosperować bez walki poglądów, bez wolności krytyki

J. Stalin „O językoznawstwie“

Tryb rozstrzygania sporów ubezpieczeniowych w Czechosłowackiej Republice Ludowej

Czechosłowacka ustawa o ubezpieczeniu narodowym z dnia 15.IV.1948 r. (Zb. ust. Nr 98) ustaliła w §§ 228 do 240 zasady, na których będzie oparta organizacja szczególnych sądów ubezpieczeniowych. Miały one zastąpić dotychczasowy niejednorodny system, w którym sprawy o świadczenia rentowe rozstrzygały sądy rozjemcze, spory zaś dotyczące innych przedmiotów (obowiązek ubezpieczenia, składki itp.)

— władze administracyjne.

Ustawa ta ustala następujące zasady:

1) Przeciw orzeczeniom ubezpieczalni przysługuje środek prawny do sądu ubezpieczeniowego.

2) Środek prawny należy wnieść w terminie 30 dni pisemnie lub ustnie do ubezpieczalni, która wydała orzeczenie

3) Ubezpieczalnia przesyła go do właściwego sądu ubezo. w ciągu dni 15, jeżeli nie zdecyduje się zadośćuczynić żądaniu strony.

4) Sąd ubezpieczeniowy składa się z przewodniczącego, odpowiedniej liczby sędziów zawodowych i ławników z grona ubezoicznych.

5) Sady ubezpieczeniowe rozpoznają środki prawne przeciw orzeczeniom ubezpieczalni oraz spory między ubezpieczalniami a publicznymi zakładami leczniczymi.

6) Właściwy miejscowo jest sąd ubezpieczeniowy, w którego okręgu znajduje się siedziba ubezpieczalni, której orzeczenie zakwestionowano albo wedle w. boru strony skarżącej sąd, w którego okręgu strona skarżąca ma miejsce zamieszkania. Spory o świadczenia rentowe rozpoznaje zawsze sąd miejsca zamieszkania skarżącego, spory zaś między ubezpieczalniami a publicznymi zakładami leczniczymi rozpoznaje sąd właściwy miejscowo dla siedziby pozwanej instytucji.

7) Spory o świadczenia rozpoznaje senat w składzie przewodniczącego (sędziego zawodowego) i dwóch ławników.

Inne spory rozpoznaje sąd jednoosobowy.

8) Od rozstrzygnięcia sądu ubezpieczeniowego można wnieść odwołanie do wyższego sądu ubezpieczeniowego, jeżeli odwołanie nie jest wyłączone ze względu na nieznaczną wagę przedmiotu sporu.

9) Wyższy sąd ubezpieczeniowy orzeka w senacie 3 osobowym z sędziów zawodowych lub w senatach 5 osobowych tj. z udziałem 2 ławników.

10) Przewodniczących sądów ubezpieczeniowych i wyższych sądów ubezpieczeniowych sędziów zawodowych tych sądów mianuje Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej spośród osób mających kwalifikacje sędziowskie lub z osób z wykształceniem prawniczym, mających fachowe kwalifikacje z zakresu ubezpieczenia narodowego. Szczegółowe warunki określa rozporządzenie Rządu.

Ławników powołuje Minister Opieki Społecznej na wniosek organizacji zawodowych.

11) Od rozstrzygnięć wyższych sądów ubezpieczeniowych można odwołać się do najwyższego sądu ubezpieczeniowego, utworzonego przy sądzie najwyższym w Brnie, z powodu naruszenia prawa w przypadkach, które określi osobna ustawa. Zadaniem najwyższego sądu ubezpieczeniowego jest zapewnienie jednolitości orzecznictwa.

12) Przewodniczącego, jego zastępcę i sędziów najwyższego sądu ubezpieczeniowego mianuje Prezydent Republiki spośród członków Sądu Najwyższego lub spośród innych osób mających wykształcenie prawnicze, które wyróżniają się znajomością ubezpieczenia społecznego.

13) Nadzór służbowy nad sądami ubezpieczeniowymi wykonują przewodniczący wyższych sądów ubezpieczeniowych, nadzór służbowy zaś nad wyższymi sądami ubezpieczeniowymi i Najwyższym Sądem Ubezpieczeniowym wykonywa pierwszy prezes sądu najwyższego. Zwierzchni nadzór nad sądownictwem ubezpieczeniowym wykonywa Ministerstwo Sprawiedliwości.

14) Koszty osobowe i rzeczowe, związane z sądownictwem ubezpieczeniowym pokrywa państwo.

15) Organizację sądów ubezpieczeniowych i postępowanie przed nimi określi osobna ustawa.

Zaznaczyć wypada, że stan, jaki istniał w Czechosłowacji w zakresie trybu rozstrzygania sporów o renty z ubezpieczeń społecznych w czasie, gdy uchwalano ustawę o ubezpieczeniu narodowym, był podobny do stanu, który istniał na ziemiach polskich przed wprowadzeniem w życie polskiego prawa o sądach ubezpieczeń społecznych.

W obydwu krajach działały od 1888 r. w sporach o renty specjalne sądy z udziałem ławników z tą różnicą, że na obszarze G. Śląska świadczenia dla górników oparte były na ubezpieczeniowej podstawie od 1854 r. oraz że niektóre z działających na ziemiach polskich sądów ubezpieczeniowych miały dwie instancje i na niektórych obszarach rozstrzygały wszystkie spory z ubezpieczeń społecznych a nie tylko spory o świadczenia.

Ogólne zasady organizacji zapowiedzianych tą ustawą szczególnych sądów ubezpieczeniowych były na ogół analogiczne do zasad, na których opierają się polskie sądy ubezpieczeń społecznych, utworzone na podstawie prawa o sądach ubezpieczeń z dn. 28.VII.1939 r. (Dz. URP Nr 71 z r. 1939, poz. 476 i Nr 12 z r. 1946, poz. 76). Jeśli pominiemy szczegóły nieistotne (jak np. inny podział spraw rozpatrywanych w kolegiach orzekających i przez sąd jednoosobowy), najistotniejszą różnicę stanowi ilość instancji. W ustawie czechosłowackiej w ubezpieczeniu narodowym przewidziane były 3 instancje, z których 2 merytoryczne a trzecia rozpoznająca środki prawne na naruszenie prawa, przy czym charakter jej nie został określony (rewizyjny czy kasacyjny). W polskim prawie istnieją tylko 2 instancje, z których druga ma charakter rewizyjno-kasacyjny.

Jednakże w Czechosłowackiej Republice Ludowej nie wprowadzono zapowiedzianych ustawą z dnia 15.IV.1948 r. szczególnych sądów ubezpieczeniowych.

Ustawa z dnia 22.12.1948 r. o demokratyzacji sądownictwa (Zb. ust. Nr 319) uchyliła przepisy ustawy z dnia 15.IV.1948 r. zapowiadające powołanie szczególnego sądownictwa ubezpieczeniowego na ustalonych w niej zasadach i powierzyła wymiar sprawiedliwości w sprawach z ubezpieczeń społecznych sądom powszechnym, zreorganizowanym ustawą z dn. 22.12.1948 r. Ustawa ta zniósła dotychczasowe sądy pracy i ubezpieczeniowe sądy rozjemcze.

Ustawa ta zawiera ogólne postanowienia dotyczące organizacji sądów powszechnych i szczególne postanowienia odnoszące się do poszczególnych dziedzin prawa.

Ograniczam się do przytoczenia postanowień, mających znaczenie ogólne i do postanowień szczególnych, dotyczących prawa ubezpieczeniowego.

OGÓLNE POSTANOWIENIA

Ustawa ustanawia następujące sądy:

- 1) sądy powiatowe,
- 2) sądy krajowe,
- 3) sąd najwyższy.

Sądy te orzekają w składzie następującym: sąd powiatowy orzeka w składzie 3 sędziów, z których przewodniczący jest sędzią zawodowym, pozostali dwaj sędziami ludowymi.

W sprawach karnych, w których przestępstwo zagrożone jest karą śmierci lub więzieniem ponad 10 lat, skład sędziów jest rozszerzony do 5, tj. 2 sędziów zawodowych i 3 sędziów ludowych.

Sąd krajowy orzeka w I instancji w składzie 3 sędziów (przewodniczący — sędzia zawodowy i 2 sędziów ludowych). W II instancji orzeka w składzie 5 sędziów — przewodniczący i drugi sędzia zawodowy oraz 3 sędziów ludowych.

Sąd najwyższy orzeka w składzie 5 sędziów, tj. przewodniczącego i drugiego sędziego zawodowego oraz 3 sędziów ludowych z wyjątkiem orzekania o zażaleniach na naruszenie prawa, które rozpoznawane są w składzie 3 sędziów zawodowych i 2 sędziów ludowych.

Obowiązuje zasada 2 instancji tj. sąd powiatowy jako I instancja i sąd krajowy, jako II instancja, albo sąd krajowy jako I instancja i sąd najwyższy jako II instancja.

W I instancji w określonych sprawach orzeka sąd jednoosobowy (sędzia zawodowy). Do takich spraw należą np. z określonymi wyjątkami sprawy niesporne.

SZCZEGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ustawa zawiera szczegółowe postanowienia w zakresie sporów z ubezpieczeń społecznych.

W postępowaniu cywilnym sąd bada z urzędu, czy spór nie dotyczy stosunku pracy lub ubezpieczenia narodowego. Również stronie przysługuje prawo podniesienia tej okoliczności w sensie jej stwierdzenia lub zaprzeczenia. Postanowienie sądu w tej kwestii, jeżeli powzięcie postanowienia okaże się w ogóle potrzebne, wstrzymuje merytoryczne rozpatrzenie sprawy do czasu uprawomocnienia się postanowienia.

Przy rozpoznawaniu spraw ze stosunku pracy lub dotyczących ubezpieczenia narodowego przynajmniej 1 sędzia ludowy musi być członkiem organizacji zawodowej (związku zawodowego).

W sprawach dotyczących ubezpieczenia narodowego służy zainteresowanej osobie skarga na orzeczenie dotyczące świadczeń ubezpieczeniowych lub zasiłków rodzinnych. Na orzeczenie w innych sprawach służy zażalenie.

Rozstrzygnięcie o środkach prawnych, wniesionych na orzeczenia dotyczące świadczeń ubezpieczeniowych i zasiłków rodzinnych należy w zasadzie w I instancji do sądu powiatowego, na którego obszarze działania znajduje się siedziba instytucji, która wydała orzeczenie.

Jeśli środek prawny wnosi ubezpieczony lub pozostający po nim członek rodziny, może on zamiast właściwego miejscowo sądu w myśl powyższej zasady wybrać sąd właściwy ze względu na miejsce swego zamieszkania.

Do rozpoznania sporu między centralną ubezpieczalnią narodową a zakładem leczniczym właściwy jest sąd strony pozwanej, w razie pozwania centralnej ubezpieczalni narodowej za stronę pozwaną uważa się właściwą lokalną jej placówkę.

Skargi na orzeczenia dotyczące świadczeń ren-

towych z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego lub ubezpieczenia uzupełniającego świadczenia ustawowe — rozpatruje w I instancji sąd krajowy właściwy miejscowo ze względu na miejsce zamieszkania skarżącego.

Środki prawne przeciw orzeczeniom dotyczącym spraw ubezpieczenia narodowego lub zasiłków rodzinnych wnoszą się w okresie 30 dni od doręczenia orzeczenia w powiatowej ubezpieczalni, w której okregu zamieszkuje osoba wnosząca środek prawny, względnie w instytucji, która wydała orzeczenie w sprawie zasiłku rodzinnego. Środek prawny wnosi się na piśmie lub ustnie do protokołu.

Właściwa instytucja obowiązana jest przekazać sprawę właściwemu sądowi w ciągu 15 dni od wniesienia środka prawnego, jeżeli sama nie zdecyduje, że żądaniu należy uczynić zadość. Środek prawny wniesiony do niewłaściwej instytucji nie traci swej prawnej skuteczności.

Wniesione skargi (dotyczące orzeczeń w sprawach świadczeń) są rozpoznawane przez komplety orzekające, zażalenia zaś (dotyczące orzeczeń w innych sprawach) są rozpoznawane przez sąd jednoosobowy.

Od rozstrzygnięć I instancji służy odwołanie w ciągu 30 dni od doręczenia rozstrzygnięcia I instancji do instancji wyższej, a więc od rozstrzygnięcia sądu powiatowego do sądu krajowego, od rozstrzygnięcia sądu krajowego, jako I instancji do sądu najwyższego.

Sąd rozpoznaje sprawę niezależnie od stawienia się stron, przepisowo zawiadomionych o rozprawie.

W sprawach świadczeń wyrok może ustalić samo prawo do danego świadczenia; instytucja ubezpieczeniowa winna ustalić wysokość przysądzonego świadczenia w ciągu 15 dni.

Sądy krajowe ustalają dla swego obwodu listę lekarzy biegłych, którzy wykazali się kilkuletnią zadawalającą praktyką w orzecznictwie ubezpieczeniowym. Nie mogą oni być równocześnie lekarzami ubezpieczeniowymi. Przed wpisem na listę zasięga się opinii organizacji zawodowej (reprezentacji związków zawodowych) i Centralnej Narodowej Ubezpieczalni.

Do zastępstwa stron uprawnieni są przedstawiciele związku zawodowego, a jeśli chodzi o instytucję ubezpiecz., jej pracownicy. W II instancji obowiązuje przymus adwokacki. Przedstawiciele związków zawodowych i instytucji ubezpieczeniowych muszą mieć wykształcenie prawnicze.

Na naruszenie prawa (materiałnego lub istotnych przepisów postępowania) może generalny prokurator wnieść zażalenie do Sądu Najwyższego bez ograniczenia terminu możliwości skorzystania z tego prawa.

W przypadku uznania zasadności zażalenia strona może wnieść do sądu I instancji w ciągu 15 dni wnioszek o zmianę lub uchylenie wyroku.

Ustawa z dn. 22.XII.1948 r. stanowi rewolucyjną reorganizację sądownictwa powszechnego w Republice Ludowej Czechosłowackiej. Dokonane nią zmiany w wymiarze sprawiedliwości w sprawach z ubezpieczeń społecznych, rozpatrywane porównawczo z zasadami, jakie przewidywała ustawa o ubezpieczeniu narodowym, polegają głównie na zmianach organizacyjnych.

Decydujący wpływ czynnika obywatelskiego na ogólny wymiar sprawiedliwości uczynił zbędnym tworzenie specjalnych sądów ubezpieczeniowych głównie z racji zapewnienia odpowiedniego udziału przedstawicielstwu ubezpieczonych.

W warunkach tak zreorganizowanego sądownictwa powszechnego postulat udziału czynnika obywatelskiego, uwzględniania potrzeb społecznych szczególnej klienteli sądowej, jaką stanowią ubezpieczeni, uwzględnienia charakteru spraw ubezpieczeniowych w ogólności a roszczeń o świadczenia ubezpieczeniowe w szczególności — znalazł szerszy wyraz, chociaż nastąpiło to w ustawie, której przedmiotem jest ogólny wymiar sprawiedliwości.

Ustawa ta znosząc sądownictwo szczególne przez powszechną organizację sądową, wprowadziła w ramach ogólnego wymiaru sprawiedliwości szczególne postępowanie dla sporów z ubezpie. społ.

Gdyby na dokonanie zmiany miało się spojrzeć z punktu widzenia konwencji międzynarodowych, dotyczących ubezpieczeń społecznych, które przewidyują sądy specjalne dla tych sporów (np. konwencje o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci — poz. 223, 225, 227, 229, 231 i 233 Dz. Ust. z r. 1949) — to odpowiedź na pytanie, czy ustawa czyni zadość warunkowi, przewidzianemu w konwencjach międzynarodowych musiałyby wypaść twierdząco.

Konwencje międzynarodowe przewidują prawo odwołania się w przypadku sporu dotyczącego świadczeń. Spory te rozstrzygane będą przez specjal-

ne sądy, złożone z sędziów zawodowych lub niezawodowych, obeznanych szczególnie z celem ubezpieczenia i potrzebami ubezpieczonych i orzekających ewent. z udziałem asesorów, powołanych spośród ubezpieczonych i pracodawców.

W przypadku sporu, dotyczącego obowiązku ubezpieczenia lub wysokości składek, prawo odwołania się przyznane będzie pracownikowi i jego pracodawcy, jeżeli w tym ostatnim przypadku system ubezpieczenia przewidują opłacanie składek przez pracodawcę.

Wszystkim tym warunkom ustawa czyni zadość. Nie jest istotne, że spory te nie są rozstrzygane przez odrębne sądy specjalne, skoro są rozstrzygane przez sądy powszechne z zastosowaniem odpowiedniego specjalnego trybu.

Dr JÓZEF PASTERNAK

Działalność ubezpieczeń społecznych w I półroczu 1950 r.

Na działalność ubezpieczeń społecznych w I półroczu 1950 r. składa się działalność czterech funduszy, a mianowicie Funduszu Ubezpieczeń, Funduszu Zasiłków Rodzinnych, Funduszu Bezrobocia i Funduszu Akcji Socjalnej.

Fundusz Ubezpieczeń obejmuje scalone z dniem 1 stycznia 1949 r. pod względem finansowym ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, emerytalne (robotników i pracowników umysłowych) oraz od wypadków i chorób zawodowych. Fundusz Zasiłków Rodzinnych obejmuje istniejące od dnia 1 stycznia 1948 r. ubezpieczenia rodzinne. Fundusz Bezrobocia obejmuje ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych i zabezpieczenia na wypadek bezrobocia robotników. Do czasu ostatecznego uregulowania losów tego funduszu w drodze ustawodawczej działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w stosunku do niego sprowadza się jedynie do przekazywania składek, po potrąceniu kosztów administracyjnych, do Ministerstwa Finansów na rachunek Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, na szkolenie niewykwalifikowanych pracowników i na finansowanie robót dozażnych w martwym sezonie.

Fundusz Akcji Socjalnej, w przeciwieństwie do trzech poprzednich, nie ma i nie miał nigdy charakteru ubezpieczeniowego. Działalność jego opiera się bowiem na umowie z 1949 r. między Zakładem Ubezpieczeń Społecznych a Centralną Radą Związków Zawodowych. Na podstawie tej umowy ubezpieczalnie społeczne wymierzają i ściągają łącznie ze składkami ubezpieczeniowymi opłaty na akcję socjalną od niektórych pracodawców prywatnych w wysokości 6% podstawy wymiaru składek. ZUS przekazuje te opłaty, po potrąceniu kosztów administracyjnych, do CRZZ.

Włączenie z dniem 1 stycznia 1950 r. planu finansowego ubezpieczeń społecznych do budżetu Państwa

spowodowało konieczność zmiany układu planu i sprawozdania z działalności ubezpieczeń społecznych oraz dostosowania ich do układu budżetu państwowego. Pociągnęło to za sobą wykazywanie działalności poszczególnych urządzeń ubezpieczeniowych, zwanych odciąż „częściami“, według systemu brutto, tj. wykazywanie z osobna odpowiadających im dochodów i wydatków, podczas gdy dotychczas ujmowano je według systemu netto, tj. wykazywano tylko ich wyniki, a więc przewyżkę dochodów nad wydatkami lub odwrotnie.

Wykaz tych „części“, stanowiących każda dla siebie odrębną całość, oraz odpowiadające im dochody i wydatki podane są w ogłoszonej w PUS nr 10, tablicy statystycznej. Jak widać z niej, prawie każda z wymienionych części wykazuje obroty zarówno po stronie dochodów jak i wydatków. Tak więc np. część 10 (składki, odsetki i grzywny) o wybitnej, wynikającej zresztą z natury rzeczy, przewyżce dochodów nad wydatkami, wykazuje pewne obroty po stronie wydatków — są to omawiane przelewy składek i opłat z funduszy administrowanych do Ministerstwa Finansów i CRZZ. Inne znów części, z wynikającą z natury rzeczy przewyżce wydatków nad dochodami, wykazują też pewne obroty po stronie dochodów, np. w części 20 (popularyzacja ubezpieczeń społecznych i szkolenie), są to zwroty stypendiów, w części 21 (świadczenia pieniężne) są to zwroty za świadczenia zlecone i nieprawidłowo pobrane, w częściach 22—29, dotyczących świadczeń w naturze, są to zwroty równowartości świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym, zwroty od personelu za wyżywienie itp.

Dochody wszystkich funduszy wyniosły w I półroczu 1950 r. w dawnym pieniądzu 105.876,4 ml. zł. (51,0% planu rocznego), odpowiadające im wydatki 98.481,0 mil. zł (50,4% planu rocznego, a nadwyżka finansowa 7.395,4 mil. zł (60,7% planu rocznego).

Przeważającą część dochodów stanowią wpływy

I półrocz. 1950

WYSZCZEGÓLNIENIE	Liczby bezwgl.		Przeciętnie miesięcznie na 100 ub. 1 renc.	
	w tys.	% pl. roczn.	w. j.	% pl. roczn.
Porady lekarskie	21.309,8	50,7	67,8	96,9
„ denfystyczne	4.560,5	42,2	14,5	80,6
Wydane leki i środki opatrunkowe	29.177,2	54,9	92,9	104,9
Zabiegi w zakładach leczniczo-rozpoznawczych	4.575,8	56,1	14,5	106,6
Osobodni szpitalne	8.844,3	56,7	28,1	108,7
„ sanatoryjne	2.576,5	38,3	8,2	73,2
Protezy dentystyczne	60,6	42,3	0,19	79,2
Dni zasiłków chorobowych	12.944,2	64,1	46,4*	122,1
Zasiłki pogrzebowe	53,3	48,1	0,191	91,0

a) na 100 ubezpieczonych (bez rencistów)

ze składek, wynoszące w I półroczu 1950 r. 103.410,5 mil. zł (51,2% planu rocznego), podczas gdy przypis składek wyniósł w tym okresie 105.026,3 mil. zł (51,7% planu rocznego). Ściągalność składek wyraziła się zatem współczynnikiem 98,5%. Należy przytem zaznaczyć, że w związku z dostosowaniem układu sprawozdań działalności finansowej ubezpieczeń społecznych do układu budżetu państwowego, począwszy od stycznia 1950 r. wykazuje się w rachunkach działalności wpływy ze składek zamiast przypisu składek po stronie dochodów i odpisów na zaległe składki po stronie wydatków, jak to było praktykowane w 1949 r. i w latach poprzednich.

Najważniejszą częścią wydatków są wydatki na świadczenia, wypłacane w ciągu I półrocza 1950 r. przez Fundusz Ubezpieczeń i Fundusz Zasiłków Rodzinnych w ogólnej kwocie 94.671,4 mil. zł, tj. 51,2%

planu rocznego, w tym świadczenia pieniężne na sumę 70.209,9 mil. zł (51,9% planu rocznego).

Pozostają jeszcze do omówienia niektóre elementy usługowe, zilustrowane w tabelach statystycznych. Otóż przeciętna półroczna liczba ubezpieczonych uprawnionych do leczenia wyniosła 5.237,0 tys. czyli (104,2% planu rocznego).

Przeciętny stan rent i zaopatrzeń (bez rent zleconych) wyniósł w I półroczu br. 592,7 tys., a przyrost ich w ciągu półrocza 24,9 tys. (34,6% planu rocznego), przy czym przeciętna miesięczna wypłata wyniosła 3.741 zł (93,9% planu). Liczba wypłaconych w I półroczu 1950 r. zasiłków rodzinnych wyniosła 29.715,2 tys., czyli 51,5% planu rocznego. Stopień wykonania planu usług w ubezpieczeniu chorobowym został przedstawiony w zamieszczonej wyżej tablicy.

(t. b.)

Wskaźnik rozwoju działalności ubezpieczeń społecznych

Wyszczególnienie	1949				1950						
	I	IV	VII	X	I	II	III	IV	V	VI	VII
1. Konta pracodawców a)	100	99	100	99	98	96	95	96	94	94	91
2. Ubezpieczeni na wypadek choroby i renc (emeryci) uprawnieni do leczenia a) w tym	100	103	111	117	121	121	120	126	128	130	132
a) robotnicy a)	100	103	111	119	122	121	123	126	129	131	133
b) pracownicy umysłowi a)	100	107	113	121	128	132	136	140	144	147	149
c) publiczno - prawni pracownicy państwowi a)	100	104	105	106	106	106	106	106	106	106	106
d) renciści (emeryci) up. do leczenia a)	100	101	108	108	108	108	109	109	108	109	108
3) Ubezpieczeni na wypadek choroby wg. rodzajów gospodarki narodowej a)	100	104	111	119	123	123	125	126	131	133	135
a) gos. państwowa a)	100	106	114	124	130	131	133	137	141	143	145
b) „ samorządowa a)	100	104	111	115	114	114	116	121	124	126	127
c) „ spółdzielcza a)	100	110	128	140	156	155	160	166	172	178	182
d) „ społeczna	100	94	97	101	103	102	103	105	106	108	110
e) „ prywatna	100	90	87	80	74	69	69	67	66	65	62
4. Podstawa wymiaru składek indywidualnych	100	108	109	127	138	128	130	141	138	137	138
5. Przypis składek											
a) na ubezpieczenia społeczne	100	95	101	118	135	121	127	137	139	145	149
b) na ubezpieczenie rodzinne	100	137	144	167	191	175	182	200	200	214	224
6. Świadczenia											
a) porady lekarskie	100	92	92	115	135	140	162	143	143	136	130
b) porady dentystryczne	100	99	92	129	138	142	162	142	148	145	129
c) wydane leki i środki opatrunk.	100	98	89	115	126	134	145	141	132	131	128
d) zabiegi leczniczo-rozpoznawcze	100	104	86	117	127	133	162	150	148	139	129
e) osobocni szpitalne i sanatoryjne	100	117	128	143	144	138	169	165	168	164	160
f) dni zasiłków chorobowych, domowych i szpitalnych	100	119	116	138	149	162	179	152	151	136	133
g) renty i zaopatrzenia	100	104	107	110	113	114	114	116	116	117	118
h) zasiłki rodzinne	100	111	126	127	134	128	137	136	137	142	149
i) wyprawki niemowlęce wydane ubezpieczonym	100	90	100	97	117	106	126	103	121	123	119
7. Wydatki na świadczenia											
a) na renty i zaopatrzenia	100	119	120	129	135	131	136	133	135	132	135
b) „ zasiłki z ubezpiecz. chorobow.	100	139	151	194	226	248	285	246	248	225	227
c) „ „ rodzinne	100	128	141	142	145	145	161	156	161	166	176
d) „ opiekę lekarską otwartą	100	178	171	195	164	198	236	227	234	231	259
e) „ „ „ zamkniętą	100	185	190	211	219	208	289	305	238	212	275
a) stan na początku miesiąca,											
b) bez rent wypłacanych na rachunek obcych instytucji											

Działalność finansowa ubezpieczeń społecznych

za czas od I.I — 31.VII 1950 r.

Złote dawne

Cześć	WYSZCZEGÓLNIENIE	I.I — 31.VII.1950				Lipiec 1950			
		Dochody		Wydatki		Dochody		Wydatki	
		tys. zł.	% planu roczn.	tys. zł.	% planu roczn.	tys. zł.	% czerwca	tys. zł.	% czerwca
10	Składki, odsetki i grzywny w tym składki na	124.608.522	61,3	1.391.898	34,5	20.576.207	116,1	87.260	95,4
	a) Fundusz Ubezpieczeń	56.628.325	60,2	—	—	9.180.865	114,1	—	—
	b) „ Zasiłków Rodzin.	65.140.705	62,6	—	—	10.975.454	118,7	—	—
	c) „ Bezrobocia	1.521.908	71,9	650.000	28,9	241.030	102,2	—	—
	d) „ Akcji Socjalnej	601.327	33,0	741.898	41,5	84.452	96,5	87.260	95,4
11	Dochody z majątku	27.331	22,4	—	—	17.099	841,9	—	—
12	Wydatki administracyjne w tym (netto)	73.549	66,3	2.624.585	46,5	10.407	111,6	383.584	100,0
	a) Fundusz Ubezpieczeń	—	—	1.148.405	44,0	—	—	165.257	99,2
	b) „ Zasiłk. Rodzin.	—	—	1.313.646	45,4	—	—	194.038	100,1
	c) „ Bezrobocia	—	—	76.782	72,5	—	—	12.161	102,3
	d) „ Akcji Socjalnej	—	—	12.203	33,5	—	—	1.724	95,6
13	Wydawnictwa własne	3.046	9,2	12.626	23,0	905	167,6	494	12,0
14	Nieruchomości mieszkalne, place i grunty	94.920	47,8	109.765	43,1	12.975	98,8	18.038	134,3
15	Warsztaty	28.521	47,7	29.144	48,7	4.548	80,3	4.856	89,3
16	Drukarnie	38.299	36,0	36.698	34,5	7.391	221,2	6.530	120,9
17	Gospodarstwa rolne	2.546	10,3	13.491	55,4	789	111,9	2.509	87,3
18	Ogóln. organ. i koncent. leczn.	4.311	862,2	324.922	47,3	376	57,1	48.730	99,6
19	Koszty sądów Ubezpie. Społ.	—	—	68.000	48,1	—	—	—	—
20	Popularyzacja „	863	x	32.559	25,9	119	63,3	6.346	116,7
21	Świadczenia pieniężne „ w tym	772.717	57,7	82.892.539	61,2	92.041	60,3	12.682.621	105,0
	a) renty i zaopatrzenia	—	—	15.668.840	53,2	—	—	2.257.254	102,1
	b) zasiłki z ubezpie. społ.	—	—	8.995.511	74,7	—	—	1.198.443	101,0
	c) „ rodzinne	—	—	57.413.752	62,4	—	—	9.105.550	106,2
	d) świadczenia zlecone	602.924	45,0	746.576	44,2	66.871	52,5	110.467	111,2
22	Opieka lekarską otwartą i orzecznictwo	329.191	50,6	4.237.201	52,0	60.330	233,8	687.031	108,0
23	Zakłady leczn. i rozpozn.	15.289	27,2	583.293	46,2	2.985	130,9	97.880	97,5
24	Leki i świadczenia w naturze w tym	528.050	60,2	10.059.831	59,9	89.744	102,8	1.362.291	93,4
	a) leki	81.938	75,9	4.542.632	65,2	13.021	96,5	691.135	105,6
	b) wyprawki niemowlęce	121	x	869.345	55,0	121	x	3.738	2,6
	c) akcja mleczna	445.991	58,0	4.463.185	57,3	76.602	103,8	638.517	100,7
25	Szpitala	119.449	65,7	8.644.610	62,1	20.856	111,7	1.357.186	103,7
26	Sanatoria	145.4.2	38,5	3.453.604	53,3	22.060	98,9	555.972	338,3
27	Pogotowie lekarskie	1.587	19,8	453.182	90,1	231	238,1	7.900	2,0
28	Proteźownie dentystyczne	588	x	277.932	44,3	82	126,2	41.749	90,2
29	Kolonie i półkolonie	4.150	33,6	466.249	91,2	2.758	229,1	10.451	495,5
30	Akcja zapobieg. rehabilit. i bezpieczeństwo pracy.	—	—	133.127	23,0	—	—	3.239	26,9
31	Strąty i umorzenia	—	—	1.103	x	—	—	695	2.780,0
32	Wydatki organizacyjne ZLP	—	—	93	x	—	—	93	x
	Razem	126.798.351	61,1	115.846.452	59,3	20.921.903	115,8	17.365.455	103,5
	Nadwyżka	—	—	10.951.899	89,9	—	—	3.556.448	275,7

Tabela przeliczeniowa wysokości świadczeń jednostkowych, płaconych przez ubezpieczenia społeczne, ustalona w związku z przeprowadzoną reformą pieniężną ^{a)}

RODZAJ ŚWIADCZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA			
	dla osób, które nie przepracowały		dla osób, które przepracowały	
	18 miesięcy po Wyzwoleniu wzgl. dla pozostałych po nich rodzin			
	w dawnych złotych	w nowych złotych	w dawnych złotych	w nowych złotych
Emerytalne				
Renta inwalidzka	3000	90	3200-6000 b)	96-180 b)
Zaopatrzenie inwalidzkie	3000	90	—	—
Dodatek na dziecko	650-1000 d)	19,50-30 e)	650-1000 d)	19,50-30 b)
Renta wdowia	2100	63	2250-4200 b)	67,50-126 c)
Zaopatrzenie wdowie	2100	63	—	—
Renta lub zaopatrzenia sieroco	650-1000 d)	19,50-30 e)	650-1000 d)	19,50-30 c)
Kwota wspólna rent (zaopatrzen) sierot zupełnych	1350	40,50	1350	40,50
Zasiłek pogrzebowy po śmierci czł. rodz. rencisty	6000	180	6000	180
	dla osób, które uległy wypadkowi			
	przed Wyzwoleniem f)		po Wyzwoleniu g)	
	wzgl. dla pozostałych po nich rodzin			
	w dawnych złotych	w nowych złotych	w dawnych złotych	w nowych złotych
Wypadkowe				
Pełna renta poszkodowanego	5400	162	6000-10000 h)	180-3000 h)
Dodatek na dziecko	650-1000 d)	19,50-30 e)	650-10000 d)	19,50-30 d)
Renta wdowia	2400	72	2800-5000 h)	84-150 h)
Renta sieroca	650-1000 d)	19,50-30 e)	650-1000 d)	19,50-30 e)
Kwota wspólna rent sierot zupełnych	1650	49,50	1650	49,50
Kwota wspólna rent dalszej rodziny	1650	49,50	75% renty wdowiej	
Kwota jednostkowa rent dalszej rodziny	750	22,50	25% renty wdowiej	
	bez prawa		z prawem	
	do pobierania mleka na asygnaty F.Z.R.			
	w dawnych złotych	w nowych złotych	w dawnych złotych	w nowych złotych
Rodzinne				
Zasiłek na dziecko pierwsze	1650	49,50	1450	43,50
Zasiłek na dziecko drugie	1950	58,50	1750	52,50
Zasiłek na dziecko trzecie lub dalsze	2250	67,50	2050	61,50
Zasiłek na żonę bez dzieci	1000	30	800	24
Zasiłek na żonę z dziećmi	1250	37,50	1050	31,50
Dodatek specjalny do zasiłku na każde dziecko	250	7,50	250	7,50

- a) Uwzględniono tylko świadczenia określone oznaczoną kwotą pieniężną, pominięto natomiast świadczenia określone procentowo w stosunku do zarobku lub ostatnio pobieranej renty.
- b) Odpowiada jednej z ośmiu grup zarobku przeciętnego z ostatnich 6 miesięcy.
- c) Na dzieci rencistów oraz na sieroty po ubezpieczonych i po rencistach wypłaca się zasadniczo rodzicowi (ojcu, matce, wdowie) wzgl. sierotom zupełnym zasiłek rodzinny. Jeżeli jednak rodzic pracuje, wypłaca mu się na dzieci (sieroty) zasiłek rodzinny z tytułu zatrudnienia, a niezależnie od tego dodatek na dzieci wzgl. renty (zaopatrzenia) sieroce.
- d) Na dziecko pierwsze 650 zł. na drugie — 800 zł. na trzecie lub dalsze — 1000 zł.
- e) Na dziecko pierwsze 19,50 zł., na drugie — 24 zł., na trzecie lub dalsze — 30 zł.
- f) Dla drobnych producentów rolnych wzgl. pozostałych po nich rodzin niezależnie od daty wypadku.
- g) Z wyjątkiem drobnych producentów rolnych wzgl. pozostałych po nich rodzin.
- g) Odpowiada jednej z siedmiu grup zarobku przeciętnego z ostatnich sześciu miesięcy. Ponadto dla zarobku przeciętnego, przekraczającego przed przeliczeniem 26000 zł. a po przeliczeniu 750 zł. miesięcznie, pełna renta poszkodowanego wynosi 40%, renta wdowia 20% tego zarobku.
- i) Dla ubezpieczonych, których zarobek w odnośnym miesiącu nie podlega obciążeniu z tytułu podatku dochodowego (przed przeliczeniem 13700 zł., po przeliczeniu 411 zł. miesięcznie.

KOMUNIKAT

Wobec mającego nastąpić z dniem 1.I.1951 r. przejęcia kolportażu „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ przez PPK „Ruch“ należy niezwłocznie sporządzić w oddziałach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i w oddziałach Zakładu Lecznictwa Pracowniczego imienne wykazy prenumeratorów, zawierające następujące dane:

- 1) imię i nazwisko (wzgl. nazwa instytucji, gdy prenumeratorem jest instytucja)
- 2) dokładny adres
- 3) rodzaj prenumeraty (normalna, ulgowa, bezpłatna)
- 4) kwotę należną za I kwartał 1951 r.

Bezpłatnymi prenumeratarami są biblioteki i świetlice oddziałów ZUS i ZLP. Z prenumeraty ulgowej mogą korzystać pracownicy wspomnianych instytucji.

Z dniem 1.I.1951 r. obowiązują następujące opłaty za „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych“:

	ulgowa	normalna
za egzemplarz	0,90 zł.	3,00 zł.
za kwartał	2,70 zł.	9,00 zł.
za półrocze	5,40 zł.	18,00 zł.
za rok	10,80 zł.	36,00 zł.

Wykazy prenumeratorów należy nadesłać w nieprzekraczalnym terminie do dn. 5.XII.1950 r. w dwu egzemplarzach pod adresem: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Wydział Ogólny w Warszawie, ul. Czerniakowska 231. Na zasadzie wspomnianych wykazów ZUS zgłosi centralnie listę prenumeratorów do PPK „Ruch“.

Należność za prenumeratę za I kwartał 1951 r. od pracowników i innych osób powinna być pobrana w podanej wyżej wysokości w trybie dotychczasowym przez osoby zajmujące się rozprawdaniem wydawnictw ZUS na terenie oddziałów ZUS lub ZLP w terminie od dn. 5.I.1951 r. i niezwłocznie wpłacona na konto PPK „Ruch“ (nr. konta zostanie podany w najbliższym zeszycie PUS).

Od należności pobranych za prenumeratę za I kwartał 1951 r. nie należy potrącać 10% rabatu dla osób inkasujących należność. Wspomniane osoby otrzymają zamiast rabatu z funduszy ZUS jednorazowe premie, ustalone w zależności od liczby zgłoszonych prenumeratorów.

W sprawie sposobu regulowania należności za prenumeratę za II kwartał 1951 r., trybu zgłaszania nowych prenumeratorów i rezygnacji z prenumeraty zostanie wydany odrębny komunikat.

Podkreśla się z naciskiem, że przejście na nowy system kolportażu nie może spowodować zakłóceń w stanie czytelnictwa „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ Również przejście części pracowników do Zakładu Lecznictwa Pracowniczego nie uzasadnia rezygnacji z prenumeraty PUS, który nadal pozostanie fachowym organem pracowników obu instytucji. Wobec niezwykle niskiej ceny miesięcznika, zwłaszcza w ulgowej prenumeracie, rezygnacja z „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ po tym wyjaśnieniu może świadczyć jedynie o braku zainteresowań społeczno - zawodowych.

W oddziałach ZLP, w których nie został jeszcze zorganizowany wewnętrzny kolportaż wydawnictw, wykazy prenumeratorów oraz inkaso należności za prenumeratę obowiązana jest przeprowadzić komórka ogólna oddziału ZLP lub pracownik zajmujący się rozprawdaniem wydawnictw w miejscowym oddziale ZUS.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Lecznictwa Pracowniczego

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” ukazuje się w pierwszej połowie każdego miesiąca. W wypadku doręczenia bieżącego zeszytu po 20 listopada 1950 roku należy reklamować w punkcie rozdzielczym

REDAGUJE KOMITET

Redakcja i Administracja: Warszawa, Czerniakowska 231, pok. 109. Konto PKO I-1970.

Prenumerata za IV kwartał br. 4.50 zł. Cena egzemplarza 1.50 zł, dla pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych 90 gr.

Wydawca: Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie.

