1842

przegląd ubezpieczeń społecznych

2973 510 1325

BIBLIOTEKA MIEJSKA
w Jarosławiu
1842

organ instytucyj
ubezpieczeń
społecznych

19317

2

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ROK VI
WARSZAWA
1 LUTEGO
1931 R.
ZESZYT 2

MIESIĘCZNIK

MUZEUM BIBLIOTEKA Archiwum w Jarosławiu
1215/cz

BIBLIOTEKA MIEJSKA w Jarosławiu
L. 1842 Tom

DR. MED. JERZY BUJALSKI.

PRACOWNICY UMYSŁOWI A ZAPOBIEGANIE STANOM CHOROBOWYM

Art. 58 Rozporządzenia Prezydenta z d. 29. XI 1930 r. „O organizacji i funkcjonowaniu instytucyj Ubezpieczeń Społecznych" nakłada między innemi na Związek Zakładów Ubezp. Pr. Um. obowiązek prowadzenia i popierania akcji profilaktycznej, ustalanie zasad i planów akcji Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w sprawach lecznictwa zapobiegawczego.

Nakaz ustawowy, w ten sposób stylistycznie ujęty, daje rzeczywiście możliwości, ustawowo prawie nieograniczone, przeprowadzenia prac zapobiegawczych, mających na celu nie tylko zabezpieczenie zakładów przed niepotrzebnem, bo dającem się uniknąć, wydatkowaniem na renty inwalidzkie, ale mających również doniosłe znaczenie społeczne, jako wkraczających w dziedzinę zagadnienia zdrowotności publicznej.

Akcja zapobiegawcza Zakładów U. P. U. ma właściwie dwa działy. Jeden dział — to akcja zapobiegania inwalidztwu, bezpośrednio grożącemu wskutek stwierdzonego już powstania u ubezpieczonego stanu chorobowego, aczkolwiek w chwili stwierdzenia nie powodującego jeszcze niezdolności do pracy, to jednak dającego uzasadnione przypuszczenie, że niezdolność zarobkowania spowoduje w przyszłości, o ile nie zastosuje się odpowiednich środków zaradczych.

Ten dział zapobiegania inwalidztwu, jako bezpośredni, jaskrawo uderzający natychmiastowym efektem, najłatwiejszy do zrealizowania i najprostszy, zupełnie słusznie został wysunięty przez Zakłady Ubezpieczenia na pierwsze miejsce w realizowaniu programu zapobiegawczego, uzyskał w krótkim czasie bardzo poważne postępy, i dziś może być uważany za teoretycznie rozwiązany, gdyż pozostaje tylko wykonanie planu naszkicowanego.

Organizacja własnych sanatorjów, doskonaląca się z roku na rok, opracowanie planu inwestycyjno-sanatoryjnego, rozpoczęcie badań nad realizacją tego planu, przeznaczenie odpowiednich kredytów na akcję sanatoryjno - budowlaną, są to bezwątpienia poważne zdobycze i posunięcia zasadniczej natury zakładów w akcji zapobiegawczej przeciwko inwalidztwu bezpośrednio grożącemu, a to tem więcej, że ten rodzaj akcji zapobiegawczej ujęty został w normy, wprowadzające do niej pewien celowy kierunek. Uchwalony przez Zarząd Związku ZUPU plan leczniczy, i oparty na nim plan sanatoryjny, skupia cały wysiłek na tych jednostkach czy grupach jednostek chorobowych, które mają znaczenie nietylko ze względu na finansowy interes ubezpieczenia, a i doniosłe społeczne znaczenie ze względu na masowy charakter zachorowań.

Drugi dział akcji zapobiegawczej zakładów, to prace, związane z dążeniem do podniesienia poziomu ogólnej zdrowotności, w szczególności do podniesienia poziomu zdrowotnego ubezpieczonych pracowników umysłowych. Ten rodzaj zapobiegania jest bezwątpienia znacznie trudniejszy do planowania i realizowania, gdyż siłą rzeczy zahacza o stosunki gospodarcze, wkraczać musi w organizację wewnętrzną handlu i przemysłu, w stosunki osobiste ubezpieczonego. Tu zapobieganie sięga głęboko, nie zadawalnia się niedopuszczeniem do inwalidztwa, gdy powstał stan chorobowy, ale dąży do usunięcia względnie ograniczenia przyczyn, które stan chorobowy wywołują. Nie chce zapobiegawczo leczyć, a chce niedopuścić do powstania potrzeby zapobiegawczego leczenia.

Ze względu na swój charakter, cele i zadania, ten rodzaj zapobiegania, a w rzeczywistości właściwe zapobieganie, ma wielkie trudności do przezwyciężenia. W zupełności zrealizowane być może w ścisłej łączności i zależności od akcji zapobiegawczej ogólnopaństwowej. Jednak na akcję ogólnopaństwową składają się wysiłki pojedyńczych grup, które w sumie dają efekt ogólny.

Z tego wniosek należałoby wyciągnąć, że w tym dziale akcji zapobiegawczej Zakłady Ubezpieczeń Pr. Um. mają dwa zadania: współpraca z ogólnym ruchem zapobiegawczym, mającym na celu udoskonalenie stosunków zdrowotnych, i praca samodzielna w zakresie własnego zapobiegania na terenie węższym, bezpośrednio intersującym Zakłady UPU. Pierwsze zadanie — współpracy z ogólnym ruchem zapobiegawczym — obecnie nie natrafia na trudności, gdyż ruch ten zaczyna się krystalizować, skupiać, zaczyna być ujmowany w ramy organizacyjne, przyczem organizowanie tego ruchu znajduje się w rękach centralnego zarządu sprawami zdrowia publicznego. Ruch ten, pracujący w skali ogólno-państwowej, nie uwzględnia, rzecz prosta, ułamków terenów pracy, lecz cały teren, pozostawiając ułamki terenów tym, którzy z natury swych obowiązków powołani są do czuwania nad nimi. Stąd też powstaje obowiązek ZUPU-owych zainteresowania się stanem zdrowotnym ubezpieczonych pracowników umysłowych, a to tem bardziej, że stan ten, pogarszając się z roku na rok, godzić będzie bardzo boleśnie w podstawy finansowe ubezpieczenia.

Sprawą, która zasługuje na poważne zainteresowanie się, jest sprawa warunków zdrowotnych pracy. Powszechnie wiadomo, że dziś pracownicy umysłowi, nie chronieni ustawodawstwem ochronnem, pracują przeważnie w tak okropnych pod względem higjenicznym warunkach, w jakich pracuje bodaj tylko górnik. Małe pokoiki, bez wentylacji, zadymione i zatłoczone stosami brudnych papierów, mieszczą kilku i kilkudziesięciu pracowników biurowych, pozbawionych nawet takiej niezbędnej instalacji, jak umywalnia. Tak często spotykane miejsca pracy, gdzie nawet w lecie musi się pracować przy sztucznem świetle, siłą rzeczy muszą oddziaływać na stan zdrowotny ubezpieczonych. Niedbałość o stworzenie odpowiednich warunków pracy cechuje znaczną większość instytucyj i przedsiębiorstw nie tylko prywatnych, ale i państwowych i społecznych. Obok wspaniale urządzonych żłobków dla niemowląt widzimy okropnie zaniedbane miejsca pracy pracowników umysłowych, których rodzaj pracy, ze względu na związany z nią poważny wysiłek nerwowy, wymaga dobrego, higjenicznego otoczenia tak dla ich zdrowia, jak i wydajności pracy. Z tego wyciągnąć należałoby wniosek, że poprawa higjenicznych warunków pracy pracowników umysłowych leży w interesie Państwa, które musi mieć zdrowych na duszy i ciele obywateli, samych pracowników, oraz przedsiębiorstw i instytucyj, dla których poprawa warunków pracy będzie równoznaczna z powiększeniem wydajności pracy. W tej dziedzinie najwłaściwsza droga — to droga inicjatywy ustawodawczej w kierunku wprowadzenia ustawowej ochrony pracy i miejsc pracy pracowników umysłowych, choćby w rozmiarach, obowiązujących dla pracowników fizycznych.

Lecz nawet ustawowo zagwarantowane urządzenie higjeniczne miejsc pracy, nie rozwiąże całości zagadnienia. Należy bowiem umieć zorganizować miejsce pracy w ten sposób, by nie wpływało ono ujemnie na zdrowie pracowników. Wspomnę tu choćby o zmniejszeniu powierzchni zakurzenia i odkurzaniu aktów, należytem oświetleniu, sposobach wentylacji i t. p.

Z tego wynika, że należałoby również pomyśleć o zajęciu się naukową stroną zagadnienia, przygotować na odpowiednich kursach zastęp instruktorów, których zadaniem byłoby udzielanie wskazówek, jak należy organizować pod względem higjenicznym miejsca pracy, i perjodyczna kontrola tych miejsc.

Akcja, która pójdzie w kierunku ulepszenia pod względem zdrowotnym miejsc pracy, automatycznie zmniejszać będzie leczenie zapobiegawcze, bo nie ulega wątpliwości, że w olbrzymiej większości wypadków obecne miejsca pracy stwarzają znakomite podłoże dla powstawania zmian chorobowych, które później trzeba leczyć, by nie dopuścić do inwalidztwa.

Przeprowadzenie tej właściwej i skutecznej akcji zapobiegawczej wymagać będzie bezwątpienia zbiorowego wysiłku wszystkich zainteresowanych, tak samych pracowników umysłowych, jak i tych organizacyj społecznych, które do opieki nad zdrowiem ich są powołane na mocy prawnych i moralnych zobowiązań.

J. ZIELIŃSKI

UWAGI INTERPRETACYJNE DO ART. 5 I 6 ROZP. PREZ. O UBEZP. PRAC. UM.

Rozdział III rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) w brzmieniu, nadanem rozp. Prezydenta Rzplitej z dnia 6 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26, poz. 231), nosi tytuł „Osoby zwolnione od obowiązku ubezpieczenia" i zawiera dwa artykuły: art. 5 i art. 6.

Art. 5 stanowi, kto z pośród osób posiadających warunki, stwarzające w zasadzie obowiązek ubezpieczenia w myśl cyt. rozporządzenia (art. 2 do 4) — obowiązkowi temu jednak nie podlega.

Art. 6 zaś dotyczy osób, które obowiązkowi

ubezpieczenia wprawdzie podlegają, jednak mogą się od tego obowiązku na własne żądanie zwolnić.

Różnica co do sposobu ujęcia kwestji w obu artykułach polega na tem, że jedni zwolnieni są od obowiązku ubezpieczenia z samego prawa, drudzy natomiast dopiero przez akt woli uprawnionego, objawiony w sposób właściwy*).

Obowiązkowi ubezpieczenia w myśl rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych podlegają osoby, które:

a) posiadają określony wiek,

b) są zatrudnione u innych osób fizycznych lub prawnych prawa prywatnego lub publicznego (bez względu na okres trwania zatrudnienia oraz niezależnie od wysokości wynagrodzenia),

c) zatrudnienie to wykonywują na obszarze Rzeczypospolitej (z wyjątkiem przewidzianym w art. 2 ust. ost.),

d) spełniają czynności, które uzasadniają zaliczenie tych osób do pracowników umysłowych w rozumieniu art. 3 wzgl. 4 cyt. rozporządzenia.

Z pośród osób posiadających wszystkie powyżej wymienione warunki, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na podstawie art. 5:

„1) osoby, niezdolne do wykonywania swego zawodu (art. 22 ust. 2 i 3)";

Art. 22 ust. 2 i 3 w ten sposób określa niezdolność do wykonywania zawodu: „Za niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych obniżyła się poniżej 50 proc. zdolności osób zdrowych fizycznie i umysłowo, o podobnem uzdolnieniu zawodowem.

Przy rozstrzyganiu kwestji, które zajęcie pracownika uważać należy za jego zawód, należy brać pod uwagę przedewszystkiem fachowe wykształcenie pracownika, następnie długość okresu wykonywania danego zajęcia w czasie posiadania zdolności zawodowej, oraz przynależność zawodową, jakiej pracownik dawał wyraz w okręsie pełnej zdolności zawodowej, a wreszcie inne stosowne znamiona istotne".

Już po pobieżnem przeczytaniu cyt. przepisu można dojść do przekonania, że pojęcie „zawód", nie jest w rozporządzeniu naszem ściśle ujęte i należycie zdefinjowane. Kryterja, na jakich ma się opierać twierdzenie, że pracownik należy do danego zawodu, przy ustalaniu pewnych okoliczności, mających następstwa w sferze materjalnych przepisów prawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, mogą być w konkretnych wypadkach więcej lub mniej istotnym sprawdzianem, ale nie rozwiązują zagadnienia; niestety nie zaspakajają nawet większości potrzeb tembardziej, że w czasach dzisiejszej fluktuacji stosunków na pojęciu „zawodu" bez należytego określenia tego terminu, oprzeć się z korzyścią niepodobna. Termin ten może być jeszcze używany z powodzeniem w języku potocznym, nie jest jednak terminem prawnym. Toteż przy stosowaniu art. 5 p. 1 nasuwa się szereg trudności, które wypaczają cel prawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych i są niewątpliwie niezgodne z istotną wolą ustawodawcy.

Nie siląc się bynajmniej na wyszukanie najbardziej efektownych przykładów, można zilustrować chociażby takim: X był 20 lat pianistą z odpowiedniem w tym kierunku wykształceniem; skutkiem wypadku stracił jedną rękę. Wobec braku innego bardziej odpowiadającego mu zajęcia przyjął posadę sekretarza w redakcji dziennika. X nie będzie podlegał obowiązkowi ubezpieczenia, ponieważ jest niezdolny do wykonywania swego zawodu w rozumieniu art. 5 p. 1 i art. 22.

Trudności, z jakiemi ustawodawca borykał się tu, były wielkie i zmogły go, z istotną szkodą dla prawnego ujęcia kwestji.

Należy przypuszczać, że po upływie pewnego okresu czasu, zwłaszcza po wprowadzeniu ubezpieczenia samodzielnie zarobkujących, dotychczasowe ujęcie zagadnienia będzie przedstawiać się mniej rażąco, niż obecnie, mimo to jednak winno się szukać lepszej drogi wyjścia.

Dalej nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia:

„2) osoby, otrzymujące zaopatrzenie (pensje, renty, emerytury i t. p.) conajmniej w wysokości 40 proc. pierwszego wynagrodzenia służbowego, jakie te osoby otrzymały na posadzie, objętej po przyznaniu im zaopatrzenia";

Punkt drugi, złączony z pierwszym mógłby stanowić pewną korekturę stanu przedstawionego wyżej (p. 1), gdyby przepis sformułowano mniej więcej w ten sposób (przy zachowaniu dotychczasowej terminologji): „nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, osoby, niezdolne..., o ile otrzymują zaopatrzenie".

Fakt zatrudnienia jest bowiem sam przez się stwierdzeniem pewnych okoliczności, które winny w zasadzie decydować o powstaniu i istnieniu obowiązku ubezpieczenia.

Ustawodawca, redagując punkt drugi, zamierzał wyłączyć od dobrodziejstwa ubezpieczenia pracowników, którzy mają już zabezpieczoną przyszłość. Starał się więc uczynić wyjątek tylko dla tych, których zaopatrzenie jest zbyt niskie, aby mogło spełniać cel, któremu winno służyć. „Starał się", ponieważ w istocie rzecz wyszła nieco inaczej.

Spotykamy się tutaj z pojęciem „zaopatrzenie". Podano w nawiasie przykładowo, co należy przez to pojęcie rozumieć: „pensje, renty, emerytury i t. p." Nie można jednak wyśledzić, z jakiego tytułu winno być wspomniane zaopatrzenie (czy z tytułu własnej pracy?); czy ma być dożywotne? Jeżeli zaś potraktujemy zaopatrzenie, jako świadczenie na rzecz osoby otrzymującej je, to czy istotną treścią winno być zobowiązanie do świadczenia, czy też mogą tu być zaliczone także np. przyrzeczone i wypłacane dary z łaski.

*) Przy rozstrzyganiu kwestji, które zajęcie pracownika jest rozstrzygające, w myśl § 12 rozp. Ministra Pr. i Op. Społ. z dnia 22 grudnia 1927 (Dz. U. Nr. 118/1016) oraz § 3 rozp. Ministra Pr. i Op. Społ. z dnia 8 marca 1928 (Dz. U. Nr. 50, poz. 482) zwolnione są odnośne osoby od pierwszego dnia tego mies., w którym zgłoszono żądanie.

Rzucone tu pytania mają swój sens i odpowiedniki w praktyce, a przedewszystkiem są bardzo istotne ze względu na dalszą część postanowienia p. 2.

Osoby, pobierające zaopatrzenie, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, w myśl p. 2, jeżeli zaopatrzenie to wynosi 40 proc. lub więcej pierwszego wynagrodzenia służbowego, otrzymanego na posadzie, objętej po przyznaniu zaopatrzenia.

Co będzie, jeżeli w chwili przyznania zaopatrzenia odnośny pracownik (pracownica) znajdował(a) się już „na posadzie" i był (a) ubezpieczony (a). Obowiązek ubezpieczenia ustanie, gdy po ewent. zmianie poprzedniego zatrudnienia stosunek procentowy zaopatrzenia do pierwszego wynagrodzenia otrzymanego na tej nowej posadzie, objętej „po przyznaniu zaopatrzenia" — będzie się wyrażał cyfrą 40 proc. lub wyższą.

Aby się uchronić od utraty nabytych ekspektatyw (możliwe byłoby tylko dobrowolne kontynuowanie ubezpieczenia) tak w wypadku przedstawionym, jak i w innych — pracownicy mogą dążyć do zawierania specjalnych umów z pracodawcą, aby zapewnić sobie w p i e r w s z y m m i e s i ą c u wynagrodzenie wyższe aniżeli w następnych, i to w tym stopniu procentowym, jaki jest im potrzebny, aby obowiązek ubezpieczenia nie wygasł. Za to później— może nastąpić wyrównanie w poborach bez istotnej szkody dla praw pracownika.

Można to nazwać obejściem prawa; zjawisko takie będzie się jednak spotykać jako środek walki przeciw uciążliwemu przepisowi tak długo, przy pewnej znajomości przepisów ze strony ubezpieczonych, dopóki omawiana norma nie zniknie jako prawna rzeczywistość.

Powracając jeszcze do punktu drugiego, należałoby treść jego zilustrować na przykładzie: Y był funkcjonarjuszem państwowym i został przeniesiony w stan spoczynku z zaopatrzeniem emerytalnem 150 zł. miesięcznie; jego pierwsze wynagrodzenie służbowe, otrzymane na posadzie objętej po przyznaniu zaopatrzenia, wynosi 300 zł.

Z. był również funkcjonarjuszem państwowym, lecz wyższej kategorji, to też jego zaopatrzenie emerytalne wynosi 575 zł. — Po przejściu na emeryturę Z. otrzymał posadę dyrektora jakiejś instytucji z płacą 1500 zł. Z. podlega obowiązkowi ubezpieczenia, natomiast Y nigdy nie będzie korzystał z ubezpieczenia obowiązkowego, chyba że zrzeknie się zaopatrzenia emerytalnego.

Według punktu trzeciego nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia:

> „3) osoby, których czynności, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, stanowią zajęcie uboczne, przynoszące dochód niższy, niż inne stałe czynności zarobkowe, nieuzasadniające obowiązku ubezpieczenia".

Przepis ten nie nasuwa w zasadzie ze względu na swą treść znaczniejszych wątpliwości, kwestje bowiem interpretacyjne, jakie możnaby tu wysunąć, powstają dopiero w zetknięciu z następnemi punktami art. 5 oraz art. 6, to też omówienie ich będzie najbardziej właściwe przy sposobności wykładni odnośnych przepisów. Tutaj należałoby właściwie zastanowić się tylko nad sensem pojęcia „stałe czynności zarobkowe".

W art. 2 spotykamy się z pojęciem „zatrudnienie", jako stosunkiem faktycznym. Cel tego zatrudnienia wydaje się być obojętnym, to zn. ustawodawca nie uzależnił tu obowiązku ubezpieczenia od tego rodzaju warunków, jak, ażeby zatrudnienie (czynności) było koniecznie zarobkowe, gdyż obowiązek ubezpieczenia rozciąga się również na pracowników nie pobierających żadnego wynagrodzenia, podobnie nie wyklucza obowiązku ubezpieczenia, jeżeli zatrudnienie jest połączone z nauką lub praktyką (z wyjątkiem wyraźnym co do praktykantów i aplikantów w służbie państw. i pewnych osób wymienionych w art. 6), poprzedzającą właściwe czynności zarobkowe.

Powyższe stanowisko podkreśla p. 3 art. 5 następującym zwrotem: „osoby, których **czynności,** uzasadniające obowiązek ubezpieczenia..."; dopiero wspominając o dochodzie zwęża ustawodawca poprzedni krąg osób.

Ograniczenie, zresztą bardzo racjonalne, ma na celu wyłączenie z koła osób objętych art. 2 wszystkich tych pracowników, którzy za świadczone usługi bądź nie otrzymują żadnych korzyści materjalnych, bądź też korzyści mniejsze aniżeli przynoszą im inne czynności (o których mowa niżej), nie podpadające pod postanowienia rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Na podstawie więc art. 2 i p. 3 art. 5 wydaje się niezbędne mimo wszystko objęcie obowiązkiem ubezpieczenia niektórych uczniów, praktykantów i t. p.

Wracając do określenia „czynności zarobkowe", trzeba się przedewszystkiem zastanowić nad znaczeniem cytowanych słów.

Praktyk, stosujący omawiany przepis, powie sobie: jedno jest pewne, a mianowicie, że dochód musi płynąć z czynności, (a więc nie np. z kapitałów ulokowanych w banku lub ziemi oddanej w dzierżawę), zaś czynności nie mogą uzasadniać obowiązku ubezpieczenia. Nie uzasadniają obowiązku ubezpieczenia, jak należy wnioskować z art. 2, czynności spełniane we własnym zakładzie pracy, a więc między innemi na roli, w sklepie i t. d. oraz czynności lekarza, adwokata, o ile zostały podjęte w wykonaniu jego fachu, jako wolna praktyka (u siebie).

Najistotniejszem będzie teraz, aby wspomniane czynności miały charakter zarobkowy. Należy przypuszczać, iż ustawodawca miał tu na myśli korzyści materjalne, uzyskiwane przez wymianę, wzgl. świadczenie pewnych dóbr bądź usług.

Kwestja, czy uznać za czynności zarobkowe np. wynajmowanie mieszkań przez właściciela domu, co do czynności bowiem na własnym kawałku ziemi w celu wytworzenia pewnych dóbr, to charakteru czynności zarobkowych raczej one nie posiadają. W końcu trzeba podnieść, że do czynności zarobkowych, nie uzasadniających obowiązku ubezpieczenia, mogą należeć także czynności wykonywane przez pracowników z tytułu służby u Państwa, w Banku

Polskim, związkach komunalnych i t. p. (art. 5 p.p. 4, 5 i 6). Należy użyć słowa „mogą", ponieważ nie wszystkie wyliczone w cyt. punktach czynności muszą być czynnościami zarobkowemi.

Według punktu czwartego art. 5 nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia:

> „4) mianowani na stałe (etatowi) funkcjonarjusze państwowi oraz praktykanci względnie aplikanci; pracownicy zaś przedsiębiorstw i zakładów państwowych, o ile przysługuje im prawo do uposażenia emerytalnego niemniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem".

Punkt czwarty składa się się z dwóch części oddzielonych średnikiem. Najbardziej kapitalną kwestją, odrazu rzucającą się w oczy przy interpretacji powyższego punktu, to pytanie: czy wymienione tam (a także w p.p. 5 i 6) osoby, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia tylko z tytułu zatrudnienia u Państwa, czy też jako osoby, będące „stałymi funkcjonarjuszami państwowymi"[1]) z pominięciem innych postanowień rozporządzenia, w szczególności punktu trzeciego art. 5. Ażeby ten dość skomplikowany problem interpretacyjny przedstawić jasno, użyjemy przykładu: X jest funkcjonarjuszem państwowym, mianowanym na stałe z płacą 520 zł. miesięcznie. Wieczorami pracuje w redakcji, za co pobiera 800 zł. miesięcznie.

Czy X z tytułu swego zatrudnienia w redakcji podlega w myśl art. 5 p. 3 obowiązkowi ubezpieczenia, czy też jako funkcjonarjusz państwowy, mianowany na stałe jest od tego obowiązku zwolniony.

Są dwie możliwości, które znajdą niewątpliwie swych zwolenników: pierwsza opiera się na założeniu, iż wolą ustawodawcy było wymienić w art. 5 te kategorje osób, które z uwagi na posiadane już zaopatrzenie nie powinny podlegać obowiązkowi ubezpieczenia, względnie ubezpieczone być nie potrzebują; zatem żadne zatrudnienie nie rodzi dla nich obowiązku ubezpieczenia. Skłaniają się więc do uznania, iż kto posiada tego rodzaju — jakgdyby cechę charakterystyczną „funkcjonarjusza etatowego", ten już przestał być przedmiotem zainteresowania ubezpieczenia pracowników umysłowych. Stanowisko to uzasadnia się przedewszystkiem brzmieniem p.p. 7 i 9, które mają wskazywać jakoby niewątpliwie, że chodzi tu o osoby, których zatrudnienie stwarza dla nich pewien charaktetr specjalny, którym się legitymują w wypadkach dla nich niezbędnych.

Inna teza, poparta, o ile nam wiadomo, praktyką Z. U. P. U. utrzymuje, że etatowi funkcjonarjusze państwowi i inni, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia tylko z tytułu wymienionego w rozporządzeniu zatrudnienia, przyczem wskazują, że w art. 5 wyliczono wszystkie okoliczności i wypadki, kiedy obowiązek ubezpieczenia nie istnieje, zatem nie można tu odnosić i porównywać jednych postanowień z innemi.

W rzeczy samej każdy winien nabywać takie uprawnienia emerytalne, jakie odpowiadają wydajności materjalnej jego pracy (jego ogólnym zarobkom), nie naruszając tem bynajmniej ani zasad o wzroście renty po dłuższym okresie ubezpieczenia, ani też górnej granicy zarobku policzalnej do ubezpieczenia.

Skoro podlegają obowiązkowi ubezpieczenia ewent. pracownicy, korzystający z dochodów fundowanych, nie osiąganych własną pracą, bez względu na to, czy będą kiedyś potrzebowali zaopatrzenia wynikającego z ubezpieczenia, — czy też wniesione opłaty stracą na rzecz innych ubezpieczonych, to tembardziej winno się ubezpieczać funkcjonarjuszów państwowych, zatrudnionych dodatkowo, o ile odpowiadają w ustawie przewidzianym warunkom. Słuszność przemawiałaby za tem, aby ubezpieczenie to dopuszczać oczywista tylko do wysokości różnicy, pomiędzy kwotą poborów, policzalnych do zaliczenia emerytalnego z tytułu np. służby państwowej, a najwyższą kwotą będącą podstawą ubezpieczenia (obecnie zł. 720).

Takie stanowisko, odpowiednio pod względem prawnym skonstruowane, chroniłoby masy pracowników o niskich stosunkowo zarobkach, a nie podlegających w zasadzie obowiązkowi ubezpieczenia od utraty korzyści wynikających z ich większej pracowitości, — a nadto w razie wzajemnego powiązania wszystkich form zaopatrzeń, mogłoby mieć inne jeszcze dodatnie skutki.

Nawiązując do poprzednich wywodów, na poparcie tezy drugiej można przytoczyć między innemi następujące jeszcze argumenty: w punkcie czwartym pominięto „zawodowych wojskowych". Czy dlatego, że winni oni być ubezpieczeni względnie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia?

Ustawodawca uznał niewątpliwie, że nawet zawodowa służba wojskowa nie jest zatrudnieniem w rozumieniu art. 2 i dlatego wyliczenie jej jest zbyteczne. Stąd należałoby wnioskować ,przy uwzględnieniu innych również okoliczności nieodłącznie się nasuwających, że w danym wypadku należy nie istnienie obowiązku ubezpieczenia odnieść jedynie do zatrudnienia u Państwa; czyżby jednak zawodowi wojskowi mieli podlegać obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu ewent. dodatkowych czynności, zaś funkcjonarjusze państwowi — nie? Pozatem argumentacja punktem 7, a poniekąd także p. 8 i 10, nie wydaje się trafną. Według punktu 7 nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia duchowni, zakonnicy i t. d., o ile z pobudek religijnych i humanitarnych zajmują się nauczaniem etc., nie pobierając za to innego wynagrodzenia prócz utrzymania. A więc obowiązek ubezpieczenia nie istnieje tylko w stosunku do wymienionych czynności i pod tym jeszcze szczególnym warunkiem, iż charakter zarobkowy wspomnianych czynności ograniczy się do zdobycia utrzymania.

We wszystkich innych wypadkach osoby, o których mowa w p. 7, obowiązkowi ubezpieczenia po-

[1]) To co mówi się tu o funkcjonarjuszach państwowych odnosi się i do osób wymienionych w dalszym ciągu p. 4 oraz pp. 5, 6, 8...

dlegają. Co do treści i interpretacji p.p. 8 i 10 również możnaby się spierać.

Charakter zdecydowany posiada więc tylko postanowienie p. 9. Przy sposobności omawiania art. 6 koniecznem będzie jeszcze do tej sprawy, chociażby tylko ubocznie, powrócić.

Mianowani na stałe (etatowi) funkcjonarjusze państwowi oraz praktykanci wzgl. aplikanci nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia bez zastrzeżeń. Osoby natomiast wymienione w tymże punkcie (p. 4) po średniku oraz osoby, wymienione w p.p. 5 i 6, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pod warunkiem, iż przysługuje im prawo do uposażenia emerytalnego. Istnienie tego prawa należy uznać nawet wtedy, gdyby dana jednostka faktycznie go jeszcze nie posiadała z powodu braku np. okresu wyczekiwania, jeżeli jednak przysługuje ono normalnie po przebyciu w danej służbie minimalnego okresu czasu. Tak samo nie odgrywają tu roli postanowienia przepisów dyscyplinarnych, — w rozporządzeniu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych jedynie tolerowane (art. 120 ust. 4).

Właściwie rzecz biorąc, z powodu braku powiązania uprawnień emerytalnych, nabywanych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych i w służbie państwowej wzgl. nieobjęcia postanowieniami art. 120 przepisów p. 4 po średniku — pracownicy ci są specjalnie pokrzywdzeni, gdyż warunek umieszczony w p. 4, odnoszący się zresztą tylko do pracowników przedsiębiorstw i zakładów państwowych, jest w gruncie rzeczy iluzoryczny. Wszak dopóki funkcjonarjusz państwowy a także pracownik przedsiębiorstwa, lub zakładu państwowego, nie przebyli 10 lat służby, nie posiadają żadnych praw, bo nawet ekspektatywy przepadają mu w razie zwolnienia.

Cytowany już p. 4, jako też p.p. 5 i 6 stwarzają quasi zastępcze ubezpieczenie[1]). Z wyjątkiem pracowników dóbr Karola Stefana Habsburga z Żywca, którzy winni posiadać specjalny fundusz, osobne fundusze nie są gdzieindziej wymagane.

Sposób więc zapewnienia praw do uposażenia emerytalnego jest zgoła obojętny. Może to być dokonane zapomocą stworzenia odrębnego funduszu, ale może też być zawarowane w każdej, indywidualnej umowie o pracę.

Jeżeli jednak stworzony zostaje fundusz, to zachodzi pytanie, czy podlega on i ewentualnie czyjemu — nadzorowi?

Zastanawiająca jest dalej alternatywa: uposażenie emerytalne winno być nie mniejsze od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w rozporządzeniu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Prawa powyższe różnią się niejednokrotnie od siebie znacznie.

Zapewnienie świadczeń na wypadek braku pracy nie jest wymagane (jako warunek zwolnienia) i to jest cechą ujemną przepisu.

Zwrot: „uposażenia emerytalnego n i e m n i e j s z e g o" jest niebardzo szczęśliwy. Nakłada on na zakłady ubezpieczeń (w myśl § 26 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1927 r. Dz. U. R. P. Nr. 118, poz. 1016) trudny ciężar porównywania jednej wartości z dwiema innemi często ze sobą sprzecznemi.

Na tem wypada zakończyć uwagi nasze do art. 5, choć nie wyczerpano jeszcze wszystkich kwestyj, jakie z jego brzmienia wynikają.

Zwłaszcza w p. 6 znajduje się niedość jasne określenie: zwolnieni są od obowiązku ubezpieczenia pracownicy „instytucyj o charakterze publicznoprawnym". Czy muszą to być instytucje publicznoprawne, czy też wystarcza, jeżeli charakterem swym są do wspomnianych instytucyj zbliżone.

Art. 6 strukturą swą również nie jest jednolity. Zgrupowano tu bowiem szereg kategoryj pracowników, które z różnych powodów zostają zwolnione od obowiązku ubezpieczenia. Wobec tego należałoby poszczególne punkty według ich charakteru odpowiednio posegregować. Art. 6 brzmi:

„Na własne żądanie będą zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia:

1) studenci (zwyczajni słuchacze) państwowych szkół akademickich oraz innych szkół wyższych, które oznaczy Minister Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ.;

2) aplikanci adwokaccy i kandydaci notarjalni;

3) lekarze i weterynarze;

4) zatrudnieni u techników cywilnych, mających prawo samodzielnego prowadzenia robót (inżynierów wszelkich kategoryj, architektów i mierniczych), kandydaci do tego zawodu;

5) pochodzący z wyboru członkowie organów osób prawnych;

6) duchowni uznanych w państwie wyznań, o ile nie są objęci art. 5 p. 4 lub 7;

7) rodzice (teść, teściowa), dziadkowie i małżonek (małżonka) pracodawcy; pracownicy zaś pozostający do pracodawcy w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linji wstęp-

---

[1]) W myśl art. 5 p. 5 i 6 nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia:

„5) pracownicy Banku Polskiego, P. K. O., Państwowego Banku Rolnego i B. G. K., jeśli przysługuje im prawo do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem; pracownicy dóbr Karola Stefana Habsburga z Żywca, o ile mają prawo do uposażenia emeryt., zapewnione w specjalnym funduszu emeryt., utworzonym na warunkach statutu, zatwierdzonego przez Ministra Pr. i Op. Społ.;

6) pracownicy związków komunalnych oraz ich przedsiębiorstw i zakładów, jako też pracownicy innych instytucyj o charakterze publ.-prawnym oraz przedsiębiorstw lub zakładów tych instytucyj, o ile mają zapewnione prawa do uposaż. emeryt. nie mniejszego od przysługującego funkcj. państw. lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem;"

nej albo w stosunku pasierbów, dzieci pasierbów, małżonków pasierbów, lub małżonków dzieci pasierbów pod warunkiem, że żyją z pracodawcą we wspólnem gospodarstwie domowem".

Wyraźne oblicze posiadają p.p. 1 i 3. Osoby, wymienione tam mogą się zwolnić od ewent. obowiązku ubezpieczenia przy wykonywaniu każdego zatrudnienia, podpadającego pod przepisy rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych; zwłaszcza uwydatnia się to co do lekarzy.

Specjalną trudność przedstawia sprawa aplikantów adwokackich i kandydatów notarjalnych. Natomiast p. 4 sprawia wrażenie, iż kandydaci do zawodu technika mogą się zwolnić od ubezpieczenia tylko w zatrudnieniu u techników tam wymienionych.

Na poparcie tezy wypowiedzianej przy sposobności omawiania art. 5, iż tylko np. zatrudnienie u Państwa podpada pod przepisy cyt. artykułu — można przytoczyć p. 6 art. 6. Wskazuje on dowodnie, że tezy pierwszej nie można motywować brzmieniem art. 5 p. 7.

Wreszcie p.p. 5 i 7. Punkt 7 traktuje tylko o zatrudnieniu, gdzie pracownik i pracodawca pozostają w ścisłym ze sobą stosunku: pokrewieństwa, powinowactwa i t. d.

Nie ulega też żadnej wątpliwości, że prawo o ubezpieczeniu pracowników umysłowych ma na myśli w p. 5 tylko zatrudnienie związane z wykonywaniem funkcyj członka organu osoby prawnej.

Uwagi powyższe, nie wyczerpujące zagadnienia, mają za cel rzucenie kilku myśli, nasuwających się autorowi w związku z codzienną pracą na gruncie ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Na dalszą metę, podobnie jak i inne uwagi interpretacyjne ogłaszane na łamach tego czasopisma, przygotowują one grunt pod najbardziej właściwe ukształtowanie się form prawnych zaopatrzenia słabej gospodarczo pracy zależnej w Polsce.

STANISŁAW SASORSKI

AKCJA ZAPOBIEGAWCZA W UBEZPIECZENIU EMERYTALNEM PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przewiduje jedną tylko formę akcji zapobiegawczej w zakresie działu emerytalnego instytucyj ubezpieczeń społecznych, powołanych do wykonywania postanowień rozporządzenia, mianowicie w formie leczenia osób, którym grozi niezdolność do wykonywania zawodu oraz osób, otrzymujących świadczenia emerytalne, niezdolnych do wykonywania zawodu. Poza nadaniem Zakładom Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych prawa do stosowania tego leczenia — rozporządzenie w ogólny sposób wskazuje środki, jakiemi Zakłady mogą się w leczeniu posługiwać, oznacza mianowicie, że Zakłady mogą dane osoby umieszczać, za ich zgodą, w zakładach leczniczych lub w innych miejscach, nadających się do przeprowadzenia leczenia, pozwala przytem na umieszczanie chorych na koszt Zakładów. Rozporządzenie obdarza Zakłady w sankcje w formie odmówienia na pewien czas renty inwalidzkiej w całości lub części, jeżeli leczenie według opinji lekarskiej przypuszczalnie osiągnęłoby swój cel, a rodzaj choroby wymaga leczenia i pielęgnowania, które w domu chorego są niemożliwe, choroba jest zakaźna, stan chorego lub jego zachowanie się wymaga stałego nadzoru i chory niejednokrotnie postępował wbrew poleceniom lekarza, t. zn. w tych wypadkach, w których w myśl art. 28 ustawy z dnia 19-go maja 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby, Kasy Chorych mogą chorych umieszczać w szpitalu na zlecenie lekarza, bez względu na ich zgodę.

Rozporządzenie z dnia 24. XI. 1927 r. nie daje Zakładom prawa prowadzenia ogólnej akcji profilaktycznej, jak ustawa z dnia 19-go maja 1920 r. Kasom Chorych, które na podstawie art. 88 wymienionej ustawy mogą używać swoich dochodów również „na ogólne cele pomocy lekarskiej i zapobieganie chorobom". Rozporządzeniem Prezydenta Rzplitej z dnia 29-go listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych, Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych został upoważniony do prowadzenia i popierania akcji profilaktycznej (art. 58 ustawy 2, p. 2). W myśl ustępu 1 wspomnianego artykułu, do zadań Związku Zakładów należy między innemi uzupełnianie działalności Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych — akcja profilaktyczna jest niewątpliwie uzupełnieniem działalności i uprawnień Zakładów, przyczem Zakłady mają obowiązek, w myśl art. 87 rozp. z dnia 24. XI. 1927 r., dostarczania środków materjalnych potrzebnych do wykonywania tego zadania.

Wykonywanie przepisów o lecznictwie zapobiegawczem i restytucyjnem nie jest łatwe. Pierwszą trudność stanowi kwestja, jakie fundusze i w jakiej wysokości mogą być obracane na te cele. Wykonawcy nie mogą przy rozwiązywaniu tej kwestji zapominać o tem, że składka emerytalna została oznaczona rozporządzeniem z dnia 24. XI. 1927 r. poniżej wysokości, jaka wypadła z obliczeń matematyczno-asekuracyjnych, mimo, że w obliczeniach nie uwzględniono niektórych niezbędnych wydatków, np. na leczenie osób, które wyczerpały okres zasiłkowy

w Kasach Chorych, są nadal chore i mają prawo do dalszego leczenia ze strony Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, w myśl art. 25 i 41 rozp., na pokrycie kosztów administracyjnych i t. d. Nie jest wobec tego możliwem pominięcie przy ustalaniu wysokości wydatków na lecznictwo zapobiegawcze, że może zajść możliwość podwyższenia składki po przeprowadzeniu badań asekuracyjno - technicznych, w myśl art. 103 rozporządzenia lub nawet w drodze nowelizacji rozporządzenia (która może dotknąć również wysokości świadczeń), gdyby się okazało, że 10 proc. składka emerytalna nie wystarcza na pokrycie świadczeń lub że podwyższenie tej składki ponad 8 proc. jest gospodarczo i państwowo niewskazane i niebezpieczne lub niemożliwe do przeprowadzenia. Wykonawcy muszą pamiętać o tem, że w składce emerytalnej nie mieści się nawet najmniejszy odsetek na leczenie zapobiegawczo - restytucyjne, (jak już wspomniano na łamach „Przeglądu" w nowej ustawie czechosłowackiej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przewidziano na cele lecznicze 1½ przypisu składek), że przeto w zasadzie akcja zapobiegawcza powinna być prowadzona tylko w takich wypadkach, w których koszta, związane z leczeniem zapobiegawczo - restytucyjnem zostaną pokryte z oszczędności na rentach inwalidzkich, nie ma zaś potrzeby wykazywać, że ściślejsza kontrola akcji leczniczej z tego punktu widzenia nie jest możliwa.

Powstaje pytanie, czy częściowe przynajmniej rozwiązanie tych trudności nie mogłoby nastąpić przez przerzucenie części składki w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy na ubezpieczenie emerytalne. Pominąwszy już formalne trudności (art. 102 i 103 rozporządzenia z dnia 24. XI. 1927 r. przewidują rewizję wysokości składek w obu ubezpieczeniach, co pięć lat) należy stwierdzić, że wyprowadzenie wniosków o wysokości składki w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy na podstawie doświadczeń dwuch czy trzech lat działania rozporządzenia byłoby przedwczesne. Już obecnie wydatki na świadczenia dla pozostających bez pracy przekraczały w niektórych Zakładach w ciągu ostatnich miesięcy 1930 roku wysokość przypisu składek (nietylko składek wpłaconych) za te miesiące, a początek 1931 r. przyniósł dalszy znaczny wzrost bezrobocia. Gdyby nawet w perspektywie dłuższego okresu czasu okazało się, że jest uzasadnione obniżenie składki w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy, z równoczesnem podwyższeniem o ten sam procent składki emerytalnej, po tem co poprzednio powiedziano powstanie pytanie, czy ta różnica wystarczy nietylko na należyte zabezpieczenie zobowiązań Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, ale również na dostarczenie określonych, znaczniejszych środków na wykorzystywanie uprawnień tych Zakładów, nieopartych na podmiotowych prawach ubezpieczonych i członków ich rodzin.

Pozostaje jeszcze jedno źródło pokrycia akcji leczniczej do omówienia: różnica między oprocentowaniem, przyjętem w obliczeniu techniczno - asekuracyjnem (4½ proc.), a rzeczywistem oprocentowaniem funduszów ubezpieczeniowych. Istnienie tej różnicy może upoważnić do przeznaczenia pewnych funduszów na lecznictwo zapobiegawczo - restytucyjne, nie może jednak upoważnić do zakreślenia zbyt szerokich ram tej akcji. Na naszym rynku pieniężnym stopa procentowa ulega wahaniom, przejawia naogół i niewątpliwie przejawiać będzie tendencję zniżkową, co odbija się również na oprocentowaniu kapitałów ubezpieczeniowych. Instytucje Ubezpieczeń Społecznych nie mają swobody w lokowaniu funduszów, są obowiązane prawnie do ich lokowania w określony sposób, a decyzje Zakładów są uzależnione w bardzo znacznym stopniu od polityki kredytowej a nawet ogólno - państwowej i społecznej Rządu. W rozwiązaniu sprawy lokaty funduszów przez obowiązujące przepisy została podporządkowana sprawa wysokości oprocentowania na rzecz pewności lokaty oraz ogólno - państwowych potrzeb. W perspektywie dłuższego okresu czasu i w związku z ogólnemi potrzebami stopa techniczna według wszelkiego prawopodobieństwa będzie się zbliżała do rzeczywistego oprocentowania, w czasie zaś, kiedy to odchylenie jest większe, różnica w pierwszym rzędzie musi służyć na zabezpieczenie zobowiązań, część zaś jej, oznaczona ostrożnie, może być obrócona na akcję zapobiegawczą. W tych warunkach należy uznać za uzasadnione i słuszne, że Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, do którego kompetencji należała w myśl art. 86 ust. 2 p. 2 rozp. z dnia 24. XI. 1927 r. i należy w myśl art. 58 ust. 2 p. 2 rozp. z dnia 29. XI. 1930 r. organizacja lecznictwa zapobiegawczego, oznaczył na 1930 r. na lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne wszystkich Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych kwotę stosunkowo niewysoką gdyż 1.600.000 zł. i tę samą kwotę oznaczył na 1931 r., przeznaczając na każdy Zakład po 400.000 złotych.

Druga trudność, jaką się napotyka przy wykonywaniu przepisów o lecznictwie zapobiegawczem polega na nieuregulowaniu prawnem na tle lecznictwa stosunków między Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych a Kasami Chorych i innemi instytucjami (np. Państwową Pomocą Lekarską), powołanemi do udzielania pomocy leczniczej. Choroba jest albo zjawiskiem przemijającem, albo procesem, który trwa czas dłuższy, przechodzi różne stadja, wymaga różnych środków leczniczych i ciągłości w leczeniu. I jeden i drugi typ choroby może wywołać ujemne skutki z punktu widzenia zdolności do pracy wogóle, a w danym zawodzie w szczególności, jeżeli nie zostanie zastosowane leczenie właściwe i we właściwym czasie. Leczenie przeto może spowodować nietylko skutki doraźne i mieć charakter współdziałania w likwidowaniu danego zjawiska chorobowego, ale również może zapobiegać powstaniu niezdolności i może uodpornić organizm przeciw rozwijaniu się choroby lub przeciw powstawaniu innych chorób. Leczenie w oderwanym odcinku czasu, przeprowadzone w sposób dokładniejszy, winna poprzedzać i po niem winna następować, przy trwalszych procesach chorobowych, pomoc lekarska na mniejszą skalę. Z tych ogólnych uwag wynika, że jest trudnem ścisłe oznaczenie granicy między kompetencją Kas Chorych (i innych instytucyj i ich obo-

wiązkiem leczenia (przyczem Kasy Chorych jak wspomniano mają również prawo stosowania akcji zapobiegawczo - profilaktycznej), a uprawnieniami Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych do leczenia zapobiegawczego.

Koncentracja leczenia byłaby lepszem rozwiązaniem niż jego rozbicie, a w razie podziału obowiązków i uprawnień do leczenia między różne instytucje ubezpieczeniowe jest potrzeba unormowania wzajemnego stosunku między temi instytucjami. Instytucje ubezpieczenia emerytalnego są zainteresowane w należytem leczeniu swoich ubezpieczonych (pozatem, że jest to również interes społeczny), a z drugiej strony instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby są zainteresowane w prowadzeniu akcji leczniczej zapobiegawczej przez instytucje zabezpieczenia emerytalnego, gdyż one przejmują część ciężarów tamtych instytucyj i zapobiegają przez swoje leczenie nietylko przedwczesnemu powstawaniu niezdolności do wykonywania zawodu, ale również uodporniają organizmy przeciw chorobom, t. zn. wykonują część tych zadań, jakie należą w myśl art. 88 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. do Kas Chorych. Ta akcja zapobiegawcza jest tem trudniejsza i kosztowniejsza im gorsza była przed nią opieka lekarska i w wielu wypadkach traci częściowo na znaczeniu, jeżeli po niej nie następuje dalsza opieka lekarska. Wypływa stąd wniosek — skoro nie zostało przeprowadzone połączenie organizacyjne instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby z instytucją ubezpieczenia emerytalnego — że Kasy Chorych winny partycypować w pokrywaniu części kosztów leczenia zapobiegawczego przez Zakłady, co pozwoliłoby Zakładom na rozszerzenie akcji zapobiegawczej. Jest to tem bardziej uzasadnione, że pracownicy umysłowi, według opinji kierowników Kas Chorych (danych statystycznych niema) stanowią przedewszystkiem pozycje dochodowe w Kasach Chorych. Próby unormowania stosunku na tle akcji zapobiegawczej między Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych a Kasami Chorych, podjęte na początku 1930 r. nie dały dotąd rezultatów i sprawa jest nadal otwarta. Zaznaczyć należy, że w związku z omawianem zagadnieniem byłoby wskazanem, aby Kasy Chorych wprowadziły osobną rachunkowość dla spraw pracowników umysłowych. Ta zasada znalazła już zastosowanie w Funduszu Bezrobocia (art. 6 ust. z dnia 28. X. 1925 D. U. R. P. Nr. 67, p. 650) i dała dobre wyniki.

Trzecia trudność, jaką się ma do pokonania w zakresie lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego, która się wiąże ze sprawami wyżej omówionemi, jest problem, jakich ubezpieczonych ma się prawo objąć akcją leczniczą i jak można objąć akcją leczniczą możliwie szeroki krąg osób. Art. 61 rozp. 24. XI. 1927 r. rozróżnia dwa cele, dla których Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych mogą stosować leczenie: a) zapobieżenie niezdolności do wykonywania zawodu (lecznictwo zapobiegawcze), i b) przywrócenie tej zdolności (lecznictwo restytucyjne). Leczenie w związku z pierwszym celem może być stosowane w myśl brzmienia wspomnianego przepisu do ubezpieczonych, którym grozi niezdolność, w związku z drugim celem — do osób, otrzymujących świadczenia. Wynika stąd, że Zakład niema prawa stosowania środków na podstawie art. 61 w wypadkach, kiedy leczenie nie może być stosowane t. zn. kiedy niema w organizmie choroby wymagającej użycia środków leczniczych, a więc nie jest możliwem stosowanie tych środków do osób, których organizm wymaga odpoczynku. Powstaje pytanie, czy jest możliwem stosowanie leczenia zapobiegawczego do osób, które nie mają prawa do świadczeń emerytalnych z powodu nieprzebycia 60-ciu miesięcy składkowych w ubezpieczeniu, są niezdolne do wykonywania zawodu, ale nie są trwale niezdolne i w wypadku zastosowania leczenia jest możliwość odzyskania zdolności zawodowej. Mojem zdaniem prawnie jest to możliwe, gdyż celem lecznictwa zapobiegawczego jest przeciwdziałanie powstawaniu takich sytuacyj, w których może nastąpić przedwczesna utrata zdolności do pracy zawodowej i temsamem przedwczesna wypłata świadczeń emerytalnych. Prócz jednak strony prawnej, to zagadnienie ma stronę organizacyjną, praktyczną i wiąże się z problemem długotrwałości leczenia, który oświetlę niżej. Leczenie restytucyjne może być stosowane do ubezpieczonych oraz do tych członków rodzin po nich pozostałych, których uprawnienia do świadczeń emerytalnych są uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu. Wynika to z brzmienia gramatycznego, z intencji ustawodawcy i z celu przepisu. Celem tego leczenia jest usunięcie tej przyczyny organicznej, która uniemożliwia wykonywanie zawodu i stanowi podstawę prawną do płynnych świadczeń emerytalnych. Uprawnienia do pochodnych świadczeń emerytalnych nie są uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu poza rentą wdowca. Stosowanie lecznictwa restytucyjnego do sierot otrzymujących renty z powodu niezdolności do zarobkowania wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej, jeżeli ta ułomność istniała już przed osiągnięciem 18-go roku życia, nie jest zasadniczo dopuszczalne nietylko ze względu na gramatyczne brzmienie przepisów, ale przedewszystkiem ze względu na jego logiczny sens.

Przepisy nie wskazują w stosunku do jakich chorób leczenie zapobiegawcze i restytucyjne może być stosowane — może przeto ono być stosowane do wszystkich chorób i wszystkich stanów chorobowych, które grożą utratą zdolności do wykonywania zawodu (lub jeżeli chodzi o leczenie restytucyjne, w których ta niezdolność istnieje), jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że przy użyciu środków, jakiemi instytucja ubezpieczeniowa dysponuje, da się zapobiec powstaniu niezdolności (lub da się zdolność przywrócić). Określenie rodzajów chorób, których leczenie może być stosowane przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych jest koniecznością natury organizacyjnej, koniecznością przygotowania urządzeń leczniczych, opracowania planów i budżetów leczniczych i należy do uprawnień Związku Zakładów, które opierają na materjałach ogólnych i dostarczanych przez Zakłady. Zgodnie z tem, Związek Zakładów wysunął na plan pierwszy choroby dróg oddechowych, przemiany materji, gośćca, układu naczyniowego i psychonerwicę.

MUZEUM BIBLIOTEKA Archiwum Państwowe Jarosław

Z kwestją, jaki rodzaj chorób może być objęty akcją zapobiegawczą i restytucyjną łączy się sprawa środków leczniczych, jakiemi można lub należy się posługiwać w tej akcji oraz poruszona już wyżej sprawa długotrwałości leczenia. Przepis zawarty w art. 61 ust. 2 rozp. nie wskazuje przy pomocy jakich środków i na jakich warunkach jedynie wolno prowadzić lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne, zawiera natomiast postanowienie o uprawnieniach Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, podobnie, jak inne postanowienie, w myśl którego środki finansowe Zakładu oraz Związku Zakładów mogą być używane jedynie dla osiągnięcia celów, przewidzianych w rozporządzeniu, oraz na pokrycie kosztów administracyjnych. Na podstawie art. 61 ust. 2 Zakłady mogą stosować leczenie również w zakładach leczniczych lub innych miejscach, mogą pokrywać koszta tego leczenia w określonych wypadkach, mogą żądać od ubezpieczonych lub rencistów poddania się leczeniu i — w razie odmowy stosować sankcje przez czasowe pozbawienie prawa do renty inwalidzkiej w całości lub w części. Rodzaj środków, jakie mogą i winny być stosowane w lecznictwie zapobiegawczem i restytucyjnem, zależy od rodzaju chorób, które grożą niezdolnością lub spowodowały niezdolność do wykonywania zawodu i których leczenie może przynieść odpowiednie skutki. Ze względu na rodzaj chorób, które przedewszystkiem winny i mogą być objęte akcją zapobiegawczą — Związek Zakładów uznał w konsekwencji, że leczenie winno być prowadzone, poza nieznacznemi wyjątkami, w zakładach leczniczych, że winno to być leczenie sanatoryjno - klimatyczne, t. j. w sposób, stosowany przez instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby tylko w bardzo nielicznych wypadkach, jako odmiana leczenia szpitalnego.

Wśród chorób, które są i winny być przedmiotem akcji zapobiegawczej, na plan pierwszy wysuwają się choroby dróg oddechowych, które wymagają leczenia klimatycznego w znacznym stopniu długotrwałego. Powstaje nowa trudność: jak pogodzić ograniczenie środków finansowych z wielką ilością wypadków i potrzebą dłuższego leczenia, jeżeli leczenie ma przynieść pożądane skutki. Część zadań jednak bardzo nieznaczną, i w cięższych tylko wypadkach spełniają Kasy Chorych i akcja zapobiegawcza może kontynuować leczenie, zapoczątkowane przez Kasy Chorych. Zwyczajnie jednak Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych mają do wyboru dwie alternatywy: albo zapoczątkować leczenie i doprowadzić je do końca t. zn. do stanu, w którym niema poważniejszego niebezpieczeństwa rozwinięcia się choroby i doprowadzenia do niezdolności do pracy zawodowej, albo wogóle nie podejmować się leczenia wobec niemożności pokrycia jego kosztów i doprowadzenia do należytych wyników. Gdyby Zakłady mogły dysponować na cele lecznicze poważniejszemi kwotami, t. j. gdyby część składki ubezpieczeniowej była przeznaczona wyłącznie na akcję zapobiegawczą, gdyby do kompetencji Zakładów należało również wykonywanie bezpośrednie ubezpieczenia na wypadek choroby, gdyby Kasy Chorych za osobę leczoną przez Zakłady miały obowiązek wpłacania kwot, równających się poważniejszemu procentowi kosztów leczenia, gdyby było możliwe pokrywanie części kosztów leczenia chorób o charakterze społecznym, jak gruźlica, gośćiec, z ogólnych dochodów państwowych i samorządowych — trudności znacznie by się zmniejszyły. W obecnych warunkach są nierozwiązalne. Z jednej bowiem strony jest wskazanem dążenie do objęcia akcją leczniczą możliwie szerokich kręgów ubezpieczonych, z drugiej strony warunki na to nie pozwalają, a ten krąg ulega jeszcze znacznemu ścieśnieniu skutkiem potrzeb długotrwałego leczenia znacznego procentu osób, których leczenie zostało zapoczątkowane.

W dążeniu do rozszerzenia kręgu osób, objętych akcją zapobiegawczą, Rada Zarządzająca Związków Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, zgodnie zresztą z opinją znacznej części przedstawicieli Zakładów, wprowadziła zasadę częściowego pokrywania kosztów leczenia przez osoby leczone i pokrywania przez nie kosztów przejazdów i taks kuracyjnych. Wpłaty leczonych są obracane również na cele lecznicze i nie wpływają na zmniejszenie ciężarów ponoszonych przez Zakłady na akcję zapobiegawczą. Zasada ponoszenia części kosztów leczenia przez leczonych nie jest nowa, była już stosowana przez jeden z Zakładów w ubiegłych latach i przyniosła dobre rezultaty. Dzięki tej zasadzie będzie można zwiększyć kwoty, przeznaczone na lecznictwo zapobiegawcze, a tem samem zwiększyć ilość osób leczonych od kilku do kilkunastu procent. Nie jest to znaczny wzrost, ale nie pozbawiony całkowicie praktycznego znaczenia Powodem nieznacznego wpływu tej decyzji na rozmiary leczenia jest bardzo ostrożny sposób rozwinięcia sprawy. Rada Zarządzająca Związku Zakładów liczyła się poważnie z tem, aby wysokość dopłat była zastosowana do możliwości płatniczych ubezpieczonych. W oznaczeniu wysokości dopłat brano pod uwagę: wysokość wynagrodzenia, otrzymywanego przez ubezpieczonego, jego stosunki rodzinne i długotrwałość leczenia.

Przy określaniu stosunku między wysokością dopłat, a wysokością wynagrodzenia ubezpieczonych przyjęto zasadę degresji: im niższe wynagrodzenie, przy podziale ogółu wynagrodzeń na cztery grupy, tem jest niższy procent partycypowania w kosztach leczenia dla najniższej zaś grupy ten procent został obniżony o większą różnicę, niż przyjęta między grupą II-gą a III-cią i III-cią a IV-tą. Ubezpieczeni w grupie najwyższej (wynagrodzenie conajmniej 720 zł. miesięcznie) mają według tych zasad pokrywać 3/4 przeciętnych kosztów utrzymania i umieszczenia, bez kosztów właściwego leczenia, które ponoszą w całości Zakłady lub ubezpieczeni w dwuch następnych grupach L i M (wynagrodzenie od 560 zł. do 719,99 zł.) mają pokrywać 2/4 kosztów, w czterech dalszych grupach od H — K (wynagr. od 300 zł. do 559.99 zł.) mają pokrywać 1/4 kosztów i w końcu ubezpieczeni w siedmiu najniższych grupach mają ponosić 1/10 kosztów. Te normy dotyczą jedynie trzech miesięcy letnich (czerwiec, lipiec, sierpień), kiedy koszty utrzymania są najwyższe i napływ kan-

dydatów największy, natomiast w pozostałych 9-ciu miesiącach normy mają być o połowę niższe t. j. mają wynosić: 3/8, 2/8, 1/8 i 1/20 własnych kosztów utrzymania i umieszczania chorych. Wysokość dopłat za leczenie w lecznicach poza głównemi miejscami leczenia ustalono przez cały rok w jednej wysokości średniej między wysokością dopłat w głównych lecznicach w miesiącach letnich, a wysokością dopłat w pozostałych miesiącach i ma wynosić 2/3 jednej wysokości i 1/3 drugiej. Trudności ponoszenia opłat przez ubezpieczonych ze względu na stosunki rodzinne zostały uwzględnione w zasadach opracowanych przez Związek Zakładów w ten sposób, że za pozostających na utrzymaniu ubezpieczonego żonę i każde dziecko obniża się normę zasadniczą o 20 proc., t. j. że wysokość dopłat obniża się najmniej o 20 proc. i dochodzi do zera. Nadto wdrożenie leczenia niema być uzależnione od dopłat, jeżeli zostanie stwierdzone ze względu na wynagrodzenie i stan rodzinny, że ubezpieczony nie może ponosić jakichkolwiek wydatków w związku z urlopem, a ma być obniżone o 50 proc. po sześciu tygodniach leczenia i ma być prowadzone bez dopłat po 12-tu tygodniach leczenia.

Można się zastanawiać, czy przyjęta przez Związek Zakładów konstrukcja systemu dopłat jest trafna, czy nie należałoby przyjąć innego punktu wyjścia i innego sposobu ustalenia norm, można kwestjonować wysokość niektórych pozycyj można dalej zadawać pytanie, czy ogólne wpływy z dopłat osiągną wysokość, która umożliwi znaczniejsze rozszerzenie kręgu leczonych, czy opłaci się obciążenie personelu administracyjnego w Zakładach pracą, związaną z obliczeniem dopłat, stwierdzaniem dokonania wpłat i t. d. — nie można jednak kwestjonować ze społecznego punktu widzenia słuszności zasady częściowego ponoszenia przez ubezpieczonych kosztów akcji zapobiegawczej, nie można kwestjonować wysoce społecznego kąta widzenia w konstrukcji dopłat, opracowanej przez Związek Zakładów. Po zetknięciu się tych zasad z życiem okaże się, czy i ewentualnie w jakim kierunku one powinny ulec zmianie — obecnie należy przestrzegać, aby te zasady były w całej pełni skrupulatnie stosowane. Egoizm jednostek musi być podporządkowany potrzebom i myśli społecznej, wytworzone nałogi muszą być z całą stanowczością przełamane.

Akcja zapobiegawcza Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ma przed sobą — jak widać z powyższych uwag — olbrzymie trudności do pokonania. Te trudności nie prędko zostaną przełamane. W 1930 r. rozpoczęło się lecznictwo zapobiegawcze na podstawie zasad i środków, opracowanych przez Związek Zakładów. Rok 1931 przyniósł szczegółową instrukcję Związku Zakładów i próbę rozszerzenia kręgu leczonych przez system częściowego ponoszenia kosztów utrzymania i pomieszczenia przez leczonych. Jest potrzeba dalszych wysiłków Związku Zakładów oraz ciał kolegjalnych, personelu ogólno - administracyjnego i leczniczego Zakładów.

Z. WYŻNIKIEWICZ.

SPRAWA UBEZPIECZENIA PRZECHODNIEGO W UBEZPIECZALNI KRAJOWEJ W POZNANIU I ZAKŁADZIE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK INWALIDZTWA W KRÓL. HUCIE

Przed powstaniem Państwa Polskiego obowiązywało na terenie Górnego Śląska, województwa poznańskiego i pomorskiego jednolite ustawodawstwo w zakresie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, a mianowicie: niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa. Robotnik, pracujący kolejno w Poznańskiem i na Górnym Śląsku, miał zapewnione świadczenie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego na podstawie swego całego i ciągłego ubezpieczenia we wszelkich instytucjach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa na obszarze Rzeszy niemieckiej. Ubezpieczonym kolejno w różnych zakładach świadczenia przyznawała instytucja ubezpieczeniowa, w której robotnik dany był ostatnio ubezpieczony, na podstawie wszystkich składek inwalidzkich, a następnie następował rozrachunek między odnośnemi instytucjami ubezpieczeniowemi; system tych rozrachunków zmieniany był w Niemczech już kilkakrotnie.

Powyżej przedstawiony stan rzeczy uległ radykalnej zmianie z chwilą przyłączenia najpierw obszarów woj. poznańskiego, później woj. pomorskiego i wreszcie Górnego Śląska do Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponieważ obszary województw poznańskiego i pomorskiego zostały przyłączone do Polski wcześniej, niż Górnego Śląska, przeto wskutek działalności ustawodawczej Sejmu naszego w dziedzinie ubezpieczeń społecznych i równocześnie takiejże działalności władz ustawodawczych niemieckich istniały materjalne różnice w ustawodawstwie ubezpieczeniowem, obowiązującem na obszarze woj. wschodnich i na obszarze Górnego Śląska w momencie przyłączania go do Rzplitej. Różnice te jeszcze bar-

dziej pogłębiły się z chwilą utworzenia Sejmu Śląskiego, który, stosownie do swej kompetencji, uchwalił liczne ustawy, radykalnie zmieniające obowiązujący stan rzeczy w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa.

Obecnie nie może być mowy o jednolitem ustawodawstwie w zakresie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa na terytorjum województw poznańskiego i pomorskiego z jednej strony i Górnego Śląska z drugiej strony.

Istnieje pogląd, że różnice powstałe między ordynacją ubezpieczeniową niemiecką, obowiązującą na obszarze woj. wschodnich i na obszarze Górnego Śląska, powinny być usunięte w ten sposób, iż Sejm Rzplitej uchwaliłby zmiany w ordynacji konieczne dla woj. zachodnich, dzięki czemu osiągniętaby była jednolitość stosunków prawnych w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa na całym obszarze b. zaboru niemieckiego. Takie jednak załatwienie sprawy nie wydaje się właściwe, już choćby ze względu na dwie różne władze ustawodawcze kompetentne do regulowania stanu prawnego na wspomnianych obszarach, co może ponownie spowodować powstanie nowych różnic.

Zabezpieczenia praw osób kolejno ubezpieczonych na obszarze woj. zachodnich i Górnego Śląska szukać należy nie w wewnętrznem uregulowaniu sprawy w postanowieniach, obowiązujących na tych obszarach, lecz drogą nadbudowania odpowiedniego pomostu przez właściwe władze ustawodawcze, t. j. przez Sejm Rzplitej i przez Sejm Śląski.

Najwłaściwszym więc sposobem byłoby uchwalenie przez Sejm Rzplitej nowej ustawy, regulującej sprawę osób, ubezpieczonych kolejno w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i w Zakładzie Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie. Oczywiście ustawa taka wymagałaby przyjęcia bez zmian przez Sejm Śląski.

Procedura jednak taka wskutek ciężkiego aparatu ustawodawczego wymaga wiele czasu; tymczasem należało jaknajszybciej sprawę załatwić, aby przyjść z pomocą odnośnym uprawnionym, których żale stawały się coraz głośniejsze.

Z tych względów Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie po porozumieniu się z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej zdecydował się przekroczyć granice dotychczasowej tradycyjnej linji postępowania niemieckich i polskich instytucyj ubezpieczeniowych i zwrócił się do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu z wnioskiem o zawarcie bezpośredniej umowy, któraby stan rzeczy uregulowała.

Projekt odnośnej umowy został przesłany Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu już w kwietniu 1927 roku. Po wymianie pism w tej sprawie między Zakładem Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa a Ubezpieczalnią Krajową w Poznaniu odbyło się wspólne posiedzenie delegatów tych instytucyj na którem nie doszło jeszcze do ostatecznego sformułowania ugody, a to wskutek różnicy zdań, co do niektórych kwestyj; postanowiono jednak na tem posiedzeniu, aby już uzgodnione zasady, jakkolwiek w różnych sformułowaniach, wprowadzić bezzwłocznie w życie, a w szczególności przystąpić natychmiast do wypłaty rent.

W ciągu roku 1927 i 1928 zarówno Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa jak i Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu starały się skrupulatnie wykonywać wyżej przedstawioną uchwałę. W międzyczasie odbywała się wymiana pism w sprawie usunięcia zachodzących jeszcze różnic w poglądach i w sprawie brzmienia tekstu umowy. Ostatecznie tekst umowy został sformułowany i podpisany w dniu 16 listopada 1928 r. na konferencji w Królewskiej Hucie.

Tekst zawartej umowy został przedłożony do wiadomości Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, Wojewódzkiemu Urzędowi Ubezpieczeń w Katowicach, jako władzy nadzorczej, Zakładowi Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, i wreszcie Sądom Ubezpieczeniowym. Specjalnie należy podkreślić, że Sądy Ubezpieczeniowe w swych wyrokach respektują postanowienia zawartej umowy.

Aby mieć całkowity obraz genezy powstania umowy należy wspomnieć, że umowa ta do chwili obecnej była już dwa razy uzupełniana umowami dodatkowemi. Materjałów do nich dostarczyła praktyka przy wykonywaniu umowy.

Obecnie będą przedstawione ogólne zasady, na których wyżej wspomniana umowa opiera się.

Ubezpieczony, który przesiedli się z terenu działania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu na teren Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie i odwrotnie ma możność dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia w jednej lub drugiej instytucji ubezpieczeniowej według swego uznania. Obowiązkowe ubezpieczenie w jednej instytucji nie wyklucza dobrowolnego ubezpieczenia w drugiej.

Przy ustalaniu praw do renty takich ubezpieczonych Zarządy obydwuch układających się instytucyj ubezpieczeniowych zaliczają do okresu wyczekiwania i do utrzymania praw do świadczeń (ekspektatywa) wszystkie ważnie opłacone składki i udowodnione okoliczności zastępcze w każdej z tych instytucyj, przyczem jako okoliczności zastępcze uważa się również okres czasu, w ciągu którego uprawniony pobierał rentę od jednej z układających się instytucyj.

Jeżeli na podstawie powyższej zasady okaże się, że ubezpieczony nabył prawo do renty z jednej i drugiej instytucji ubezpieczeniowej, wówczas otrzymuje od każdej z nich część kwoty zasadniczej i odpowiednią do opłaconych do każdej z instytucyj składek — kwotę wzrostu.

Część kwoty zasadniczej odpowiada stosunkowi okresu składkowania, przebytego w jednej instytucji ubezpieczeniowej do okresu składkowania ogólnego.

Instytucje obliczają kwoty zasadnicze i kwoty wzrostu według zasad dla nich obowiązujących.

Jeżeli ubezpieczony nabył prawo do renty tylko z jednej instytucji ubezpieczeniowej, to otrzymuje narazie tylko od niej świadczenia. Z chwilą uzyska-

nia prawa z drugiej instytucji — ustala się ponownie rentę według zasad powyżej wymienionych, przyczem pobór renty z jednej instytucji. liczy się jako okresy zastępcze.

Jeżeli jedna z instytucyj ubezpieczeniowych udziela renty z chwilą ukończenia wcześniejszego wieku życia, niż druga—wówczas płaci początkowo sama część przypadającej na nią renty inwalidzkiej wzgl. starczej, o ile w myśl obowiązującego w danej dzielnicy ustawodawstwa jest do tego zobowiązaną. Dopiero z chwilą ukończenia przez takiego ubezpieczonego wieku, uprawniającego do otrzymania renty od drugiej instytucji, otrzymuje od tego dnia i od niej świadczenia. To samo staje się, jeżeli uprawniony w okresie tego różnie ustalonego wieku stał się inwalidą. Postanowienie to było konieczne ze względu na różne granice wieku, wymagane na obszarze Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu (lat 65) i Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie (lat 60) — dla przyznania renty inwalidzkiej wzgl. starczej.

To samo tylko w odwrotnym porządku zachodzi przy wypłacie rent sierocych wobec istniejącej w tym zakresie różnicy co do wypłaty tych rent do 18-tego roku życia na obszarze województwa Śląskiego i do 15-tego roku życia na obszarze działania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu. Dlatego też umowa postanawia, że po upływie czasu, w ciągu którego renta wypłacana jest wspólnie, instytucja ubezpieczeniowa, w której okres pobierania renty sierocej jest dłuższy, winna sama wypłacać nadal przypadającą na nią część renty.

Uzgodniono, że instytucja ubezpieczeniowa tylko wtedy przystąpi do wypłacania świadczeń, o ile ubezpieczony wpłacił do niej conajmniej 30 składek obowiązkowych lub 100 składek dobrowolnych. Przepis ten wstawiono do umowy celem uniknięcia nadużyć, możliwych ze względu na obowiązującą różnicę wieku, wymaganego dla przyznania odnośnych rent.

Dodatek państwowy wypłaca ta instytucja, która wydała orzeczenie. Orzeczenie zaś wydaje i ustala odnośne świadczenia ta instytucja, w której okręgu wnioskodawca mieszka i to na podstawie obliczeń Zarządów obydwuch instytucyj.

Rozliczenie instytucyj ubezpieczeniowych z tytułu wypłaconych rent winno nastąpić do końca marca za poprzedni rok kalendarzowy.

Koszty ustalania i wypłacania rent, a także koszty ewent. leczenia ponosi instytucja ubezpieczeniowa, wydająca orzeczenie. To samo odnosi się do wypadków, połączonych z ustawowem zaokrągleniem rent.

Jeżeli chodzi o zmniejszenie rent przy równoczesnem powstaniu prawa do kilku rent z ubezpieczeń społecznych, każda instytucja postępuje według obowiązujących dla niej przepisów.

Rentę starczą oblicza Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu według zasad dla niej obowiązujących i na podstawie składek tylko do niej opłaconych. Natomiast jeżeli chodzi o ustalenie prawa do tej renty, należy uwzględnić składki (okoliczności zastępcze), uiszczone do obydwóch instytucyj ubezpieczeniowych.

Zasady miarodajne dla ustalenia prawa i obliczenia rent inwalidzkich odnoszą się do rent dla pozostałych oraz do odpraw dla wdów, wdowców i sierot.

Jednocześnie w umowie uregulowano bardzo zawiłą i bardzo drażliwą dla instytucyj kwestję podziału dotychczas nabytych przez ubezpieczonych ekspektatyw do niemieckich instytucyj ubezpieczeniowych. Według odnoszącej się do Ubezpieczalni Krajowej decyzji Rady Ligi Narodów z dnia 17 lipca 1922 r. składki, opłacone do niemieckich instytucyj ubezpieczeniowych do dnia 1 stycznia 1919 r. dla obszarów, należących dawniej do prowincji Poznańskiej i do 1 stycznia 1920 r. dla innych terytorjów, jak również okoliczności zastępcze — uznane miały być jako znaczki polskie dla tych ubezpieczonych, którzy w tych terminach byli zatrudnieni na terytorjum, odstąpionem Polsce przez Niemcy, lub też dla pozostałej po nich rodziny, bez względu na przynależność państwową uprawnionych. Przepis ten stosuje się również do ubezpieczonych dobrowolnych, zamieszkałych w terminie przełomowym na terytorjum odstąpionem Polsce.

Według art. 186 ustęp 3 Konwencji Genewskiej uważa się jako opłacone do Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie składki tych ubezpieczonych, którzy w dniu 15 czerwca 1922 r. pracowali na polskiej części Górnego Śląska. Dla osób dobrowolnie ubezpieczonych wymaga się — zamieszkania w tym dniu przełomowym na obszarze polskiej części Górnego Śląska.

W umowie załatwiono sprawę w ten sposób, że składki opłacone przed zmianą suwerenności do ubezpieczeń niemieckich uważa się jako opłacone do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, jeżeli ubezpieczony mieszkał w dniu 1 stycznia 1919 r. w Poznańskiem ewentualnie w dniu 1 stycznia 1920 r. na Pomorzu; jako opłacone do Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie: 1) jeżeli ubezpieczony pracował w dniu 15 czerwca 1922 r. na polskiej części obszaru plebiscytowego, 2) jeżeli w powyższym czasie pracował na polskiej części obszaru plebiscytowego, chociaż w dniu 1 stycznia 1919 r. ewent. 1 stycznia 1920 r. pracował wzgl. mieszkał w Poznańskiem lub Pomorskiem. Należy nadmienić, że w tym ostatnim wypadku składki, opłacone po 1 stycznia 1919 r. ewent. 1 stycznia 1920 r. do Ubezpieczalni w Poznaniu uważa się jako tamże opłacone.

Jeżeli ubezpieczony pracował na terytorjum działania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, następnie wstąpił do wojska, po powrocie z którego po 15 czerwca 1922 r. rozpoczął pracę na terytorjum działania Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, to ten okres służby wojskowej zalicza do wysokości renty Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu.

Jeżeli ubezpieczony, który utracił prawo do świadczeń z powodu nieopłacenia przepisanej ilości składek w jednej z układających się instytucyj ubezpieczeniowych, nabędzie nanowo prawo do świad-

czeń przez przebycie nowego okresu wyczekiwania w drugiej z układających się instytucyj ubezpieczeniowych, — to utracone prawa do pierwszej z tych instytucyj odżywają z zastrzeżeniem innych warunków, przewidzianych obowiązującemi ustawami.

W dalszym ciągu postanowiono w umowie, że jeżeli renta, ustalona zgodnie z powyższemi przepisami jest mniejszą od tej, którą jedna z instytucyj obowiązana byłaby wypłacać w myśl obowiązujących dla niej przepisów, gdyby nie zastosowano podziału, — w takim razie instytucja taka winna swój udział podnieść o tę różnicę.

W końcu postanowiono, że instytucje układające się będą sobie nawzajem przesyłać wszelkie akta, karty kwitowe, oraz wszelkie inne dowody, potrzebne do ustalenia renty. Każda z instytucyj obowiązuje się przy przeprowadzeniu ubezpieczenia drugiej instytucji tak postępować, jak gdyby chodziło o przeprowadzenie własnego ubezpieczenia. W szczególności zobowiązuje się do badania prawa do pobierania renty osób uprawnionych oraz badania legalności orzeczeń Wyższej Instancji.

Arbitrem sporów, wynikłych z wykonywania umowy, wybrano Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Powyżej przedstawiona umowa wykonywana jest już od trzech lat.

Dotychczas wpłynęło do Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie 321 wniosków, które należało rozpatrywać według zasad powyżej przedstawionej umowy. Corocznie wpływa przeszło 100 wniosków.

Stan rent, ustalonych według zasad powyższej umowy, jest następujący:

1) rent z udziałem Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, przekazanych **bez dodatku państwowego,** wypłacanych przez Ubezpieczalnię Krajową w Poznaniu 161
(dodatek państwowy płaci Ubezp. Kraj. w Poznaniu).

2) rent z udziałem Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, wypłacanych przez Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie z dodatkiem państwowym . . 56

3) rent bez udziału Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu (ubezpieczony wypełnił warunki do świadczeń tylko do Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie) 14

razem: 231

Należy nadmienić, że Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie w dniu 7 grudnia 1927 r. zawarł podobną umowę również z drugą instytucją ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, działającą na obszarze województw Poznańskiego i Pomorskiego, a mianowicie z Wydziałem Obwodowym I i II Kasy Emerytalnej dla Robotników Kolei Państwowych byłej Dzielnicy Pruskiej. Umowa ta różni się od powyżej przedstawionej umowy głównie tem, że podziałowi w stosunku do opłaconych składek podlegają również koszta leczenia ubezpieczonych i rencistów.

ST.

WYNIKI REFORMY NIEMIECKIEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY

Wydaje się, że w sprawie reformy niemieckiego ubezpieczenia na wypadek choroby nie zostało jeszcze wypowiedziane ostatnie słowo.

Świadczy o tem już sam fakt, że dokonana przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków legislatywnych w drodze rozporządzenia Prezydenta Rzeszy z 26 lipca 1930 r. zmiana II księgi RVO nie tylko została już w międzyczasie złagodzona w drodze całej serji okólników Ministra Pracy Rzeszy do ministerstw społecznych poszczególnych krajów (zwłaszcza pisma z 2 sierpnia, 24 września, 8 października i 13 grudnia 1930 r.), ale, co więcej, poddana już została z kolei w rozporządzeniu Prezydenta Rzeszy z dnia 1 grudnia 1930 roku dalszej rewizji, stępiającej wyraźnie ostrze pierwotnej Notverordnung.

W chwili obecnej toczy się w dalszym ciągu dokoła obu rozporządzeń kampanja, która w pewnych tylko kwestjach i w pewnych sferach straciła może na znaczeniu a zato na innych odcinkach nabrała jeszcze większej gwałtowności. Biorą w niej udział stronnictwa i prasa tak polityczna jak i fachowa, a pozatem również i organizacje lekarskie, związki zawodowe, stowarzyszenia społeczne, gminy a nawet poszczególne kasy chorych.

Ocena sytuacji, jaka się w tej sprawie wytworzyła, nie jest możliwą bez zbadania wyników półrocznego funkcjonowania ubezpieczenia chorobowego na nowych podstawach stworzonych rozporządzeniem z 26 lipca 1930 roku.

Oczywiście nie możemy jeszcze rozporządzać i nie rozporządzamy danemi faktycznemi za cały ten okres czasu a materjały, które podają w tej materji źródła urzędowe i prywatne, nie mogą sobie rościć pretensyj do zupełnej ścisłości i dokładności.

Niemniej materjały te pozwalają na wyrobienie sobie zdania o głównych skutkach rozporządzenia, zwłaszcza o jego skutkach bardziej wymiernych i dających się ocenić cyfrowo.

Jeżeli niewątpliwie głównym celem rozporządzenia było uzyskanie w ubezpieczeniu na wypadek choroby takich oszczędności, które pozwoliłyby na obniżenie jego składki — i temsamem pośrednio umożliwiłyby niemieckiemu gospodarstwu społecznemu poniesienie zwiększonych ciężarów ryzyka bezrobocia — to nie może nasuwać większych trudności stwierdzenie czy cel ten został osiągnięty.

Nie tak prostą jest ocena pośrednich i innych skutków rozporządzenia.

Jakkolwiek toczy się już w chwili obecnej ożywiona dyskusja co do tego, w jaki sposób rozporządzenie oddziałało na niemieckie ubezpieczenie chorobowe, to jednak zwłaszcza sfery oficjalne zajmują stanowisko, że byłaby jeszcze przedwczesną ocena wszystkich skutków rozporządzenia z punktu widzenia jego wpływu na stan zdrowotności publicznej i na warunki ochrony klasy pracującej przed ryzykiem choroby.

Przechodząc do omówienia finansowych reperkusyj rozporządzenia należy stwierdzić, że odpowiadają one w zasadzie oczekiwaniom miarodajnych czynników.

Jakież bowiem nadzieje wiązali autorzy rozporządzenia z dokonanemi zmianami Ordynacji Ubezpieczeniowej?

Odpowiedzi na to pytanie udziela na łamach „Zeitschrift für die gesammte Versicherungswissenschaft" (Nr. z 1 października 1930 r.), wysoki urzędnik Reichsarbeitsministerium, Dr. Dobbernach, który rozróżniając bezpośrednie i pośrednie oszczędności, wynikające z rozporządzenia, zajmuje stanowisko, że oszczędności bezpośrednie, które pozwolą na obniżenie poziomu składki wyniosą 200 milj. mk. a pośrednie drugie tyle i że w rezultacie ostatecznym składka ubezpieczenia na wypadek choroby będzie mogła być zredukowana do 5 względnie 5,3 proc.

Jeżeli z kolei rozpatrujemy oszczędnościowe rezultaty rozporządzenia osiągnięte już choćby w pierwszych czterech miesiącach, to musimy stwierdzić, że naogół nie odbiegają one od przewidywań sfer miarodajnych.

Urzędowy komunikat*) oddziału prasowego Ministerstwa Pracy Rzeszy stwierdza, że rozporządzenie pozwoliło na obniżenie składki o 1 proc. płacy podstawowej i odpowiednie podwyższenie realnej płacy; przeciętna składka roczna spadła z 110 mk. na 90 mk. Ponieważ możnaby łatwo zauważyć, że obniżenie to składki właściwej mogło być skompensowane w drodze ustanowionej przez rozporządzenie składki dodatkowej (opłata za lekarza i lekarstwa), która w przeciwieństwie do tamtej składki obciążałaby w całości tylko ubezpieczonego, podkreśla komunikat, że przeciętny roczny wydatek ubezpieczonego na powyższe opłaty wynosi od 3 do 4 mk. „W rezultacie ostatecznym" — stwierdza więc biuro prasowe RAM — „rozporządzenie nie obciążyło ubezpieczonego, lecz go odciążyło".

Informacje powyższe o obniżeniu składki ubezpieczeniowej potwierdzają w całej rozciągłości szczegółowe dane zawarte w artykule Dra Rudolfa Knabe p. t. „Zur Notverordnung in der Krankenversicherung" ogłoszonym w Nr. XXXIX „Soziale Praxis (str. 1150) i w artykule Okrassa w Nr. 37 „Deutsche Krankenkasse".

Wynika z nich, że stosownie do przewidywań Reichsarbeitsministerium udało się po wprowadzeniu rozporządzenia obniżyć naogół, choć nie wszędzie, o 10 proc. wydatki kas chorych. Tak więc rocznie zmniejszyłoby rozporządzenie wydatki kasowe o około 200 miljonów mk., co nie pokrywa jeszcze wprawdzie w całości ale przynajmniej w większej części zwiększone przez podwyższenie składki ubezpieczenia na wypadek bezrobocia obciążenie gospodarstwa z tytułu tego ostatniego działu ubezpieczeń społecznych (około 300 miljonów mk.).

Redukcja wydatków kas chorych pozwoliła na redukcję ich dochodów. Toteż prawie wszystkie niemieckie kasy chorych obniżyły już z dniem 1 września składkę na 6 proc. a nawet częściowo do jeszcze niższego poziomu; w poszczególnych kasach dalsza zmiana składki przewidziana jest w niedalekich terminach. Natomiast kasy chorych z wyjątkiem niektórych kas zakładowych nie zredukowały naogół składki, pobieranej od osób, którym z powodu otrzymywania w czasie choroby zarobku nie przysługuje prawo do zasiłku chorobowego ani domowego, podwyższając wzamian za to wysokość zasiłku udzielanego im od 7 tygodnia.

Największe oszczędności dały postanowienia rozporządzenia, dotyczące opłat za lekarza i lekarstwa. Poseł Dr. Schiele stwierdził w dniu 29 listopada u. r. na komisji budżetowej Reichstagu, że przepisy te wywarły tak nieoczekiwanie silny, że aż niepokojący wpływ na stan chorych w większości kas chorych. Mimo pory roku, w której zazwyczaj liczba chorych ze zrozumiałych względów zwiększała się bardzo znacznie, notują prawie wszystkie niemieckie kasy chorych w dniu 1 października 1930 r. znaczne zmniejszenie stanu chorych w porównaniu z dniem 1 lipca tegoż roku. W kasach chorych największych przedsiębiorstw niemieckich spadła w tym czasie liczba chorych np. na 100 ubezpieczonych z 4,02 do 3,61, z 2,46 do 1,90, z 3,05 do 1,70 i t. p.; w jednej z miejscowych kas chorych liczba chorych spadła w tym czasie z 2861 na 1621.

Rozmiary oszczędności uzyskanych z tego tytułu przez niemieckie ubezpieczenie chorobowe zasługuje tembardziej na podkreślenie, że nie brakowało czynników, które mogły utrudnić osiągnięcie zamierzonego przez rozporządzenie celu.

Tak więc przedewszystkiem dała się w pewnej mierze zauważyć w kołach lekarskich i aptekarskich tendencja do pokrywania, wbrew wyraźnym instrukcjom RAM, zamiast ubezpieczonych opłat, co — gdyby praktyka ta przybrała ciężkie rozmiary — musiałoby osłabić realizację oszczędnościowych zamierzeń rozporządzenia. Pozatem rozporządzenie mimo wprowadzenia opłat nie zdołało zahamować tak charakterystycznego w ubezpieczeniu chorobowem przerzucania ciężarów bezrobocia na kasy chorych. Doświadczenie wykazało mianowicie, że jak przed dniem 26 lipca 1930 roku tak i po tej dacie każde ograniczenie produkcji, każdy strajk i lokaut pocią-

*) „Reichsversicherung" Nr. 12 z r. 1930, str. 358.

gały za sobą wyraźnie wzrost świadczeń kasowych. Jeżeli do dnia 1 grudnia 1930 roku zjawisko to dało się zauważyć mimo pobierania od bezrobotnych opłat, to tembardziej mogą już zaważyć na szali finansów kas chorych wydatki na świadczenia lecznicze dla bezrobotnych po formalnem zwolnieniu ich od opłat przez rozporządzenie Prezydenta Rzeszy.

Pozatem nie mogła nie wywrzeć pewnego wpływu na rezultaty finansowe rozporządzenia podjęta przez czyniki rządowe i to bezpośrednio po jego wydaniu akcja w kierunku złagodzenia rozporządzenia w tych punktach, w których mogły wytworzyć się t. zw. „soziale Härtefälle". Na zahamowanie oszczędnościowej skuteczności rozporządzenia mogły już przedewszystkiem wpłynąć okólniki wydane przez Ministra Pracy Rzeszy w dn. 2 sierpnia, 24 września i 8 października 1930 roku. Okólniki te podkreślają, że w wyjątkowych wypadkach może być pobranie opłaty odroczone a nawet w razie zupełnej niezamożności zainteresowanego zniesione. Opłata odpada, o ile świadczeń chorobowych udziela instytucja ubezpieczenia wypadkowego. W stosunku do bezrobotnych zaświadczenie, uprawniające do korzystania z pomocy lekarskiej, mogą być wydawane przez urzędy pośrednictwa pracy, przyczem opłatę potrącają one bezrobotnym od wypłacanych im zasiłków. Dalej okólniki wyjaśniają w duchu liberalnym cały szereg wątpliwości, jakie nasunęły odpowiednie postanowienia rozporządzenia i stwierdzają, że pomoc lekarska winna być udzielana chorym wenerycznie i gruźliczo bez opłaty już na zasadzie zaświadczenia wystawionego przez instytucję opiekuńczą lub poradnię.

Tem silniejszy wpływ musiało wywrzeć w tym kierunku rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z 1 grudnia 1930 roku, które przedewszystkiem zmieniając § 182b i § 187-c RVO zwolniło w całości od opłat za pomoc lekarską i lekarstwa: 1) bezrobotnych korzystających z ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, z pomocy udzielanej w okresach kryzysu gospodarczego lub ze świadczeń opieki społecznej; 2) rencistów ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych oraz osoby ciężko uszkodzone, otrzymujące rentę z tytułu wypadku przy pracy lub inwalidztwa wojennego; 3) osoby chore gruźliczo i wenerycznie, których stan niezamożności potwierdzi właściwa dla nich poradnia lub przychodnia; pozatem nowe rozporządzenie wyraźnie zastrzegło, że w wypadku gdy zachodzi obawa, że zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować szkodę lub w razie gdy chodzi o wypadek przy pracy pomoc lekarska ma być udzielona nawet bez opłacenia przez zainteresowanego przepisanej ustawowo należytości.

Wreszcie rozporządzenie zwolniło od opłat za lekarstwa chorych, którzy są niezdolni do pracy dłużej niż w przeciągu dziesięciu dni. Wszystkie te zmiany rozporządzenia z 26 lipca 1930 r. muszą, jak to stwierdza Schulte w artykule p. t. „Die Krankenversicherung in der neuen Notverordnung" („Die Krankenversicherung" z 10 grudnia 1930 r.), zwiększyć koszty ubezpieczenia na wypadek choroby i utrudnić dalsze obniżenie składki. Tendencji tej nowego rozporządzenia nie równoważy zawarty w niem przepis, przewidujący obowiązkowe obniżenie składki w stosunku do ubezpieczonych, którym w czasie choroby przysługuje prawo do zarobku.

Jeżeli mimo wszystkich tych okoliczności, które w mniejszym lub wyższym stopniu musiały przyczynić się do pozbawienia rozporządzenia pełnej skuteczności pod kątem widzenia finansowym, dało ono w ostatecznym rezultacie spodziewane wyniki oszczędnościowe, to należy to przypisać — jeżeli nie wyłącznie to w każdym razie głównie — niespodziewanie radykalnemu obniżeniu stanu chorych, których od korzystania z świadczeń odstraszyła opłata wynosząca, jak wiadomo, 50 fen.

Zjawisko to wzbudziło zrozumiały niepokój nawet w sferach sprzyjających skądinąd systemowi oszczędnościowemu i związanemu z nim obniżeniu społecznego obciążenia produkcji.

Przedstawiciele prawicy posłowie Dr. Bayersdörfer i Dr. Schiele wypowiedzieli się na posiedzeniu komisji budżetowej w dniu 29 listopada 1930 roku bardzo sceptycznie co do odnośnych postanowień rozporządzenia; pierwszy z nich dał wyraz przekonaniu, że „nie można pochwalić żadnych środków, które utrudniają lub uniemożliwiają dostatecznie zapobiegliwe badanie lekarskie", a drugi stwierdził, że nieoczekiwany spadek stanu chorych nakazuje szczególną ostrożność w dalszych posunięciach w tej dziedzinie.

Samo pobieranie opłat nie nasuwało, zdaje się, naogół trudności technicznych i nie wywoływało zatargów.

Natomiast obawy co do dalszych konsekwencyj ustanowienia opłat w zupełności nie znikły.

Jak to stwierdza artykuł redakcyjny p. t. „Zum Kampf um die Krankenversicherung" zamieszczony w Nr. 49 „Soziale Praxis" z r. 1930 „negatywne stanowisko zajmowane przez szerokie sfery wobec opłat nie tylko nie uległo rewizji ale wzmocniło się z jednej strony znaczne obciążenie z tytułu opłat znacznie w czasie ostatnim". Podkreśla się przytem osób ciężko chorych, z drugiej zaś strony ujemne konsekwencje ograniczeń tego rodzaju w stosunku do osób zaraźliwie chorych i to nietylko ze względu na interes osób bezpośrednio dotkniętych chorobą ale i całego społeczeństwa. Pozostawienie osobie chorej oceny choroby i decyzji co do tego, czy ma się zwrócić o pomoc lekarską (mimo opłaty) do kasy chorych czy też może z niej narazie zrezygnować z uwagi na koszty z nią związane, zdaje się wzbudzać szczególne zastrzeżenia pod kątem widzenia profilaktyki. Niemiecki i pruski związek miast i organizacje hygjeniczne wypowiadając się w tej sprawie zaznaczyły, że, zdaniem ich, w niedalekim czasie dadzą się zauważyć niepomyślne skutki rozporządzenia, które znajdą wyraz we wzroście stanu chorych. Jeżeli nie brak głosów (jak zwłaszcza w przytoczonym powyżej artykule Dra Knabe a pozatem na łamach półoficjalnej „Reichsversicherung"), że „wszelkie proroctwa należy uważać za przedwczesne" i że „należy z większem zaufaniem odnosić się do zdrowego rozsądku szerokich mas, który sprawi, że w razie rzeczywistej potrzeby ubezpieczony mimo

opłaty zwróci się do lekarza kasowego"*), to jednak zdaje się przeważać obawa, czy oszczędności uzyskane w ubezpieczeniu chorobowem nie będą drogo okupione stratami w zakresie stanu powszechnej zdrowotności"**).

Jeżeli rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z 1 grudnia 1930 r. dokonywa kilku zmian rozporządzenia z 26 lipca 1930 r. w tych jego punktach, które zostały najmocniej zaatakowane, to jednak nie dezaktualizuje całego szeregu innych zarzutów, które wysunięto przeciw temu rozporządzeniu.

W pewnej mierze na uboczu poza główną linją walki o materjalne postanowienia ubezpieczenia chorobowego pozostaje kampanja prowadzona ostatnio z wzrastającą zaciekłością około ostatecznego ukształtowania stanowiska lekarza wobec kasy chorych.

Walka ta toczy się obecnie już głównie między związkami kas chorych i lekarzy.

Zjazd lekarzy niemieckich, który odbył się w dniu 9 grudnia 1930 r. „stwierdził z oburzeniem, że wszystkie próby rozwiązania tej sprawy, wysunięte przez koła lekarskie, zagrożone w swych prawach do życia, zostały odrzucone" i „uznał za nie do przyjęcia wszystkie dalsze wprowadzone przez rozporządzenie ograniczenia lekarskiej, zawodowej, ustawowej i gospodarczej wolności".

Podkreślając dalej, że rozporządzenie odmawia lekarzom przyznanej każdemu obywatelowi ochrony prawnej zawartych przez nich umów, że uniemożliwia ono egzystencję szerokim sferom młodych lekarzy i sztucznie, w sposób dla ubezpieczonych szkodliwy, zacieśnia liczbę lekarzy kasowych, zjazd zastrzega organizacjom lekarskim decyzję co do środków obronnych, jakie miałyby być przez nie zastosowane wobec nowego rozporządzenia.

Ostre komunikaty wydane przeciw rezolucjom zjazdu przez związki kas chorych stwierdzają, że uwzględnienie postulatów lekarskich musiałoby naruszyć równowagę finansową kas chorych i uniemożliwiłoby konieczne obniżenie składek ubezpieczeniowych i konstatują, że wbrew opinji związków lekarskich swobodna działalność lekarza kasowego nie została przez rozporządzenie w zupełności naruszona.

Jeżeli sprawa stanowiska lekarza w kasie chorych należy do zagadnień spornych i jeżeli większość opinji publicznej zdaje się nawet być przeciwną próbom zmiany odnośnych postanowień rozporządzenia, to natomiast naogół krytycznie oceniane są te jego przepisy, które dotyczą wstrzymania zasiłków pieniężnych w razie otrzymywania zarobków.

Poważne trudności nasunęło w praktyce, jak się zdaje, rozgraniczenie sytuacji, gdy pracodawca dopłaca tylko pieniężne uzupełnienie zasiłku chorobowego udzielanego ubezpieczonemu przez kasę chorych (w tym wypadku zasiłek nie powinienby być wstrzymany) od sytuacji, gdy pracodawca w okresie choroby pracownika wypłaca mu zarobek (co winnoby uzasadniać wstrzymanie zasiłku chorobowego). Okazało się koniecznem wydanie przez Ministra Pracy Rzeszy wyjaśnień szczegółowych, które jednak jak wynika z dalszych rozbieżności zapatrywań w tej materji, nie usunęły wszystkich wątpliwości interpretacyjnych.

Podobne różnice interpretacyjne powstały przy ustalaniu wysokości zasiłku domowego, którą poszczególne kasy chorych określiły w dość rozbieżny sposób.

Pewne objekcje wzbudziło nazbyt hojne potraktowanie przez rozporządzenie praw do zasiłku domowego, które, jak podkreślają komentatorzy rozporządzenia, może znaleść wyraz w unikaniu przez ubezpieczonych lecznictwa szpitalnego i sanatoryjnego.

Jeżeli w świetle powyższych uwag wydaje się prawdopodobne dalsze złagodzenie rozporządzenia, to natomiast trudno oprzeć się wrażeniu, że przynajmniej w najbliższej przyszłości nie należy oczekiwać zupełnego przekreślenia reformy ubezpieczenia chorobowego, dokonanej przez rozporządzenie z 26 lipca 1930 r. Byłoby ono bowiem równoznaczne z nowem podwyższeniem składki ubezpieczeniowej i obniżeniem realnej płacy, co w obecnych warunkach gospodarczych i społecznych spotkałoby się według wszelkiego prawdopodobieństwa ze skutecznym sprzeciwem czynników zainteresowanych.

*) Artykuł Dra Knabe w „Soziale Fürsorge".

**) „zum Kampf in der Krankenversicherung" (Nr. 49 „Soziale Fürsorge").

DR. HENRYK GRENIEWSKI.

PEWNE ZAGADNIENIE, DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA POŚMIERTNEGO I STARCZEGO

W notatce niniejszej zamierzam zwrócić uwagę na pewne niedyskutowane dotychczas, o ile mi wiadomo, na łamach polskiej prasy ubezpieczeniowej zagadnienie dotyczące społecznego ubezpieczenia pośmiertnego i starczego. Chodzi mianowicie o zagadnienie, jaki zachodzi związek między systemem świadczeń, a stopniem dokładności kalkulacji składki, a zatem i równowagą majątkową wspomnianego ubezpieczenia.

Należy zauważyć, że wszelki wprowadzany w życie system ubezpieczeń (zwłaszcza długoterminowych) winien być oparty na takiej kalkulacji

składki, żeby zachowanie równowagi majątkowej przez odnośne zakłady ubezpieczeń było, praktycznie biorąc, zapewnione.

Nieuwzględnienie powyższego w odniesieniu do społecznych ubezpieczeń długoterminowych prowadzić może do b. ujemnych skutków, a mianowicie do gwałtownych, a nieprzewidzianych przedtem wzrostów faktycznej składki (a zatem do **nieprzewidywanych zgóry** wzrostów obciążenia społecznego), ew. (co jest mniej prawdopodobne, ale jednak nie wykluczone) do niemożności wywiązania się przez zakłady ubezpieczeń społecznych z nałożonych na nie przez ustawodawstwo obowiązków w stosunku do ubezpieczonych. Obu sytuacyj należy stanowczo unikać!

Kalkulacja składki jest z reguły tylko przybliżona. Stosując skalkulowaną składkę w praktyce narażamy się zwykle na dwa niebezpieczeństwa: osiąganie zbytecznych nadwyżek i drugie (znacznie poważniejsze) — deficytu.

Na podkreślenie zasługuje mało znana zależność między ryzykiem niekorzystnych odchyleń dla zakładu ubezpieczeń, a systemem świadczeń (kombinacją ubezpieczeniową).

Technika prac ustawodawczych w zakresie ubezpieczeń społecznych przedstawia się zwykle w państwach współczesnych w ten sposób, że przepisy projektowanych ustaw społeczno - ubezpieczeniowych, dotyczące świadczeń są układane zwykle bez udziału aktuarjusza. Następnie dopiero, gdy system świadczeń jest już ustalony, aktuarjusz otrzymuje zadanie skalkulowania składki, mając przytem pewien wpływ na wybór systemu finansowego. (Sama kalkulacja daje się przeprowadzić dopiero po ustaleniu systemu finansowego).

Ze względu na omówioną konieczność skalkulowania składki w sposób zmniejszający jaknajbardziej ryzyko deficytu z jednej strony, oraz na zależność stopnia dokładności kalkulacji od systemu świadczeń, powyższy podział pracy między ubezpieczeniowca — nieaktuarjusza, a aktuarjusza nie wydaje się właściwy. Racjonalnem wyjściem wydaje się jedynie współpraca jaknajściślejsza od początku do końca projektowania ustawy i równoczesne opracowywanie poszczególnych postanowień, dotyczących świadczeń, z punktu widzenia: społecznego, prawnego i aktuarjalnego. W tym bowiem wypadku aktuarjusz będzie miał zapewniony wpływ na ustalanie systemu świadczeń.

W dalszym ciągu zajmiemy się zagadnieniami, dotyczącemi ubezpieczenia pośmiertnego i starczego. Mówiąc o długoterminowych ubezpieczeniach społecznych mamy zwykle (pod wpływem wzorów niemieckich przedewszystkiem) na myśli pewną kombinację ubezpieczeniową zwaną „ubezpieczeniem inwalidzkiem" (w zastosowaniu do robotników wogóle), lub „pensyjnem" (w zastosowaniu do pracowników umysłowych, względnie specjalnych kategoryj robotników np. górników). Kombinacja ta obejmuje ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy (inwalidności), ubezpieczenie starcze oraz ubezpieczenie na wypadek śmierci (uposażenie wdów i sierot).

Chociaż kombinacja powyższa posiada wiele zalet, to jednak nie zawsze jest ona stosowana w praktyce. Np. w Anglji ubezpieczenie niezdolności do pracy jest skombinowane z chorobowem. Ubezpieczenie starcze zorganizowane jest osobno. W Belgji istnieje ubezpieczenie starcze, zaś ubezpieczenie od niezdolności do pracy jest dopiero w projekcie. Zastosowana w Belgji metoda wprowadzania „na raty" długoterminowych ubezpieczeń robotniczych wydaje się zresztą (nawiasem mówiąc) bardziej racjonalna niż wieloletnie, lecz niedoprowadzające do rezultatu próby wprowadzenia całego ubezpieczenia inwalidzkiego naraz.

Zagadnienia, które będziemy omawiać są również aktualne w zastosowaniu do ubezpieczenia niezdolności do pracy, jednakże w tym wypadku są one znacznie bardziej skomplikowane. Dlatego w dalszych rozważaniach ograniczamy się do ubezpieczenia pośmiertnego i starczego.

Weźmy pod uwagę ubezpieczenie pośmiertne i starcze ze składką indywidualną (przystosowaną do wieku) i ze świadczeniami ustalonemi w jednostkach monetarnych (a nie w % % zarobków osób ubezpieczonych).

W ubezpieczeniu takiem można stosować dwa systemy świadczeń:

1) system rent (starczych, wdowich, sierocych),

2) system kapitałów (jednorazowe świadczenie w razie dożycia wieku starczego, względnie jednorazowe świadczenie dla spadkobierców w razie przedwczesnej śmierci ubezpieczonego).

Odnośnie systemu (2) zauważyć należy, że jestto kombinacja zwana (w ubezpieczeniach prywatnych) „ubezpieczeniem mieszanem", oraz, że praktyka tego systemu nie wyklucza rozkładania w poszczególnych wypadkach płatnych kapitałów na renty (aktuarjalne lub nawet pewne).

Zdawałoby się, że z punktu widzenia aktuarjalnego wybór między systemami: (1) oraz (2) jest niemożliwy. Oba systemy są dobrze znane; wzory na obliczanie składek nie przedstawiają trudności. Jednakże... Pan L. Maingie członek Stowarzyszenia królewskiego aktuarjuszów belgijskich przedstawił na IX międzynarodowym kongresie aktuarjuszy w Sztokholmie (r. 1930) referat p. t. „Le problème des pensions de retraite".[1]) W referacie tym p. Maingie zestawia ze sobą systemy (1), (2) i bada dokładność z którą można w obu wypadkach skalkulować składkę.

Streśćmy wywody p. Maingie. Jedną z podstaw kalkulacji składki w ubezpieczeniu życiowem jest taka, lub inna tablica śmiertelności. Ścisłe prawo śmiertelności jest nieznane i zapewne nigdy znane nie będzie. Posiadamy zato wiele praw przybliżonych, zwykle w postaci tablic śmiertelności niekiedy i wzorów matematycznych. Takie prawa przybliżone otrzymuje przez opracowanie danych statystycznych, dotyczących zgonów w obrębie pewnych populacyj (grup osób).

[1]) Neuvième Congrès International D'Actuaires. Rapports F — G, str. 277, Upsala, 1930.

Stopień dokładności przewidywanych przez aktuarjusza w kalkulacji liczby zgonów zależy m. in. od czynników następujących:

(a) stopnia podobieństwa między populacją, na podstawie której daną tablicę śmiertelności sporządzono, a populacją, do której się daną tablicę stosuje[1]),

(b) liczby obserwacyj, które służyły za podstawę opracowania danej tablicy[2]),

(c) liczby ryzyk, do których będzie ta tablica zastosowana[3]),

(d) kombinacji ubezpieczeniowej, do której dana tablica została zastosowana.

Rola czynników: (a), (b), (c) jest powszechnie znana, natomiast czynik (d) bywa zupełnie niedoceniony. Rezultaty wspomnianych badań nad stopniem dokładności skalkulowanej składki dla systemów (1) i (2) są następujące:

W kalkulacji składki, przystosowanej do systemu (1) trzeba brać pod uwagę wiek wielu osób: ubezpieczonego, wdowy, sierot, natomiast w wypadku (2) mamy tylko do czynienia z wiekiem ubezpieczonego. Okazuje się, że odchylenia między przewidywanemi, a faktycznemi liczbami zgonów łatwiej znacznie kompensują się w wypadku (2), niż (1).

Pan Maingie przeprowadził szereg przykładowych obliczeń składek indywidualnych dla obu systemów przyjmując za podstawę rachunków stopę techniczną oprocentowania 4 proc. oraz kilka warjantów tablic śmiertelności. Dla zbadania wpływu wahań śmiertelności na system (1) obliczył składki indywidualne na podstawie **wyrównanej** tablicy śmiertelności R F, następnie zaś na podstawie **niewyrównanej** tablicy śmiertelności R F. Rozbieżność między temi warjantami obliczeń jest ogromna, dochodzi ona

dla rent odroczonych do 14%, dla składek do 8%, dla skł.
dla rent osób przerywających do 30%, jednorazow. do 33%, rocznych

Rezultaty te, o ile się zważy, że między techniczną a faktyczną śmiertelnością niewątpliwie mogą zachodzić odchylenia tego rzędu co między powyższemi warjantami tablicy R F, zdają się podważać zaufanie do systemu (1).

Dla systemu (2) obliczył p. Maingie składki indywidualne przy tej samej stopie 4 proc. oraz przyjmując trzy warjanty tablicy R F:

a) wyrównaną tablicę A F,
b) fikcyjną tablicę, otrzymaną z A F przez zredukowanie prawdopodobieństw śmierci o 25 proc.
c) fikcyjną tablicę, otrzymaną z A F przez powiększenie prawdopodobieństw śmierci o 25 proc.

Rozbieżność między trzema warjantami jest b. mała. Nie przekracza ona 6 proc. dla składek jednorazowych oraz 9 proc. dla — rocznych. Można więc twierdzić, że system (2) jest, praktycznie biorąc, niezależny od wahań śmiertelności.

Należy jeszcze zauważyć, że kwestja praktycznego (przybliżonego) uniezależnienia się od wahań śmiertelności jest tem donioślejsza, że w społeczeństwach spółczesnych odbywają się poważne zmiany śmiertelności (mianowicie obszernie w prasie zagranicznej omawiany, systematyczny spadek śmiertelności), na który starałem się gdzieindziej zwrócić uwagę polskich czytelników, dając przykłady zaczerpnięte ze szwajcarskiej i amerykańskiej statystyki śmiertelności.

Wyżej streszczone wywody p. Maingie nasuwają uwagi następujące. Wydaje się interesującem zbadać z punktu widzenia dokładności kalkulacji składki polski projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych; badania te możnaby na początek ograniczyć do tych postanowień ustawy, które wprowadzają ubezpieczenie pośmiertne i starcze, ubezpieczenie inwalidzkie (niezmiernie z naszego punktu widzenia trudne do zbadania) możnaby chwilowo pozostawić poza zakresem badań.

Nie jest wykluczone, że badania takie wskazałyby pożytek, płynący z uproszczenia systemu świadczeń i przejścia na system świadczeń kapitałowych. (Przypominam, że system kapitałowy nie wyklucza zakładania kapitału na renty w praktyce. Jednakże zasady odnośnych przerachowań mogą być wtedy zmieniane choćby z roku na rok w drodze rozporządzenia, mogą być przystosowywane stale do osiągalnej w danym czasie stopy oprocentowania rezerw oraz do nowych rezultatów badań nad śmiertelnością rencistów, wdów i sierot.

---

[1]) Nie można np. stosować tablicy śmiertelności górników w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

[2]) Np. w skrajnym wypadku, gdyby tablicę śmiertelności opracowano na podstawie obserwacji b. małej liczby osób (np. kilkudziesięciu), to tablica ta nie posiadałaby żadnej wartości praktycznej.

[3]) Np. w skrajnym wypadku: gdyby najlepszą choćby w danym wypadku tablicę śmiertelności zastosowano do b. małej grupy ubezpieczonych (np. kilkudziesięcru, jak to się może zdarzyć w nieracjonalnie postawionych kasach emerytalnych), to przewidywane liczby zgonów nie przedstawiałyby żadnej wartości praktycznej.

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

UBEZPIECZENIE INWALIDZKIE ROBOTNIKÓW NA GÓRNYM ŚLĄSKU. IV KSIĘGA NIEMIECKIEJ ORDYNACJI UBEZPIECZENIOWEJ Z 1911 R.

III. Zasadnicze orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 12 marca 1929 r.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń w Mysłowicach, przyznając rentę w myśl § 1668 Ordynacji Ubezpieczeniowej, winien również określić jej wysokość. Nieustalenie wysokości renty stanowi przyczynę rewizyjną z § 1697 Ordynacji Ubezpieczeniowej.

Wyciąg uzasadnienia:

„Pozwany Zakład odmówił wnioskowi powódki o przyznanie jej renty inwalidzkiej na tej zasadzie, że prawo do świadczeń z tytułu opłacania składek tygodniowych zostało utracone.

Przeciw temu orzeczeniu wniosła powódka odwołanie.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń wyrokiem z dnia 12 października 1928 r. zaczepione orzeczenie zmienił, uznał, że prawo do świadczeń jest utrzymane i przyznał powódce tymczasową rentę w ustawowej wysokości.

Od tego wyroku wniósł pozwany Zakład w czasokresie ustawowym rewizję, stawiając wniosek na jego zniesienie i przywrócenie mocy prawnej orzeczeniu z dnia 20 stycznia 1928 r.

Powódka wniosła na nieuwzględnienie rewizji.

Rewizja pozwanego Zakładu jest uzasadniona.

W myśl § 1668 Ord. Ubezp. przy ustaleniu renty wyrok Wyższego Urzędu Ubezpieczeń winien również określić jej wysokość (Betrag), albo przynajmniej w wypadkach wyjątkowych udzielić świadczenia tymczasowego.

Sentencja zaczepionego rewizją wyroku ograniczyła się tylko do określenia: „w ustawowej wysokości". W aktach odwoławczych znajduje się wprawdzie obliczenie renty. Pominąwszy już, że z wywodów wyroku nawet nie wynika, czy wspomniane obliczenie renty stanowi załącznik wyroku, to w każdym bądź wypadku w ten sposób nie można zadość uczynić wymogom § 1668 Ord. Ubezp., gdyż wysokość powinna być ustalona w sentencji wyroku, która jedynie uzyskać może moc prawną.

Wyrok obraża zatem przepis § 1668 Ord. Ubezp. — co stanowi przyczynę rewizyjną z § 1697 Ord. Ubezp. — i dlatego też wniesioną rewizję uwzględniono i jak powyżej orzeczono.

IV. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 17 marca 1927 r.

Na podstawie § 10. a dawnej ustawy o ubezpieczeniu funkcjonarjuszy prywatnych z dnia 20 grudnia 1911 r. (Dz. U. Rz. niem. str. 989) w brzmieniu ustawy z dnia 20 listopada 1923 r. (Dz. U. Śl. poz. 207) nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia w myśl księgi czwartej Ordynacji Ubezpieczeniowej, kto pobiera rentę inwalidzką z ubezpieczenia funkcjonarjuszy prywatnych; natomiast uprawniony jest do dobrowolnego kontynuowania dotychczasowego przymusowego ubezpieczenia inwalidzkiego.

Wyciąg z uzasadnienia:

Orzeczeniem Zakładu z dnia 12 kwietnia 1926 r. przyznano powodowi rentę emerytalną w wysokości 83,25 zł. miesięcznie. Przeciw temu orzeczeniu wniósł powód w terminie ustawowym odwołanie domagając się uwzględnienia przy obliczeniu pensji inwalidzkiej składek, wpłaconych przez niego za czas od października 1923 r. do grudnia 1925. Zarząd Zakładu wniósł w wywodach z dnia 18. V. 1926 r. o oddalenie odwołania powołując się na przepis § 10 „a" ust. o ubezpieczeniu funkcjonarjuszy prywatnych.

Uchwałą z dnia 28. IX. 1926 przekazał Wyższy Urząd Ubezpieczeń tutejszemu Senatowi Orzekającemu po myśli § 280 ust. o ubezp. funkcj. pryw. i § 30 rozporządzenia z dnia 21. VI. 1913 w brzmieniu rozporządzenia z dnia 13 stycznia 1919 (R. G. Bl. str. 42) odwołanie powoda od cytowanego wyżej orzeczenia Wydziału III. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie do zasadniczego rozstrzygnięcia w kierunku interpretacji § 10 „a" ust. o ubezp. funkcj. pryw. w brzmieniu ustawy z dnia 20. XI. 1923 Dz. U. Śl. poz. 207. W szczególności podnosi Wyższy Urząd Ubezpieczeń, że chodzi o ustalenie, czy nie podlega po myśli cytowanego przepisu ubezpieczenia także i ten, kto pobiera rentę inwalidzką, cytowany przepis jest z tego powodu bowiem niejasny, że po słowach „rentę inwalidzką" wymienia zaraz bez użycia jakiegokolwiek znaku językowego (przecinka) słowa „dla wdów lub wdowców ubezpieczenia inwalidzkiego". Wyższy Urząd Ubezpieczeń stosując ścisłą wykładnię gramatyczną stoi na stanowisku, że od ubezpieczenia nie jest wyłączony pobierający rentę inwalidzką w przeciwstawieniu do pobierających rentę inwalidzką dla wdów lub wdowców, przyczem jednak uznaje, że wolą ustawodawcy było wyliczenie również renty inwalidzkiej, jako okoliczności, uwalniającej od ubezpieczenia.

Na zawarte w wywodach stron wnioski odsyła się.

W niniejszym wypadku sporną jest tylko wysokość pensji, więc w myśl § 282 ust. o ubezp. funkcj. pryw. rewizja byłaby wykluczona. Załatwienie sporu zależy według zdania niższych instancyj na ustalaniu czy w myśl § 10 „a" cyt. ust. podlega ubezpieczeniu ten, kto pobiera rentę inwalidzką. Choć zdaniem Senatu załatwienie sporu nie zależy tyle od poruszonej przez niższe instancje kwestji, ile od ustalenia, czy pobierający rentę inwalidzką może ważnie uiszczać składki do ubezpieczenia emerytalnego, to oddanie sprawy Wojewódzkiemu Urzędowi Ubezpieczeń należy uznać za usprawiedliwione, gdyż i w drugim wypadku rozchodzi się o nieustaloną wykładnię ustawy.

Przechodząc do omówienia sprawy samej, należy stwierdzić, że czysto gramatyczna wykładnia

§ 10 „a" nie byłaby trafną. Brak znaku językowego we wskazanem wyżej miejscu nie zastąpi i zastąpić nie może braku logicznego powodu od niewyłączenia od ubezpieczenia także tych, którzy pobierają rentę inwalidzką. Pozatem Wyższy Urząd Ubezpieczeń słusznie podnosi, że ustawa niemiecka z dnia 12-go listopada 1922 r., na której polski ustawodawca widocznie się wzorował, wytkniętej różnicy nie zna i również dobrze wyłącza od ubezpieczenia pobierających rentę inwalidzką, jak i wdowy wzgl. wdowców, pobierających takąż rentę.

Jeżeli się dalej uwzględnia ,że terminologja ordynacji ubezpieczeniowej nie zna „inwalidzkiej renty dla wdów wzgl. wdowców (Invaliden Witwen bezw. Witwerrente) i w § 1258 i nast. mówi o rentach dla wdów i wdowców (Witwenrente, Witerrente), niezrozumiałem jest z jakich powodów ustawodawca miałby bez żadnej potrzeby wprowadzać nowe wyrazy techniczne dla pojęć prawnych już dawno ustalonych. Nasuwa się zatem przypuszczenie, że opuszczenie przecinka między słowami „Inwalidzkiej" a „dla" polega tylko na przeoczeniu stylistycznem, które nie może mieć znaczenia decydującego dla wykładni ustawy.

Z tych powodów Senat Orzekający jest zdania, że przepis § 10 „a" pozwala tylko na taką wykładnię, że nie podlega ubezpieczeniu nie tylko ten, kto pobiera rentę dla wdów lub wdowców, ale i pobierający rentę inwalidzką. W następstwie tego składki opłacane dla powoda po przyznaniu mu renty inwalidzkiej w czasie od października 1923 do grudnia 1925 nie mogą być uważane za składki przymusowe. Ustaleniem tem nie jest jednak załatwiona kwestja uwzględnienia tych składek przy obliczeniu wysokości pensji emerytalnej, albowiem zbadać jeszcze należy, czy składki o których mowa mogą być zaliczone jako składki dobrowolne.

W myśl § 15 z ubezp. funkcj. pryw. w brzmieniu ustawy z dnia 20. XI. 1923 Dz. U. Śl. poz. 207 może ubezpieczenie dobrowolne kontynuować ten, kto zatrudnia podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia a płacił wkładki najmniej przez cztery miesiące na mocy obowiązku ubezpieczenia. Że powód powyższe warunki posiada—nie ulega wątpliwości, w szczególności należy uznać, że wystąpił z pracy podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia, gdy w chwili wejścia w życie ustawy z dnia 20. XI. 1922 odpadł obowiązek ubezpieczenia. Nie jest również spornem, że powód aż do grudnia 1925 był zdolny do pracy zawodowej a więc nie wykluczony od kontynuowania ubezpieczenia w myśl § 206 ust. o ubezp. funkcjon. pryw.

Należało zatem jeszcze zbadać, czy powód na podstawie § 10 „a" wykluczony był od uprawnienia kontynuowania ubezpieczenia. Przepis § 10 „a" odnosi się jednak tylko do obowiązku ubezpieczenia, nie zaś do uprawnienia kontynuowania ubezpieczenia. Wskazuje już na to okoliczność, że przepis ten umieszczony jest w podziale o obowiązku ubezpieczenia, wskazuje na to dalsza okoliczność, że w §§ 10 i 11 ustawy, również traktujących o zwolnieniu od ubezpieczenia, wymienione są osoby, które według stałego orzecznictwa (p. wyrok Wyższego Sądu Rozjemczego Nr. 301 A. V. N. 1918 str. 214) zwolnione są od obowiązku ubezpieczenia, które jednak uprawnione są do kontynuowania ubezpieczenia.

Wobec tego Senat Orzekający przyjął, że i powód był uprawniony do kontynuowania ubezpieczenia i że składki opłacone w czasie od października 1923 r. do grudnia 1925 należy uwzględnić przy obliczeniu pensji jako dobrowolne.

V. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 26 listopada 1929 r.

Nadpłatę już płaconych przez Zakład ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa rent tymczasowych, których początek został pierwotnie ustalony nie od dnia wypadku ubezpieczeniowego, lecz, wobec ich tymczasowego charakteru, dopiero od dnia ustalenia renty, należy uskuteczniać według przepisów w danym okresie czasu obowiązujących, a nie według nowych stawek, przewidzianych w ustawie z 7 grudnia 1927 r. (Dz. U. Śl. Nr. 26).

Wyciąg z uzasadnienia:

Pozwany Zakład orzeczeniem z dnia 25 stycznia 1929 r. przyznał dla sierot po zmarłym J. P. dodatkową rentę sierocą za czas ubiegły od 1 marca 1924 do 30. IV. 1925 r.

Od tego orzeczenia wniosła M. P., jako matka małoletnich dzieci, odwołanie, utrzymując, że za wspomniany czasokres przysługuje wyższa nadpłata renty.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń uchwałą z dnia 10 maja 1929 odstąpił sprawę Wojewódzkiemu Urzędowi Ubezpieczeń do zasadniczego rozstrzygnięcia sprawy, powołując się na to, że rozchodzi się o nieustaloną wykładnię przepisu ust. 3 art. 5 ustawy z dnia 7. XII. 1927 (Dz. U. Śl. Nr. 26, poz. 49) i że rewizja po myśli § 1697 Ord. Ubezp. jest wykluczona, ponieważ sporną jest wysokość renty. W sprawie samej Wyższy Urząd Ubezpieczeń stoi na stanowisku, że powyższy przepis ma zastosowanie do nadpłaty grosza sierocego, udzielonego dzieciom powódki, i że zatem nadpłatę należy obliczyć wedle przepisów ustawy z dnia 7. XII 1927 r.

Pozwany Zakład w wywodach z dnia 20. VI. 1929 zarzuca interpretacji Wyższego Urzędu Ubezpieczeń dowolność oraz stwierdza, że nie ponosi żadnej winy, gdyż Konwencja Genewska wogóle nie nakłada na niego w wypadkach jak niniejszy obowiązku płacenia rent.

Oddanie sprawy Wojewódzkiemu Urzędowi Ubezpieczeń uznał Senat Orzekający za uzasadnione w przepisach ust. 1 § 1693 Ord. Ubezp., natomiast nie mógł się on przychylić do wywodów Wyższego Urzędu Ubezpieczeń w sprawie zastosowalności w niniejszym wypadku przepisu ust. 3 art. 5 ustawy z dnia 7. XII. 1927, według którego nowo przyznane renty, płatne po dniu 31. XII. 1927, będą obliczane według ustawy niniejszej już od dnia ich płatności, przyczem nie będzie przysługiwać uprawnionym prawo do dodatku nadzwyczajnego, przewidzianego w ustępie 2 art. 5 ustawy.

Cel i doniosłość tego przepisu stwierdzić można tylko przy uwzględnieniu przepisów ustępów 1 i 2 art. 5. W myśl tych przepisów ustawa z dn. 7. XII. 1927 wchodzi w życie z dniem 1. I. 1928 z tym wyjątkiem, że podwyższone renty przysługują dopiero od 1. IV. 1928, przyczem jako ekwiwalent otrzymują rentobiorcy za czas od 1. I. 1928 do 31. III. 1928 dodatek nadzwyczajny w wysokości jednomiesięcznej renty. Ponieważ mogło być wątpliwem, czy i w jakiej wysokości przysługuje dodatek nadzwyczajny pobierającym renty, których początek przypada na czas od 1. I. 1928 do 31. III. 1928, przeto przepis ust. 3 art. 5, ustala, że w takim wypadku nie przysługuje dodatek nadzwyczajny, ale za to obliczone im będą renty według nowych norm już od dnia płatności renty.

Że tylko takie znaczenie ma przepis ust. 3 art. 5 wynika zresztą już z samego brzmienia tego przepisu, według którego odnosi się on wyłącznie do rent **nowo** przyznanych, **płatnych** po 31. XII. 1927 r.

Wobec tego przepis powyższy nie może mieć zastosowania w niniejszym wypadku, gdzie rozchodzi się o nadpłatę renty za czas od marca 1924 do kwietnia 1925, mimo, że nadpłata przyznana została dopiero po 31. XII. 1927 r.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń uzasadnia zastosowanie przepisów ustawy z dnia 7. XII. 1927 w niniejszym wypadku pozatem zasadą, że zaległe renty, niewypłacone w dniu płatności z winy Zakładu, winny być obliczone według przepisów obowiązujących w chwili faktycznej ich wypłaty.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń powołuje się na to, że wolą ustawodawcy było odszkodowanie strat uprawnionych rentobiorców, poniesionych wskutek obniżenia się wartości i siły kupna środka płatniczego.

Nie wchodząc w ocenę, czy powyższa zasada faktycznie odpowiada woli ustawodawcy i czy znajduje odpowiedni oddźwięk w obowiązującem ustawodawstwie, stwierdzić należy, że w każdym bądź razie zasada ta w niniejszym wypadku nie może mieć zastosowania, ponieważ Zakład nie ponosi żadnej winy, że grosz sierocy za powyższy okres nie został wypłacony we właściwym czasie.

Na podstawie art. 186 Konwencji Genewskiej Zakład obowiązany jest płacić rentę tylko osobom, które już w dniu zmiany suwerenności korzystały ze świadczeń i mieszkały na polskim Górnym Śląsku, wzgl. osobom, które w rzeczonym dniu zatrudnione były na polskiej części obszaru plebiscytowego lub były dobrowolnie ubezpieczone i zamieszkały w podanym terminie w polskiej części obszaru plebiscytowego. Warunki te, co nie jest sporne, w niniejszym wypadku nie zachodzą. W następstwie tego Zakład nie jest obowiązany do udzielania świadczeń dzieciom powódki, a jeżeli mimo to ze względów słuszności wobec niedojścia do skutku układu między Rządem polskim a niemieckim udzielił zaliczkowo dzieciom powódki grosza sierocego, to żadną miarą nie można twierdzić, że Zakład ponosi winę, że grosz sierocy nie został wypłacony we właściwym czasie.

Gdy zatem niema prawnej podstawy dla zastosowania w niniejszym sporze przepisów ustawy z dnia 7. XII. 1927, to uznać należało, że pozwany Zakład słusznie obliczył nadpłatę grosza sierocego według przepisów wówczas obowiązujących i dlatego też odwołanie powódki oddalono jako nieuzasadnione.

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. ROZP. PREZYDENTA RZPLITEJ Z DN. 24/XI 1927 R. (DZ. U. NR. 106, POZ. 911).

Dyrektywy Rady Zarządzającej Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z dnia 18/XII 1930 r. w sprawie jednolitego stosowania poszczególnych przepisów rozp. Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, dotyczących świadczeń z powodu braku pracy. (c. d.).

III. Dla ponownego nabycia praw do świadczeń z powodu braku pracy, przebycie nowego okresu wyczekiwania jest konieczne w myśl art. 16 ust. 3 tylko wówczas, gdy prawo do tych świadczeń ustało z mocy art. 57, t. j. po upływie 6 miesięcy od dnia jego powstania, względnie po upływie dłuższego, określonego w statucie Zakładu, okresu zasiłkowego.

Jeżeli przed upływem powyższego okresu pobierający świadczenia objął zatrudnienie, wówczas prawo do świadczeń ustaje z mocy art. 56 ust. 1, o ile zajęcie to nie stanowi zajęcia przejściowego w rozumieniu art. 17 ust. 2.

Ponowna utrata zajęcia, nie stanowiącego zajęcia przejściowego w rozumieniu art. 17 ust. 2, uzasadnia prawo do świadczeń z powodu braku pracy na warunkach zwykłych, określonych w stosunku do wymogu okresu wyczekiwania — w art. 16 ust. 2, t. j. prawo to uzależnione jest od posiadania 6 miesięcy składkowych w ciągu ostatniego roku, licząc wstecz od dnia ponownej utraty zajęcia.

Natomiast ustanie zajęcia, stanowiącego zajęcie przejściowe w rozumieniu art. 17 ust. 2 uzasadnia prawo do dalszych świadczeń przez czas, jaki pozostał do końca okresu, ustalonego w art. 57, uwzględniając czas korzystania ze świadczeń przed objęciem takiego zatrudnienia.

Uzasadnienie. Art. 16 ust. 3 nasuwa pytanie, co należy rozumieć przez „ustanie praw w myśl art. 57", oraz jak należy rozumieć zwrot „po przebyciu 6 miesięcy składkowych....".

Obie powyższe kwestje są w ścisłym z sobą związku i przepis art. 16 ust. 3 należy rozumieć w ten sposób, że chodzi tu o przebycie **nowych** 6 miesięcy w tym tylko wypadku, gdy prawo do świadczeń z powodu braku pracy ustało z mocy art. 57 t. j. gdy prawo to ustało wskutek upływu 6 miesięcy od dnia jego powstania, względnie po upływie dłuższego statutowego okresu. Gdyby bowiem po upływie powyższego okresu nie był wymagany warunek przebycia **nowych** 6 miesięcy składkowych, to przepis art. 16 ust. 3 byłby zbędny, gdyż nie zawierałby w sobie nowej myśli. Powołanie w art. 16 ust. 3 przepisu art. 57 wskazuje, że warunek przeby-

cia nowego okresu wyczekiwania odnosi się do wywypadku ustania prawa do świadczeń wskutek upływu ustalonego w art. 57 okresu zasiłkowego.

Z powyższego wynika, że jeżeli prawo do świadczeń z powodu braku pracy wygasło wskutek uzyskania zajęcia, nie stanowiącego zajęcia przejściowego w rozumieniu art. 17 ust. 2, a zatem, jeżeli prawo to wygasło nie na podstawie art. 57, lecz art. 56 ust. 1 p. 1 (utrata warunku uzależniającego prawo do świadczeń), wówczas ponowna utrata zajęcia uzasadnia prawo do świadczeń na warunkach zwykłych, które w odniesieniu do wymogu przebycia w ubezpieczeniu okresu wyczekiwania określa art. 16 ust. 2. W wypadku natomiast, w którym objęte przez uprawnionego do świadczeń z powodu braku pracy zatrudnienie nie trwało dłużej, aniżeli dwa miesiące, prawo do tych świadczeń ulega z mocy art. 50 p. 8 wstrzymaniu na czas trwania takiego zajęcia, przyczem stosownie do postanowienia art. 57 ust. 1 czasu wstrzymania świadczeń nie wlicza się wtedy do okresu zasiłkowego, wskutek czego ustanie zatrudnienia przejściowego uzasadnia prawo do dalszych świadczeń przez czas, jaki pozostał jeszcze do końca okresu, ustalonego w art. 57.

Rację postanowienia ustępu 3-go art. 16 stanowi zasada iż po wyczerpaniu prawa do świadczeń, odpowiadającego danemu okresowi ubezpieczenia, nowe prawo może powstać po przebyciu nowego okresu ubezpieczenia, uzależniającego uzyskanie praw do świadczeń; rację pojęcia „zajęcia przejściowego" i związanych z niem skutków stanowi zamierzenie ograniczenia ponownego powstania praw do świadczeń (z możnością korzystania z nich przez normalny okres ich trwania) w wypadkach, gdy poprzednio już świadczenia były udzielone, lecz nie przez maksymalny okres ich trwania (art. 57—okres zasiłkowy).

Gdyby nie istniało pojęcie „zajęcia przejściowego" z określonemi skutkami prawnemi, to w każdym z określonych wyżej wypadków powstałoby prawo do ponownych świadczeń przez maksymalny okres już po najkrótszym ponownym okresie ubezpieczenia t. j. miesięcznym. Wprowadzenie pojęcia zajęcia przejściowego ogranicza tę możliwość do wypadków, gdy ponowna utrata zatrudnienia nastąpiła po dłuższem niż dwumiesięcznem zajęciu, objętem po korzystaniu ze świadczeń bez wyczerpania jednakże pełnego okresu zasiłkowego. W razie zaś, gdy zajęcie trwało nie dłużej niż 2 miesiące, następuje po jego utracie dalsza wypłata wstrzymanych świadczeń do chwili, gdy z uwzględnieniem okresu poprzedniego ich udzielania osiągnięty zostanie okres maksymalny.

IV. Gdy czas pozostawania bez pracy, poprzedzający objęcie zatrudnienia trwa krócej niż miesiąc, prawo do świadczeń za ten czas nie powstaje, wobec czego przy wymiarze zasiłków po utracie zajęcia, nie należy uwzględniać tego czasu.

Uzasadnienie. Stanowisko takie zajęło Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w wyjaśnieniu z dn. 17. V. b. r. L. 1285/U. II. Wynika ono z wyraźnego postanowienia art. 17 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta, w myśl którego za „zajęcie przejściowe" ze skutkami wynikającemi z art. 50 p. 8 i art. 57 uważane jest zajęcie, trwające nie dłużej niż 2 miesiące, przegradzające co najmniej **miesięczne okresy** pozostawania bez pracy.

Art. 47 ust. 2 również wyraża zasadę, że ubezpieczenie na wypadek braku pracy nie uwzględnia zbyt krótkich okresów pozostawania bez pracy.

V. W wypadkach, w których przyczyna wstrzymania świadczeń z powodu braku pracy zaistniała po powstaniu stwierdzonego prawa do otrzymywania zasiłku z powodu braku pracy, czas wstrzymania świadczeń wlicza się do ustalonego w art. 57 okresu zasiłkowego (6 wzgl. 9 miesięcy), a zatem okres ten ulega odpowiedniej redukcji z wyjątkiem okresu ćwiczeń wojskowych i wykonywania zajęcia przejściowego, przedłużających okres zasiłkowy. Natomiast w wypadkach, w których przyczyna wstrzymania świadczeń zaistniała przed powstaniem stwierdzonego prawa do otrzymywania zasiłku, „wstrzymanie" winno być stosowane jako odroczenie momentu powstania prawa do świadczeń, a tem samem nie zmniejsza 6-cio wzgl. 9-miesięcznego okresu zasiłkowego po późniejszem powstaniu prawa.

Bieg okresu, przez który powstanie prawa ulega odroczeniu, rozpoczyna się z chwilą zajścia odpowiednich okoliczności (art. 50 i 52), niezależnie od zgłoszenia roszczenia.

Uzasadnienie. Postanowienie art. 50 nasuwa pytanie, co należy rozumieć przez „wstrzymanie świadczeń" — redukcję okresu zasiłkowego, czy odroczenie prawa do świadczeń. Odpowiedź na to pytanie można dać jedynie na podstawie analizy art. 50 w zestawieniu z art. 57 ust. 1. Art. 57 ust. 1 postanawia, że do okresu zasiłkowego nie wlicza się czasu wstrzymania świadczeń w myśl art. 50 p. 8 oraz czasu ćwiczeń wojskowych. Z przepisu tego wynika, że w innych wypadkach czas wstrzymania świadczeń wlicza się do okresu zasiłkowego, powodując tem samem zmniejszenie tego okresu. Może to mieć jednakże zastosowanie tylko w wypadkach, gdy prawo do świadczeń zostało stwierdzone przed zajściem odpowiednich okoliczności, gdyż art. 50 i 52 mówią o wstrzymaniu „świadczeń", pod któremi rozumieć należy stwierdzone prawa.

W razie zaś, gdy odpowiednie okoliczności zajdą przed stwierdzeniem prawa, mają ten skutek, iż hamują powstanie samego prawa, które powstać może dopiero w momencie, gdy te okoliczności przestaną istnieć, przyczem świadczenia winny być wypłacane przez normalny okres, o ile po stwierdzeniu prawa nie zajdą okoliczności przewidziane w art. 50 wzgl. 52.

Do okresu zasiłkowego, ustalonego w art. 57, wlicza się bowiem (poza wymienionemi tam wyjątkami) również **okres wstrzymania świadczeń,** a w razie zajścia okoliczności, przewidzianych w art. 50, przed stwierdzeniem prawa do świadczeń, nie może być świadczenie przyznane, a tem samem nie może być wstrzymane; okres trwania tych przyczyn nie może przeto redukować okresu wypłacania świadczeń, do których prawo powstało po ustaniu powyższych przyczyn.

Typowemi wypadkami wstrzymania, odpowiadającemi wypadkom, przewidzianym w art. 57 ust. 1, a więc wpływającemi na skrócenie okresu zasiłkowego, są wypadki, wymienione w punktach 3, 5, 6, 7 i 9 art. 50, o ile — co będzie mieć miejsce z reguły — nastąpiły one po powstaniu stwierdzonego prawa do świadczeń z powodu braku pracy. Podkreślić tu należy, iż wypadek wstrzymania zasiłku, przewidziany w p. 9 nie może w żadnym razie zajść przed powstaniem stwierdzonego prawa do świadczeń z powodu braku pracy, gdyż ewentualne korzystanie ze świadczeń Kasy Chorych na podstawie art. 20 może rozpocząć się tylko po uznaniu przez Zakład przysługującego danej osobie prawa do świadczeń z powodu braku pracy.

Wypadkami wstrzymania, zachodzącemi tylko przed powstaniem indywidualnego prawa do świadczeń, a zatem nie powodującemi skrócenia okresu zasiłkowego, lecz tylko odroczenie momentu powstania prawa do świadczeń w znaczeniu ustawowego uprawnienia do zgłoszenia roszczenia, są wypadki, wskazane w p. 1 i 4 art. 50.

Postanowienie art. 50 p. 2 nie wchodzi niemal pod tym względem pod uwagę; w czasie strajku bowiem niema właściwie utraty zajęcia, a po ustaniu strajku fakt utraty zajęcia wskutek strajku jest dla art. 50 bez znaczenia, w wypadkach zaś realnego znaczenia znajduje odpowiednie rozwiązanie w wyrażonej wyżej zasadzie stosowania art. 50.

O ile chodzi o wypadek, przewidziany w p. 4 art. 50, powyższa wykładnia umożliwia zaniechanie dotychczasowej praktyki, która czyniąc wszelkie możliwe usiłowania uniknięcia uważanego za niesłuszne redukowania okresu zasiłkowego w wypadku otrzymania przez pracownika odszkodowania na podstawie art. 39 rozp. Prezydenta o umowie o pracę właśnie z tego powodu uciekała się do stosowania w tym wypadku przepisu art. 7 ust. ost. mimo, iż przepis ten nie odnosi się do okresu, za który pracownik otrzymał wynagrodzenie z mocy art. 39 dekretu o umowie o pracę (vide niżej p. XI).

W wypadkach, w których wstrzymanie winno być stosowane jako odroczenie momentu powstania prawa do świadczeń, bieg okresu, przez który powstanie prawa ulega zawieszeniu, rozpoczyna się z chwilą utraty zajęcia lub z późniejszą chwilą zaistnienia przyczyny zawieszenia prawa do świadczeń. Ustawowe uprawnienie do zgłoszenia roszczenia o przyznanie świadczeń z powodu braku pracy powstanie zatem w tych wypadkach z chwilą upływu odpowiedniego okresu, w ciągu którego prawo do świadczeń było w zawieszeniu.

VI. W razie wstrzymania świadczeń z powodu braku pracy ulega również wstrzymaniu opłata składek na ubezpieczenie z mocy art. 20.

Uzasadnienie. Powyższa zasada uzasadniona jest brzmieniem art. 50, który mówi o wstrzymaniu świadczeń z powodu braku pracy, które to pojęcie obejmuje zasiłki z powodu braku pracy, jako też opłatę składek na ubezpieczenie z mocy art. 20.

KRONIKA

AKCJA LECZNICZA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W ROKU 1931

W kronice Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych podane zostały w ostatnich zeszytach ub. roku (Nr. 11 str. 287 i Nr. 12 str. 317) ogólne zasady planów leczniczych Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na rok bieżący. Ostatnio ustalono już szczegółowe plany dla wszystkich Zakładów i zawarto odpowiednie umowy z zakładami leczniczemi oraz ustalono warunki korzystania z własnych lecznic wspólnych.

Podobnie jak w roku ubiegłym (p. Przegląd Ub. Społ. Nr. 7 z 1930 r. str. 154) działalność Zakładów skierowana jest przedewszystkiem na leczenie pięciu społecznie najgroźniejszych grup chorobowych t. j. chorób dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem gruźlicy, gośćca i jego pokrewnych, chorób przemiany materji, chorób układu krążenia oraz psychonerwic i uzdrowieńców.

Leczenie klimatyczne chorób dróg oddechowych przeprowadzane będzie w czynnej cały rok lecznicy własnej „Warszawianka" w Zakopanem, obejmującej po przeprowadzonym w zeszłym roku remoncie i adaptacjach 95 miejsc oraz w otwartej tylko w ciągu sezonu letniego (V — IX) lecznicy własnej w Jaremczu w willi „Lwigród", liczącej 57 miejsc, ponadto w Szczawnicy w zakontraktowanym pensjonacie „Renata" na 30 miejsc. Ogółem w tych trzech lecznicach jest do dyspozycji 39.300 dni leczenia.

Leczenie cięższych wypadków gruźlicy będzie przeprowadzane w sanatorjach specjalnych, a w szczególności w sanatorjach Okr. Związków Kas Chorych w Bystrej i Ludwikowie, w sanatorjum Ubezpieczalni Krajowej w Obornikach, w Chodzieży, Hołosku i Rudce. Ogółem w sanatorjach tych przewidziane jest wykorzystanie 13,000 dni leczenia. Razem zatem z leczeniem w wyżej wymienionych lecznicach klimatycznych na leczenie chorób dróg oddechowych przypada 52,300 dni leczenia, co stanowi 50,14% ogólnej liczby dni leczenia 104.300, udzielanego przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Dla leczenia gośćca i jego pokrewnych, zorganizowana będzie na sezon letni lecznica w Busku na 30 miejsc; ponadto po 10 miejsc miesięcznie zarezerwowane jest dla Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w lecznicach w Inowrocławiu i Jastrzębiu Zdroju, należących do Zakładów ubezp. robotniczych. Lecznica w Truskawcu, przeznaczona zarówno dla gośćca jak i dla chorób przemiany materji, została w tym roku powiększona przez zakupno jeszcze jednej willi. Obecnie obejmuje ona 95 miejsc w trzech willach: „Grażyna", „Świtezianka" i „Zorza". Jeszcze i w tym roku prowadzona będzie ta lecznica tylko przez sezon letni. Poza tem będą posiadały Zakłady pewną nieznaczną liczbę miejsc w Lubieniu Wielkim dla leczenia źródłami siarczanemi i w Morszynie (wody gorzkie). Ogółem na leczenie solankowe, siarczane i wodami gorzkiemi przypada 23 tys. dni leczenia czyli 22,05% ogólnej liczby leczenia.

Leczenie szczawami żelazistemi i alkalicznemi (głównie choroby układu krążenia) przeprowadzane będzie w całości we wspólnej lecznicy w Żegiestowie w willi „Warszawianka", liczącej około 70 miejsc. W latach ubiegłych leczenie to koncentrowało się głównie w Krynicy, przyczem Zakład lwowski umieszczał swoich członków we własnym hotelu-pensjonacie „Lwigród". Dotychczasowe doświadczenia Zakładów w lokowaniu swych chorych w pensjonatach Krynickich nie zachęcały do kontynuowania tych prób, skoncentrowanie zaś leczenia w „Lwigrodzie" nie było pożądane tak ze względu na niemożność racjonalnego zorganizowania lecznicy w hotelu-pensjonacie, jak i ze względu na utrudniony przez to rozwój „Lwigrodu", jako jedynego tego typu na europejskim poziomie postawionego pensjonatu. Przeznaczenie „Lwigrodu" wyłącznie dla osób, leczonych przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, jak to ma miejsce we wszystkich pozostałych lecznicach, nie było możliwe ze względu na jego rozmiar, kilkakrotnie przewyższający potrzeby Zakładów. Z tych względów zdecydowano przenieść lecznicę do pobliskiego Żegiestowa, posiadającego świetne po temu warunki. Z uznaniem podnieść należy fakt, że zarząd tego zdrojowiska przez udzielenie znacznych zniżek w opłatach zdrojowych i cenach kąpieli i zabiegów leczniczych, wykazał zrozumienie roli ubezpieczeń społecznych dla naszych uzdrowisk. Pożądanem jest, by przykład ten znalazł jaknajwięcej naśladowców. Przy organizowaniu lecznicy w Żegiestowie zapewniono stałą dostawę wody ze źródła „Zubera" w Krynicy.

W lecznicy żegiestowskiej przeprowadzone będzie 14 tys. dni leczenia, a więc 13,43% ogólnej sumy.

Leczenie uzdrowieńców i psychonerwic przeprowadzane będzie w Nałęczowie i Jaworzu na Śląsku Cieszyńskim w istniejących w tych miejscowościach prywatnych zakładach specjalnych. Razem w tych dwu miejscowościach przeprowadza się 4,5 tys. dni leczenia. Do tej samej grupy można zaliczyć leczenie przeprowadzane przez Zakład poznański w domu zdrowia w Międzychodzie, do którego kierowani są wszyscy chorzy, niewymagający kuracji w uzdrowiskach specjalnych. Razem z leczeniem w Międzychodzie ta grupa leczenia obejmuje około 15 tys. dni leczenia, t. j. 14,38% sumy ogólnej.

Dodatnie rezultaty koordynacji działalności leczniczej Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ze szczególną wyrazistością występują w dziedzinie organizacji lecznictwa.

Pod względem organizacyjnym przedstawia się bowiem plan leczniczy na rok 1931 następująco:

82.350 dni leczenia, stanowiące 79% sumy ogólnej, przeprowadzone będzie we wspólnych lecznicach, przeznaczonych wyłącznie dla osób leczonych przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, mających odpowiednio zorganizowaną opiekę lekarską i pielęgniarską, a umieszczonych bądź w nieruchomościach własnych (Zakopane, Truskawiec, Jaremcze, Międzychód) bądź w zakontraktowanych pensjonatach (Żegiestów, Busk, Szczawnica).

Dalszych 20.500 dni leczenia, t. j. 19,6% sumy ogólnej, przeprowadza się w specjalnych Zakładach leczniczych (sanatorja gruźlicze, Nałęczów i Jaworze, Jastrzębie Zdrój, Inowrocław).

Na leczenie poza własnemi lecznicami i sanatorjami specjalnemi przypada 1.550 dni lecz., a więc zaledwie 1,4% liczby ogólnej (Lubień, Morszyn).

Lecznice wspólne administrowane będą przez poszczególne Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych; Zakład lwowski prowadzi administrację lecznic we własnych nieruchomościach w Zakopanem, Truskawcu i Jaremczu, ponadto w Żegiestowie, Zakład poznański — w Międzychodzie i Szczawnicy, Zakład warszawski — w Busku. Administracja lecznic wspólnych pozostaje pod nadzorem i kontrolą Związku Zakładów, w szczególności w zakresie opieki lekarskiej.

Z ogólnej sumy 104.300 dni leczenia przypada na Zakład lwowski 28.200, na Zakład poznański 26.550, na Zakład warszawski 24.900, na Zakład królewsko-hucki 24.600. Jak widzimy różnice są nieznaczne, wynikają one z szeregu drobnych względów ubocznych.

Rozkład na grupy chorobowe przedstawia się w poszczególnych Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych następująco:

W Zakładzie warszawskim przypada na:			
leczenie klimatyczne	12.300	dni t. j.	49,3%
„ solankowe	7.900	„ „	31,7%
„ szczawami żel. i alk.	2.200	„ „	8,8%
„ psychonerwic	2.550	„ „	10,2%
W Zakładzie lwowskim przypada na			
leczenie klimatyczne	14.900	dni t. j.	52,8%
„ solankowe	5.650	„ „	20,0%
„ szczawami żel. i alk.	7.200	„ „	25,6%
„ psychonerwic	450	„ „	1,6%
W Zakładzie poznańskim przypada na			
leczenie klimatyczne	10.600	dni t. j.	39,9%
„ solankowe	3.000	„ „	11,3%
„ szczawami żel. i alk.	1.850	„ „	7,0%
„ uzdrowieńców i psychonerwic (Międzychód)	11.100	„ „	41,8%
W Zakładzie królewsko-huckim przypada na			
leczenie klimatyczne	14.500	dni t. j.	59,0%
„ solankowe	6.450	„ „	26,2%
„ szczawami żel. i alk.	2.750	„ „	11,2%
„ psychonerwic	900	„ „	3,6%

Jak widzimy, różnice między Zakładami nie są zbyt znaczne, szczególnie jeśli zważyć, że po odliczeniu leczenia w Międzychodzie, mającego nieco odrębny charakter (leczenie wypoczynkowe), rozkład między poszczególne grupy chorób będzie się i w Zakładzie poznańskim kształtował analogicznie jak i w innych Zakładach. Inne drobniejsze różnice wynikają bądź z odmiennych potrzeb leczniczych ubezpieczonych na różnych terenach, bądź są wynikiem dotychczasowego kierunku rozwoju lecznictwa w poszczególnych Zakładach, dążących przedewszystkiem do wykorzystywania najbliższych, szczególnie zaś własnych, urządzeń leczniczych.

W porównaniu z rokiem ubiegłym uderza przedewszystkiem znaczny wzrost dni leczenia przy niezmienionej ogólnej sumie wydatków Zakładów na ten cel (1.600.000 zł.). W roku ubiegłym ogólna suma dni leczenia wynosiła według planu (sprawozdań szczegółowych jeszcze nie ogłoszono) około 88.100, suma dni leczenia wzrosła zatem o 18.200 t. j. o 21%.

Najsilniejszy wzrost liczby dni leczenia nastąpił w Zakładzie warszawskim, gdzie przy wzroście wydatków Zakładu z 350 tys. zł. na 400 tys. zł., a więc o 1/7, liczba dni leczenia wzrosła z 17.700 do 24.900, a więc o przeszło 2/5 (41%). W Zakładach lwowskim i królewsko-huckim przy niezmienionej kwocie wydatków (po 400 tys. zł.) liczba dni leczenia wzrosła o 5.500 t. j. 24% (Lwów), wzgl. 5.600 t. j. 29,5% (Król. Huta). W Zakładzie poznańskim, mimo zmniejszenia kwoty, przeznaczonej na leczenie z 450 tys. zł. na 400 tys. zł. liczba dni leczenia pozostała niezmieniona.

Dwukrotnie jeszcze mniejszy, niżby to wynikało z liczby ubezpieczonych, udział Zakładu warszawskiego w ogólnej kwocie, przeznaczonej na leczenie, tłumaczy się nadal brakiem na

terenie tego Zakładu osób, posiadających uprawniający do świadczeń okres ubezpieczenia, którym w pierwszym rzędzie pomoc lecznicza jest udzielana.

Zwiększenie ogólnej liczby dni leczenia w pewnej mierze umożliwione zostało przez obniżenie kosztów prowadzenia lecznic, co znów jest skutkiem większego ich wykorzystania.

Głównym jednak powodem zwiększenia liczby dni leczenia jest bezwątpienia pociągnięcie osób leczonych do ponoszenia pewnej części kosztów leczenia. Zasada pokrywania przez chorych części kosztów leczenia została uchwalona przez Radę Zarządzającą Związku Zakładów dn. 18.XII ub. r., przyczem ustalono szczegółowo odnośne normy.

Dla oceny tej uchwały Rady Związku należy wziąć pod uwagę następujące okoliczności.

Dzisiejszy wydatek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na lecznictwo dobrowolne z mocy art. 61 wynosi przeszło 2% sumy składek na ubezpieczenie emerytalne, ponieważ zaś przy ustalaniu wysokości składki koszty lecznictwa nie zostały uwzględnione, przeto wszelkie podwyższenie wydatków na lecznictwo ponad obecną normę mogłoby spowodować naruszenie podstaw finansowych ubezpieczenia. Z drugiej strony kwota obecna nie jest wystarczająca na zaspokojenie najważniejszych nawet potrzeb społecznych w tej dziedzinie. Stąd kwestja znalezienia źródeł pokrycia zwiększonej akcji leczniczej musi stanowić ciągły przedmiot rozważań. Próby skoordynowania działalności leczniczej Zakładów z akcją Kas Chorych, które niewątpliwie w znacznej mierze odciążone są przez akcję Zakładów, jak dotąd nie dały znaczniejszych pozytywnych rezultatów, zresztą udział Kas Chorych w pokrywaniu kosztów tylko w pewnej mierze należy uważać za pożądany.

Obok tej finansowej strony zagadnienia trzeba zważyć, że ubezpieczeni, leczeni przez Zakłady, w przeważającej mierze korzystają z leczenia w czasie urlopu wypoczynkowego, a więc w czasie gdy mają zapewnione wynagrodzenie ze strony pracodawców. Pokrywanie w tych warunkach przez Zakłady nietylko kosztów właściwej kuracji, a więc opieki lekarskiej, leków, kąpieli i innych zabiegów leczniczych i zwiększenia kosztów wskutek konieczności wyjazdu do uzdrowiska, ale wszystkich wydatków chorego w czasie urlopu, a więc kosztów podróży i pełnych kosztów utrzymania, jest już w pewnej mierze świadczeniem nadmiernem, w rezultacie zaś prowadzi do niemożności udzielenia pomocy innym również potrzebującym. Udział zatem chorego w pokryciu kosztów leczenia ze wszechmiar wydaje się pożądany.

Według ustalonych norm do ponoszenia części kosztów pociągani będą tylko chorzy, mający w czasie leczenia prawo do wynagrodzenia ze strony pracodawcy. Będą oni pokrywać z własnych funduszów koszty podróży i taksy kuracyjnej oraz wnosić będą opłaty dzienne w wysokości od 80 gr. do 9 zł. za każdy dzień pobytu w lecznicy. Wysokość opłat jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia, stanu rodzinnego i sezonu leczniczego (opłata 9 zł. dziennie będzie pobierana w sezonie letnim od ubezpieczonych samotnych z wynagrodzeniem ponad 720 zł.). W sezonie letnim (VI, VII i VIII) wysokość opłat w lecznicach, znajdujących się w uzdrowiskach, będzie dwukrotnie wyższa. Ma to na celu zachęcenie ubezpieczonych do wykorzystywania leczenia w sezonach ubocznych; równomierne bowiem wykorzystywanie lecznic w ciągu wszystkich miesięcy, nadających się do przeprowadzania kuracji, wpływa wydatnie na obniżenie przeciętnych kosztów leczenia. **G.**

NOWE ZMIANY W NIEMIECKIEM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY

Zaledwie w parę miesięcy po wydaniu rozporządzenia Prezydenta Rzeszy z dnia 26 lipca 1930 r., które między innemi zmieniało niektóre postanowienia ordynacji ubezpieczeniowej w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby *), ukazało się nowe rozp. Prez. Rzeszy z dnia 1 grudnia 1930 r. w przedmiocie zabezpieczenia gospodarstwa i finansów, nowelizujące już częściowo parę postanowień wyżej podanego rozporządzenia z lipca 1930 r., dotyczących ubezpieczenia chorobowego.

Postanowienia rozp. Prez. Rzeszy z dn. 26 lipca ub. roku, wprowadzające obowiązkowe opłaty ubezpieczonych za porady lekarskie oraz lekarstwa i inne środki lecznicze, udzielane przez Kasy Chorych, wywołały silną krytykę zarówno ubezpieczonych jak i lekarzy oraz fachowców ubezpieczeniowych, a stosowanie tych postanowień w praktyce powodowało liczne trudności, często uniemożliwiające dość dużym grupom ubezpieczonych słabych finansowo korzystanie ze świadczeń Kas Chorych.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z dnia 1 grudnia b. r. zmienia znacznie te właśnie postanowienia, ograniczając zakres ubezpieczonych, obowiązanych do ponoszenia dodatkowych opłat za świadczenia lecznicze.

W myśl rozporządzenia grudniowego od opłat za udzielone lekarstwa i inne środki lecznicze (50 fen. od każdej recepty) zwolnieni są wszyscy ubezpieczeni, których choroba, połączona z niezdolnością do pracy, trwa dłużej aniżeli 10 dni. Zwolnienie od powyższych opłat następuje po upływie 10 dni, przyczem tylko w tym wypadku, o ile choroba w dalszym ciągu połączona jest z niezdolnością do pracy.

Jeszcze szersze zwolnienie, bo bezwzględne i również od opłat za porady lekarskie (50 fen. od opłaty), stosuje rozporządzenie względem następujących grup ubezpieczonych:

1) bezrobotnych otrzymujących zasiłki z ubezpieczenia na wypadek braku pracy lub z funduszów, przeznaczonych na walkę z kryzysem lub wreszcie korzystających z pomocy opieki publicznej;

2) osób, pobierających renty z ubezpieczenia inwalidzkiego, pracowników umysłowych lub ubezpieczenia od wypadków przy pracy oraz osób, otrzymujących renty na podstawie ustawy o zaopatrzeniu państwowem dla ciężko rannych lub okaleczonych;

3) chorych na gruźlicę i choroby weneryczne, którzy jednak aby być zwolnionymi od opłat, muszą przedstawić zaświadczenie o swem ubóstwie.

W wypadkach nagłych a w szczególności w razie wypadku przy pracy rozporządzenie zezwala na późniejszy pobór opłaty za poradę lekarską.

NIEWYKONANIE ARTYKUŁU 11 DECYZJI RADY LIGI NARODÓW Z DNIA 13 STYCZNIA 1930 R. PRZEZ NIEMIECKIE BRACTWA GÓRNICZE

W kronice numeru 11 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" podawaliśmy, że na podstawie art. 11 Decyzji Ligi Narodów z dnia 13 stycznia 1930 r. polskie i niemieckie Bractwa Górnicze winny stosować postanowienia art. 24 umowy polsko - niemieckiej z dnia 26 sierpnia 1922 r. o podziale „Oberschlesischer Knappschaftsverein". W myśl tego artykułu niemieckie Bractwa Górnicze nie mogą wstrzymywać wypłaty świadczeń pensyjnych z tego powodu, że uprawniony do nich zamieszkuje na obszarze działania Polskich Spółek Brackich, odwrotnie zaś Spółki Brackie nie mogą wstrzymywać wypłaty świadczeń, jeżeli uprawniony zamieszkuje na obszarze działania Bractw niemieckich.

Wypłata świadczeń przez powyżej wspomniane niemieckie i polskie instytucje ubezpieczenia górniczego miała się roz-

*) p. „Przegląd Ubezpieczeń" Nr. 11 str. 286.

począć od dnia 1 października r. b. i to za czas wstecz od 1-go stycznia 1930 r.

Stosownie do powyższych przepisów Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie wstrzymał z polecenia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego dotychczasową wypłatę zasiłków dla rencistów, obywateli polskich, którzy nie otrzymywali od niemieckich Bractw należnych im rent i przesłał właściwym niemieckim Bractwom Górniczym odpowiednie spisy wraz z obliczeniem należących się Skarbowi Śląskiemu zasiłków, wypłaconych od 1 stycznia 1930 r., które w myśl Rozporządzenia Rady Wojewódzkiej powinny być zwrócone.

W odpowiedzi na powyższe otrzymał Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa szereg odpowiedzi ze strony niemieckich Bractw Górniczych, które w tłómaczeniu polskiem brzmią w przybliżeniu tak:

„Zarząd Bractwa zawiadamia, że uprawniony nie ma prawa do świadczeń ze strony tut. Knapszaftu na mocy art. 24 ustęp 3 ustawy o polsko - niemieckim układzie co do podziału dawnego „Oberschlesischer Knappschaftsverein", ponieważ ubezpieczony nie był członkiem dawnego Oberschlesischer Knappschaftsverein, a więc niema do niego zastosowania ani układ o podziale ani decyzja Rady Ligi Narodów z dnia 13 stycznia 1930 r. Wobec powyższego Bractwo nasze nie może podjąć dla niego dalszych wypłat".

Należy nadmienić, że ustęp 3 artykułu 24 umowy polsko-niemieckiej z dnia 26 sierpnia 1922 r. ani słowem nie wspomina, aby miał się odnosić wyłącznie do „Oberschlesischen Knappschaftsverein". Odwrotnie wyraźną intencję czynników, zawierających układ, było rozszerzenie obowiązku wypłaty świadczeń na wszystkie niemieckie Bractwa Górnicze.

Wobec takiego stanowiska niemieckich Bractw Górniczych Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie po porozumieniu się z Śląskim Urzędem Wojewódzkim musiał ponownie podjąć wypłatę zasiłków odnośnym poszkodowanym rencistom.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES KAS CHORYCH

Czwarty Międzynarodowy Kongres Kas Chorych, zorganizowany przez Międzynarodową Konfederację związków ubezpieczeń wzajemnych i kas chorych, odbył się w Dreźnie w czasie od 19 do 22 października 1930 r.

Założona w Brukseli w październiku 1927, Konfederacja obejmuje obecnie 33 związki państwowe, liczące przeszło 33 miliony ubezpieczonych, które były reprezentowane w Dreźnie przez około 200 delegatów

Były również reprezentowane: Międzynarodowe Biuro Pracy przez swego Dyrektora p. Alberta Thomas; rząd niemiecki przez p. Grieser'a, Dyrektora Sekcji ubezpieczeń społecznych w Ministerstwie Pracy; rząd saski przez p. Richtera, ministra pracy; rada miejska miasta Drezna; śląski Urząd Ubezpieczeń; Generalne Zrzeszenie Związków Niemieckich, i wielka ilość stowarzyszeń i instytucyj niemieckich, które zajmują się sprawami ubezpieczeń społecznych i polityki socjalnej.

Kongres, którego pracami kierowali p. G. Petit, prezes międzynarodowego komitetu i prezes francuskiego związku ubezpieczeń wzajemnych, p. Lehmann, prezes związku centralnego niemieckich Kas Chorych i p. Gisiger, prezes Zjednoczenia Kas Chorych w niemieckiej Szwajcarji, zajmował się następującemi sprawami, przewidzianemi porządkiem dziennym:

1. Ogólno - światowy stan ubezpieczeń na wypadek choroby. Referent p. G. Petit.

2. Metody kontroli pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach na wypadek choroby. Referent P. Lehmann.

3. Ubezpieczenie na wypadek choroby i walka z chorobami społecznemi. Referent: p. Prochaska, b. minister, dyrektor Urzędu Higjeny m. Pragi.

1. Ogólno - światowy stan ubezpieczeń na wypadek choroby.

W swym referacie prezes międzynarodowego komitetu przedstawił stan ubezpieczeń na wypadek choroby w poszczególnych państwach. Poniżej podajemy wnioski z tego sprawozdania-referatu:

„W zakończeniu tego pobieżnego przeglądu rzeczy już zrobionych i zamierzeń na przyszłość mamy obowiązek stwierdzić, iż ubezpieczenie na wypadek choroby podlega ciężkim następstwom kryzysu ekonomicznego i politycznego.

Koszty ubezpieczeń społecznych są stale stawiane jako argument przeciw dążeniom do postępu społecznego. Organizacja pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach w wielu państwach posiada poważne braki i napotyka na trudności. Autonomja kas ubezpieczeń często jest zagrożona, ograniczona lub nawet zniesiona w państwach, w których demokracja nie zatryumfowała ostatecznie.

Pomimo jednak tych trudności bilans ostateczny wspomnianych walk, przeciwności i wysiłków jest zadawalający. Rok rocznie ilość ustawodawstw ubezpieczeniowych zwiększa się, liczba ubezpieczonych wzrasta, systemy świadczeń stają się coraz pełniejsze i doskonalsze, pomoc lekarska i urządzenia sanitarne rozwijają się.

Z przyjemnością stwierdzamy, że coraz bardziej ubezpieczenie na wypadek choroby staje się istotnym czynnikiem budowy społecznej i ekonomicznej wszystkich krajów, starających się zapewnić swej ludności opiekę, do jakiej ona ma prawo".

Sprawozdanie - referat wywołał obszerną dyskusję, w której przedstawiciele 12 związków kas chorych różnych państw przedstawili stan ubezpieczeń w swych krajach i wypowiedzieli nadzieje i obawy, dotyczące tej sprawy. Wszyscy mówcy wyrazili wielką ufność w rozwój ubezpieczeń społecznych, podkreślali dążenie do zasady autonomji tych instytucji, zaznaczając, że opóźnienie ich rozwoju, spowodowane w niektórych państwach przez kryzysy ekonomiczne czy polityczne, jest chwilowe i, że trudności te będą przezwyciężone dzięki rozwojowi organizacji wielkiej masy ubezpieczonych. Sprawozdanie przyjęto jednogłośnie.

2. Metody kontroli pomocy lekarskiej w ubezpieczeniu na na wypadek choroby.

Referat, przedstawiony przez p. Lehmanna, wywołał rzeczową dyskusję, w której szczegółowo omówiono zasady organizacji kontroli pomocy lekarskiej.

Wszyscy przedstawiciele związków państwowych zgodnie wypowiedzieli się, że ubezpieczenie na wypadek choroby winno zapewnić ubezpieczonemu pomoc lekarską i środki apteczne i że zastąpienie tych świadczeń w naturze przez zasiłki pieniężne przyczyniłoby się bezwzględnie do skompromitowania instytucyj ubezpieczeń, mających na celu zapewnienie opieki nad zdrowiem ubezpieczonych. W dyskusji uznano, że udzielanie świadczeń w naturze może wprawdzie dać pole do pewnych nadużyć (rozległość jednak tych nadużyć mocno jest wyolbrzymiona przez przeciwników ubezpieczeń), lecz tych nadużyć można uniknąć przez zastosowanie stałego nadzoru, wykonywanego przez kasy nad ubezpieczonymi i lekarzami; ustawy więc pozostawiając kasom swobodę działania winny zobowiązać je do zorganizowania odpowiedniego systemu kontroli.

W wyniku dyskusji Kongres uchwalił następującą rezolucję:

„Uznając, że najistotniejszym zadaniem Kas Chorych jest zapewnienie przy pomocy personelu lekarskiego opieki nad zdro-

wiem ubezpieczonych, przez korzystanie w najszerszym zakresie z najnowszych zdobyczy wiedzy medycznej, oraz, biorąc pod uwagę z drugiej strony, że ubezpieczenie na wypadek choroby, mając ograniczone środki pieniężne, jakiemi rozporządza, i uznając potrzebę zorganizowania służby zdrowia najbardziej racjonalnie i najbardziej ekonomicznie, czwarty Kongres międzynarodowej konfederacji stwierdza, że jedynie kontrola pomocy lekarskiej prawnie zagwarantowana i o ile możności zupełna, może dopomóc do osiągnięcia tych celów.

„Aby kontrola była wystarczająca musi ona: a) być wykonywana w odpowiednim czasie, b) winna być poparta orzeczeniem i opinją lekarską, c) być zorganizowana przez kasy i powierzona lekarzom, wyznaczonym przez kasę, przyczem im luźniej lekarze są związani z kasami, tem potrzebniejsza jest kontrola, d) wskazywać dokładnie dyrektywy leczenia ekonomicznego przy równoczesnem możliwie najszerszem uwzględnieniu słusznych potrzeb wszystkich zainteresowanych.

3. Ubezpieczenie na wypadek choroby i walka z chorobami społecznemi.

Dyskusja nad referatem p. Prochaski spowodowała, iż większość delegatów wypowiedziała się za współpracą między kasami chorych, urzędami zdrowia publicznego i prywatnemi towarzystwami opieki i higjeny. Zagadnienie to jest wielce aktualne w krajach, w których prowadzone są prace nad stworzeniem organów kooperacji między temi trzema kategorjami instytucyj, a wnioski przyjęte przez Kongres mogą być bardzo użyteczne dla kas chorych wszystkich państw, gdyż podają one ogólne dyrektywy, dotyczące przeprowadzenia wspomnianej kooperacji.

Zgodność opinij wyrażonych przez delegatów różnych państw, już sama przez się rzuca się w oczy. Wszyscy nadmienili, iż, w celu stworzenia racjonalnej walki z chorobami społecznemi, konieczna jest współpraca kas chorych z państwowemi urzędami służby zdrowia i prywatnemi towarzystwami. Wszyscy również zgodnie stwierdzili, że współpraca ta nie może zmierzać do ograniczenia autonomji kas chorych, nie może oddzielać funkcji udzielania zasiłków pieniężnych i funkcji udzielania pomocy lekarskiej, nie może spowodować przeniesienia na kasy chorych kosztów, które normalne obciążają państwo. Wreszcie przypomniano, iż kasy chorych w walce z temi chorobami odegrały rolę pioniera i dowiodły, że one powinny otrzymać w mających się stworzyć organach kooperacji część kierownictwa, proporcjonalną do poniesionych na ten cel wydatków i ilości ubezpieczonych, które one reprezentują.

Wszystkie te dyrektywy zostały ujęte następującą rezolucją przyjętą jednogłośnie przez Kongres:

1) Racjonalne zorganizowanie walki z chorobami społecznemi i zawodowemi wymaga współpracy instytucyj ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeń wzajemnych, urzędów zdrowia publicznego i ewentualnie prywatnych towarzystw, pracujących w tej dziedzinie.

2) W walce z chorobami społecznemi ubezpieczenie jest pionierem zarówno w dziedzinie rozwoju i podniesienia higjeny, jak i w dziedzinie zakładania instytucyj i urzędów sanitarnych.

W wyniku tego, we współpracy tej instytucje ubezpieczeń społecznych winny otrzymać pewną część kierownictwa, odpowiadającą rozległości ich działania w tej dziedzinie i szerokim masom ubezpieczonych nad którymi roztaczają opiekę; autonomja ubezpieczeń nie może być naruszona, a ciężary finansowe, przypadające na państwo, nie mogą być przelane na instytucje ubezpieczeniowe.

3) Współpraca między instytucjami ubezpieczeń społecznych i urzędami zdrowia publicznego powinna zdążać w kierunku stworzenia zakładów przeznaczonych do kształcenia personelu lekarskiego i pomocniczego w dziedzinie higjeny społecznej.

4) Zebranie zaleca międzynarodowemu komitetowi zbadanie możliwości stworzenia międzynarodowego instytutu badań naukowych fizjologji i patologji pracy oraz chorób społecznych i zawodowych.

Piąty Kongres odbędzie się w Pradze w sierpniu 1931 r.

T. B.

ZMIANY W SYSTEMIE POMOCY DLA BEZROBOTNYCH W CZECHOSŁOWACJI

Rząd czechosłowacki wniósł do parlamentu projekt ustawy, dotyczący zmian w systemie udzielania zasiłków bezrobotnym. Projekt ten został prawie bez zmiany uchwalony przez parlament i ogłoszony 5 czerwca 1930 r.; obowiązuje on wstecz od 1 maja 1930 r.

Wprowadzenie w życie powyższej ustawy stanowi dość duży postęp w obowiązującym w Czechosłowacji gandawskim systemie pomocy dla bezrobotnych, który, jak wiadomo, polega na udzielaniu przez państwo zasiłków pieniężnych w ustalonej wysokości związkom zawodowym, które przy pomocy własnych środków i subsydjów państwowych prowadzą akcję pomocy dla bezrobotnych.

Doniedawna czeskosłowacki rynek pracy nie odczuwał klęski bezrobocia. Lata 1927 — 1929 były dla wytwórczości czeskosłowackiej okresem wysokiej konjunktury, a bezrobocie było minimalne z wyjątkiem niektórych działów przemysłu, narażonych na specjalne trudności konkurencyjne. Rychło jednak okazała się potrzeba zastosowania kroków zapobiegawczych. Ostatnie miesiące 1929 roku przyniosły osłabienie konjunktury gospodarczej i pierwsze oznaki masowego bezrobocia. Ponieważ, jak już wspomniano, wspieranie bezrobotnych jest w Czechosłowacji uregulowane na zasadzie systemu gandawskiego, przeto wzrost bezrobocia dotknął nietylko samych bezrobotnych, ale i związki zawodowe, jako instytucje wspierające, zasilane finansowo tylko przez państwo. Musiano więc szukać takiego sposobu, któryby pozwolił zwiększyć zasiłki dla bezrobotnych, bez przeciążenia jednak silnie już finansowo zagrożonych związków zawodowych. Te przyczyny wywołały zmiany, wprowadzone wyżej zacytowaną ustawą.

Według tej noweli przedłuża się okres udzielania zasiłków z 13 tygodni na 26. Zarazem jednak podwyższa się zasiłek państwowy, równy dotychczas zasiłkowi związkowemu, do wysokości trzykrotnej tego ostatniego, co znowu umożliwi związkom zawodowym zmniejszenie udzielanego przez nie zasiłku bez zmniejszenia całej kwoty zasiłkowej. Dla członków organizacyj zawodowych o 5-letniej przynależności i dla utrzymujących rodziny zasiłek państwowy zostaje podwyższony z półtorakrotnej wysokości do czterokrotnej. W tym wypadku przy utrzymaniu na tej samej wysokości ogólnej kwoty zasiłku, następuje zmniejszenie udziału związków zawodowych o połowę.

Bezrobotni, pobierający zasiłek w chwili wejścia w życie ustawy, wyczerpują najpierw swój okres 13-tygodniowy według dawnej Ustawy, a potem mają prawo do zasiłków w ciągu dalszych 13-tu tygodni. W tych wypadkach związki zawodowe nie będą oczywiście mogły w ciągu drugich 13-tu tygodni wypłacać nowych stawek zasiłkowych w tej samej wysokości. Aby im dać pewną ulgę i zabezpieczyć zarazem minimalne wsparcia, w wysokości 2 kor. dziennie, państwo udzieli do minimalnego zasiłku, związkowego, w kwocie 40 hal., dodatek, w wysokości 1.60 kor. Wyższe zasiłki związkowe państwo również zaopatruje w trzykrotnej wysokości dodatek. W razie nadzwyczajnego wypadku bezrobocia, może być udzielony zasiłek jeszcze przez dalsze 13 tygodni. Na ten okres ustala się dla związ-

ków zawodowych minimalną stawkę, w wysokości 25 hal., do czego państwo dodaje 1.75 kor., aby zabezpieczyć minimalną stawkę 2 kor.

Istotną nowością jest postanowienie, że państwo może udzielić publicznemu wykonawcy robót dodatku do wynagrodzenia, w kwocie 10 kor. dziennie na robotnika. Temsamem zostaje wznowiona wygasła od czasu wejścia w życie systemu gandawskiego produktywna ochrona bezrobotnych. Ten rodzaj walki z bezrobociem nie obciąży państwa istotnie, ponieważ pozwoli zaoszczędzić na udzielonych w przeciwnym razie subsydjach państwowych na zasiłki dla bezrobotnych, z tem jednak zastrzeżeniem że produktywna ochrona bezrobotnych wspiera zarazem niezorganizowanych, podczas kiedy normalne wspieranie bezrobotnych, zgodnie z istotą gandawskiego systemu, ogranicza się tylko do zorganizowanych w związki zawodowe.

Koszty finansowe nadwyżki, spowodowanej przez nową ustawę, oblicza się na mniej więcej 40 miljonów koron. Efektywna wysokość tej kwoty będzie oczywiście zależała od stanu bezrobocia. Wobec dotychczasowych świadczeń państwa, wynoszących 10 — 20 miljonów koron rocznie, jest to istotna poprawa, w porównaniu jednak do innych państw, które posiadają przymusowe ubezpieczenie na wypadek braku pracy i zasiłki państwowe, jest to jeszcze wciąż niedostateczna ochrona bezrobotnych.

System gandawski ma wielkie wady. Zaletą jego, z zawodowego punktu widzenia, jest to, że popiera on ideę organizacyjną. Obciąża on jednak związki zawodowe i to nieregularnie, w zależności od branżowych wahań konjunkturalnych i stosunków organizacyjnych. Pracodawcy nie ponoszą, według tego systemu, żadnych ciężarów bezrobocia. Wysokość wsparcia jest całkiem różna, zależnie od zdolności świadczeniowej i zwyczajów danej organizacji. Wielka część bezrobotnych pozostaje zupełnie nieobjęta zasiłkami. Jedynem odpowiedniem i definitywnem rozwiązaniem sprawy pomocy dla bezrobotnych jest wprowadzenie za przykładem innych państw europejskich, przymusowego ubezpieczenia.

K.

REFORMA LECZNICTWA DENTYSTYCZNEGO W KASACH CHORYCH.

Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych w Polsce, wobec braków i niedomagań lecznictwa dentystycznego w Kasach Chorych, zwołał do Warszawy w dn. 3 i 4 grudnia b. r. konferencję specjalną.

W konferencji tej wzięli udział przedstawiciele Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych, Okręgowych Związków i większych Kas Ch. oraz reprezentanci nauki lekarskiej: prof. Uniwersytetu we Lwowie, dr. A. Cieszyński i prof. dr. L. Brenejzen z Warszawy.

Okręgowy Związek K. Ch. we Lwowie i Kasę Chorych m. Lwowa reprezentował dr. Szafran; Okręgowy Związek K. Ch. w Warszawie — dr. Witkowski, Kasę Ch. m. Warszawy — dr. Konieczny, Kasę Chorych m. Łodzi — dr. Miłodrowski.

Ponadto w konferencji uczestniczyli: dr. Wilczyński, dr. Gruszczyński dr. Lipszyc i dr. Szepelski.

Konferencja obradowała dwa dni pod przewodnictwem b. Ministra Zdrowia, a obecnego Komisarza Rządowego Ogólno-Państwowego Związku K. Ch. — dr. Witolda Chodźki i Naczelnego Lekarza Og. P. Zw. dr. Henryka Kluszyńskiego.

W wyłonionej przez konferencję Komisji Redakcyjnej objął przewodnictwo prof. Cieszyński.

Przedmiotem obrad konferencji było zapewnienie należytego lecznictwa dentystycznego ubezpieczonym, przez wprowadzenie zmian w dotychczasowej organizacji tego lecznictwa.

Podstawą do dyskusji były referaty, nadesłane do Og. P. Związku K. Ch. ze Lwowa przez prof. A. Cieszyńskiego i dr. Szafrana oraz wnioski poszczególnych Okręgowych Związków i Kas Chorych.

Po dwudniowych obradach konferencja uchwaliła szereg wniosków:

a) w sprawie zmiany systemu lecznictwa dentystycznego w Kasach Chorych;

b) w sprawie zmiany warunków i kwalifikacyj osób, wykonywujących lecznictwo dentystyczne w Kasach Chorych;

c) w sprawie przeszkalania lekarzy-dentystów kasowych;

d) w sprawie granic i jakości świadczeń dentystycznych dla ubezpieczonych i ich rodzin w Kasach Ch.

Komisja uznała w końcu konieczność wprowadzenia profilaktyki dentystycznej w jak najszerszym zakresie, a przedewszystkiem wśród młodzieży szkolnej.

KRYZYS W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY W ANGLJI

Sprawozdanie rządowego aktuarjusza o wynikach działalności pewnej grupy uznanych stowarzyszeń (approved societies) w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i inwalidztwa, ujawniło niepokojącą sytuację.

Ogłoszone cyfry wykazują stały wzrost liczby osób, ubiegających się o zasiłek chorobowy, przyczem wzrost ten jest najsilniejszy przy krótkotrwałych chorobach. W związku z tem zachodzi obawa, że dokonane obecnie obliczenia asekuracyjno-techniczne za okres ostatnich 5-ciu lat, wykażą deficyty w funduszach wielu stowarzyszeń; nietylko nie będzie więc nadwyżek na wprowadzenie świadczeń nadzwyczajnych, ale nawet obecne normy świadczeń będą musiały być obniżone. Sir Kingsley Wood podkreślał w Izbie Gmin powagę sytuacji, a Mr. Greenwood zgłosił wniosek o przeprowadzenie szczegółowej ankiety i poddanie jej wyników pod obrady Komisji Doradczej uznanych stowarzyszeń.

Jakież są powody tej niepokojącej zmiany w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby? Nie ulega wątpliwości, że nie można jej przypisać jakiemuś odosobnionemu czynnikowi; dla ustalenia jej źródła cała dziedzina ubezpieczenia musi być zbadana. W pierwszym rzędzie finansowy system ubezpieczenia może wymagać rewizji, gdyż oparty na statystyce chorobowości stowarzyszenia „Manchester Unity of Oddfellows" za lata 1893 — 97 nie jest prawdopodobnie przystosowany do obecnego powszechnego ubezpieczenia. Wiele złych ryzyk, które w dawnych warunkach przy działaniu jedynie ubezpieczenia dobrowolnego byłyby niewątpliwie odrzucone, weszło do ubezpieczenia przymusowego. Sir Alfred Watson twierdzi, że w chwili zastosowania przymusu ubezpieczenia do wszystkich osób, które były zatrudnione w dniu 15 lipca 1912 r. lub rozpoczęły zatrudnienie po tym terminie, wśród ludności ubezpieczonej nie było osób już dotkniętych niezdolnością do pracy; jednakże znaczna ilość złych ryzyk i kalek została wówczas objęta ubezpieczeniem, jako faktycznie zatrudniona w ten lub inny sposób.

Zaznaczyć należy, że dla osób, które nie mogły uzyskać członkostwa w żadnem stowarzyszeniu, utworzony został specjalny fundusz administrowany przez Ministerstwo Poczt i Telegrafów, jednakże tak znikomą jest liczba odrzuconych kandydatów, że członkowie tego funduszu rekrutują się przeważnie z pośród osób, które nie zadały sobie trudu starania się o przyjęcie do jakiegokolwiek stowarzyszenia.

Pozatem, aż nadto jest widocznem, że uznane stowarzyszenia nie pozostają w dość ścisłym kontakcie ze swymi członkami. Pozostaje również jeszcze obszerne pole do bliższej współpracy tych instytucyj, zarówno w zakresie wzmocnienia kontro-

li chorych, jak i czuwania nad stosowaniem się członków do obowiązujących regulaminów. Bieżący numer National Insurance Gazette przynosi wezwanie do uznanych stowarzyszeń, aby, „coś przedsięwzięły same". „Osoba, pobierająca tygodniowy zasiłek chorobowy, do którego nie jest uprawniona, nie zasługuje na sympatję. Powinna otrzymać naukę. Najlepszą nauką jest kara".

Pierwszy to raz spotykamy się z poglądem, że uznane stowarzyszenia mogą wykonywać kontrolę nad swymi członkami. W pierwszym rzędzie winny one zwrócić uwagę na system wypłaty za pośrednictwem agentów. Dla zaskarbienia sobie łaski ubezpieczonych ci pokątni doradcy interpretują ich prawa członkowskie w sposób, który musi wywoływać nieuzasadnione pretensje. Presja, wywierana na lekarzy ubezpieczeniowych, ma w znacznej mierze swe źródło w podszeptach tych agentów, którzy pozostawiają lekarzowi trud wyjaśniania warunków otrzymania świadczeń. Niewdzięczna rola demaskowania symulantów spada na niego całkowicie.

We wzroście zasiłków chorobowych najpoważniejszą rolę odgrywa niewątpliwie ta postawa ubezpieczonych, która uległa znacznemu pogorszeniu w ciągu ostatnich kilku lat. Nie będzie przesadą twierdzenie, że w zakresie świadczeń pragną oni wyzyskać wszystko, co się da i wszyscy spodziewają się „pomocy" w tej lub innej formie. Sir Alfred Watson wykazuje, że wielu ubezpieczonych po wyczerpaniu zasiłku dla bezrobotnych ubiega się o zasiłek chorobowy, a po wyczerpaniu obu, domaga się znowu pełnego zasiłku chorobowego, natychmiast po upływie okresu wyczekiwania, po którym odżywa ich prawo do świadczeń. Czy wszyscy ci ludzie są niezdolni do pracy w rozumieniu ustawy? Interpretacja tego terminu nie jest łatwa i kryterja muszą być zmienne. Wielu ubezpieczonych wykazuje niski poziom zdrowia; nawet przy pełnem zatrudnieniu, są poniżej normy w porównaniu ze zdrowymi i pewien stopień niezdolności do pracy da się zawsze u nich stwierdzić. Ale znów prawo do zasiłku chorobowego nie może być oparte na statystyce i niepodobieństwem byłoby ograniczyć to prawo do osób, dotkniętych określonemi chorobami. Kryzys przemysłowy, jaki przeżywamy, musi odbić się na siłach żywotnych robotników; złe warunki mieszkaniowe i wpływ otoczenia robią również swoje. Trudności, jakie przedstawia dla lekarza decyzja, czy jego pacjenci uprawnieni są do otrzymania zasiłku i odpowiednich świadczeń, potęgują się jeszcze z powodu groźnej postawy ubezpieczonych, których pretensje nie są uwzględnione.

Od czasu, gdy na żądanie uznanych stowarzyszeń regulaminy dla chorych zmienione zostały w ten sposób, że zmiana lekarza może nastąpić natychmiast bez uzyskiwania niczyjej zgody, ubezpieczeni zyskali potężną broń. Lekarz, zajmujący stanowisko niezłomne, spostrzega wkrótce, że traci pacjentów, którzy przenoszą się do innych lekarzy. Lekarz ubezpieczeniowy, choć w zasadzie powołany tylko do leczenia, stał się zarazem odpowiedzialny za właściwe udzielanie zasiłków chorobowych. Potrzebuje on, jak słusznie zaznaczył Dr. L. G. Mc. Culloch, wysokich kwalifikacyj prawniczych dla wydawania swych orzeczeń. A gdy traci pacjenta, to powodem tego jest znacznie częściej odmowa zaświadczenia, niż sposób leczenia. Rząd wyraził obecnie zamiar poddania rewizji okresów, w czasie których ubezpieczonemu wolno zmieniać lekarza.

Lekarze ubezpieczeni przy wykonywaniu swych trudnych zadań mają prawo oczekiwać od uznanych stowarzyszeń większego poparcia. Jeśli ustawa ma osiągnąć swój cel, powody wzrostu zasiłków muszą być gruntownie zbadane. Najpilniejszem zadaniem jest rewizja zasiłków krótkoterminowych. Trzydniowy okres wyczekiwania ma na celu konieczne w niektórych wypadkach zbadanie, czy zachodzi istotna niezdolność do pracy. Zbadanie tych wypadków po wydaniu pierwszego świadectwa pozwoli stwierdzić, czy przy orzekaniu o niezdolności do pracy zastosowano właściwe kryterja. Sprawa ta posiada zasadnicze znaczenie, gdyż jeśli udzielanie zasiłków utrzyma się nadal w obecnych rozmiarach, normalny rozwój ubezpieczenia zostanie zachwiany. Należy ufać, że lekarze ubezpieczeniowi, jako ogół, będą współdziałać w zastosowaniu wszystkich możliwych środków do wyeliminowania „niewłaściwych" roszczeń. Do tego konieczne jest stosowanie pewnego stałego kryterjum przy ocenie niezdolności do pracy i przeciwstawianie się wszelkim usiłowaniom obniżenia tego kryterjum. Każdy członek ubezpieczeniowej służby zdrowia winien móc liczyć na lojalne poparcie swych kolegów i nie obawiać się z ich strony wyzyskania sytuacji przez chętne przejmowanie niezadowolonych pacjentów.

(The Lancet).

UBEZPIECZENIE NA STAROŚĆ W STANACH NOWY JORK I MASSACHUSETTS W AM. PÓŁN.

Wbrew ogólnemu mniemaniu, iż w Stanach Zjednoczonych A. P. nieznana jest instytucja ubezpieczeń społecznych, stwierdzić możemy na podstawie sprawozdań prasy fachowej iż ubezpieczenia na wypadek starości istnieją już w 13 stanach na ogólną liczbę stanów 49.

W ostatnich czasach wprowadzono ubezpieczenia na starość w Stanie Nowego Jorku i Massachusetts. Ustawy tych Stanów mają nieco inny charakter, przyznają bowiem zamiast renty na starość „zapomogę". Wysokość tej zapomogi zależna jest całkowicie od woli zarządu. Jakkolwiek otrzymujący zapomogi nie muszą być „niezaopatrzeni" w myśl wymogów ustawy, jednak ubezpieczenie to niewiele się różni od opieki społecznej. Dodatnią cechą tych ustaw jest obowiązkowość świadczeń, a ponadto realizacja uchwały nie jest zależna od uchwały zarządu gminy.

Ustawa nowojorska przewiduje udzielanie zaopatrzenia wszystkim osobom, mającym więcej aniżeli 70 lat, które conajmniej od lat 10-ciu mieszkały w tym stanie, nie mogą zarobić na swe utrzymanie i nie mają członków rodziny obowiązanych do utrzymania ich. Połowę kosztów ubezpieczenia tego ponosi stan nowojorski, połowę powiatowy związek komunalny.

Ustawa Stanu Massachusetts przewiduje udzielanie „wystarczającego zaopatrzenia" obywatelom tego stanu, jeżeli mieszkają na jego terytorjum conajmniej od lat 20-tu. Jedną trzecią kosztów pokrywa Stan Massachusetts, zaś dwie trzecie — gminy.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„Lekarz Polski" Nr. 12 z 1930 r. i Nr. 1 z b. r. W podanych obok numerach „Lekarza" opublikowane zostały odpowiedzi na ankietę, zainicjowaną przez redakcję tego pisma na temat: czy należy dążyć do wprowadzenia częściowych opłat za leki przez ubezpieczonych.

Z dotychczas ogłoszonych odpowiedzi na szczególne uwzględnienie zasługują głosy dwóch wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, oddawna pracujących w instytucjach ubezpieczenia na wypadek choroby, mianowicie artykuły dr. J. Bujalskiego i dr. H. Kłuszyńskiego.

Dr. Bujalski stwierdza, że wprowadzenie opłat za leki nie osiągnie tych rezultatów, jakich oczekują inicjatorzy. A więc wprowadzenie opłat w formie przewidywanej w pierwszym projekcie ustawy scaleniowej (opłaty za leki w wysokości 10% kosztów własnych) nie zmniejszy wydatków kas, gdyż utrzymywanie koniecznego wtedy aparatu taksacyjnego pochłonie dochody z tego źródła płynące, w razie zaś zryczałtowania opłat dochód z nich byłby niezbyt wielki (mogą być wprowadzone opłaty 10—20 gr. za lek) i nie wywierałby wpływu na równowagę finansową kas.

W dalszym ciągu swego artykułu dr. Bujalski podkreśla, że wprowadzenie opłat za leki nie powstrzyma odkarmienia się lekami nałogowych lekomanów, a nieuczciwych handlarzy leków od ich sprzedawania; na te kategorje ubezpieczonych mogłaby wywrzeć wpływ powstrzymujący tylko stosunkowo wysoka opłata, niemożliwa znów ze względu na zadania kas i potrzeby innych ubezpieczonych, dla których wydatek na leki może być naprawdę zbyt wielkiem obciążeniem.

Jak wykazuje statystyka, ilość przepisanych leków znajduje się w stosunku prostym do ilości udzielonych porad i w stosunku prostym do ilości lekarzy ordynujących. Według danych, zaczerpniętych z warszawskiej kasy chorych, na jedną poradę przypada przeciętnie leków: w 1928 r. — 1.7, w 1929 r. — 1,73, w 1930 r. — 1.74, przyczem w styczniu tego roku — 1.76, w lutym — 1.76, marcu — 1.76, kwietniu — 1.70, maju — 1.72, czerwcu — 1.76, lipcu — 1.82. Jak wynika z powyższych danych wskaźnik leków utrzymuje się od szeregu lat na mniej więcej jednakowym poziomie; trudno przypuszczać, aby istniała taka stabilizacja lekomanów i handlarzy lekami, by stale co miesiąc w jednakowym stopniu nadużywali swych uprawnień. Zdaniem autora w ogólnej masie porad stanowią oni niewielki odsetek i przyczyn nadmiernego wydawania leków należy szukać nie wśród tych, którzy je otrzymują, a wśród tych, którzy je zapisują. Nadmierne zapisywanie leków wywołuje nawet odruchy ze strony niektórych ubezpieczonych w postaci niepodejmowania w aptece przepisanych lekarstw.

Przyczyną nadmiernego zapisywania leków jest, zdaniem dr. Bujalskiego, system wychowawczy lekarzy, polegający na kładzeniu głównego nacisku na leczenie farmaceutyczne, które dominowało wobec braku lub niskiego poziomu innych metod. W praktyce prywatnej lekarz zakochany w recepturze ma pewien hamulec w chorym, którego nie chce narażać na większe wydatki, gdyż to mogłoby się odbić na stosunku do niego. W praktyce kasowej naogół hamulca tego niema.

Jako dowód powyższego rozumowania przytacza autor jeszcze jeden przykład. Mianowicie, jak podano wyżej, począwszy od miesiąca kwietnia w 1930 r., wzrasta wskaźnik leków, by w lipcu, a więc miesiącu, wykazującym najmniejszą liczbę porad i najzdrowszym, dojść do 1.82, czego nie można przecież uzasadnić specjalnym wzrostem w tym miesiącu lekomanji lub handlu lekami kasowemi. Odpowiedź jest inna, w miesiącach tych są udzielane lekarzom urlopy i stopniowo napływa element zastępczy, by masowo wpłynąć w lipcu.

W ostatecznej konkluzji autor wyraża przekonanie, że istnieje nadmierne przepisywanie leków a nie ich pobieranie i że wprowadzenie częściowych opłat za pobrane leki nie wpłynie na znaczne zmniejszenie receptury i sprowadzi się raczej do stworzenia wyłącznie pozycji budżetowej dochodowej i skomplikowania jeszcze większego aparatu administracyjnego.

Środkami zaradczemi przeciwko nadmiernemu przepisywaniu leków może być, zdaniem autora: 1) zmiana w systemie szkolenia i nauczania lekarzy, 2) rozsądny, oszczędnościowy lekospis, nie poddający się hałaśliwej reklamie przemysłu farmaceutycznego, 3) podnoszenie kultury zdrowotnej ubezpieczonych.

Dr. Kłuszyński odpowiedź swą na ankietę rozpoczyna od stwierdzenia niebezpieczeństwa grożącego ludności ubezpieczonej w razie wprowadzenia opłat za porady lekarskie i leki. Opłaty te bowiem będą poważnym ciężarem dla większości naszych ubezpieczonych wobec ich niskich płac zarobkowych i obarczenia liczną rodziną, co wywoła zwlekanie w szukaniu pomocy lekarskiej szczególniej w pierwszym okresie chorobowym. Zachodzi więc poważna obawa, że np. w pewnym okresie wybuchu ostrej choroby zakaźnej chory ubezpieczony dla oszczędzenia nałożonej daniny nie będzie szukał pomocy lekarskiej i zwróci się o nią, gdy ta pomoc będzie spóźniona, a zaraza wyszła już z mieszkania ubezpieczonego i znalazła podatny grunt do rozszerzenia się na najbliższe otoczenie. Wprowadzenie opłat, zdaniem autora, obniży wielkość i znaczenie ubezpieczenia na wypadek choroby, polegające na udostępnieniu pomocy lekarskiej w każdej chwili, dzięki czemu niema przeszkód i zapór do zagwożdżenia już pierwszych źródeł zarazy, podczas gdy zysk uzyskany przez utrudnienie korzystania z pomocy lekarskiej nawet 100 „łazikom" kasowym nie wynagrodzi straty, poniesionej w jednym przypadku poważnego nie leczonego w należytym terminie ubezpieczonego, który albo nie chciał, albo nie mógł zapłacić wyznaczonej kwoty.

Wprowadzenie opłat ma wywołać ograniczenie liczby udzielanych porad i przepisywanych środków farmaceutycznych, ale przecież troska i niepokój o swoje zdrowie, chęć dowiedzenia się choć raz albo dwa razy do roku o stanie swego zdrowia nie jest ze stanowiska higjeny społecznej zjawiskiem ujemnem, lecz nawet wielce pożytecznem a dla finansów kasy nawet nader korzystnem.

Na obronę powyższych argumentów przytacza autor głosy wielu wybitnych przedstawicieli nauki lekarskiej i świata lekarskiego oraz wskazuje na protesty całego świata lekarskiego w Niemczech po wprowadzeniu rozporządzenia o opłatach.

W dalszym ciągu swego artykułu dr. Kłuszyński podając wysokość wydatków kas chorych na środki farmaceutyczne, podkreśla, gdzie należy szukać odpowiedzialności za hojne szafowanie środkami lekarskiemi i mówi, że trzeba szukać takich dróg, prowadzących do ograniczenia wydatków kas, któreby ani przez lekarzy, ani przez ubezpieczonych nie mogły być kwestjonowane, a co najważniejsze, któreby nie miały charakteru antispołecznych zarządzeń.

W wydatkach poszczególnych kas na środki farmaceutyczne widoczne są gwałtowne różnice, podczas bowiem, gdy w kasach woj. krakowskiego w 1927 r. wydatki na lekarstwa wynosiły 10.8 przypisu składek, to w tym samym roku w kasach woj. poznańskiego wydatki te stanowiły 19.0% przypisu składek. Autor jest zdania, że skoro przez szereg lat możliwe było, by w kasach chorych woj. krakowskiego suma wydatków na środki farmaceutyczne nigdy znacznie ponad 10% przypisu składek nie wykraczała, to niema przedmiotowej przyczyny, aby nie można było we wszystkich kasach chorych doprowadzić wydatki apteczne do tego samego poziomu, co może nastąpić przy wspólnych wysiłkach wszystkich lekarzy kasowych.

Sprawozdanie statystyczne z działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w roku 1928. Opracowali Dr. M. Skokowska-Rudolfowa, Dr. Stanisław Sielicki. Polski Związek Przeciwgruźliczy. Warszawa, 1930.

Polski Związek Przeciwgruźliczy wydał niedawno pierwsze sprawozdanie statystyczne z działalności poradni przeciwgruźliczych w 1928 r. na całym obszarze Rzeczypospolitej. Ze spra-

wozdania tego podajemy szereg ogólnych danych, które mogą zainteresować naszych czytelników.

Poradni przeciwgruźliczych było w 1928 r. — 209; w porównaniu do stanu w roku 1927 liczba poradni wzrosła w 1928 r. w woj. centralnych o 66,6%, w woj. południowych o 25,4%, w woj. zachodnich o 23,8%, w woj. wschodnich o 18,8 %. Z pośród poszczególnych województw najwięcej poradni posiadało woj. lwowskie (30), woj. kieleckie (21), woj. tarnopolskie (18), najmniej zaś woj. wileńskie (3), woj. poleskie (3) i woj. pomorskie (5); miasto Warszawa posiadało 16 poradni. Przeciętnie w całej Polsce 1 poradnia przypada na 144.600 osób. Najmniej mieszkańców przypada na 1 poradnię w mieście Warszawie (65.600), a następnie w woj. tarnopolskiem (79.400), lwowskiem (90.600), śląskiem (93.700). W pozostałych województwach 1 poradnia przypada na przeszło 100.000 mieszkańców, a w woj. wileńskiem nawet na 335.000. Powyższe dane nie zupełnie dokładnie ilustrują stosunki rzeczywiste. Z poszczególnych bowiem województw istnieją obok powiatów, posiadających prawie wystarczającą organizację poradni, powiaty zupełnie „dzikie" pod tym względem. Liczby przytoczone mogą jednak służyć dowodem naszych ogromnych potrzeb w dziedzinie organizacji przychodni.

W omawianym roku udzieliły poradnie 359.352 porad, w tem 318.790 porad ogólnych, 3.007 laryngologicznych i 37.555 prześwietleń roentgenologicznych.

Liczba osób, będących pod opieką poradni w roku 1928, wyniosła 140.346, w tem 65.242 chorych na zdeklarowaną gruźlicę. W porównaniu do stanu roku 1927 działalność poradni wzrosła znacznie, mianowicie liczba porad zwiększyła się o 62,4% a liczba chorych, będących pod opieką poradni — o 77,8%. Wzrost pracy poradni jest wynikiem nietylko wzrostu ich liczby, ale przedewszystkiem zwiększonej intensywności pracy.

Nowych pacjentów do poradni zapisało się w 1928 r. — 94.672, w tem 50.893, czyli 53,8%, z rozpoznaną gruźlicą. Wśród nowozapisanych przeważają kobiety (38,2%) oraz dzieci (36,8%); procent gruźliczych jest jednak większy wśród mężczyzn, co dowodzi, że mężczyźni naogół zgłaszają się później do poradni, gdy objawy choroby są już wyraźne.

Sprawozdanie nie podaje dokładnej liczby osób, wypisanych z poradni, stwierdza jednak, że 60,6% osób wypisanych było niedotkniętych gruźlicą, 32,7% — chorych na gruźlicę, a 6,7% — bez rozpoznania. Przyczyny wypisania z poradni dzielą się w sposób następujący: zgon — 28,8%, widoczne wyzdrowienie — 23,7%, nie życzą sobie pomocy poradni — 17,1%, nie można odnaleźć — 12,8%, przeszli pod nadzór innej instytucji — 9,8%. Zgony przeważają wśród mężczyzn, prawdopodobne wyzdrowienia — wśród dzieci i kobiet.

Ogółem poradnie przeciwgruźlicze umieściły 7.567 chorych na gruźlicę w różnego rodzaju zakładach leczniczych, w tem w sanatorjach dla chorych na płuca — 47,2%, w szpitalach — 32,7%, w prewentorjach — 4,9%, w sanatorjach dla gruźlicy chirurgicznej — 0,8%, w innych zakładach — 14,4%.

W końcu roku 1928 pomimo małej liczby poradni, licznych braków i niedociągnięć organizacyjnych była objęta opieką przychodni pokaźna liczba 74.163 osób, w tem prawie połowa (48.8%) ze zdeklarowaną gruźlicą.

W ciągu roku 1928 pielęgniarki, pracujące w przychodniach przeciwgruźliczych, wykonały 83.668 wywiadów.

Edward Rosset. Proletarjat łódzki w świetle badań demograficznych. Wyd. Instytutu Gospodarstwa Społecznego, Sprawy Robotnicze Nr. 7. Warszawa 1930, str. 90.

Instytut Gospodarstwa Społecznego wydał pracę Edwarda Rosseta p. t. „Proletarjat łódzki w świetle badań demograficznych". W książce tej przedstawia autor na wstępie budowę demograficzną proletarjatu łódzkiego według wyników spisu ludności. Po krótkiem omówieniu zagadnień populacyjnych w ogólności, przechodzi autor do rozpatrywania dynamiki ludnościowej Łodzi. W szczególności poddany został analizie ruch naturalny ludności Łodzi z uwzględnieniem jej podziału wyznaniowego oraz przedstawiono płodność i umieralność w ubogich i zamożniejszych dzielnicach miasta.

TREŚĆ

Dr. med. Jerzy Bujalski. — Pracownicy umysłowi a zapobieganie stanom chorobowym.

J. Zieliński. — Uwagi interpretacyjne do art. 5 i 6 Rozp. Prez. o ubezp. prac. umysł.

Stanisław Sasorski. — Akcja zapobiegawcza w ubezpieczeniu emerytalnem prac. umysł.

Z. Wyżnikiewicz. — Sprawa ubezpieczenia przechodniego w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i Zakładzie Ubezp. na wyp. inwal. w Król. Hucie.

St. — Wyniki reformy niemieckiego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Dr. Henryk Greniewski. — Pewne zagadnienia, dotyczące ubezpieczenia pośmiertnego i starczego.

Orzecznictwo i opinje prawne.

Kronika.

Książki i czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 18
Kwartalnie . . . „ 4.50
Numer pojedyńczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony okładki 250 zł.

Redakcja i Administracja: Nowy Świat 23/25, telefon 637-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150

Red. odpow. **Kaz. Grudziński.** **Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CH.**

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, N.-Świat 47, tel. 635-80 i 635-83.

Muzeum Pielęgniarstwa w Krakowie