przegląd ubezpieczeń społecznych

2973

1338

508

BIBLIOTEKA MIEJSKA
w Jarosławiu
L. 842 Tom

organ instytucyj
ubezpieczeń
społecznych

1931?.

6

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ORGAN INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ROK VI
WARSZAWA
1 CZERWIEC
1931 R.
ZESZYT 6

MIESIĘCZNIK

MUZEUM BIBLIOTEKA Archiwum w Jarosławiu
1216/cz

ST. SASORSKI

NIEDOJRZAŁE PROJEKTY

Izba Przemysłowo-Handlowa w Sosnowcu podjęła się próby zreformowania systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. Na wniosek przedstawicieli tej Izby, kongres Izb Przemysłowo-Handlowych, jaki się odbył we wrześniu 1930 r. we Lwowie, zalecił poddanie rewizji obecnych założeń ubezpieczeń społecznych, przy ewentualnem uwzględnieniu zasady przymusowej, indywidualnej oszczędności. Wyłoniona w dalszym ciągu przez Izbę Sosnowiecką Komisja Polityki Socjalnej, ustaliła podstawy połączenia zasad ubezpieczeniowych z zasadami przymusowej oszczędności i wytyczne tej koncepcji zaakceptowało plenarne zebranie Izby w dniu 26 lutego 1931 r. oraz zaleciło ogłoszenie wyników tych narad drukiem. W ten sposób powstała broszura p. Juljusza Brauna p. t. „Oszczędność przymusowa i częściowe ubezpieczenie, — jako wytyczne reformy systemu ubezpieczeń społecznych" (Sosnowiec, 1931, Wydawnictwo Izby Przem.-Handl. w Sosnowcu). Licząc się z tem, że broszura p. Brauna może wywołać zamęt wśród osób, nieorjentujących się w elementarnych zagadnieniach ubezpieczeniowych, podobnie zresztą, jak wydana w r. 1928 w Niemczech broszura p. G. Hartza, z której Izba Sosnowiecka i p. Braun czerpią inspiracje, mimo, że przez fachowców została zlekceważona, jako przejaw niekompetencji, a jej pomysły przez nikogo nie zostały podjęte — postanowiliśmy poświęcić wywodom pana Brauna nieco uwagi, niewątpliwie więcej, niż na to zasługują. Aby jednak czytelnikom ułatwić zorjentowanie się w treści broszury i metodzie myślenia — przedstawimy przedewszystkiem najistotniejsze przesłanki, założenia i wnioski autora, które dało się wyłowić z chaotycznych i rozrzuconych, niewiążących się ze sobą twierdzeń.

P. Braun stawia problemy: jak skoordynować zasady ubezpieczeń społecznych, aby zapewnić harmonijny układ poszczególnych działów ubezpieczeń, ubezpieczonym — dostateczne świadczenia i uniknąć obciążenia powyżej granicy dopuszczalnej gospodarczo oraz stawia pytanie, czy system ubezpieczeniowy zabezpiecza najlepiej przyszłość pracownikom i członkom ich rodzin. Rozwiązanie pierwszego zagadnienia widzi autor przedewszystkiem w scaleniu ubezpieczeń nietylko ustawowem, ale również organizacyjnem, a nawet materjalnem. To jednak, zdaniem p. Brauna, nie rozwiązuje jeszcze w całości tego problemu i doprowadza go do rozważania drugiego zagadnienia, mianowicie, czy zamiast lub obok systemu ubezpieczeniowego, (zredukowanego do niektórych wypadków), nie należy wprowadzić systemu oszczędności indywidualnych.

Uważając, że oba systemy mają swoje dobre i złe strony, oszczędnościowy daje lepsze wyniki finansowe, ale nie zabezpiecza bytu w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego przed zgromadzeniem oszczędności, ubezpieczeniowy natomiast zabezpiecza warunki bytu w zasadzie we wszystkich założonych wypadkach, — autor dochodzi do wniosku, że najlepszem rozwiązaniem byłoby przyjęcie systemu skombinowanego: ubezpieczeniowo-oszczędnościowego.

Według tego projektu systemem ubezpieczeniowym pozostałyby nadal objęte ryzyka, rozwiązywane obecnie przez świadczenia ubezpieczenia od wypadków przy pracy, braku pracy, przez świadczenia rzeczowe w ubezpieczeniu na wypadek choroby, przez świadczenia w razie niezdolności do pracy, jeżeli ta niezdolność powstała przed ukończeniem 55 roku życia, jednak tylko w stosunku do sierot (ubezpieczenie wdów miałoby być zupełnie wyłączone), natomiast systemem oszczędności przymusowych miałyby być objęte sytuacje obecnie rozwiązywane przez zasiłki w czasie niezdolności do pracy, zasiłki połogowe i t. d. w ubezpieczeniu na wypadek choroby, przez renty inwalidzkie pracowników, którzy stali się niezdolnymi do pracy po ukończeniu 55 roku życia, przez renty starcze,

renty wdowie i renty sieroce dla dzieci, pozostałych po pracownikach, którzy zmarli lub stali się niezdolnymi do pracy po ukończeniu 55 roku życia.

Rozwiązywanie sytuacji przy systemie oszczędnościowym odbywałoby się w sposób następujący: część składki w ubezpieczeniu na wypadek choroby byłaby obracana na potrzeby lecznicze (autor proponuje 3,5% wynagrodzenia), druga część byłaby przekazywana na sub-konto A konta indywidualnego oszczędności (autor proponuje w wysokości 2,5% wynagrodzenia), którego drugie sub-konto B byłoby przeznaczone na lokowanie części składki z ubezpieczenia emerytalnego. Konto stanowi indywidualną własność pracownika, jednak bez prawa do dysponowania niem. Wypłaty z sub-konta A byłyby dokonywane na polecenie instytucji ubezpieczeniowej, jako wykonywającej nadzór nad oszczędnościami pracowników, która udzielałaby asygnat pod kontrolą w warunkach analogicznych do tych, od których jest uzależnione obecnie prawo do świadczeń pieniężnych w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Aby zabezpieczyć ten kapitał przed zbyt szybkiem wyczerpaniem go, autor proponuje wprowadzenie okresu wyczekiwania analogicznego do tego, jaki jest stosowany w ubezpieczeniu emerytalnem. W razie wyczerpania kapitału, zdaniem autora, możnaby wprowadzić zwrotne pożyczki z subkonta B albo z funduszu reasekuracyjnego, któryby powstał przez minimalne odpisy z kont indywidualnych, uważając za możliwe również stworzenie ogólnego funduszu reasekuracyjnego z wpłat instytucyj ubezpieczeniowych. Po ukończeniu 65 roku życia lub przedtem, w razie przerwania pracy z powodu niezdolności do niej, pracownik miałby prawo podjęcia pozostałej kwoty na subkoncie A łącznie z pozostałą kwotą na subkoncie B, w razie zaś wcześniejszej śmierci zaoszczędzony kapitał otrzymywaliby spadkobiercy.

W zakresie objętym obecnie ubezpieczeniem emerytalnem część składki (autor proponuje 0,5% wynagrodzenia, a nadto dopłatę skarbu państwa w wysokości 1,1%) byłaby obracana na cele ubezpieczenia, druga część (autor proponuje 3,5% zarobku) byłaby wpłacana na subkonto B indywidualnego konta oszczędnościowego. Jeżeli pracownik osiągnie 65 (ewent. 60) rok życia lub stanie się niezdolnym do pracy po osiągnięciu 55 roku życia — ma prawo wyłącznie do podjęcia kapitału, ulokowanego na subkoncie B (łącznie z subkontem A), w razie zaś jego śmierci po ukończeniu 55 roku życia, prawo do podjęcia tego kapitału przysługuje spadkobiercom. Prawo to mogłoby przysługiwać, zdaniem autora, również w niektórych określonych okolicznościach, jak małżeństwo, budowa własnego domu i t. d. W razie powstania niezdolności do pracy przed ukończeniem 55 roku życia, pracownikom przysługiwałoby również prawo do podjęcia kapitału zaoszczędzonego, a nadto prawo do renty inwalidzkiej, przyczem wysokość renty zależałaby od tego, w którym roku życia powstała niezdolność do pracy. Jeżeli powstała przed ukończeniem 46 roku życia, renta wynosiłaby 40% wynagrodzenia i $^1/_{10}$ część renty na każde nieletnie dziecko, 47 roku życia 90% renty z przed 46 roku życia (t. zw. renty zasadniczej) aż do 10% lub 20% tej renty. Powyższy wymiar rent oparty jest na założeniu, że w im późniejszym roku życia powstaje niezdolność do pracy, tem większy kapitał oszczędnościowy został nagromadzony i renta jest mniej potrzebna. Wdowom według tego projektu, przysługiwałoby w razie śmierci pracownika, jedynie prawo do kapitału zaoszczędzonego, sierotom zaś prawo do kapitału i renty, jeżeli śmierć pracownika nastąpiła przed 55 rokiem życia, prawo tylko do kapitału, jeżeli śmierć nastąpiła po ukończeniu przez pracownika 55 roku życia. Polecenia wypłat z sub-konta B, uzależnione od spełnienia się warunków, określonych w ustawach ubezpieczeniowych, mogłaby uskuteczniać właściwa instytucja ubezpieczeniowa.

Wartość swojej koncepcji usiłuje autor uzasadnić cyfrowo. W zakresie świadczeń na wypadek choroby przeprowadza rozumowanie przy pomocy następujących założeń i liczb: przyjmując, że wydatki Kas Chorych na cele lecznicze wynoszą sześćdziesiąt kilka procent, reszta zaś jest obracana na zasiłki pieniężne, że zmniejszenie wydatków administracyjnych, jakie spowoduje wykonanie rozporz. Prez. R. z dn. 29.XI.30 o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych oraz zmniejszenie wydatków na lecznictwo, jakie wywoła zamierzone wprowadzenie opłat za porady lekarskie i leki, pozwala na zaokrąglenie wzajemnego stosunku obu rodzajów wydatków do 60% i 40%, że wysokość składki w ubezpieczeniu na wypadek choroby, która obecnie przekracza 7%, będzie mogła być utrzymana na wysokości przyjętej w rządowym projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem z 1927 r., t. j. na wysokości 6% — autor uważa za prawdopodobne, że wysokość składki na cele lecznicze może wynosić 3,5%, na cele zaś oszczędnościowe (sub-konto A) — 2,5%. Opierając się następnie na założeniu, że pracownik pracuje od 18 — 65 roku życia, t. j. przez 48 lat, że rok jego pracy wynosi 46 tygodni, przeciętne wynagrodzenie roczne 2.000 zł., t. j. miesięcznie przeszło 160 zł. i że kapitał oszczędnościowy jest oprocentowany na 5%, autor dochodzi do wniosku, że pracownik taki uzyskuje w 22 roku życia kapitał w wysokości 250 zł., w 48 roku życia w wysokości 3.006 zł., w 65 roku życia 8.054 zł. Biorąc pod uwagę przeciętną ilość dni zasiłkowych, przypuszcza autor, że przeciętnie pracownik podejmowałby z sub-konta A 60% sum zaoszczędzonych, co obniżyłoby wysokość sum zaoszczędzonych w latach życia wyżej wymienionych na 100 zł., 1.202,— i 3.223 zł., sądzi jednak, że po wprowadzeniu systemu oszczędnościowego osłabnie tendencja do korzystania z zasiłków, a tem samem otrzymamy wyższe sumy zaoszczędzone.

Uzasadnienie rachunkowe w zakresie ubezpieczenia emerytalnego oparte jest na następujących podstawach: opierając się na danych projektu rządowego ustawy o ubezpieczeniu społecznem 1927 r., w/g. którego prawo do renty starczej przysługuje po ukończeniu 65 roku życia, (przyczem autor błędnie przyjmuje przesłankę, że do tego, aby zostać uprawnionym do renty starczej należy opłacać składkę od 18 — 65 roku życia), wartość renty starczej wraz z innemi świadczeniami, jakie przysługują starcom, stanowi prawie 26% ogólnej skapitalizowanej wartości wszystkich świadczeń, wysokość renty starczej wynosi 40% przeciętnego wynagrodzenia, a przeciętna wartość skapitalizowanych świadczeń, przypadających na jednost-

kę, jeśli roczne wynagrodzenie przyjmiemy za 100, wynosi 372,18 zł., przy składce 6,2% (z kosztami administracyjnemi 6,5%), autor oblicza, że w razie oszczędzania tego procentu wynagrodzenie przez czas od 18 — 65 roku życia przy oprocentowaniu kapitału na 5% i przeciętnej pracy przez 46 tygodni w ciągu roku — otrzyma się kwotę 1.047,76 zł., a więc prawie trzykrotnie większą. Im jednak okres zatrudnienia trwa krócej i niezdolność do pracy przychodzi wcześniej, tem stosunek tych dwóch cyfr ulega zmianie na korzyść ubezpieczenia. W ten sposób autor dochodzi do wniosku, że trzeba gromadzić kapitał przez 33 lata, (t. j. do 52 roku życia, jeżeli pracownik będzie pracował bez przerwy od 18 roku życia), aby otrzymać drogą oszczędności kapitał, równający się wartości przeciętnych skapitalizowanych świadczeń rentowych. Stąd wniosek, że dla tych, którzy umierają lub stają się inwalidami w wieku wcześniejszym ubezpieczenia społeczne mają znaczenie, którego nie zastąpi oszczędność w czystej formie. W dalszym ciągu autor podaje wyniki obliczeń, według których wartość świadczeń, spowodowanych utratą zdolności do pracy lub śmiercią dla osób, które nie przekroczyły 31 roku życia, wynosi 5.7% ogólnej wartości świadczeń, 41 roku życia — 17.8%, 51 roku życia — 34.5% oraz podaje, że według obliczeń, nieprzytoczonych w pracy na cele częściowego ubezpieczenia należałoby przeznaczyć z ogólnej składki emerytalnej wynoszącej 6,5%—1,5%. Biorąc pod uwagę, że wysokość składki w ubezpieczeniu od wpadków przy pracy w razie organizacyjnego scalenia ubezpieczeń będzie niższa, niż 2%, t. j. niż składka przewidywana w projekcie rządowym, że w razie lokaty oszczędności w P. K. O. koszty administracyjne obciążą P. K. O., która będzie je pokrywała dochodami z obrotów kapitałami ulokowanemi oraz że dopłata na cele ubezpieczeniowe ze Skarbu Państwa wyniesie, jak w projekcie rządowym 1,1% — autor przyjmuje wysokość składki na 4%, które rozdziela na 3,5% — na przymusową oszczędność oraz 0,5% na częściowe ubezpieczenia. Wówczas kapitał zaoszczędzony w 65 roku życia wyniósłby, przy rocznym zarobku 100 zł., — 564,19 zł., podczas gdy wartość skapitalizowanych świadczeń ubezpieczeniowych, przy pełnem ubezpieczeniu emerytalnem, wynosiłaby — 372,18 zł. W końcu autor podaje ogólne zestawienie oszczędności na obu subkontach od 22 roku życia do 65 roku życia w razie pracy przez cały czas t. j. od 4 do 48 lat pracy (te oszczędności wynoszą od 600 zł. do 19.343 zł.) oraz zestawienie oszczędności, osiągniętych w tym samym czasie w razie wyczerpania z subkonta A. 60% oszczędności na zasiłki (oszczędności wynoszą od 450 zł. do 14.507 zł.).

Dla osób orjentujących się w zagadnieniach ubezpieczeniowych wystarczy, sądzę, sprawozdanie z broszury, z którego już jest widoczne, że założenia autora są błędne, sposób rozumowania i dowodzenia nieścisły, wnioski nieuzasadnione. Stwierdziła to konferencja, zwołana przez Zarząd Główny Konfederacji Pracowników Umysłowych w Warszawie, jaka odbyła się dnia 22 maja b. r. pod przewodnictwem p. K. Osiowskiego dyrektora Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych, na której wszyscy mówcy, matematycy ubezpieczeniowi oraz znawcy ubezpieczeńspołeczn. (pp. W Bruner, K. Osiowski, dr. J. Pasternak, A. Weryha, dr. M. Goldman, dr. H. Berliner, dr. T. Poznański, dr. . Gliksman, red. Wł. Kozłowski, A. From, W. Kościński i autor niniejszych uwag) zgodnie podkreślili błędność i nierealność koncepcji p. Brauna, stwierdził to również p. A. Krieger („Robotniczy Przegląd Gospodarczy" Nr. 4 b. r.) oraz dr. M. Goldman („Przegląd Ubezpieczeń" zesz. 3 b. r.*) Poprzestanę przeto na zaznaczeniu kilku najważniejszych, zdaniem mojem, błędów i nieścisłości oraz na wskazaniu zasad, wytworzonych historycznie, które autor pomija i nad któremi przechodzi do porządku.

Systemy ubezpieczeniowe, oparte na indywidualnem ryzyku są korzystniejsze, niż system oszczędności indywidualnych zabezpieczenia na wypadek powstania sytuacyj losowych jak i gospodarczych, gdyż zapewniają określone środki, niezależnie od tego, kiedy te sytuacje powstają i pozwalają na wyrównanie ryzyk między wypadkami, które powstają przed i po czasie przewidywanym i najprawdopodobniejszym. Systemy ubezpieczeń społecznych są korzystniejsze gospodarczo, niż systemy, oparte na indywidualnych ryzykach, ponieważ pozwalają na lepsze w czasie i w przestrzeni rozłożenie ryzyk ubezpieczeniowych. Cofnięcie się wstecz do systemu indywidualnych oszczędności musiałoby sprowadzić w rezultacie albo niezaspokojenie potrzeb zaspakajanych obecnie przez ubezpieczenia, albo też do bardzo znacznego powiększenia środków finansowych i tem samem bardzo znacznego obciążenia gospodarstwa społecznego i indywidualnych dochodów na te potrzeby, jakie obecnie zaspakajają ubezpieczenia. Jeśliby więc przyjąć to założenie, jakie stara się przyjąć p. Braun, że oszczędności w zasadzie nietylko dadzą te rezultaty, jak ubezpieczenie społeczne, ale nawet wyższe — musi się przyjąć drugie założenie, że obecne składki ubezpieczeniowe są za wysokie, że obliczenia matematyczno - ubezpieczeniowe, na których oparto wysokość składek emerytalnych są błędne. Tego jednak p. Braun nie dowiódł ani nie próbował i nie mógł dowieść. Ponieważ to nie było zamierzeniem ani p. Brauna, ani Izby Przemysłowo-Handlowej w Sosnowcu należy stwierdzić, że rzucono myśl, która w zarodku niesie w sobie skutki wręcz sprzeczne z zamierzonemi. Gdyby zaś przyjąć, że system oszczędnościowy pozostanie w granicach obecnych obciążeń na cele ubezpieczeń społecznych, to jego wyniki przyniosą odmienny rezultat: zwiększenie środków finansowych pewnego procentu osób silniejszych, zdrowszych, dłużej pracujących, które zostaną obrócone na indywidualne cele i powstanie bardzo znacznego kręgu osób, których potrzeby spadną ciężarem na gospodarstwo społeczne, jako przedmiot opieki społecznej i źródło niezadowolenia i fermentu politycznego. To również, wolno przypuszczać, nie leżało w zamierzeniach inicjatorów tej akcji.

P. Braun operuje szeregiem cyfr. Te cyfry jednak nie są niczem innem, jak przytoczeniem przy-

*) Ponadto p. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" Nr. 3 str. 95.

kładów, którym przeciwstawić można szereg innych, wręcz odmiennych przykładów. Całe cyfrowe dowodzenie, przytoczone w broszurze p. Brauna, jest dowolną grą wyobraźni na temat: coby było, gdyby ktoś pracował przez X lat, zarabiał w tym czasie y, odkładał z i korzystał z odłożonych sum w n wysokości. Ponieważ p. Braun nie rozumuje kategorjami ubezpieczeniowemi, ale indywidualnemi — nie może brać za podstawę wypadki, dowolnie przyjęte, ani nawet przeciętne, ale winien opierać się na skrajnych ewentualnościach i szukać rozwiązania wszystkich wypadków od najgorszych do najlepszych z punktu widzenia indywidualnych sytuacyj życiowych. P. Braun odczuwa tego potrzebę, ale niedostatecznie ją rozumie. W rodziale, poświęconym oszczędściom na miejsce zasiłków w razie niezdolności do pracy w ubezpieczeniu na wypadek choroby liczy się z możliwością wyczerpania oszczędności z subkonta A. konta oszczędnościowego i koniecznością zaciągania pożyczek z subkonta B., a nawet z potrzebą ubezpieczenia na wypadek, gdyby i to okazało się nieskuteczne — jest to droga, która prowadzi do ubezpieczenia i do anulowania koncepcji oszczędnościowej w tym zakresie. Ponieważ na zasiłki z powodu niezdolności do pracy jest obracany określony procent przypisu składek (w r. 1925 — 25,8%, w r. 1926 — 21,8%, w 1927 r. — 23,1%, w 1928 r. — 25,2%), a autor tę część przypisu zamierza obrócić na oszczędności — już po pierwszym okresie systemu oszczędnościowego powstałby deficyt, któryby musiał być pokryty z zewnątrz, zamiast z nadwyżek, powstałych z części składek osób, które nie korzystały ze świadczeń ubezpieczeniowych, w następstwie czego celem zabezpieczenia się przed deficytem należałoby stworzyć fundusz ubezpieczeniowy, któryby wchłonął część składki ubezpieczeniowej, jaka jest obracana na zasiłki. Wrócilibyśmy w ten sposób do punktu, z którego się wyszło. P. Braun który przypuszcza, że pracownik przeciętnie zaoszczędziłby 60% z kwot, przeznaczonych na zasiłki, popełnia błąd i wpada w sprzeczność z założeniem, jakie przyjął — przeciętnie bowiem pracownik nicby nie zaoszczędził, kwoty zaś zaoszczędzone nie przeciętnie, ale przez pewną część pracowników, stanowiłyby deficyt, który musiałby być pokryty.

Wyrazem odczuwania potrzeby odchylenia od systemu oszczędnościowego do ubezpieczeniowego w zakresie, jaki obejmuje ubezpieczenie t. zw. emerytalne jest u p. Brauna myśl wprowadzenia ubezpieczenia na wypadki powstania sytuacyj losowych przed czasem, kiedy pracownik może zaoszczędzić odpowiednią kwotę. P. Braun widzi z obliczeń, (które dokonał dr. A. Jabłonowski, wolno przypuszczać, bez świadomości celu, dla którego mają być zużytkowane, a jedynie jako odpowiedź rachunkową na zadane pytania), że dopiero po dłuższym okresie oszczędzania, a tem samem w późniejszym wieku można nagromadzić drogą oszczędności kapitał, któryby równał się wartości przeciętnych skapitalizowanych świadczeń rentowych i dlatego dochodzi do wniosku, że należy wprowadzić ubezpieczenie dla osób, u których wypadek losowy zaszedł wcześniej. P. Braun jednak opiera się na nierealnem założeniu, że wiek odpowiada określonemu okresowi pracy i tem samem oszczędzania — nie liczy się przeto z tem, że okresy pracy, wiążącej się w myśl obecnie obowiązujących przepisów, z obowiązkiem ubezpieczenia, są różne, zaczynają się w różnych latach i w tych okresach są przerwy (nauka i studja, choroby, bezrobocie, prowadzenie własnych warsztatów pracy), i skutkiem tego całe obliczenie, jakiem się posługuje, jest wątpliwej wartości. Gdyby zaś przyjąć, że bierze się za podstawę nie wiek, ale okres pracy i wprowadza się ubezpieczenie pracowników do określonego okresu pracy (np. 34—35 lat), niezależnie od wieku — otrzymuje się rezultat analogiczny do tego, jak z zasiłkami na wypadek choroby: ci, którzy nagromadzili kapitał dostateczny lub wyższy mają możność korzystania w pełni z tego kapitału, i nadwyżka nie jest, jak w ubezpieczeniach społecznych, obracana na pokrycie deficytu gorszych ryzyk, wobec czego ten deficyt musi być pokryty z zewnątrz, z innych funduszów, co prowadzi do większego obciążenia, albo — jeżeli się chce tego uniknąć — musi się wrócić do systemu ubezpieczeniowego.

Jednem z założeń, na których opiera się koncepcja p. Brauna jest przekonanie, że w zasadzie jest lepszy kapitał niż renta. P. Braun pisze: „U źródeł naszej koncepcji leży chęć zapewnienia kapitału pracownikom, którzy, choć starsi wiekiem, będą jeszcze umieli kapitał ten w odpowiedni sposób, gospodarczo uzasadniony, zużyć. Natomiast pracownik, którego dotknął nieszczęśliwy wypadek i który jako kaleka nabywa prawo do świadczeń, byłby z reguły jednostką mniej uzdolnioną do administrowania poważniejszym kapitałem. Jako człowiek, często wskutek kalectwa unieruchomiony, chory, stracił on wiele ze swej sprawności fizycznej i umysłowej i zdany będzie z reguły na pomoc i opiekę osób trzecich. Sądzimy, że raczej leży w interesie takiego inwalidy, aby zapewnić mu tylko rentę, która pozwoli mu się wyżywić, a zrezygnować z jego czynnej, twórczej, produkcyjnej roli w społeczeństwie, niż dawać mu do ręki kapitał, który, choć może w wielu wypadkach byłby przezeń dobrze użyty, ale do administrowania którym miałby on z reguły mniej kwalifikacyj i możności, niż człowiek nawet stary (65-letni), ale względnie zdrów i przerywający pracę nie z powodu wypadku i kalectwa, lecz z powodu dojścia do starszego wieku" (str. 24). Z tych powodów p. Braun uważa, że ubezpieczenieod wypadków przy pracy należy utrzymać nadal i nie przekształcać na system oszczędnościowy. W przytoczonym ustępie jest widoczna, jedyna w całej broszurze, troska o celowość systemu kapitałowego, ale pogląd wyrażony nie jest oparty na znajomości sytuacyj, objętych ubezpieczeniem społecznem. Niezdolność do pracy lub zawodu może być skutkiem procesu chorobowego lub kalectwa. I jedno i drugie może być wynikiem wypadku przy pracy, ale obie te przyczyny mogą także nie pozostawać w związku przyczynowym z wypadkami przy pracy. Stopień utraty zdolności do pracy, odporności życiowej nie zależy od tego, czy niezdolność do pracy jest wywołana wypadkiem przy pracy, czy przyczynami, które tkwią w organiźmie, w otoczeniu, lub zostały wywołane wypadkiem, nie pozostającym

w związku z pracą. Gdyby autor konsekwentnie rozwinął słuszną myśl, tkwiącą w przytoczonym ustępie, musiałby dojść do innych wyników, niż te, do jakich doszedł: mógłby uzasadniać potrzebę kapitałowego systemu w pewnych wypadkach, niezależnie od rodzaju ubezpieczenia, a systemy rentowe w innych, t. j. doszedłby do zasad, na jakich opierają się obowiązujące u nas i projektowane przepisy ubezpieczeniowe, które dają przewagę rentom nad kapitałami, i dopuszczają jedynie zamianę rent na kapitał w wypadkach, kiedy jest zagwarantowane celowe gospodarcze zużycie kapitału i niema podstaw do przypuszczeń, że kapitał zostanie roztrwoniony, a jednostka wraz z rodziną spadnie ciężarem na fundusz publiczny. P. Braun zdaje się uważa, że starzy, sterani pracą i chorobami mogą na starość układać i realizować wielkie plany gospodarcze, zakładać własne warsztaty pracy, budować własne domy mieszkalne, że osoby niezdolne do pracy n. p. skutkiem wyniszczającej gruźlicy, niedowładu, choroby umysłowej i t. d. będą celowo zużytkowały zaoszczędzony kapitał, że wdowy, które rodziły, chowały dzieci i zajmowały się gospodarstwem domowem, albo dzieci, które nie mogą jeszcze pracować, uczęszczają do szkół lub są ułomne — będą wzmagały wytwórczość gospodarczą. P. Braun nie ma obaw, że te kwoty będą roztrwonione szybko przez te osoby, ich rodziny lub osoby postronne, że nastąpi szybki skok w stanie potrzeb i konsumcji, a w następstwie skrajna nędza. Nie świadczy to dobrze o znajomości życia u autora tych pomysłów. Należy stwierdzić, że to „źródło koncepcji" oszczędnościowej p. Brauna, dyskwalifikje cały projekt i wystarcza, aby, pominąwszy inne jego strony, uznać go za szkodliwy i wprost za lekkomyślny.

Prócz tych głównych argumentów, przeciw koncepcji oszczędnościowej i rozumowaniom p. Brauna, możnaby przytoczyć szereg innych zarzutów, np. nierozumienia znaczenia oprocentowania składek w ubezpieczeniach, nieinteresowania się kosztami administracyjnemi, które przy takim czy innym systemie, zawsze być muszą, nierozumienia, że zasiłki w razie niezdolności do pracy w ubezpieczeniu na wypadek choroby, mają na celu odciążenie warsztatów pracy w razie niemożności pracy pracownika oraz, że łączą się one ściśle z pomocą leczniczą, udzielaną przez instytucje ubezpieczeniowe, gdyż w razie potrzeby leczenia szpitalnego, część kwot, przeznaczonych na zasiłki (30 lub 50 proc.) jest obracana na pokrycie wydatków na to leczenie it.d. Możnaby dalej kwestjonować, czy przypuszczenia p. Brauna, że w razie częściowej zmiany systemu ubezpieczeniowego na oszczędnościowy, ulegnie zmianie stosunek psychologiczny ubezpieczonych do funduszów ubezpieczeniowych, że zmniejszy się ilość zabiegów o zasiłki i renty inwalidzkie, gdyż wytworzy się poczucie osobistej a nie społecznej własności. Nie zajmuję się tą hipotezą bliżej, ponieważ ona nie stanowi ogniwa w rozumowaniu autora i została poruszona ubocznie — poprzestanę jedynie na zaznaczeniu, że to przypuszczenie w naszych warunkach jest bardzo wątpliwej wartości. Gdyby zmysł oszczędnościowy był u nas w masach rozwinięty możnaby się spodziewać takich wyników, ponieważ jednak poziom wynagrodzeń za pracę jest niski, nieproporcjonalny do odczuwanych potrzeb, zmysł oszczędnościowy słaby, — należy przewidywać, że raczej przeciwnie, nacisk na konta oszczędnościowe zwiększyłby się, a gospodarka temi kontami ze strony instytucyj ubezpieczeniowych byłaby mniej ostrożna i staranna, niż dotychczas. Obecnie odpowiedzialność za całość funduszów ciąży na instytucjach ubezpieczeniowych, w razie zaś wprowadzenia zmian, proponowanych przez p. Brauna, punkt ciężkości, i odpowiedzialność za fundusze, przeniósłby się na poszczególne osoby, co pogorszyłoby jeszcze bardziej ujemne skutki całej koncepcji.

Organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce, jak w innych państwach, nie jest zakończona. Na tle dotychczasowych doświadczeń, powstają nowe potrzeby, dotyczące zarówno stosunku poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych do siebie i wzajemnego stosunku organów instytucyj ubezpieczeniowych, kompetencji władz nadzorczych, wysokości świadczeń i podstawy ich wymiaru, wysokości obciążeń, stosunku do stanu gospodarczego państwa, do wahań konjunkturalnych, zabezpieczenia pokrycia zobowiązań ubezpieczeniowych i t. d. Wszelkie uwagi i spostrzeżenia czynników zainteresowanych problemami ubezpieczeniowemi mogą być pożyteczne, jeżeli opierają się na gruntownych podstawach i na doświadczeniu. Niestety, nie można uznać za pożyteczną ostatniej próby, omówionej w niniejszym artykule.

W pracy p. Brauna *) projektowana jest zmiana systemu ubezpieczeń społecznych na system przymusowej oszczędności i dodatkowego ubezpieczenia. Projekt i wywody autora oparte są na nieznajomości zasad matematyki ubezpieczeniowej. Autor mniema między innemi, że ubezpieczeni mogą osiągnąć większe korzyści przez sam podział składki emerytalnej na dwie części w ten sposób, aby jedna część stanowiła składkę oszczędnościową i była własnością indywidualną ubezpieczonego, a druga część stanowiła składkę dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci lub inwalidztwa, któreby zaszło przed nagromadzeniem ze składek oszczędnościowych kapitału w wysokości kapitałowej wartości, ustalonych w projekcie ustawy scaleniowej, świadczeń emerytalnych. W tym ostatnim wypadku świadczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia byłyby według projektu wymierzane w takiej wysokości, aby ich kapitałowa wartość równała się różnicy między kapitałową wartością ustalonych świadczeń emerytalnych a nagromadzonym kapitałem oszczędnościowym. Korzyści, wynikające z tego podziału składki emerytalnej polegają według mniemania autora na tem, że kapitał nagromadzony ze składek oszczędnościowych, musi po pewnym czasie przekroczyć kapitałową wartość ustalonych świadczeń emerytalnych.

Mniemanie takie jest błędne: podział składki nietylko nie może przynieść żadnych korzyści ogółowi ubezpieczonych, gdyż składka emerytalna musi być

*) W uzupełnieniu artykułu p. S. Sasorskiego podajemy krótką opinję jednego z wybitniejszych matematyków ubezpieczeniowych, pragnąc w ten sposób jeszcze dokładniej podkreślić błędy techniczno-asekuracyjne koncepcji p. Brunna.

obliczona w ten sposób, aby kapitałowe wartości dochodów i wydatków instytucji ubezpieczeniowej były równe, ale podział ten wogóle nie jest możliwy do przeprowadzenia bez podwyższenia składki emerytalnej przy ustalonym systemie wymiaru świadczeń emerytalnych. Stosownie do tego systemu nie wszyscy bowiem członkowie rodzin zmarłych ubezpieczonych są uprawnieni do korzystania ze świadczeń emerytalnych, a zatem nie wszystkie wypadki śmierci ubezpieczonych są odszkodowane świadczeniami ubezpieczeniowemi, natomiast oszczędność, jako własność indywidualna ubezpieczonego, musi być zawsze wypłacona po śmierci ubezpieczonego jego spadkobiercom.

Jest rzeczą jasną, że składka emerytalna, która jest jednolita dla wszystkich ubezpieczonych bez względu na ich wiek, musi być za wysoka dla tych ubezpieczonych, którzy stosunkowo w młodym wieku przystąpili do ubezpieczenia i dla takich ubezpieczonych kapitałowa wartość składek jest większa, niż kapitałowa wartość ekspektatyw na świadczenia emerytalne. Okoliczność ta doprowadziła autora do wyciągnięcia błędnych wniosków ze swoich obliczeń.

Dr. MARJAN STAWIŃSKI

ORGANIZACJA LECZNICTWA W KASACH CHORYCH*)

Jak już z samej nazwy wynika, Kasy Chorych to są instytucje, które ujawniają swą czynność w chwili, gdy należący do nich obywatele są chorzy. Był czas, kiedy to nietylko wśród administracji, lecz i wśród lekarzy nie było uzgodnionych poglądów na to, czem są, czem być powinny Kasy Chorych. Doniedawna jeszcze twierdzono, że jedynem najważniejszem zadaniem Kasy Chorych — to zabezpieczenie zasiłków w czasie niezdolności do pracy, spowodowanej przez chorobę. Jeżeli się zważy, że zdrowie jest największym skarbem człowieka na ziemi, że niema ludzi, którzyby byli obojętni na to, czy im coś dolega, czy też nie, że większość obywateli żywo interesuje się stanem swego zdrowia, to stanie się jasnem, że instytucja, której zadanie polega na tem, by swym członkom nieść pomoc w chorobie, — jest przedmiotem stałego i nader gorącego zainteresowania ze strony ogółu. Stąd wynika konieczność b. umiejętnego zorganizowania aparatu leczniczego w Kasach, by móc jaknajrychlej przywrócić choremu czy chorej zdrowie, a co za tem idzie — zdolność do pracy. By temu zadaniu podołać Kasy muszą korzystać z usług lekarzy, gdyż tylko lekarz może rozpoznać chorobę i ustalić konieczność świadczeń ze strony Kasy. Rozróżniamy choroby, z któremi ubezpieczony może zgłosić się do lekarza oraz cierpienia przykuwające chorego do łóżka, — obłożne choroby, kiedy to pomoc lekarska winna być udzielana na miejscu w domu chorego. W pierwszym wypadku lekarz Kasowy udziela pomocy lekarskiej w przychodni Kasowej.

Z tych kilku wstępnych słów wynika, że pierwszym krokiem prowadzącym do organizacji lecznictwa Kasowego, to zapewnienie Kasie współpracy lekarskiej oraz przygotowanie odpowiedniego warsztatu dla tej pracy, t. j. przychodni.

Każda, nawet najmniejsza pod względem ilości ubezpieczonych Kasa, winna posiadać do celów leczniczych conajmniej 1 gabinet oraz jedną poczekalnię. Tak jedna, jak i druga z tych ubikacyj winny być dosyć obszerne i jasne. Gabinet lekarski winien posiadać 15 m. kw. powierzchni przy 3 m. wysokości, zaś poczekalnia — 30 m. kw. przy tejże wysokości. Ściany mogą być malowane farbą klejową na kolory jasne i od podłogi ku górze conajmniej 1,5 m. wyłożone kaflami lub pokryte białym emaljowanym lakierem (na gipsowej wyprawie). Połączenia ścian między sobą oraz sufitem winny być zaokrąglone. Podłoga z materjału nieprzepuszczalnego, łatwego do zmywania (ksylolit). W Kasach o większej ilości ubezpieczonych, gdzie pomocy lekarskiej udzielają specjaliści, ilość poczekalni winna być zwiększona z uwzględnieniem konieczności grupowania wyczekujących swej kolei pacjentów w/g. kategorji zachorzenia. Przedewszystkiem należy pamiętać o zabezpieczeniu chorych, zwłaszcza dzieci, przed zetknięciem się z chorobami zakaźnemi. Przy większej ilości ubikacyj obowiązuje system korytarzowy. O ile tylko pozwala na to stan finansowy Kasy, należy dążyć do urządzenia gabinetu fizjoterapeutycznego, dentystycznego, pokoju do badań chemiczno - bakterjologicznych, pokoju opatrunkowego oraz składnicy dla leków.

Poczekalnia nie może bezpośrednio komunikować się z wejściem, lecz zapomocą przedsionka. W przedsionku przychodni winna być urządzona szatnia, w której ubezpieczeni winni pozostawiać zwierzchnie odzienie i nakrycia głowy. Na pozostawione w szatni rzeczy wydaje się emaljowane numerki, zmywane codziennie rozczynem sublimatu (1.1000). W szatni na ścianie winno być zawieszone lustro. U wejścia do przychodni należy umieścić żelazną skrobaczkę do błota oraz drucianą wycieraczkę do obuwia. W przedsionku należy ułożyć jedną lub więcej, czysto utrzymanych słomianek, najlepiej kokosowych.

Biuro zgłoszeń winno posiadać połączenie z poczekalnią, a przedsionek z biurem zgłoszeń. Pokój opatrunkowy winien łączyć się z gabinetem lekarskim. We wszystkich ubikacjach należy poustawiać spluwaczki na wysokich trójnogach, co najmniej po jednej w każdej ubikacji, a ponadto przewidzieć boksy dla izolacji ujawnionych chorób zakaźnych, zwłaszcza u dzieci. Każdą przychodnię obowiązuje urządze-

*) Referat wygłoszony na zjeździe Lekarzy Nacz. i Kierowników Kas w Siedlcach w dn. 24.IV.1931 r.

nie i utrzymanie we wzorowej czystości klozetów. Wskazane są instalacje wodociągowe lub przynajmniej studnia wchłaniająca.

Reasumując powyższe uważamy, że normalna przychodnia Kasowa winna składać się z następujących ubikacyj: 1) przedsionka, 2) biura zgłoszeń, 3) poczekalni, 4) gabinetu (ów) lekarskiego (ich), 5) gabinetu dla leczenia fizykalnego, 6) gabinetu dentystycznego, 7) pokoju opatrunkowego, 8) składnicy na leki i materjał opatrunkowy. Kasy o małej ilości członków w razie konieczności mogą 4-tą, 5-tą, 6-tą, 7-mą i 8-mą ubikację sprowadzić do jednej.

Poczekalnia. Wzdłuż ścian biało-lakierowane krzesła lub foteliki. Listwa podłogi winna być o tyle szeroka, by siedzący chorzy nie dotykali głowami ścian. Foteliki, czy krzesła na środku pokoju winny być tak ustawione, by oparciami były ku sobie skierowane i nie dotykały się wzajemnie. W oknach należy ustawić żardinjery z roślinami. Na ścianach zegar, plakaty propagandowe, wykresy, pouczenia, ogłoszenia i t. p. Wykładanie gazet czy książek w poczekalni, ze względu na możliwość przenoszenia infekcji, nie jest wskazane. W sprawie urządzenia poszczególnych ubikacyj lekarskich, wyczerpujących wskazówek winien udzielić lekarz Kasowy, w razie wątpliwości, jak również przy urządzaniu gabinetów specjalnych, nabywania specjalnych aparatów, pomocy oraz wyczerpujących wyjaśnień udzieli właściwy Okręgowy Związek Kas Chorych.

Jednocześnie z rozwiązaniem zasadniczego problemu Kasowego urządzenia przychodni — Kasa winna rozwiązać i drugi — niesłychanie dla tej instytucji ważny — zaangażowanie odpowiedniej siły lekarskiej. Wiadomo, że im wyższa będzie kwalifikacja lekarza kasowego, im większe jego doświadczenie, tem trafniejsze będzie stawiane przezeń rozpoznanie, tem skuteczniej będą chorzy leczeni, tem prędzej zdolność do pracy będzie przywrócona. Im lepsze siły lekarskie będą w Kasie zatrudnione, tem skuteczniejsza będzie udzielana przez nich pomoc, tem większe zadowolenie ubezpieczonych i przychylniejszy stosunek do Kasy Chorych. Niestety Kasy nie zawsze i nie wszędzie mogą mieć zupełną swobodę w dobieraniu dla siebie lekarzy: na prowincji, w małych miasteczkach lub osiedlach, gdzie ilość ubezpieczonych jest nieznaczna, a więc zatrudnienie dla siły lekarskiej minimalne, zmuszeni jesteśmy korzystać z usług będącego na miejscu lekarza. Większe Kasy, dające większą ilość godzin pracy lekarzowi, mogą sobie pozwolić na pewien dobór w tym kierunku. Sprawę angażowania dla Kas Chorych personelu lekarskiego reguluje Okólnik Okr. Urzędu Ubezpieczeń Nr. 467 z dn. 15.X.2 8r. Obok lekarza, a właściwie przy lekarzu pracują w przychodni siły pomocnicze — sanitarjuszki, felczerzy, położne. Dobór personelu pomocniczego i jego stosunek do personelu lekarskiego winien być tak uregulowany, by to nie mogło ujemnie wpływać na wydajność ich pracy.

Do przychodni Kasowej przywiązany jest pewien obszar, na którym lekarz udziela obłożnie chorym pomocy w domu. Zgłoszenia na wizyty w domu winny być przed upływem oznaczonej godziny podane, aby lekarz miał jeszcze dość czasu, by tegoż dnia chorych obsłużyć. Udzielanie pomocy w wypadkach nagłych zachorzeń winno być specjalnie obmyślone i zorganizowane w zależności od ilości ubezpieczonych oraz ilości lekarzy. Co do leków, to przeważnie Kasy mają w składnicy środki patentowane oraz przedmioty ekspedjowane odręcznie. Recepty złożone winny być przygotowane w aptekach. Większe Kasy celem potanienia lecznictwa dążą do zakładania własnych aptek. Kasy mniej zasobne zaopatrują się w leki na podstawie porozumienia w aptekach innych Kas, względnie w aptekach prywatnych na warunkach znacznej, bo do 25 — 30% dochodzącej zniżki. W wypadkach wyjątkowych, gdy miejscowy lekarz nie może ustalić rozpoznania lub nie ma możności przeprowadzenia specjalnych badań lub zabiegów, chory może być skierowany do najbliższego miasta do specjalisty, jakkolwiek dążeniem naszem jest, aby taką specjalną pomoc do chorego zbliżyć.

Przyjęcie w przychodni oraz udzielanie pomocy lekarskiej w domu chorego nie wyczerpuje działalności Kas w zakresie lecznictwa. Mam na myśli leczenie szpitalne, leczenie sanatoryjne, tworzenie placówek rozpoznawczo-leczniczych jak instytuty rentgenowskie, świadczenia bezpośrednio oddziaływujące na przywrócenie zdolności do pracy (protezy zębowe, oczne, sztuczne kończyny), leczenie w zdrojowiskach i w uzdrowiskach, rozwój leczenia fizjatrycznego (djatermia, kwarcówki, sollux, kąpiele elektryczne i t. p.), współpraca z instytucjami państwowemi i komunalnemi w zwalczaniu chorób, mających charakter społeczny .Małe, a nawet średnio zasobne Kasy w żaden sposób temu ogromowi pracy nie podołałyby, gdyby nie instytucje istniejące pod nazwą „Okręgowe Związki Kas Chorych". One to powołane są, by czynić zadość tym potrzebom wchodzącym w skład związku poszczególnych Kas, którym te Kasy dla braku środków podołać nie są w stanie. Związki ułatwiają leczenie specjalistyczne (środki specjalistyczne, specjalne zakłady, leczenie radem, sanatorja w miejscowościach klimatycznych i zdrojowych, zakłady położnicze, infirmerje, czyli hotele-noclegi dla przeprowadzających specjalną kurację ubezpieczonych, kolonje i półkolonje letnie i t. p.).

W myśl art. 88 Ust. z dnia 19 maja 1920 r. Kasy Chorych mogą prowadzić akcję zapobiegawczą. Lekarze Kasowi winni zwracać uwagę na pewne specjalne zawody i oceniać jaki stosunek zachodzi między leczoną w przychodni chorobą robotnika, a jego zawodem. U górników może wchodzić w grę ankilostomiaza, w Łodzi, w Zawierciu — choroba tkaczy — gruźlica. Systematyczne badania lekarskie ubezpieczonych przyczyniły się do zmniejszenia ilości nieuleczalnych kalek. Poza chorobami zawodowemi niejednokrotnie na zdrowiu robotników odbijają się wypadki, którym przy pracy ulegają. Jakkolwiek we wszystkich krajach władze nadzorcze, inspekcje pracy nieustannie troszczą się o to, aby zarządzenia ochronne doprowadzić do optimum — to jednak wciąż jeszcze zdarzają się, zwłaszcza w wielkim przemyśle, mniejsze i większe katastrofy, które dość poważnie przerzedzają szeregi robotników. Według statystyki emerykańskich towarzystw ubezpieczeniowych 15% wszystkich wypadków jest zakażonych, a przyczyna tego zjawiska ta, że robotnik nie korzysta z fachowej pomocy i nakłada sobie opatrunek

sam, lub czynią to inni, ale nie fachowo, a więc opatrunek nie jest eseptyczny ;jeszcze częściej się zdarza, że robotnik nie chcąc tracić czasu na chodzenie do przychodni, ociąga się z udaniem się po poradę i w ten sposób otrzymuje pomoc spóźnioną, co na przebiegu urazu ujemnie się odbija. Aby zapobiec komplikacjom przyrannym, należy dążyć, aby każde uszkodzenie bez względu na jego lekkość, dostawało się we właściwe ręce; dalej należy dążyć aby ta pomoc była zorganizowana na terenie fabryki i zorganizowana w ten sposób, aby poszkodowany przy najmniejszej stracie czasu mógł otrzymać wykwalifikowaną pomoc i jałowy opatrunek.

Z postępem medycyny w kierunku zapobiegawczym ściśle wiąże się postęp, jakiemu pod wpływem Ameryki uległ u nas stan pielęgniarstwa, zorganizowano specjalne szkoły z kursem 2-letnim. Ustalono dość poważny czasokres dla kandydatek i w ten sposób doprowadzono do tego, że dzisiejsza pielęgniarka jest nie tylko wytrawną i sumienną pomocnicą lekarza czy to w przychodni, czy przy łóżku chorego, lecz także o dużej wiedzy, z wielkiem uspołecznieniem, krzewicielką zasad higjeny tak ogólnej jak i osobistej. Dziś higjenistka społeczna jest nie do zastąpienia bądź w przychodni przeciwgruźliczej, bądź przeciwalkoholowej, bądź każdej innej, mającej na celu walkę z chorobami społecznemi, czy zakaźnemi. Nieocenione wprost przysługi oddają pielęgniarki społeczne w opiece nad matką i niemowlęciem i w opiece nad dziatwą szkolną.

Niestety, jak dotąd, w lecznictwie kasowem pielęgniarstwo społeczne nie ma jeszcze należytego zastosowania. Przyczyny tego należy szukać przedewszystkiem w braku zrozumienia, co to jest higjenistka społeczna i jakie są jej kwalifikacje; z drugiej strony i w tem, że w większości Kas pomocniczy personel lekarski stanowią albo sanitarjuszki bez żadnego fachowego wykształcenia, a posiadające li — tylko pewną rutynę, albo położne, które w braku zawodowej praktyki, przez obejmowanie stałych posad w przychodni Kasowej, rozwiązują problem swej egzystencji. W interesie podniesienia poziomu lecznictwa w Kasach Chorych, a więc w interesie ubezpieczonych, zarządy Kas winny dążyć do tego, aby wszystkie pomocnicze stanowiska lekarskie w Kasach obsadzać przez wykwalifikowane pielęgniarki społeczne.

Lekarze Kasowi i stosunek ich do administracji. W Kasach małych, zatrudniających jednego lub dwuch lekarzy, organizację lecznictwa przeprowadza i kontrolę nad niemi sprawuje Zarząd przy współudziale pracujących w Kasie lekarzy.

O ile chodzi o właściwy cel pomocy i opieki lekarskiej — ulga w cierpieniu i przywrócenie zdrowia choremu — lecznictwo Kasowe niczem nie różni się od lecznictwa wogóle i lekarz Kasowy w czynnościach i staraniach swych przy łożu chorego nie różni się od takiegoż postępowania wobec pacjentów prywatnych.

W szczegółach jednak praktyka kasowa różni się od praktyki prywatnej: Kasy Chorych okazują pomoc lekarską na dużą skalę; w wypadkach, kiedy efekt leczniczy może być osiągnięty zapomocą kuracji tańszej, nie może ubezpieczony wymagać zastosowania doń metody droższej. Z 2-ch jednakowo działających środków, lekarz kasowy obowiązany jest wybrać tańszy. Lekarz kasowy winien zapisywać tylko to, co jest konieczne i unikać zapisywania kilku środków, mających identyczne działanie bez względu na to, czy to będą leki, czy środki wzmacniające. Nie należy tolerować, aby w swoich ordynacjach lekarz kierował się subjektywnemu skargami, czy też życzeniami chorego. Lekarz winien operować przesłankami opartemi na wynikach objektywnego badania.

Lekarz kasowy winien leczyć oszczędnie, to znaczy przy zapisywaniu leków unikać tego wszystkiego, co podraża receptę, a nie jest usprawiedliwione większą korzyścią dla chorego.

Nie należy dużo zapisywać, nie wolno w kasowej praktyce zapisywać, jak to się mówi „ut aliquid fiat".

Zbyt złożonych recept należy unikać. Najtańsza i najprostsza ordynacja jest ta, która obejmuje środki odręcznie wydawane. Np. kwas solny należy zapisywać w sposób następujący: kwasu solnego 10,0 używać 3 razy dziennie po 5 kropli w kieliszku wody przegotowanej, a nie w taki sposób: kwasu soln. 1,0, syrupus 10,0, wody destylowanej do 100,0 używać 2 — 3 razy dziennie po łyżce.

Przy identycznem efekcie lek, zapisany w sposób niewłaściwy kosztuje 2 razy drożej; każdy zapisany lek winien być dokładnie dawkowany ze ścisłem obliczeniem na ile dni ma wystarczyć ;aby temu warunkowi zadość uczynić lekarz winien uwzględnić ile w przybliżeniu dni będzie choroba trwać, uwzględniając komplikacje; winien również uwzględniać właściwości i trwałość zapisywanego leku (np. wyciągi, nalewki są trwalsze aniżeli napary). Lekarz winien naprzód obliczyć, jaka ilość leku czy materjału opatrunkowego w danym wypadku będzie potrzebna. Np. 5,0 ziółek wystarcza na 1 filiżankę wody — skoro lekarz zapisze 50,0 i każe używać 3 razy dziennie po filiżance naparu, leku starczy w przybliżeniu na ½ tygodnia. Nalewki i wyciągi należy zapisywać w ilości conajmniej 20,0, a silnie działających środków nawet tylko 10,0. Przy zapisywaniu środków odręcznych, sposób użycia należy pacjentowi ustnie zakomunikować. Jako środka poprawiającego smak lekarstwa w praktyce kasowej używa się zwykłego syropu, tinct. ámarae, tinct. aromat. Wody aromatyczne należy zastąpić olejkami eterycznemi (kropla na 100,0 mikstury. Np. zamiast 10,0 spirit. menth. piperit. dodaje się 1 kroplę 0,1 menth. pip.).

Uwzględniając wysoki koszt pracy aptekarza, należy unikać takich form ordynacyj, jak: napary, odwary, podzielone proszki, czopki, kapsulki. Niezbyt silnie działające środki pacjent sam może rozpuszczać w wodzie w/g otrzymanych od lekarza wskazówek. Nie należy używać ochronnych nazw leków, gdyż to bardzo podraża recepty. Np. zamiast Aspirnii 10,0, co kosztuje Zł. 3,20, należy zapisać Acid. acethyl. salicylic. 10,0, którego cena wynosi 40 gr.; zamiast thiocoli 10,0, co kosztuje zł. 4,40, należy pisać kali sulfogujacolici 10,0, co wynosi 65 gr. Zamiast Atophani 10, co kosztuje zł. 9,60, należy pisać Menthol valerianic., co wynosi zł. 3,50. Łatwo rozpuszczalne sole, jak Jod, Brom pierwszy raz przepisuje się w postaci mięszanki, zaś przy powtórzeniu wystarczy zapisać perse i po-

lecić pacjentowi, by rozpuścił to w wodzie przegotowanej w ilości mieszczącej się w danej flaszce. Przy zapisywaniu kosztownej mięszanki ziołek należy każdygatunek oddzielnie zapisać w formie, nadającej się dla ekspedycji odręcznej. Środków kosmetycznych, wina, produktów alkoholowych — lekarz kasowy nie powinien zapisywać, jak również preparatów zagranicznych, nie objętych przez kasowy lekospis. Powtarzanie recept jest dopuszczalne pod warunkiem uprzedniego zbadania chorego. Jak widać z powyższego, lekarz kasowy winien być obznajmiony z taksą aptekarską, winien sam ekonomicznie ordynować i chorych oszczędności uczyć.

Poza lekami, których koszt zajmuje poważną rubrykę w wydatkach Kasy, wielkiej wagi rzeczą jest ostrożne stosowanie przez lekarzy różnych zabiegów jak: rentgena, lampy kwarcowej, diatermii i t. p. Chorzy zdradzają tendencję do nadużywania tych zabiegów i nieraz w sposób brutalny domagają się kierowania ich bądź to do prześwietlenia, bądź do naświetlań. Niestety, czy to przez słabość charakteru, czy naskutek innych ubocznych względów, lekarze częstokroć ulegają naciskowi ze strony ubezpieczonych, przepisują im żądane zabiegi i wówczas jedynie interwencja czynników administracyjnych w osobie Lekarza Naczelnego lub Dyrektora Kasy władna jest oszczędzić Kasie nadprogramowych, przez stan chorego nieusprawiedliwionych wydatków. By w podobnych wypadkach zadaniu sprostać, ordynator winien mieć pewne bodaj najpowierzchowniejsze wiadomości z dziedziny danego lecznictwa.

Największą rubrykę w wydatkach Kasy Chorych stanowią t. zw. „chore dniówki", które administracja wypłaca na podstawie adnotacji lekarskiej „do pracy niezdolny". Lekarz kasowy winien być b. ostrożny przy wyrokowaniu w tych wypadkach i przyznawać zwolnienie od pracy może tylko wówczas, gdy stan zdrowia ubezpieczonego czy ubezpieczonej istotnie nie pozwala na podjęcie pracy, bez narażenia chorego czy chorej na pogorszenie stanu zdrowia. W razie jakichkolwiek wątpliwości lekarz kieruje pacjenta (tkę) do Naczelnego Lekarza, względnie na komisję lekarską. W wypadkach, kiedy lekarz nie godzi się na zwolnienie od pracy, niezadowolony z takiego orzeczenia pacjent może się zwrócić ze skargą do Naczelnego Lekarza, lub do Dyrektora względnie Komisarza Kasy. Niema niezdolności do pracy tam, gdzie chory przechodzi chwilowy kurs kuracji bez konieczności przerywania swej pracy zawodowej.

We wszystkich wypadkach, kiedy chodzi o przyznawanie ubezpieczonym specjalnych świadczeń, jak okulary, protezy, sztuczne kończyny, lekarz kasowy kieruje pacjentów do Lekarza Nacz. lub do administracji. Taki sam porządek postępowania zaleca się przy kierowaniu chorych poza obręb Kasy do specjalistów lub do szpitali. Leczenie klimatyczne, leczenie w zdrojowisku, jak również i sanatoryjne przyznaje komisja lekarska, zaś ostateczna decyzja należy do administracji, która w tych wypadkach kieruje się względami na stan finansowy Kasy.

Wszystko co dotąd zostało wyliczone nie wyczerpuje jednak zakresu uprawnień oraz obowiązków lekarza kasowego. Lekarz ordynujący w przychodni, lub w domu chorego winien odnotować na t. zw. karcie choroby swoje rozpoznanie i ordynację, a gdy chodzi o członka Kasy — nie członka rodziny— również swoją opinję odnośnie zdolności do pracy. Tamże lekarz winien odnotować i symulację choroby, o ile taki wypadek miał miejsce, jak również winien zaznaczyć bezpodstawność wezwania, o ile uważa, że dane cierpienie nie przeszkadzało choremu zgłosić się do przychodni. Wreszcie w wypadkach, kiedy lekarz uważa, że cierpienie powstało w związku z bijatyką, czy pijaństwem, winien to również w karcie choroby uwidocznić. Choroby powstałe przy pracy wskutek wypadku, rejestruje się na specjalnych kartach, t. zw. wypadkowych. Ze względu na szereg pierwszorzędnej wagi danych, jakie karta choroby winna zawierać, dokładne jej prowadzenie, czytelne wypisanie ma wielkie znaczeine. Ponadto karty chorobowe to jedyny materjał statystyczny, który odzwierciadla działalność Kasy, jako instytucji leczniczej ubezpieczeniowej. Nie można pozwolić, by dla pośpiechu nie były one dokładnie wypełniane, by tam zabrakło np. tak podstawowej rzeczy, jak rozpoznania i zamiast djagnozy były odnotowane litylko subjektywne skargi chorego. W karcie choroby, obok wymienionych skarg chorego, winny być podane wyniki objektywnego badania lekarskiego, ustalone na tej podstawie rozpoznanie i zalecona kuracja. A wszystko to winno być napisane wyraźnie, czytelnie. Statystyka chorobowości jest nieodzownym warunkiem skutecznej pracy społeczno-lekarskiej. Obecne statystyki chorobowości nie są wystarczające dla prac społeczno-lekarskich, wymagają one rozszerzenia zwłaszcza w kierunku zbadania i ustalenia personalnych, społecznych i zawodowych stosunków, a to możliwe będzie, gdy podwoje przychodni kasowej będą otwarte dla pielęgniarek społecznych. Dalej statystyka chorobowości i umieralności w Kasach ma pierwszorzędne znaczenie dla nauki, która na podstawie tych liczb wyciąga bardzo pouczające i dla przyszłości tychże Kas wielkiej wagi praktyczne wnioski, lecz pod warunkiem, że liczby te będą ścisłe.

Reasumując, wyliczone powyżej, liczne i różnorodne obowiązki lekarza kasowego, stwierdzamy, że lekarz kasowy winien: 1) leczyć oszczędnie, lecz tak, by to nie było z uszczerbkiem dla chorych, 2) w mieszkaniu odwiedzać tylko obłożnie chorych, 3) powtórne wizyty robić tylko przy wyraźnych po temu wskazaniach, 4) unikać wypisywania zbyt kosztownych środków ,zwłaszcza patentowanych zagranicznych specyfików, 5) oględnie ustalać powodującą wypłatę zasiłków niezdolność do pracy, 6) nie zwiększać frekwencji chorych w godzinach swych przyjęć przez godzenie się na częste, a niepotrzebne wizyty, lub przez leczenie chorych innych specjalności, 7) chorych traktować życzliwie i uprzejmie, nie poddając się jednak tym ich żądaniom, które nie stoją w ścisłym związku z chorobą.

Jak już zaznaczono na wstępie, głównym i bodaj najważniejszym zadaniem Kasy Chorych—to jak najszybciej i jaknajskuteczniej należącym do niej członkom wraz z ich rodzinami przywracać zdrowie, a skoro tak — staje się jasnem, jak ważkim w tej instytucji ubezpieczeniowej czynnikiem jest lekarz: ustalenie choroby i co za tem idzie konieczność świadczeń ze strony Kasy zależne jest od oględzin i rozpoznania

lekarskiego. W rękach lekarza kasowego spoczywają klucze od kasy, gdyż prawie 90% wydatków Kas Chorych przez jego ręce przechodzi (zawarcie umowy z lekarzem i upoważnienie go do roztaczania opieki lekarskiej nad ubezpieczonymi równa się wydaniu lekarzowi przez Kasę weksli in blanco — suma jaką lekarz na tych czekach wystawi, prawie bez wyjątku musi być przez istytucję ubezpieczeniową w całości wypłacona). Lekarz kasowy otrzymuje monopol na leczenie należących do Kas ubezpieczonych oraz ich rodzin. Zadanie to do łatwych nie należy: ustalić rozpoznanie, umieć uniezależnić się od żądań chorego i oprzeć się w swej ordynacji na wynikach badania objektywnego ;uwzględniając finansową zdolność Kasy, wybrać metodę leczenia oraz leki tańsze lecz skuteczne ,odrzucić niedorzeczne częstokroć domagania się chorych, przeciwstawić się postronnym wpływom i protekcjom, są to zadania którym nie każdy lekarz i nie zawsze podołać może, mimo to winniśmy dążyć do tego, by jednak lekarz był w stanie te różnorodne i nieraz bardzo ciężkie obowiązki z pożytkiem dla instytucji i dla ubezpieczonych wypełniać.

Obecnie Kasy wstąpiły już w 11-ty rok swego istnienia i z największym smutkiem należy stwierdzić, że jakkolwiek stale się rozwijają i ulepszają, obejmując coraz szerszy teren swą działalnością, mimo to jednak nie są tak popularne, jakby się tego spodziewać należało. W poszukiwaniu przyczyny tego zjawiska należy poddać krytycznej ocenie wzajemny do siebie stosunek 3-ech najistotniejszych czynników, jakie tutaj wchodzą w grę, mianowicie — administracji w osobach Komisarzy czy Zarządów, Lekarzy i wreszcie czynnika trzeciego — ubezpieczonych. Obecnie stosunek ten wiele pozostawia do życzenia: administracja przeważnie lekarzom nie dowierza, posądza ich o działanie na szkodę instytucji i rozmyślne rujnowanie jej przez zapisywanie drogich często najnowszych zagranicznych leków, przez hojne szafowanie choremi dniówkami i t. p. Ze swej strony lekarze narzekają, że się od nich wymaga nadmiernej pracy w postaci wielkiej ilości narzuconych w przychodni chorych, dużej liczby wizyt domowych, twierdzą dalej lekarze, że Kasy przez niską płacę wyzyskują ich pracę i t. d. Ubezpieczeni — ci w sposób bardzo niewybredny wyrażają swoje niezadowolenie i administracji i lekarzom. Powstaje błędne koło, z którego jednak należy się za wszelką cenę wydostać. Przedewszystkiem należy wyjaśnić i ustalić, że Kasy Chorych to są instytucje par'excellence społeczne, a to nadaje im pewien specyficzny charakter, gdyż administracja i lekarze mimo, że ich praca jest opłacana, swego charakteru pracowników społecznych nie zatracają. Jeśli chodzi o lekarzy — to są oni pod tym względem na wysokości zadań, gdyż praca ich niezależnie od tego, jak jest opłacana, zawsze jest wykonana przy zastosowaniu całej posiadanej wiedzy i najlepszej woli i to niezależnie od tego, kim jest chory objekt, do jakiej warstwy czy ugrupowania politycznego należy, czy i jaką religję wyznaje.

Może się zdarzyć tu i owdzie, że na prowincji lekarz zapracowany ponad siły nie ma czasu śledzić za postępami wiedzy lekarskiej i w ten sposób w jego umysłowości lekarskiej mogą powstać luki. W takich wypadkach na administracji kasowej leży obowiązek ułatwić lekarzowi otrzymanie urlopu naukowego i wyjazd bądź zagranicę na uzupełniające studja, bądź też na kursa dokształcające. Przy dobrych chęciach ze strony administracji, skoro ta ostatnia zrozumie, że ze względu na rolę, jaką lekarz w Kasie Chorych odgrywa, prowadzenie tej instytucji bez ofiarnej, życzliwej współpracy lekarskiej, jest nie do pomyślenia, że z lekarzem, który przecież należy do najwięcej uspołecznionej warstwy naszego narodu, przy dobrych chęciach, można znaleźć wspólny język, wzajemny stosunek można będzie oprzeć na wzajemnem zaufaniu i na wzajemnym szacunku, a wówczas wspólnie zabrać się do pracy nad ubezpieczonymi, którzy niestety nie dojrzeli jeszcze do zrozumienia, że Kasa Chorych to jest wielka zdobycz, że to Ich własna instytucja, którą we własnym dobrze zrozumiałym interesie należy oszczędzać, nie wyzyskiwać jej, gdyż zaoszczędzony w ten sposób grosz przez mądrą i uczciwą administrację zostanie zużyty dla dobra tegoż ubezpieczonego, czy to przez ułatwienie mu wyjazdów do sanatorjum i do zdrojowiska, czy przez zorganizowanie kolonji letnich dla jego dzieci.

ROMAN GARLICKI

KOORDYNACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Postulat scalenia ubezpieczeń realizowany jest dotychczas w poszczególnych ustawodawstwach narodowych w postaci mniej lub dalej posuniętego scalenia zakresu osób podlegających ubezpieczeniu i organizacyjnego powiązania działalności instytucyj, wykonywujących odrębne działy ubezpieczenia. Mimo, że istotne ryzyko — brak lub zmniejszenie zarobku z pracy niesamodzielnej (mowa tu o świadczeniach pieniężnych) jest wspólne dla wszystkich działów ubezpieczeń, istnieje szereg powodów, uznanych tak w teorji, jak i w obowiązującem ustawodawstwie, uniemożliwiających przeprowadzenie również scalenia w zakresie świadczeń i zniesienia finansowej odrębności poszczególnych działów ubezpieczeń.

Wymieniając niektóre z najważniejszych powodów, należy przedewszystkiem podać różne zasady ponoszenia ryzyka ((udział Państwa w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy, zasada ryzyka zawodowego), niemożność objęcia temi samemi zasadami kalkulacji ryzyka ekonomicznego, fizjologicznego i zawodo-

wego, odmienne postulaty dla wysokości świadczeń długo- i krótkoterminowych.

Trudności realizacji pełnego scalenia ubezpieczeń tem bardziej powodują konieczność zajęcia się i jaknajszybszego uregulowania sprawy koordynacji świadczeń ubezpieczeniowych, szczególniej pieniężnych, któremi się niniejszy artykuł wyłącznie zajmuje, pomijając zagadnienie koordynacji świadczeń rzeczowych.

Wobec wspólności istotnego ryzyka cechą, odróżniającą poszczególne działy ubezpieczenia jest odrębność przyczyn, wywołujących to ryzyko i określonych w ustawodawstwie jako warunki, uzasadniające prawo do świadczeń. Przyczyny te spowodowały podział jednego wspólnego ryzyka na trzy ryzyka zasadnicze: zawodowe, fizjologiczne i ekonomiczne; w obrębie ryzyka fizjologicznego nie odrębność przyczyn, lecz stopień natężenia i trwałości warunków decyduje o podziale na ubezpieczenia długo- i krótkoterminowe. Z odrębności źródeł ryzyka wynika, że w jednym i tym samym wypadku ubezpieczeniowym mogą, w ubezpieczeniu na ryzyka fizjologiczne powinny nawet, istnieć jednocześnie warunki, uzasadniające prawo do świadczeń z różnych działów ubezpieczenia.

Zjawia się przeto pytanie, czy w razie współistnienia warunków należy przyznać prawo do wielokrotnych świadczeń, w razie zaś odmownej na to pytanie odpowiedzi powstaje kwestja, które ryzyko jest w danym wypadku zbiegu warunków najwłaściwsze.

Jeżeli nie wprowadzono dotąd nigdzie pełnego scalenia świadczeń, to dzieje się to, jak wyżej wspomniano, z przyczyn natury technicznej. Niemniej przeto najważniejszy cel takiego scalenia — zapewnienie jednego tylko świadczenia, stanowiącego odpowiednio ekwiwalent utraconego zarobku — winien być osiągnięty. Pogląd, że ubezpieczony, płacąc składki w różnych działach ubezpieczeń, winien w razie jednoczesnego zajścia warunków uzyskać ze wszystkich działów świadczenia, jest całkowicie błędny. Bez względu na przyczyny ryzyko dla ubezpieczonego jest jedno — utrata zarobku — i z jednego tylko źródła ubezpieczeniowego może być pokrywane. Opłacanie składek nie rodzi jeszcze prawa do świadczeń — gdyby tak było, ubezpieczenia nie mogłyby wogóle istnieć.

Mimo podziału na odrębne gałęzie należy jednak uważać ubezpieczenia społeczne jako jedną całość, zobowiązaną do jednego tylko wobec ubezpieczonego świadczenia, pokrywanego ze względów technicznych z odrębnych funduszów. Zasada jednego świadczenia nie wyklucza możności przyznawania świadczeń podwójnych, ew. odpowiednio zredukowanych, w wypadkach, gdy zbieg warunków powoduje istotne i szczególne zwiększenie skutków wypadku losowego, jakim jest utrata zarobku.

W sprawie wyboru właściwego ryzyka dla każdego wypadku zbiegu uprawnień nie można ustalić zasady ogólnej, kwestję tę należy rozważyć oddzielnie dla każdego z ośmiu możliwych wypadków. Jako jedyną ogólną zasadę podać można jedynie przyjęte naogół przez wszystkie ustawodawstwa pierwszeństwo ryzyka zawodowego przed innemi ryzykami, gdyż świadczenia ubezpieczenia wypadkowego wypływają z cywilnej odpowiedzialności pracodawców, która nie może być zmniejszona, w razie równoczesnego powstania uprawnień do świadczeń innych rodzajów ubezpieczeń. Pozatem w każdym wypadku szukać należy dominujących cech, właściwych dla określenia ryzyka oraz zwracać uwagę na pełniejsze i trwalsze wyrównanie szkód powstałych.

Koniecznym warunkiem, umożliwiającym racjonalną koordynację świadczeń jest równa ich dostępność i jednakowa wartość we wszystkich właściwych dla danego wypadku działach ubezpieczeń. Jeżeli bowiem w jednym dziale świadczenia będą wyższe, dłużej trwające i łatwiej dostępne, aniżeli w innym dziale ubezpieczeń, to najlepiej skonstruowane przepisy o koordynacji świadczeń nie zapobiegną masowemu wykorzystywaniu świadczeń korzystniejszych z pominięciem ryzyk właściwych. Niepomyślny stan naszego ubezpieczenia chorobowego w znacznej mierze wynika z braku wzgl. niedostatecznej rozbudowy robotniczego ubezpieczenia inwalidzkiego i na wypadek braku pracy.

Celem niniejszego artykułu nie są bynajmniej teoretyczne rozważania, lecz próba wysnucia konkretnych wniosków i wskazań dla naszego ustawodawstwa. Problemy poszczególne rozpatrzone będą na tle ubezpieczenia pracowników umysłowych, gdyż tylko dla tej kategorji pracowników mamy dotychczas równomiernie rozwinięte wszystkie działy ubezpieczeń.

1. ŚWIADCZENIA EMERYTALNE I ŚWIADCZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY.

Ubezpieczenie na wypadek braku pracy obejmuje utratę zarobku wyłącznie z przyczyn ekonomicznych, a więc przy istnieniu fizjologicznej zdolności do pracy (art. 17 p. 1 rozp. Prez. Rzp. o ub. prac. um.)*). W ubezpieczeniu inwalidowem robotniczem, gdzie warunkiem świadczeń jest utrata zdolności do pracy, warunki te wykluczają się wzajemnie i zbieg uprawnień nie może mieć miejsca. Natomiast w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdzie warunkiem uprawniającym do renty inwalidzkiej jest niezdolność do wykonywania zawodu (art. 24), może obok tej niezdolności istnieć jednocześnie ogólna zdolność do pracy, przedewszystkiem w odniesieniu do pewnych zawodów (artystycznych, technicznych), wymagających szczególnej sprawności fizjologicznej. Zesztywnienie palców dla muzyka powoduje niewątpliwą niezdolność wykonywania tego zawodu, nie zmniejsza jednak zdolności do pracy np. jako handlowca. Niezdolność zatem do wykonywania zawodu, wykonywanego przed otrzymaniem renty inwalidzkiej, nie wyklucza posiadania uprawnień do świadczeń na wypadek braku pracy. Trzeba tu podkreślić, że mimo, iż ustawodawca liczył się z możnością zarobkowania osób, pobierających renty inwalidzkie (art. 54), to jednak zarobku tego nie chroni na wypadek utraty z powodów ekonomicz-

*) W dalszym ciągu artykułu cytowane art. dotyczą wyłącznie rozp. Prez. o ubezp. prac. um.

nych. W myśl art. 5 p. 2 z chwilą zajścia niezdolności zawodowej ustaje obowiązek ubezpieczenia również i na wypadek braku pracy. W razie zatem utraty pracy przez rencistę uprawnienia do świadczeń z powodu braku pracy powstać już nie mogą. Wypadek zbiegu uprawnień zajść może zatem tylko jednarazowo w momencie uzyskania renty inwalidzkiej. W praktyce wypadki te są częste. Pracownicy, szczególnie starsi, tracący pracę wskutek — lub nieraz pod pozorem zmniejszenia zdolności zawodowej, wnosząc roszczenie o przyznanie renty inwalidzkiej równocześnie — wobec niepewności uzyskania renty i długiej nieraz procedury ubiegają się o świadczenia na wypadek braku pracy. Według ustalającej się praktyki sprawy te załatwiane są w ten sposób, że zasiłki z powodu braku pracy przyznawane są nie czekając na wynik badania zdolności do pracy, w razie zaś przyznania renty unieważniane jest przyznanie zasiłku z powołaniem się na brak zdolności do pracy; pobrane zaś zasiłki zaliczane są na poczet należnej za ten sam orkes czasu renty. Prawność tej praktyki może budzić wątpliwość; w świetle poprzednich wywodów wątpliwą wydaje się możność unieważnienia decyzji o przyznaniu zasiłków, skoro decyzja w sprawie rentowej stwierdza tylko brak niezdolności do wykonywania zawodu, a nie brak zdolności do pracy.

Jeszcze jaśniejszą jest sprawa zbiegu uprawnień do świadczeń z powodu braku pracy z prawem do renty starczej, uzależnionem wyłącznie od osiągnięcia przepisanej granicy wieku. Ponieważ wiek dla prawa do zasiłków z powodu braku pracy nie ma żadnego znaczenia, odmowa tego zasiłku w razie przyznania renty starczej opierać by się mogła tylko na stwierdzeniu w drodze kontrolnego badania niezdolności do pracy. Stwierdzenie niezdolności do pracy wbrew woli zainteresowanego, poza wypadkami chorób obłożnych, wydaje się szczególnie trudne, można się zatem obawiać masowych wypadków łącznego wykorzystywania obu uprawnień.

Świadczenia rentowe, które mogą wynosić 100 proc. zarobków, stanowią najpełniejszy może w ubezpieczeniach społecznych ekwiwalent utraconych zarobków, uzupełnianie ich przez świadczenia z tytułu braku pracy nie może mieć zatem żadnego słusznego uzasadnienia, co zresztą wyraźnie uznaje ustawa przez wykluczenie zarobków rencistów z ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Kwestja wyboru właściwego ryzyka jest tu łatwa do rozstrzygnięcia. Świadczenia rentowe uzależnione są od warunków trwałych, mogących istnieć w czasie zarobkowania, które prawa do renty nie wyklucza; świadczenia te są ponadto skonstruowane i pojęte jako trwałe zabezpieczenie bytu rencisty i jego rodziny, one zatem winny wykluczać możność uzyskiwania innych krótkotrwałych zasiłków.

Pożądane zatem jest, by pozytywny przepis ustawy wykluczył możność wykorzystywania omawianego zbiegu uprawnień, orzekając utratę praw do świadczeń na wypadek braku pracy z chwilą uzyskania prawa do renty — inwalidzkiej lub starczej.

Uwagi powyższe nie wyczerpują kwestji. Pozostaje jeszcze zagadnienie wyboru właściwego działu ubezpieczenia dla wypadków trwałego braku pracy, spowodowanego zarówno warunkami rynku pracy, jak i częściowem zmniejszeniem zdolności zawodowej — przedewszystkiem w późniejszym wieku — nie stanowiącem jednak inwalidztwa w rozumieniu ustaw ubezpieczeniowych. Zagadnienie to łączy się ściśle z kwestją ubezpieczenia na starość, wymaga ono specjalnego obszerniejszego omówienia.

2. DOBROWOLNA POMOC LECZNICZA A ŚWIADCZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY

Brak pozytywnych przepisów, normujących wypadki zbiegu uprawnień w tej dziedzinie, daje się szczególnie odczuwać w praktyce. Dominującą formą pomocy leczniczej, udzielanej przez instytucje ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa i śmierci (art. 61), stanowi umieszczenie chorego na koszt instytucji w zakładzie leczniczym z zapewnieniem mu pełnego utrzymania. Tę formę pomocy leczniczej można zatem uważać za równoznaczną ze świadczeniami, stanowiącemi ekwiwalent zarobku, tem bardziej jeśli weźmiemy pod uwagę postanowienia art. 62. W myśl art. 62 pracownik, niemający w czasie pobytu w zakładzie leczniczym prawa do wynagrodzenia ze strony pracodawcy, a posiadający rodzinę na swem utrzymaniu, otrzymuje zasiłek pieniężny, równy połowie renty, do jakiej miałby prawo w razie niezdolności zawodowej. Jeśli leczony jest rencistą (leczenie restytucyjne) renta ulega wstrzymaniu. Wobec tego przepisu wydawałoby się jasnem, że pracownik, pozostający w leczeniu, a nie pobierający wynagrodzenia służbowego, nie posiada prawa do świadczeń z powodu braku pracy. W ustawie brak jednak pozytywnego przepisu, na którym możnaby oprzeć odmowę świadczeń na czas leczenia. Leczenie zapobiegawcze (obecnie tylko to jest udzielane) stosowane jest przeważnie wobec osób jeszcze zdolnych do pracy, tu więc powodu do odmowy niema. Możnaby za powód taki uważać okoliczność, że w czasie leczenia powodem pozostawania bez pracy nie jest niemożność znalezienia zajęcia, stwierdzona drogą przestrzegania przepisów o kontroli i posiadająca swój odpowiednik w gotowości objęcia każdego zaproponowanego zatrudnienia. Uzasadnienie takie jest jednak do pewnego stopnia sztuczne; w czasie pobytu w lecznicy kontrola dla stwierdzania pozostawania bez pracy jest zbyteczna, a w razie zaofiarowania zajęcia pobyt w lecznicy nie stanowi przeszkody do natychmiastowego nawet przerwania kuracji (chodzi o ludzi zdolnych do pracy) i objęcia posady. Są jeszcze pozatem dwie przyczyny, utrudniające odmowę zasiłków na czas leczenia i wpływające na wytworzenie się wprost odwrotnej praktyki.

Jeśli się zważy, że termin leczenia oznacza swobodnie Zakład i że leczenie to zarządzane jest, przynajmniej w intencji ustawy, w interesie instytucji, najsłuszniejszem wydawałoby się zawieszanie na czas leczenia zasiłku z powodu braku pracy — bez skracania jednak okresu zasiłkowego. Możności takiego zawieszania ustawa nie daje. Prawo do zasiłku możnaby tylko całkowicie odebrać wobec utra-

ty warunków, lub conajwyżej na podstawie nieco sztucznie przeprowadzonej analogji ze świadczeniami pieniężnemi Kasy Chorych, wstrzymać zasiłek (art. 50 p. 9) z zaliczeniem czasu wstrzymania do okresu zasiłkowego.

Druga przyczyna tkwi w brzmieniu art. 62. Zasiłek dla leczonych, niemających prawa do wynagrodzenia a utrzymujących rodzinę, wynosi połowę należnej w razie zajścia inwalidztwa renty. Ponieważ zaś renta w razie inwalidztwa należy się tylko w wypadku przebycia okresu wyczekiwania, przeto i zasiłek z art. 62 jest uzależniony faktycznie od przebycia tego okresu. Dla ustanowienia takiego uzależnienia brak jest racjonalnej podstawy. Skoro ubezpieczeni nie mający okresu wyczekiwania mogą korzystać z pomocy leczniczej, nie powinni oni być wyłączani od dodatkowego świadczenia, mającego na celu umożliwienie korzystania z leczenia.

Oparcie wymiaru zasiłku o rentę inwalidzką i z innych względów wydaje się wadliwe. Zasiłek ten jest świadczeniem wybitnie krótkoterminowem, leczenie bowiem trwa przeważnie miesiąc, nader zaś rzadko przeciąga się na okres dłuższy niż trzy miesiące. Niecelowem przeto wydaje się wymierzanie go według zasad, stosowanych dla świadczeń długoterminowych — nawet i ze względów praktycznych, gdyż wymierzenie renty wymaga zwykle dość żmudnych obliczeń. Najwłaściwszem wydaje się zrównanie tego zasiłku z zasiłkiem wypłacanym przez Kasy Chorych w analogicznych zupełnie wypadkach t. j. w razie leczenia szpitalnego osób, posiadających rodzinę. Zasiłek z art. 62 wynosić winien zatem 30 proc. ostatniego wynagrodzenia. Dla rencistów zasiłek z art. 62 mógłby nadal wynosić połowę renty. Przy takiem unormowaniu wysokości zasiłku odpadłaby potrzeba przepisu, przyznającego prawo do zasiłku osobom, niemającym okresu wyczekiwania.

Dla uporządkowania kwestji zbiegu uprawnień do świadczeń z powodu braku pracy z pomocą leczniczą potrzebny byłby tylko przepis ustalający, że na czas przebywania ubezpieczonego w zakładzie leczniczym zawiesza się prawo do świadczeń z powodu braku pracy, bez skrócenia jednak okresu zasiłkowego.

3. DOBROWOLNA POMOC LECZNICZA A ŚWIADCZENIA NA WYPADEK CHOROBY

Brak ustawowego przepisu, koordynującego działalność leczniczą Zakładów Ub. Prac. Um. z ubezpieczeniem chorobowem, sprawia obecnie najwięcej kłopotu. W dzisiejszej sytuacji Zakłady lecząc w swych sanatorjach członków Kas Chorych, nawet niezdolnych do pracy, a więc przejmując na siebie częściowo obowiązki Kas, nie mają prawa żądania od Kas pokrycia części tych kosztów, Kasy Chorych zaś, mimo udzielenia przez Zakład pełnej pomocy leczniczej przez Zakład, nie mają podstawy do odmowy — w razie niezdolności do pracy — pełnego zasiłku chorobowego, mimo że w razie udzielenia leczenia sanatoryjnego przez Kasę należałby się zasiłek szpitalny (10 proc.) lub domowy (30 proc.). Orjentując się w tej sytuacji ubezpieczeni korzystający z pomocy leczniczej Zakładu, starają się udowodnić swą niezdolność do pracy w czasie leczenia i uzyskać zasiłek chorobowy z Kasy Chorych. Pobieranie pełnego zasiłku chorobowego w czasie pobytu na koszt Zakładu przez ubezpieczonych, mających nadto przeważnie prawo do normalnego wynagrodzenia służbowego ze strony pracodawcy (leczenie bywa łączone z urlopem wypoczynkowym lub zdrowotnym) jest zjawiskiem częstem, dającem się zaś zakwalifikować jako jaskrawe nadużycie uprawnień ubezpieczeniowych, możliwe tylko dzięki brakowi ustawowej koordynacji. Brakowi temu starają się zaradzić zainteresowane instytucje przez zawieranie umów, na podstawie których instytucje ubezpieczeń długoterminowych mają uzyskiwać od pracowników, jako warunek przyznania leczenia, cesję uprawnień do zasiłku z Kasy, cedowane zaś zasiłki Kasy przekazywać mają tym instytucjom, które ze swej strony wypłacać będą tylko zasiłki szpitalne wzgl. domowe. Takie cedowanie uprawnień ubezpieczeniowych musi budzić poważne zastrzeżenia prawne, trzeba jednak przyznać, że umowa, na mocy której Kasa zobowiązywałaby się do przekazywania zasiłku wprost instytucji zarządzającej leczenie, nie dawałaby Kasie podstawy do odmówienia zasiłku ubezpieczonym, bez względu na wysokość zobowiązań, jakie przyjęłaby na siebie instytucja ubezpieczeń długoterminowych. Cedowanie zobowiązań między instytucjami ubezpieczeniowemi w drodze umowy musi budzić zastrzeżenia conajmniej równie poważne, jak cedowanie uprawnień przez ubezpieczonego.

Brak koordynacji w omawianej kwestji idzie tak daleko, że korzystający z leczenia i pobierający zasiłek chorobowy mógłby, o ile posiada na utrzymaniu rodzinę i nie ma prawa do wynagrodzenia, żądać przyznania zasiłku z art. 62. Żeby temu zaradzić, wydana przez Związek Zakładów U. P. U. instrukcja o udzieleniu pomocy leczniczej wyjaśnia, że w tych wypadkach należy stosować art. 54 ust. 1 w myśl którego renta zmniejsza się o kwotę otrzymywanego zasiłku chorobowego, zasiłek więc z art. 62 winien wynosić połowę tak zmniejszonej renty.

Nieodzowny jest jednak przepis ustawy, na podstawie którego instytucja ubezpieczeń długoterminowych przejmując leczenie przejmowałaby równocześnie wszelkie prawa i zobowiązania Kasy Chorych z tytułu ubezpieczenia chorobowego, uzyskując jednocześnie regres do Kasy do wysokości zaoszczędzonych przez Kasę świadczeń pieniężnych. Przepis taki znajduje się w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem; życzyć sobie należy, by jaknajprędzej wprowadzony on został i do dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uzupełniony przepisem, wykluczającym prawo do zasiłku z art. 62 w razie otrzymywania zasiłku domowego.*)

*) Sprawa unormowania stosunków Zakładów U. P. U. do Kas Chorych była również omawiana na łamach „Przeglądu" w artykule p. S. Sasorskiego „Akcja zapobiegawcza w ubezpieczeniu emerytalnem pracowników umysłowych" (Przegląd Nr. 2, str. 39 z 1931 r.).

4. ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE NA WYPADEK CHOROBY I ŚWIADCZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY

Ponieważ zdolność do pracy jest jednym z zasadniczych warunków korzystania z zasiłków z powodu braku pracy, przeto zbieg uprawnień do dwu wskazanych rodzajów świadczeń powstać nie może. Natomiast omówić trzeba zagadnienia, w jakiej mierze choroba względnie korzystanie ze świadczeń na wypadek choroby wpływa na prawa do zasiłków z powodu braku pracy, czy je tylko odracza, czy kasuje. Rozwiązanie tej kwestji w ubezpieczeniu pracowników umysłowych wykazuje pewne luki.

Jak wynika z zestawienia art. 17 i 56 choroba, następująca bezpośrednio po utracie zajęcia (ew. będąca tej utraty przyczyną) lub nawet później, lecz przed zgłoszeniem roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy, bez względu na długość trwania nie ma żadnego wpływu ani na powstanie ani na długość okresu zasiłków z powodu braku pracy. W czasie bowiem choroby, połączonej z niezdolnością do pracy, nie powstaje prawo do świadczeń z powodu braku pracy, z powodu zaś niepowstania tego prawa nie biegnie przedawnienie roszczenia. Jeśli jednak choroba i niezdolność do pracy powstaje już po powstaniu prawa do świadczeń z powodu braku pracy, a więc w okresie zasiłkowym, natenczas w myśl ogólnego przepisu art. 56 p. 1 wobec zaistnienia braku warunku, wymaganego do przyznania świadczenia, ustawałoby prawo do świadczeń. Aby wypadek zachorowania wyłączyć z pod rygoru przepisu ogólnego specjalny przepis art. 50 p. 9 przewiduje wstrzymanie świadczeń z powodu braku pracy na czas korzystania ze świadczeń pieniężnych Kasy Chorych z tytułu ubezpieczenia z mocy art. 20, t. j. ubezpieczenia w Kasie Chorych przez Zakład Ubez. Prac. Um. w czasie pozostawania bez pracy. Ubezpieczenie z mocy art. 20 rozpoczyna się z chwilą utraty praw do świadczeń kasowych z tytułu poprzedniego członkowstwa, a więc po 4 tyg. od dnia utraty zajęcia, powstaje zatem pytanie, co dzieje się w razie korzystania ze świadczeń Kasy Chorych z tytułu poprzedniego członkowstwa lub w razie niekorzystania ze świadczeń kasowych w razie choroby połączonej z niezdolnością do pracy (v. p. 3). Czy w wypadku tym należy orzec utratę praw do świadczeń z powodu braku pracy w myśl art. 50 p. 1, czy też — wstrzymanie, stosując analogję z art. 50 p. 9, czy wreszcie — wobec braku przepisu szczególnego o wstrzymaniu odroczenie na czas braku warunku zdolności do pracy? To ostatnie rozstrzygnięcie — najlogiczniejsze i stosowane częściowo w praktyce — wydaje się wykluczone przez ustawę, która zdolność do pracy określa — chyba niewłaściwie — jako warunek powstania, a nie korzystania z prawa do świadczeń. I tekst ustawy i ustalona w dyrektywach Związku Zakładów wykładnia czas wstrzymania świadczeń na zasadzie art. 50 p. 9 wliczają do okresu zasiłowego, redukując tem samem ten okres o czas wstrzymania. Jeśli zatem zachorowanie nastąpi zaraz po powstaniu praw i zgłoszeniu roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy a choroba przeciągnie się na okres dłuższy niż 6 wzgl. 9 miesięcy, wówczas wogóle żadne świadczenia z powodu braku pracy nie będą wypłacone. Jak widzieliśmy zachorowanie przed zgłoszeniem roszczenia żadnych ujemnych skutków dla ubezpieczonego nie pociąga. Celem świadczeń na wypadek braku pracy jest zabezpieczenie pracownikowi środków utrzymania na pewien określony czas, w ciągu którego mógłby, będąc zdolnym do pracy, starać się i uzyskać inne odpowiednie zajęcie. Czas choroby, bez względu na moment jej powstania, nie powinien skracać tego okresu. I w tym zatem wypadku pożądanem jest uzupełnienie zbyt ogólnikowych postanowień dekretu konkretnym przepisem, w myśl którego świadczenia z powodu braku pracy na czas choroby, połączonej z niezdolnością do pracy, ulegałyby w każdym wypadku zawieszeniu bez skracania okresu zasiłkowego.

5. RENTA INWALIDZKA A ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE NA WYPADEK CHOROBY

Warunkiem świadczeń pieniężnych ubezpieczenia chorobowego, jest niezdolność do pracy wskutek choroby, warunkiem do renty inwalidzkiej — w ubezpieczeniu robotniczem — niezdolność do pracy wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych. Wyrażenie „upadek sił" mieści w sobie pojęcie o pewnej trwałości tego stanu, będącego raczej skutkiem niż objawem choroby, bezwzględna jednak trwałość upadku sił nie jest dla uznania inwalidztwa wymagana. Wszystkie ustawy ubezpieczeniowe znają pojęcie inwalidztwa przemijającego, bądź też wyraźnie odróżniają trwałą i nietrwałą niezdolność do pracy. Upadek sił nie wyklucza też istnienia choroby i potrzeby pomocy leczniczej. Ustawy ubezpieczeniowe przyznające jako świadczenie z ubezpieczenia inwalidzkiego pomoc leczniczą po wyczerpaniu pomocy Kasy Chorych przyznają ją i po uzyskaniu praw do renty. Z punktu widzenia lekarskiego ścisłe rozróżnienie między chorobą a upadkiem sił w większości wypadków przedstawiałoby znaczne trudności. Z tych względów słusznem wydaje się w wypadkach, gdy upadek sił poprzedzony jest chorobą, uzależnienie rodzaju świadczeń od długości trwania niezdolności do pracy. W tym kierunku idzie razem z nowoczesnemi ustawami zagranicznemi i polski projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem, w myśl którego niezależnie od ustalenia daty powstania inwalidztwa prawo do renty inwalidzkiej powstaje od dnia wyczerpania prawa do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego. Ma się rozumieć mogą zachodzić wypadki, gdy inwalidztwo powstaje bez poprzedniej choroby, połączonej z niezdolnością do pracy. Do wypadków tych należy przedewszystkiem niedołęstwo starcze. Wobec jednak istnienia renty starczej, jako osobnego świadczenia, można się spodziewać, że wypadki inwalidztwa, nie poprzedzonego chorobą, pozostawać będą w mniejszości.

Jak widzimy w razie równoczesnego istnienia choroby i upadku sił przyznaje ustawodawca do pew-

nego terminu pierwszeństwo ubezpieczenia na wypadek choroby. To pierwszeństwo, a także i samo ustalenie terminu wynika przedewszystkiem z finansowej konstrukcji obu działów ubezpieczenia, w szczegółowych przepisach mogą tu zatem zachodzić różnice. Powstaje pytanie, jakie świadczenia przysługują w razie przeciągania się choroby ponad okres świadczeń chorobowych. Niewątpliwie upadek sił jest zjawiskiem towarzyszącem każdej chorobie, wywołującej niezdolność do pracy, roszczenie zatem o rentę inwalidzką nie mogłoby być w tym wypadku odrzucone. Samo jednak wnoszenie roszczenia i przeprowadzanie badań uprawnień do renty inwalidzkiej wydaje się w tym wypadku zbyteczne. Przyznawana w tym wypadku renta inwalidzka musiałaby z konieczności mieć charakter prowizoryczny, po zakończeniu choroby musi być przeprowadzone drugie badanie w celu stwierdzenia inwalidztwa, jako trwalszego skutku a nie objawu choroby. Trzeba zaś podkreślić, że cała procedura postępowania w sprawach rentowych dostosowana jest właśnie do badania stanów trwałych. Z tych więc względów, raczej praktycznych, mających jednak doniosłe znaczenie, należałoby może w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem wzorem szeregu ustaw zagranicznych przyznać w razie przedłużania się choroby prawo do renty inwalidzkiej, traktując ją jako dalszy ciąg zasiłku chorobowego i na jego warunkach, przenosząc przez to moment wdrożenia właściwego postępowania rentowego do czasu końca choroby. Stwierdzanie niezdolności do pracy w czasie choroby przez komisje lekarskie Kasy Chorych winno być dla instytucji ubezpieczeń długoterminowych wystarczającem zabezpieczeniem przed możliwemi nadużyciami.

Jaknajdalej idące przepisy, w kierunku skłonienia ubezpieczonych do zgłaszania się i wykorzystywania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przed zgłoszeniem roszczenia o rentę inwalidzką zdaje się są szczególnie pożądane. Długotrwałe leczenie i obserwacje w Kasie Chorych stanowić mogą podstawowy materjał dla oceny późniejszych wniosków o rentę i zapobiegną próbom symulacji i agrawacji, leczenie zaś kasowe może niejednokrotnie przyczynić się do usunięcia lub zapobieżenia inwalidztwu.

Uwagi powyższe odnoszą się przedewszystkiem do ubezpieczenia robotniczego, lecz i w ubezpieczeniu pracowników umysłowych mogą znaleźć pełne uwzględnienie. Tu wprawdzie warunkiem uprawniającym do renty inwalidzkiej jest niezdolność do wykonywania zawodu. Niezdolność ta może, jak wyżej wskazywano, istnieć bez pełnej, ogólnej niezdolności do pracy. W tym zatem wypadku mogą powstać uprawnienia do renty inwalidzkiej mimo nieistnienia uprawnień do zasiłku chorobowego. Można przeto przyjąć, że w ubezpieczeniu pracowników umysłowych częstsze będą niż w robotniczem wypadki powstawania uprawnień wyłącznie do rent inwalidzkich. Wypadki jednak takiej ograniczonej, szczególnej niezdolności do wykonywania zawodu są naogół rzadkie; w większości wypadków, co i praktyczne doświadczenie wykazuje, niezdolność do wykonywania zawodu łączy się z ogólną niezdolnością do pracy. Istnieje zatem i możność i powody zastosowania w ubezpieczeniu pracowników umysłowych tych samych zasad koordynacji świadczeń chorobowych i inwalidzkich, co w ubezpieczeniu robotniczem — z pozostawieniem, narówni zresztą i z ubezpieczeniem robotniczem, możności uzyskiwania odrazu rent inwalidzkich, po ewentualnem poprzedniem stwierdzeniu przez Kasę Chorych nieistnienia uprawnień do pieniężnych świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby.

W rozp. Prez. o ubezp. prac. um. problem omawiany jest raczej odmiennie rozstrzygnięty. Jedyny w tej sprawie przepis art. 54 ust. 1 nakazuje zmniejszanie renty o kwotę jednocześnie pobieranego zasiłku chorobowego. Przepis ten uznaje zatem równocześnie istnienie uprawnień do świadczeń obu działów ubezpieczenia. Wobec przyjęcia takiego stanowiska jakiekolwiek bliższe powiązanie tych świadczeń staje się prawie niemożliwe. Wydaje się jednak wątpliwem, czy wyciągnięcie aż tak daleko idących konsekwencyj z różnicy między niezdolnością do pracy a niezdolnością do wykonywania zawodu nie jest tylko teoretycznie uzasadnione.

Art. 54 ust. 1 może dotyczyć jeszcze jednego wypadku, a mianowicie zbiegu renty z zasiłkiem chorobowym, otrzymywanym z ubezpieczenia w Kasie Chorych z tytułu zajęcia wykonywanego już po otrzymaniu renty inwalidzkiej. Jest to możliwe, gdy z art. 54 ust. 2 przewiduje możność zarobkowania po otrzymaniu renty, niezdolność zaś do wykonywania poprzedniego zawodu, uprawniającą do renty, nie wyklucza obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. Zasiłek chorobowy winien w tym wypadku wpływać na wysokość renty tylko w tym stosunku, jak zarobek w miejsce którego wchodzi, to jest redukować rentę tylko wtedy, gdy zasiłek wraz z rentą przekracza podstawę wymiaru renty i tylko o nadwyżkę ponad tę podstawę.

6. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW PRZY PRACY A ŚWIADCZENIA NA WYPADEK CHOROBY.

W przeważnej części ustawodawstw zagranicznych, a również i w ustawodawstwie polskiem, konstrukcja ubezpieczenia od wypadków przy pracy opiera się na zasadzie ryzyka zawodowego, t. j. na rozszerzonej odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za szkody, powstałe dla pracownika bezpośrednio wskutek pracy w danem przedsiębiorstwie. Zasada ryzyka zawodowego wyraża się przedewszystkiem w ponoszeniu kosztów tego działu ubezpieczenia wyłącznie przez pracodawcę. Tkwiący w świadczeniach z tytułu ubezpieczenia od wypadków pierwiastek prywatno-prawny rozstrzyga już poniekąd o zasadach, na jakich oparte być winno uregulowanie zbiegu uprawnień do tych świadczeń z uprawnieniami do świadczeń z innych działów ubezpieczeń społecznych. Posiadanie uprawnień do innych świadczeń nie może wykluczyć ani zmniejszyć praw do świadczeń z ubezpieczenia od wypadków.

W wypadku zbiegu uprawnień do świadczeń z powodu wypadku przy pracy z uprawnieniami u-

bezpieczenia na wypadek choroby, pełne zrealizowanie zasady pierwszeństwa świadczeń wypadkowych nie da się przeprowadzić ze względów czysto praktycznych. Każdy wypadek przy pracy lub zachorowania na chorobę zawodową wymaga przedewszystkiem natychmiastowej pomocy leczniczej, do której udzielenia musi być powołana Kasa Chorych, ubezpieczenie od wypadków nie posiada bowiem własnej rozbudowanej sieci urządzeń leczniczych. Teoretycznie należałoby w każdym wypadku udzielenia pomocy wdrażać postępowanie w instytucji ubezpieczenia od wypadków celem uzyskania zwrotu wyłożonych kosztów. Znaczna większość wypadków przy pracy powoduje konieczność udzielenia tylko krótkotrwałej pomocy leczniczej i świadczeń pieniężnych. Dla uniknięcia kosztów administracyjnych w tych wypadkach uzależniają ustawy ubezpieczeniowe obowiązek zwrotu kosztów przez instytucje ubezpieczenia od wypadków od dłuższego trwania okresu niezdolności do pracy i pomocy leczniczej. W myśl projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem okres ten wynosi 14 dni. Dopiero jeśli świadczenia kasowe trwają dłużej, zwraca instytucja ubezpieczenia od wypadków koszty swiadczeń tak rzeczowych, jak i pieniężnych, powstałych od pierwszego dnia choroby.

Jediak i przy tym systemie znaczna większość roszczeń, zgłaszanych do instytucji ubezpieczenia od wypadków, nie prowadzi do przyznania świadczeń na czas dłuższy, niż normalny okres praw do świadczeń Kasy Chorych. Skutkiem zatem przeprowadzonego postępowania powstaje tylko rozrachunek między instytucjami, a nie zwiększenie świadczeń dla ubezpieczonego.

Ta ogromna ilość bezprzedmiotowych roszczeń, stanowi jedną z największych bolączek ubezpieczenia od wypadków. Zaoszczędzenie zbędnych kosztów administracyjnych mogłoby być w znacznej mierze osiągnięte przez przedłużenie okresu, w ciągu którego świadczenia tak pieniężne, jak i w naturze przypadają w całości na ubezpieczenie chorobowe. Może to być z łatwością osiągnięte w drodze odpowiedniego skalkulowania składki ubezpieczeniowej w obu działach tam, gdzie ubezpieczenie od wypadków nie jest oparte na zasadzie ryzyka zawodowego, jak np. w austrjackiem ubezpieczeniu od wypadków pracowników umysłowych. Jednak i przy utrzymaniu zasady ryzyka zawodowego rzecz ta nie wydaje się niemożliwa do przeprowadzenia; koszty świadczeń, udzielonych przez Kasę Chorych w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, mogłyby być pokrywane przez instytucję ubezpieczenia od wypadków przez przekazanie części składki lub też pokrywane bezpośrednio przez pracodawców w formie opłacanego przez nich dodatku do składki na ubezpieczenie chorobowe, odpowiednio zróżniczkowanego w zależności od kategorji niebezpieczeństwa. Rozwiązanie takie musiałoby być naturalnie oparte na dokładnej analizie statystycznej świadczeń ubezpieczenia wypadkowego. Przy tej konstrukcji roszczenia o świadczenia wypadkowe mogłyby być zgłaszane dopiero po zakończeniu kuracji względnie po upływie pełnego okresu świadczeń chorobowych, analogicznie jak i w ubezpieczeniu inwalidzkiem. Instytucja ubezpieczenia od wypadków stałaby się wówczas instytucją dla ubezpieczenia wyłącznie długoterminowego, co bezwątpienia wpłynęłoby na zmniejszenie kosztów administracyjnych i ułatwiłoby organizacyjne zespolenie ubezpieczenia od wypadków z ubezpieczeniem inwalidzkiem i emerytalnem.

7. ŚWIADCZENIA WYPADKOWE A ŚWIADCZENIA INWALIDZKIE (EMERYTALNE).

Z prywatno-prawnego charakteru renty wypadkowej wynika, że nawet w razie istnienia uprawnień do renty inwalidzkiej renta wypadkowa nie może być zmniejszona ani zawieszona. Powstaje pytanie, czy pobieranie renty wypadkowej, stanowiącej pełny ekwiwalent utraconego zarobku, powinno w całości wykluczyć prawo do świadczeń z ubezpieczenia inwalidowego, jakby to wynikało z zasad racjonalnej koordynacji świadczeń. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że ubezpieczenie inwalidowe jest poniekąd formą indywidualnej oszczędności pracownika na wypadek utraty zdolności zarobkowej, której owoców nie powinien on być w całości pozbawiony dlatego, tylko, że utrata ta nastąpiła w warunkach, rodzących prawo od odszkodowania. Ewentualne prawo do odszkodowania, oparte wyłącznie na zasadach prawa cywilnego (poza obrębem ustaw ubezpieczeniowych), nie zmniejsza w żadnej mierze praw do renty inwalidzkiej. Pozatem renty wypadkowe nie stanowią nigdy pełnego ekwiwalentu utraconego zarobku, lecz są zmniejszane o pewien odsetek, stanowiący odpowiednik udziału pracownika w odpowiedzialności za wypadek w zatrudnieniu: ta część zarobku winna być w każdym razie pokryta przez ubezpieczenie inwalidzkie. Ustawy ubezpieczeniowe rozwiązują to złożone zagadnienie w ten sposób, że redukują wprawdzie znacznie uprawnienia z ubezpieczenia inwalidzkiego, zabezpieczają jednak dla pracownika część tych uprawnień. Ustawa austrjacka, nieoparta na zasadzie ryzyka zawodowego, zmniejsza przy zbiegu uprawnień sumę rent o połowę renty mniejszej, ustawa niemiecka zmniejsza kwotę zasadniczą renty inwalidzkiej o taką część, w jakim stosunku pozostaje przyznana renta wypadkowa do renty pełnej. Według ustawy austrjackiej ma pracownik zapewnioną zawsze połowę renty inwalidzkiej, według niemieckiej przynajmniej kwotę wzrostu, wynoszącą 15% składek. W ustawodawstwie polskiem kwestja ta jest stanowczo mniej szczęśliwie rozwiązana. Według projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, rentę inwalidzką zmniejsza się o połowę renty wypadkowej, w ubezpieczeniu pracowników umysłowych ponadto z zastrzeżeniem, że suma obu rent nie może przekraczać przeciętnych zarobków z całego czasu ubezpieczenia, stanowiących podstawę wymiaru renty inwalidzkiej. Przy tym systemie renta wypadkowa w wielu wypadkach może całkowicie wykluczać świadczenia z ubezpieczenia inwalidzkiego, jeśli np. zarobki ubezpieczonego, uwzględnione przy wymiarze renty wypadkowej przekraczałyby górną granicę poliiczalności zarobków do ubezpieczenia emerytalnego lub jeśli przeciętna płaca podstawowa była niska wskutek poprzednich niskich zarobków, renta zaś wypadkowa wymierzona była od krótko posiadanych zarobków wyższych. Mimo trrudności, wynikających z odmiennego systemu wymiaru świadczeń (brak roz-

różnienia kwoty zasadniczej i kwoty wzrostu renty) możliwe byłoby pewne zabezpieczenie praw pracownika i uniezależnienie ich od momentu przypadkowości przez ustalenie pewnego procentowego wymiaru renty inwalidzkiej, zależnego od długości ubezpieczenia i wymiaru przyznanej renty wypadkowej.

Dla omawianego zagadnienia nie jest bez znaczenia okoliczność, w jakim momencie powstało prawo do renty wypadkowej. Jeżeli wypadek w zatrudnieniu spowodował tylko częściową utratę zdolności do pracy i przyznana została odpowiednia częściowa renta, to wówczas obniżenie zarobków, wynikające ze zmniejszonej zdolności do pracy wpływa już na obniżenie uprawnień w ubezpieczeniu inwalidzkiem; uprawnienia zatem, wynikające z ubezpieczenia po przyznaniu renty wypadkowej, nie powinny w żadnym wypadku ulegać zmniejszeniu wskutek posiadania prawa do renty wypadkowej. Wypadek przy pracy i powstanie prawa do renty wypadkowej może zajść również i po przyznaniu renty z ubezpieczenia emerytalnego. Dekret o ubezpieczeniu pracowników umysłowych wyraźnie przewiduje zarobkowanie przez rencistów, co jest koniecznem przy oparciu prawa do renty na niezdolności do wykonywania zawodu, a nie ogólnej niezdolności do pracy. Renta uzyskana w tych warunkach, powinna wpływać na wysokość świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego ściśle w tej samej mierze, co i sam zarobek, którego jest ekwiwalentem. Renta zatem inwalidzka powinna ulegać zmniejszeniu tylko wtedy, gdy wraz z rentą wypadkową przekracza podstawę swego wymiaru i tylko o wysokość tej nadwyżki, renta zaś starcza winna pozostawać bez zmiany, skoro i zarobek osiągany po przyznaniu renty starczej na jej wysokość nie wpływa. Różnica ta między rentą starczą a inwalidzką, uzasadniająca właściwie odmienne ich traktowanie tylko w razie późniejszego powstania prawa do renty wypadkowej, jest powodem, że art. 53 dekretu z 24. XI 1927 r. ogranicza redukcję świadczeń tylko do renty inwalidzkiej. Przepis ten jednak prowadzi do wypadków nielogicznych. Jeżeli pracownik, pobierający częściową rentą wypadkową, pracuje nadal i staje się inwalidą przed ukończeniem 65 lat życia, otrzymuje wówczas rentę inwalidzką zredukowaną, jeśli jednak pracuje aż do 65 lat, otrzymuje obie renty w pełnym wymiarze. Dlaczegóż wcześniejsze zajście inwalidztwa prócz niemożności podwyższenia uprawnień przez dłuższe ubezpieczenie powodować ma i tę różnicę? Jeśli wypadek przy pracy zajdzie po ukończeniu 63 i pół lat życia i powoduje pełne inwalidztwo, wówczas pracownik może albo odrazu otrzymać zredukowaną rentę inwalidzką, albo przeczekać do ukończenia 65 lat i będąc jeszcze w okresie zachowania uprawnień zgłosić roszczenie o rentę starczą i otrzymać ją w pełnym wymiarze. Próba usunięcia tych nielogiczności przez przyjęcie wykładni, że renta inwalidzka z chwilą ukończenia przez rencistę 65 lat życia zamienia się w rentę starczą i przestaje podlegać ograniczeniom, przewidzianym tylko dla renty inwalidzkiej, nie prowadzi do racjonalnych wyników, dlaczego bowiem inwalida, otrzymujący przez wiele lat rentę zredukowaną miałby po ukończeniu 65 lat, gdy potrzeby jego raczej się zmniejszają niż zwiększają, otrzymać rentę pełną? Wykładnia zresztą taka nie miałaby należytej podstawy w ustawie.

Jedynem racjonalnem i słusznem unormowaniem sprawy wydaje się rozciągnięcie przepisu o redukcji rent również i na rentę starczą, jak to czynią wszystkie ustawy zagraniczne, przyczem możnaby zachować nieredukowanie renty starczej w wypadkach następnego uzyskania renty wypadkowej.

8. ŚWIADCZENIA WYPADKOWE A ŚWIADCZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY.

Możliwość zbiegu uprawnień do tych świadczeń wydaje się raczej teoretyczna, wobec zależności prawa do świadczeń z powodu braku pracy od zdolności do pracy. Mogą jednak zachodzić wypadki, gdy brak pracy już po odzyskaniu zdolności do pracy jest wynikiem wypadku lub choroby zawodowej, a mianowicie, gdy w skutku tych zdarzeń konieczna jest zmiana zawodu a zatem i przeszkolenie, lub gdy utrata zajęcia nastąpiła wskutek wypadku. Niektóre ustawy zagraniczne przyznają w tych wypadkach pełną rentę wypadkową lub podwyższają wymiar rent częściowych do wysokości renty pełnej (t. zw. renta przeszkolenia). Prawo do świadczeń z powodu braku pracy musi być w tych wypadkach naturalnie wyłączone. Potrzeba wspomnianych świadczeń wydaje się w pełni uzasadniona.

M. BROJEWSKI

WPŁYW DODATKÓW NA WYSOKOŚĆ RENTY W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Na rentę starczą lub inwalidzką zgodnie z brzmieniem art. 38—40 rozp. Prez. o ubezp. przec. um. składają się następujące kwoty:

a) kwota zasadnicza

b) kwota wzrostu renty — po 120 miesiącach ubezpieczenia

c) dodatek na stałą opiekę (bezradności), o ile zachodzą warunki konieczne (art. 40 ust. 1), oraz

d) dodatek na dzieci poniżej 18 lat życia, względnie ponad 18 lat życia, na warunkach przewidzianych w art. 28 ust. 3 i 4.

Kwota zasadnicza, którą oznaczymy przez K, wynosi 40% podstawy wymiaru świadczeń emerytalnych, czyli:

1) $$K = 0{,}4\,L$$

gdzie L oznacza podstawę wymiaru świadczeń emerytalnych.

Kwota wzrostu renty rozpoczyna się po 120 miesiącach, przebytych w ubezpieczeniu. Wzrasta ona co miesiąc o $^1/_6\%$ podstawy wymiaru świadczeń emerytalnych. Jeżeli oznaczymy ilość miesięcy składkowych przez x, a kwotę wzrostu renty przez N(x), to z powyższego widzimy, że N(x) jest funkcją zmienną x i wówczas otrzymamy wzór:

2) $N(x) = {}^1/_{600}\,(x - 120)\,.\,L.$ dla $120 < x \leqslant 480$

Właściwa zaś renta starcza lub inwalidzka bez dodatków — M(x) będzie sumą wzorów (1) i (2) czyli

(3) $M(x) = K + N(x)$ dla $120 < x \leqslant 480$

i $M(x) = 0.4\,L.$ dla $60 \leqslant x \leqslant 120$

Według art. 40 ust. 1 „osoba, otrzymująca rentę inwalidzką lub starczą, o ile potrzebuje stałej opieki i pomocy innych osób, otrzymuje dodatek w wysokości różnicy między rentą pobieraną, a podstawą jej wymiaru"; jest to powszechnie znany dodatek bezradności, który oznaczymy przez B (x), wówczas będzie:

(4) $B(x) = L - M(x)$

Zgodnie zaś z art. 40 ust. 2 „osoba, otrzymująca rentę inwalidzką lub starczą, otrzymuje na każde dziecko (art. 28 i 29) niżej osiemnastu lat życia względnie ponad osiemnaście lat życia na warunkach przewidzianych w art. 28 ust. 3 i 4, jedną dziesiątą kwoty zasadniczej (art. 38 ust. 2), *z tem, iż renta łącznie z dodatkiem na dzieci, lecz bez dodatku przewidzianego w ustępie pierwszym, nie może przekroczyć podstawy wymiaru renty* (art. 33 ust. 3 i 4)".

Jeżeli oznaczymy dodatek na dzieci przez G(x), a ilość dzieci ubezpieczonego przez n, to art. 40 ust. 2 możemy matematycznie wyrazić następującemi wzorami:

(5) $G(x) = 0{,}1\,K_n$ o ile zachodzi:

$M(x) + 0{,}1\,K_n \leqslant L$

(5^1) $G(x) = L - M(x)$ o ile zachodzi oraz:

$M(x) + 0{,}1\,K_n > L$

stąd widzimy, że $0{,}1\,K_n \leqslant L - M(x)$

Weźmy pod uwagę ubezpieczonego, który czyni zadość następującym warunkom:

1° uprawniony jest do renty starczej lub inwalidzkiej,

2° stan jego zdrowia wymaga stałej opieki i pomocy innych osób; przysługuje mu dodatek bezradności,

3° posiada pewną ilość dzieci poniżej osiemnastu lat lub nawet ponad 18 lat życia, ale na warunkach przewidzianych w art. 28 ust. 3 i 4,

— wówczas całkowita renta wraz z dodatkami — R (x) według wzorów (1) do (5) będzie wynosić:

(6) $R(x) = M(x) + B(x) + G(x)$

Ze wzoru (3) mamy:

$M(x) = K + N(x)$, gdzie K jest wartością stałą, niezależną od ilości miesięcy składkowych, istnieje tylko przy $x \geqslant 60$. Funkcja N(x) jest określona i ciągła w przedziale (120, 480) oraz rosnąca; w punkcie $x \leqslant 120$ wartość jej równa się zero, w punkcie zaś $x = 480$ wartość jej według wzoru (2) będzie:

7) $N(480) = 0{,}6\,L.$ — jest to wartość największa.

W punktach wewnętrznych przedziału (120, 480) funkcja N(x) przyjmuje wartości pośrednie i tylko dodatnie.

Zbadajmy wartość funkcji R(x) w punkcie x=480, czyli zobaczmy jaka jest wysokość renty ubezpieczonego, który ma 480 miesięcy składkowych oraz czyni zadość warunkom wyszczególnionym pod 1° 2° i 3°.

Ze wzoru (3) mamy: $M(480) = K + N(480)$. Zamiast K podstawmy jej wartość ze wzoru (1), a dla funkcji N (480) — wartość ze wzoru (7) wtedy:

$M(480) = 0{,}4\,L + 0{,}6\,L$

(8) $M(480) = L$

podstawiając tę wartość do wzoru (4) otrzymamy:

$B(480) = 0$ (dodatek bezradności $= 0$)

oraz do wzoru (5), będzie:

$G(480) = 0$ (dodatek na dzieci $= 0$)

przy tych wartościach funkcja R (480) przyjmie wartość (wzór (6)):

$R(480) = L.$

Przenosząc ostatnie równanie na art. 40 Dekretu, możemy powiedzieć, że ubezpieczony, mający 480 miesięcy składkowych, niezależnie od ilości dzieci, na które przysługuje dodatek ,oraz niezależnie od jego stanu zdrowia (prawo do pobierania dodatku bezradności)— otrzymuje resztę łącznie z dodatkami na dzieci i opiekę w wysokości równej podstawie wymiaru świadczeń emerytalnych.

Sprawa nieco inaczej przedstawia się dla ubezpieczonego, który czyni zadość wyżej wyszczególnionym tym samym warunkom 1° 2° i 3°, lecz posiada mniej miesięcy składkowych, niż 480, czyli dla którego X zachodzi nierówność:

(9) $120 < x < 480$

Ze wzoru (4) widzimy, że gdy funkcja M(x) rośnie, to B(x) maleje i suma $M(x) + B(x) = L$ bez względu jak wielkie jest x, na wartość funkcji R(x) nie wpływa.

Dalej ze wzorów (2) i (3) widzimy, że gdy zachodzi nierówność (9), to:

$M(x) < L$

ponieważ M (x) jako funkcja rosnąca w przedziale (120, 480), otrzymuje swój kres górny $= L$ jedynie w ostatnim punkcie tego przedziału, t. j. dla $x = 480$. Stąd oraz na podstawie wzorów (5) i (5^1) widzimy, że:

$G(x) > 0$

A zatem wnioskujemy, że gdy zachodzi nierówność (9), to ze wzrostem funkcji M (x) dla pewnego n funkcja G (x) w pewnym przedziale zmienności x maleje; przedział ten powiększa się wraz ze wzrostem liczby n, a znika wtedy, gdy $n = 0$.

Ze wzoru (6) mamy:

$R(x) = M(x) + B(x) + G(x)$

$R(x) = L + G(x)$ dla $120 < x < 480$

$R(x) - G(x) = L$

a ponieważ $G\,x > 0$ więc:

$R(x) > L$ dla $120 < x < 480$

czyli $R(x) > R(480)$ „ „ „ „;

ostatnia nierówność, o którą nam chodziło, wskazuje, że funkcja R (x) w pewnym przedziale zmienności X staje się malejąca.

Innemi słowy: ubezpieczony czyniący zadość warunkom 1°, 2° i 3°, a nie mający 480 miesięcy składkowych może pobierać rentę większą od podstawy wymiaru świadczeń emerytalnych.

Wnioski powyższe przedstawiamy na konkretnym przykładzie; przyjmujemy, że podstawa wymiaru świadczeń emerytalnych L = 400 zł., ilość dzieci, na które przysługuje ubezpieczonemu dodatek do renty-- n = 10.

Przebieg funkcji R (x) t. j. miesięcznej renty wraz z dodatkami w zależności od zmiennej X — ilości miesięcy składkowych — wykazuje nam poniższa tabelka:

x	M(x)	B(x)	G(x)	R(x)
60	160	240	160	560
120	160	240	160	560
180	200	200	160	560
240	240	160	160	560
300	280	120	120	520
360	320	80	80	480
420	360	40	40	440
480	400	—	—	400

Z powyższej tabelki widzimy, że jeżeli weźmiemy pod uwagę 2-ch ubezpieczonych, z których pierwszy przebył w ubezpieczeniu 5 lat, a drugi — 40 lat; podstawa wymiaru świadczeń emerytalnych dla obu jest równa 400 zł.; obaj mają prawo do renty; na równi potrzebują opieki i pomocy innych osób i obaj posiadają po 10 dzieci, za które przysługuje dodatek, wówczas pierwszy ubezpieczony otrzyma 560 zł. renty miesięcznej, a drugi tylko — 400 zł.

Jest to wypadek krańcowy, który praktycznie w naszych warunkach zdarzyć się nie może. Chodziło tylko o wykazanie wpływu, jaki wywiera dodatek na dzieci przy wymiarze renty dla różnych lat ubezpieczenia. Udowodniliśmy na drodze teoretycznej, że różnica spowodowana dodatkiem na dzieci wzrasta wraz ze wzrostem liczby n; przy liczbie dzieci mniejszej, różnica ta jest mała, ale zawsze istnieje.

Dlatego weźmy jeszcze jeden przykład, który jest więcej życiowy; założenia przyjmujemy z poprzedniego przykładu; przypuśćmy tylko, że liczba dzieci, na które przysługuje dodatek jest równa — 3.

Przy tych warunkach przebieg funkcji R (x) jest następujący:

x	M(x)	B(x)	G(x)	R(x)
60	160	240	48	448
120	160	240	48	448
180	200	200	48	448
240	240	160	48	448
300	280	120	48	448
360	320	80	48	448
420	360	40	40	440
480	400	—	—	400

Znowu widzimy, że jeżeli mamy 2-ch ubezpieczonych, z których pierwszy przebył w ubezpieczeniu 5 lat, a drugi — 40 lat, podstawa wymiaru świadczeń emerytalnych dla obu jest równa 400 zł. ;obaj mają prawo do renty; narówno posiadają prawo do dodatku bezradności oraz mają po 3 dzieci, za które przysługuje dodatek, wówczas pierwszy ubezpieczony otrzyma 448 zł. renty miesięcznej łącznie z dodatkami, a drugi tylko — 400 zł.

Wszczególnym wypadku, gdyby ci dwaj ubezpieczeni nie mieli dzieci, na które przysługiwałby dodatek, renta miesięczna dla obu byłaby ta sama.

Poruszony w artykule niniejszym wypadek może nie jest jednym z najważniejszych problemów w ubezpieczeniu pracowników umysłowych; jeżeli dziś jednak rozwinęła się poważna dyskusja nad istniejącemi przepisami i szczegółowa analiza, mająca dostarczyć materjału do przyszłej nowelizacji dekretu, pożądanem byłoby, aby poruszony wyżej problem znalazł się również wśród kwestyj mających ulec zmianie.

SAMUEL KLACZKO

NOTATKI STATYSTYCZNE Z UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY W NIEMCZECH

W ciągu czterdziestu lat zgórą działania ubezpieczeń na wypadek choroby w Niemczech zebrany został ogromny materjał statystyczny, rzucający ciekawe światło na stosunki wewnętrzne i tendencje rozwojowe tego ubezpieczenia. Z materjału tego wynikają liczne wnioski ciekawe i pouczające, które postaramy się przedstawić w niniejszym artykule.

Cele ubezpieczeń chorobowych są, jak wiadomo, dwojakie. Kasy Chorych mają udzielać chorym ubezpieczonym i ich rodzinie pomocy materjalnej oraz pomocy leczniczej. Pierwszy z tych celów — pomoc materjalna — początkowo w Niemczech przeważał i w wydatkach Kas Chorych na świadczenia dla ubezpieczonych odgrywał rolę poważniejszą. Z biegiem jednak czasu ten stan rzeczy znacznie się zmienił i obecnie na pierwszym planie w działalności Kas stoi już lecznictwo. Zilustruje to zjawisko najlepiej następujące zestawienie:

	% wydatków na świadczenia pieniężne	% wydatków na świadczenia lecznicze	Ogółem
1885—1889	49,3	42,3	91,6
1890 - 1894	46,9	45,6	92,5
1895—1899	44,4	48,4	92,8
1900—1904	45,0	47,0	92,0
1905—1909	44,6	48,2	92,8
1910—1913*)	42,2	50,0	92,2
1924—1928	41,3	51,0	92,3

Jak widzimy, w ciągu całego okresu istnienia Kas Chorych odsetek ogólnej sumy świadczeń do ogółu wydatków pozostaje prawie niezmieniony i wynosi przeciętnie około 92%. Wewnątrz jednak ogółu wydatków na świadczenia widzimy wyraźną tendencję do obniżenia odsetku świadczeń pieniężnych i do podniesienia się w związku z tem odsetka świadczeń leczniczych. Gdy bowiem w pierwszem pięcioleciu istnienia Kas Chorych (1885—1889) świadczenia pieniężne stanowiły 49,3% (blisko połowę), zaś świadczenia lekarskie tylko 42,3% ogólnej sumy wydatków, to obecnie stosunek wzajemny świadczeń przekształcił się w zupełnie odwrotny sposób i w pięcioleciu 1924 -1929 świadczenia pieniężne stanowią tylko 41,3%, zaś świadczenia lekarskie — 51%, t. j. więcej aniżeli połowę wszystkich wydatków. Zaznaczona tendencja dała się zauważyć dość wcześnie, bo już w drugiem pięcioleciu istnienia Kas Chorych.

Stwierdzony wyżej spadek odsetka wydatków Kas niemieckich na świadczenia pieniężne nie oznacza bynajmniej spadku absolutnych kwot pieniężnych, wydatkowanych przez Kasy na te świadczenia. Przeciwnie, kwoty te dosyć szybko i nieprzerwanie wzrastają. Wolniej jednak aniżeli kwoty, wydatkowane na świadczenia lecznicze, co dobitnie ilustrują nam liczby następujące:

Na 1 ubezpieczonego przeciętnie rocznie przypada kosztów (w mark. niem.):

	Świadczeń pieniężnych	Świadczeń leczniczych	Razem
1885—1889	6,14	5,30	11,44
1890—1894	6,84	6,68	13,52
1895—1899	7,00	7,65	14,65
1900—1904	8,67	9,18	17,85
1905—1909	10,96	11,86	22,82
1910—1913	12,36	14,71	27,07
1924—1928	29,70	36,66	66,36

*) Ze względów zrozumiałych opuściliśmy lata wojny światowej i inflacji.

Jak widzimy, kwota ogólna świadczeń na jednego ubezpieczonego podniosła się w ciągu okresu 40 zgórą lat z 11,44 m. n. do 66,36 m. n., to znaczy prawie 6 razy. Jednak za tenże czas kwota świadczeń leczniczych podniosła się z 5,30 m. n. do 36,66 m. n.,to znaczy prawie siedem razy, gdy kwota świadczeń pieniężnych wzrosła z 6,14 m. n. do 29,70 m. n., to znaczy zaledwie pięć razy.

W tym nierównomiernym wzroście świadczeń obydwu rodzajów odzwierciadla się wpływ szeregu okoliczności praktycznych i przepisów ustawowych. Te ostatnie mniej znacznie krępują wzrost świadczeń leczniczych, aniżeli pieniężnych. Nie każde bowiem zapadnięcie powoduje niezdolność do pracy, a co zatem idzie wypłatę zasiłków. Ponadto normy zasiłkowe są bardziej ograniczone ustawowo i rozszerzane być mogą tylko w bardzo nieznaczny sposób. Natomiast świadczenia lecznicze zarówno pod względem swej formy jak i zakresu nie podlegają prawie żadnym ograniczeniom, przytem lecznictwo ciągle się rozwija i podnosi się stale poziom kulturalny ludności ubezpieczonej; wszystkie te przyczyny wraz z rozwijaną propagandą higjeny niewątpliwie powiększają zastępy ubiegających się o świadczenia lecznicze, co znów wpływa na powiększanie się wydatków na te świadczenia.

II

Wśród świadczeń pieniężnych pierwsze miejsce zajmują oczywiście zasiłki z powodu niezdolności do pracy, wywołanej chorobą. Wzrost świadczeń pieniężnych przypadających na ubez., wykazany powyżej, należy z tego powodu tłómaczyć przedewszystkiem, jako skutek zwiększonej zapadalności ubezpieczonych na choroby połączone z niezdolnością do pracy. Dowodem tego są liczby, przytoczone w poniższem zestawieniu, w którem podane są odpowiednie spółczynniki niezdolności za cały okres lat od 1885 do 1928 r.:

	Na 100 ubezpieczonych przeciętnie rocznie przypada		Na jedno zapadnięcie przypada dni choroby
	zapadnięć z niezdolności do pracy	dni niezdolności do pracy	
1885—1889	36,24	5,63	15,6
1890—1894	36,16	6,10	16,9
1895—1899	35,70	6,20	17,2
1900—1904	37,78	7,07	18,6
1905—1909	40,18	8,01	20,0
1910—1913	41,72	8,40	20,0
1924 - 1928	50,12	12,37	24,7

Z liczb powyższych wynika, że zapadalność na choroby w ciągu omawianego okresu czasu podniosła się 1,4 razy, a długotrwałość jednego zapadnięcia 1,6 razy, zatem więc ryzyko chorobliwości (ilość dni niezdolności na 100 ubezpieczonych) 2,2 razy.

Wyżej podane było, że przeciętna roczna kwota świadczeń pieniężnych, przypadająca na jednego ubezpieczonego, wzrosła w okresie lat 1885 -1928 pięć,

ściśle biorąc — 4,84 razy. Skoro więc ryzyko chorobliwości podniosło się za tenże okres, jak to dopiero co obliczyliśmy, 2,2 razy tylko, to stąd wypływa wniosek, że na wzrost kwoty świadczeń pieniężnych we wskazanej mierze (4,84) — musiał również wywrzeć swój wpływ i wzrost zarobków osób ubezpieczonych. Miarę tego wpływu możemy bez specjalnych trudności określić, dzieląc 4,84 przez 2,2; rezultat otrzymany wskazuje na to, iż zarobki ubezpieczonych wzrosły również 2,2 razy. Idąc dalej tą drogą możemy nawet ustalić, zgruba coprawda, ale z dość dużem przybliżeniem, wysokość absolutną przeciętnych zarobków. W tym celu wystarczy podzielić kwotę świadczeń pieniężnych, przypadającą na jednego ubezpieczonego, przez wysokość ryzyka (ilość dni choroby na jednego ubezpieczonego w roku), uważając zaś otrzymany iloraz jako 60% normę zasiłkową od zarobku dzien., łatwo będziemy mogli obliczyć następnie wysokość przeciętnego zarobku dziennego. W zestawieniu poniższem podajemy obliczone w ten sposób liczby z wykazaniem wzrostu ich w stosunku do okresu 1885 — 1889 r., przyjętego jako 100.

	Przeciętna roczna kwota świadczeń pieniężnych		Liczba dni niezdolności do pracy jednego ubezpieczonego w ciągu roku		60 % norma zasiłku dziennego (w markach) A : B	Wysokość zarobku dziennego (w markach)	
	absol.	wzgl.	absol.	wzgl.		absol.	wzgl.
1885—1889	6 14	100	5,63	100	1,09	1,80	100
1890—1894	6,84	111,4	6,10	108,3	1,12	1,87	103 9
1895—1899	7,00	114,0	6,20	110,1	1,13	1,88	104,4
1900—1904	8,67	111,2	7,07	125,6	1,23	2,05	110,4
1905—1909	10,96	178,5	8,01	142,3	1,36	2,28	126,7
1910—1913	12,36	201,3	8,40	149,2	1,47	2,45	136,1
1924—1928	29,70	483,7	12,37	219,7	2,40	4,00	222,2

Z powyższych liczb jasno wynika, iż na wzrost przeciętnej kwoty świadczeń pieniężnych większy wywierał wpływ wzrost liczby dni niezdolności do pracy, niż wzrost zarobków.

Z kolei należy wyjaśnić, jak reagowała składka członkowska na tak szybki wzrost chorobowości i kosztów świadczeń, skoro zarobki nie wykazują równie szybkiego wzrostu. W tym celu porównamy przedewszystkiem wzrost kosztów wszystkich świadczeń, przypadających na 1 ubezpieczonego, ze wzrostem przeciętnego zarobku ubezpieczonych:

	Kwota wszystkich świadczeń na 1 ubezpieczonego		Kwota rocznego zarobku ubezpieczonego	
	absol.	wzgl.	absol.	wzgl.
1885—1889	11,44	100	540	100
1890—1894	13,52	118,2	561	103,9
1895—1899	14,65	128,1	564	104,4
1900—1904	17,85	156,9	615	110,4
1905—1909	22,82	199,5	684	126.7
1910—1913	26,07	236,6	735	136,1
1924—1928	66,36	580,1	1200	222,2

Tabelka powyższa przesądza w zupełności odpowiedź na postawione wyżej pytanie. Oczywiście musiano w miarę wzrostu świadczeń odpowiednio podnosić stopę składki członkowskiej, co też stwierdza zestawienie poniższe, w którem podajemy liczby absolutne i względne, dotyczące składki członkowskiej oraz jej stopy % w stosunku do zarobków.

	Wysokość przeciętnej składki członkowskiej jednego ubezpieczonego		Wysokość stopy % składki członkowskiej	
	absol.	wzgl.	absol.	wzgl.
1885—1889	13,64	100	2,53%	100
1890—1894	14,50	106,3	2,58%	102,0
1895—1899	16,25	119,1	2,88%	113,8
1900—1904	19,00	139,3	3,09%	122,1
1905—1909	24,53	179,8	3,59%	141,9
1910—1913	29,05	213.0	3,95%	156,1
1924—1928	76,68	562,2	6,39%	252,6

Składka członkowska podniosła się z 13,64 m. n. w okresie 1885—1889 do 76,68 m. n. w okresie 1924 -1928, to znaczy 5,62 razy. Skoro jednak zarobki podniosły się tylko 2,2 razy, z konieczności musiano zwiększyć stopę procentową składki do 6,39% od zarobku osób ubezpieczonych, co stanowi wzrost 2,53 razy. Przy pomnożeniu tej liczby przez 2,2 (miara wzrostu zarobków) otrzymamy właśnie liczbę 5,62, stanowiącą miarę wzrostu składki członkowskiej w markach, odpowiadającą mniej-więcej wzrostowi świadczeń (5,8).

Podkreślić należy ten fakt, że stopa procentowa składki członkowskiej w Niemczech w okresie 1924—1928 stanowi przeciętnie 6,39% od zarobku i jest przeto prawie zupełnie identyczna z przyjętą u nas stopą procentową składki. Jeśli jednak uwzględnimy, że w Niemczech stopa składki nie jest zafiksowana ustawowo, jak u nas, i podana wyżej jej wysokość ustalona została stopniowo w miarę wzrostu potrzeb — możemy wywnioskować, że ta właśnie stopa określa w obecnych warunkach gospodarczych i życiowych wysokość kosztów ubezpieczenia na wypadek choroby, i to może nawet w zakresie międzynarodowym.

III

Główny Związek Kas Chorych w Niemczech, obejmujący około 2/3 ogólnej liczby ubezpieczonych na wypadek choroby, podaje w swym roczniku za r. 1929 ciekawe dane, oświetlające wpływ wielkości Kasy oraz jej obszaru działalności na wysokość ryzyka chorobowości oraz udzielonych świadczeń. Kasy i miasta podzielone zostały na 3 grupy, małe, średnie i duże, przyczem do małych zaliczono Kasy, mające do 10.000 członków, do średnich — od 10.000 do 50.000 członków i dużych — ponad 50.000 członków. Do małych miast zaliczono miasta, liczące do 50.000 mieszkańców, do średnich — liczące od 50.000 do 100.000 mieszkańców, do dużych — ponad 100.000 mieszkańców.

MUZEUM BIBLIOTEKA

Wyjaśnimy najpierw wpływ Kasy czy miasta w zależności od ich rozmiarów na wysokość ryzyka długości choroby. Liczby odpowiednie podaje zestawienie następujące:

Liczba dni niezdolności do pracy połączonej z chorobą	Kasy			Miasta			Kasy w miejscowościach miejskich
	małe	średnie	duże	małe	średnie	duże	
Do 10 dni	17,56 %	4,56 %	—	16,58 %	4,18 %	1,06 %	18,29 %
Od 10 do 14 dni	46,69 %	25,14 %	6,59 %	49,85 %	34,14 %	8,76 %	43,10 %
Od 14 do 18 dni	29,78 %	47,30 %	51,09 %	29,23 %	42,18 %	52,22 %	30,51 %
Ponad 18 dni	5,97 %	23,00 %	42,32 %	4,34 %	19,50 %	37,96 %	8,10 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Liczby powyższe wskazują, jaki odsetek osób ubezpieczonych był niezdolny do pracy w ciągu określonej liczby dni. Widzimy więc, że odsetki osób, niezdolnych do pracy przeciętnie do 10 dni i od 10 do 14 dni spadają w miarę tego, jak od Kas albo miast małych przechodzimy do średnich i dużych, i odwrotnie, jak odsetki się podnoszą, gdy chodzi o niezdolność do pracy, trwającą od 14 do 18 i ponad 18 dni (na jednego ubezpieczonego w roku). Kasy położone w miejscowościach wiejskich, zajmują pod danym względem miejsce pośrednie między Kasami i miastami małemi a średniemi.

W zestawieniu powyższem zwraca jeszcze uwagę zupełna identyczność liczb dla Kas i miast jednakowego typu. Niewątpliwy jest w danym wypadku wpływ miast na Kasy, typ bowiem Kasy i charakter jej uzależnione są od typu i charakteru miasta, w którem jest ona położona. Toteż Kasy jednakowej nawet wielkości inne wykazują stosunki pod tym względem w zależności od tego, w jakim, co do rozmiarów, mieście się znajdują. Dowodzą tego liczby następujące:

Liczba dni niezdolności do pracy połączonej z chorobą	Kasy małe			Kasy średnie			Kasy duże		
	w miastach			w miastach			w miastach		
	małych	średnich	dużych	małych	średnich	dużych	małych	średnich	dużych
Do 10 dni	17,24%	7,16%	5,57%	—	3,34%	3,77%	—	—	—
Od 10 do 14 dni	49,11%	49,04%	20,40%	68,41%	27,25%	18,16%	—	100,0%	5,20%
Od 14 do 18 dni	29,13%	36,95%	47,63%	31,59%	45,19%	53,77%	—	—	51,85%
Ponad 18 dni	4,52%	6,85%	26,40%	—	24,22%	24,30%	—	—	42,95%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	100%	100%

Jak widzimy z zestawienia powyższego, wielkość miasta decyduje o przeciętnej długości okresu niezdolności do pracy. Bez względu na wielkość Kasy (mała, średnia czy duża) ryzyko niezdolności do pracy wzrasta w zależności od rozmiarów miasta. W miarę tego jak przechodzimy od miast mniejszych do większych ryzyko małe (do 14 dni) spada, ryzyko większe (ponad 14 dni) podnosi się.

Nie mniej ciekawe są liczby, ustalające wpływ wielkości miasta na wysokość wydatkowanych kwot na świadcz. leczn. I tu można zaobserwować wpływ większych miast na wysokość wydatków świadczeniowych. Oto są dane dotyczące kosztów pomocy leczniczej:

(Patrz tabelka obok)

	Wysokość kwot, wydatkowanych na jednego ubezpieczonego	% ubezpieczonych w Kasach, położonych w			
		miastach małych	miastach średnich	miastach dużych	miejscowościach miejskich
Na pomoc lekarską	Do 11 m. n.	38,48	21,92	2 37	47,99
	Od 11 do 16 „	54,19	63,73	67,13	47,38
	Ponad 16 „	7,33	14,35	30,50	4,63
	Ogółem . .	100	100	100	100
Na leki i środki pom.-lecznicze	Do 8 m n.	33,85	30,93	18,44	53,94
	Od 8 do 12 „	56,64	57,77	48,96	41,94
	Ponad 12 „	9,51	11,30	32,60	4,12
	Ogółem . .	100	100	100	100

Najmniejsze są wydatki na pomoc lekarską i środki lecznicze oczywiście w Kasach, położonych w miejscowościach wiejskich, albowiem tu na większe odsetki ubezpieczonych przypadają mniejsze kwoty wydatków. Inna jest sytuacja w miastach, gdzie im większe miasto, tem większy odsetek ubezpieczonych pochłania większe kwoty wydatków na pomoc lekarską i leki.

Wpływ wielkości obszaru działania Kas na wydatki świadczeniowe można wytłumaczyć w sposób następujący: w większych miastach ubezpieczeni pracują przeważnie w przemyśle i komunikacji, w których praca, jak wiadomo, powoduje większą zapadalność na choroby, a więc częstsze korzystanie ze świadczeń Kas, przez co powiększają się ich wydatki na zasiłki, lekarzy i leki. *)

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

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

IX. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 4 lutego 1931 r.

Skierowanie wezwania na rozprawę przed Sądem Ubezpieczeniowym bezpośrednio do strony chorej umysłowo, z pominięciem jej ustawowego kuratora — nie pociąga za sobą żadnych skutków prawnych i jest uważane za istotną wadę postępowania.

Wyciąg z uzasadnienia:

Orzeczeniem Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa z dnia 10.VII.1928 r. odmówiono wnioskowi powoda o przyznanie mu renty inwalidzkiej z tem uzasadnieniem, że nie zachodzi jeszcze u niego inwalidztwo w rozumieniu § 1255 Ordynacji Ubezpieczeniowej.

Wniesione przez powoda przeciw temu orzeczeniu odwołanie zostało z tej samej przyczyny oddalone wyrokiem Wyższego Urzędu Ubezpieczeń z dnia 20 marca 1929 r.

Od tego wyroku wniósł powód w ustawowym czasie rewizję z wnioskiem na jego uchylenie i przyznanie mu żądanej renty.

Zastępca pozwanego Zakładu wniósł na nieuwzględnienie rewizji.

W postępowaniu rewizyjnem ustalono na podstawie akt kurateralnych, że powód jest umysłowo upośledzonym i że dekretem Sądu Opiekuńczego w Mikołowie ustanowiono mu dnia 20.X.1928 r. kuratora.

Wobec powyższego ustalenia stwierdzić należy, że powód w postępowaniu przed Wyższym Urzędem Ubezpieczeń nie był należycie zastąpiony, gdyż jego kurator jako ustawowy zastępca o czynnościach prawnych ani zawiadomiony, ani do rozprawy wzywany nie był. Oświadczenia zaś samego powoda są bez znaczenia.

Jest to istotna wada postępowania i dlatego należało rewizję zgodnie z przepisem § 1697 Ord. Ubezp. uwzględnić i jak powyżej orzec.

X. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wyższego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 21 października 1930 r.

W razie przekroczenia terminu wniesienia odwołania — okoliczność, że winę spóźnienia ponosi osoba trzecia, której strona dała polecenie sporządzenia pisma odwoławczego, nie stanowi przyczyny do przywrócenia omieszkanego terminu do poprzedniego stanu.

Pozwany Zakład odrzucił orzeczeniem z dnia 26.VI.1929 wniosek powoda o przyznanie mu renty inwalidzkiej z tem uzasadnieniem, że prawo do świadczeń z tytułu opłacania składek ubezpieczeniowych zostało utracone.

Przeciw temu orzeczeniu wniósł powód odwołanie, które atoli jako spóźnione odrzucone zostało wyrokiem Wyższego Urzędu Ubezpieczeń z dnia 9 maja 1930 r.

Od tego wyroku wniósł powód rewizję z wnioskiem na jego uchylenie i przyznanie mu żądanej renty.

Zastępca pozwanego Zakładu wniósł na nieuwzględnienie rewizji.

Rewizja powoda jest nieuzasadniona.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń zgodnie z treścią aktów ustalił, że orzeczenie pozwanego Zakładu doręczono powodowi dnia 3.VII.1929 r., zaś pismo odwoławcze wpłynęło dopiero 9.I. 1930 r.

Ponieważ czasokres do wniesienia odwołania (§ 1675, 128 Ord. Ub.) wynosi jeden miesiąc licząc od dnia doręczenia zaczepionego orzeczenia, przeto odwołanie to jest niewątpliwie spóźnione.

Zgodnie wreszcie z przepisem § 131 Ord. Ubezp. Wyższy Urząd Ubezpieczeń ustalił, że okoliczność, iż winę spóźnienia odwołania ponosi podobno pisarz, któremu powód dał polecenie sporządzenia pisma odwoławczego, nie stanowi przyczyny dla przywrócenia omieszkanego terminu do poprzedniego stanu, więc nie może usprawiedliwiać spóźnienia odwołania.

---

*) ŹRÓDŁA:

1. Statistik des Deutschen Reichs, Band 289. Krankenversicherung 1914.
2. Ditto. Band 331. Krankenversicherung 124.
3. Dr. Friedrich Zahn. Wirkung der deutschen Sozialversicherung, 1915.
4. Soziale Medizin, Nr. 9, September 1930.
5. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrgang 1929, Heft Nummer 12. Statistik der Sozialversicherung 1928.
6. Die Reichsversicherung, Nr. 5, 1930.
7. Wl. Woytinsky. Die Welt in Zahlen. Zweites Buch. Die Arbeit.

Zaczapiony rewizją wyrok Wyższego Urzędu Ubezpieczeń odpowiada tak treści aktów, jak i przepisom prawa w tym względzie obowiązującego, a ponieważ również i postępowanie nie wykazuje istotnych wad, to we wniesionej rewizji powoda brak przyczyn rewizyjnych z § 1697 Ord. Ubezp. i dlatego jej nie uwzględniono.

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH. ROZP. PREZYDENTA RZPLITEJ Z DNIA 24.XI 1927 r. (DZ. U. Nr. 106, POZ. 911).

Dyrektywy Związku Zakładów U. P. U. w sprawie jednolitego stosowania niektórych przepisów rozp. Prezydenta Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uchwalone na posiedzeniu Rady Zarządzającej Związku w dniu 29.IV 1931 r.

XVI. Zawarcie związku małżeńskiego z ubezpieczonym po ukończeniu przez niego 55 lat życia jest okolicznością, wykluczającą w myśl art. 26 ust. 2 p. 2 prawo do renty wdowiej bez względu na to, czy małżeństwo zawarte było przed, czy po powstaniu obowiązku ubezpieczenia oraz bez względu na to, czy zawarte było przed, czy po terminie wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Uzasadnienie.

Pod pojęciem „ubezpieczony", użytem w art. 26 ust. 2 p. 2 należy rozumieć nietylko ubezpieczonego czynnego, ubezpieczonego faktycznie wzgl. podlegającego w danym momencie obowiązkowi ubezpieczenia, lecz każdą osobę, pozostającą w związku prawnym z Zakładem Ubezpieczeń z tytułu jej ubezpieczenia. W tym tylko znaczeniu wyraz „ubezpieczony" używany jest w wielu przepisach rozporządzenia jak np. w art. 8, 31, 52 i t. d. Odmienne (węższe) rozumienie tego wyrazu prowadziłoby tak w odniesieniu do art. 26 jak i do innych przepisów do wyników absurdalnych.

Postanowie art. 26 ust. 2 p. 2 jest wyrazem tendencji nieobejmowania ubezpieczeniem ryzyka owdowienia, gdy kobieta wychodzi zamąż za ubezpieczonego w starszym wieku. Ryzyko to jest bowiem wtedy większe i skutkiem tego większe też musiałoby być obciążenie Zakładów, nie mające uzasadnienia z punktu widzenia społecznego (dzieci nie są wyłączone od prawa do rent sierocych).

Przepis art. 26 ust. 2 p. 2 wszedł w życie z dniem 1 stycznia 1928 r., a wobec tego ma on zastosowanie we wszystkich wypadkach, w których okoliczność, uprawniająca do renty wdowiej (owdowienie) zaszła po tym terminie. Wynika to również z przepisu art. 145 ust. 1, który postanawia, że osoby, ubezpieczone po 1.I.1928 r., które przedtem były ubezpieczone w myśl dawnych ustaw o ubezpieczeniu funkcjonarjuszów (urzędników) prywatnych, nabywają uprawnienia do świadczeń emerytalnych w wysokości i pod warunkami, unormowanemi rozporządzeniem Prezydenta.

Jeżeli chodzi o obszar, na którym nie było ubezpieczenia, to również poprzednie wypadki zawarcia małżeństw podlegają normie art. 26 ust. 2 p. 2, gdyż prawo do renty wdowiej powstaje dla wdów po ubezpieczonych, którzy rozpoczęli ubezpieczenie po wejściu w życie dekretu Prezydenta, a ten wyklucza prawo do rent wdowich w omawianych wypadkach.

XVII. Jeżeli zgłoszenie do ubezpieczenia zostało uskutecznione po zajściu okoliczności, uprawniających do świadczeń emerytalnych (niezdolność do wykonywania zawodu, wiek starczy, śmierć), które czynią zgłoszenie w myśl art. 112 ust. 2 nieważnem, nie przysługuje Zakładowi prawo ściągania od pracodawcy składek ubezpieczeniowych.

Uzasadnienie.

Tytułem prawnym obowiązku opłacania składek jest podleganie ubezpieczeniu w Zakładzie Ubezpieczeń Pracow. Umysłowych i zaliczenie odpowiednich miesięcy do ubezpieczenia, co wynika z postanowień art. 101 w związku z art. 106 ust. 1, 111 i 112 ust. 1. Obowiązkowi opłacania składek zawsze odpowiada obowiązek zaliczenia pracownikowi do ubezpieczenia odpowiednich miesięcy z jedynem zastrzeżeniem, wynikającem z art. 112 ust. 1, w związku z art. 110, że w razie nieuskutecznienia zgłoszenia w czasie właściwym zalicza się dodatkowo najwyżej trzyletni okres, podczas gdy na podstawie art. 110 ust. 1 przysługuje Zakładowi w pewnych wypadkach prawo przymusowego ściągnięcia składek za pięcioletni okres czasu wstecz.

Z powyższego wynika niedopuszczalność egzekwowania składek ubezpieczeniowych w razie uskutecznienia zgłoszenia do ubezpieczenia po zajściu okoliczności, uprawniających do świadczeń emerytalnych, gdyż wówczas zgłoszenie nie pociąga za sobą przewidzianych w rozporządzeniu skutków prawnych t. j. odpowiedni okres czasu nie może być pracownikowi zaliczony do ubezpieczenia (art. 112 ust. 2), a zatem ubezpieczenie pracownika nie dochodzi do skutku.

Odmienne stanowisko oznaczałoby dopuszczalność wymierzania i egzekwowania składek ubezpieczeniowych wyłącznie w charakterze represji karnej. Takie stanowisko nie miałoby podstaw prawnych, gdyż odpowiedzialność pracodawcy za zaniedbanie dokonania przepisanych zgłoszeń ustalona jest osobnemi, wyraźnemi przepisami rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, mianowicie art. 112 ust. 3 i art. 135, z których pierwszy normuje odpowiedzialność cywilną pracodawcy, obejmującą wszystkie szkody, wynikłe z zaniechania obowiązku zgłoszenia we właściwym czasie, co wyklucza obarczanie pracodawcy jakąkolwiek inną odpowiedzialnością poza ewent. odpowiedzialnością karną, którą ustala szczególny przepis art. 135.

XVIII. Dla oceny uprawnień do zaopatrzenia na podstawie art. 160 i art. 161 ust. 2 bez znaczenia jest okoliczność, że osoba, zgłaszająca roszczenie o zaopatrzenie, nie została faktycznie objęta ubezpieczeniem w myśl przepisów, obowiązujących przed 1 stycznia 1928 r., mimo że w myśl tych przepisów istniał w stosunku do niej obowiązek ubezpieczenia, jak również bez znaczenia jest okoliczność, że osoba zgłaszająca roszczenie było ubezpieczona na podstawie przepisów obowiązujących przed 1. I. 1928 r., lecz utraciła wynikające z tego ubezpieczenia uprawnienia.

Uzasadnienie.

Wyrażone wyżej zapatrywanie w kwestji uprawnień do zaopatrzenia z mocy art. 161 ust. 2 osób, które,

podlegając obowiązkowi ubezpieczenia przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta Rzplitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w myśl ustaw dawniej obowiązujących, faktycznie jednak ubezpieczeniem nie zostały objęte wskutek niezgłoszenia ich przez pracodawców, znajduje uzasadnienie tak z punktu widzenia prawno-ubezpieczeniowego, jak i społecznego.

Postanowienie art. 160 ani bezpośrednio ani pośrednio nie wyklucza od zaopatrzenia na rachunek Skarbu Państwa tych osób, które powinny były być ubezpieczone w myśl dawniej obowiązujących ustaw, mimo że w szeregu innych przepisów przejściowych, umotywowanych nieistnieniem obowiązkowego ubezpieczenia na pewnem terytorjum (art. 154, 156, 157, 162) osobowy zakres działania tych przepisów został wyraźnie ograniczony do pracowników, zatrudnionych na tem terytorjum. Nie bez znaczenia jest tu także wzgląd, że zaopatrzenie z art. 160 i 161 ma charakter świadczenia, którego tytułem jest poprzednia praca przez określony okres minimalny.

Fakt, że dana osoba powinna była być zgłoszona do ubezpieczenia nie może wpływać na prawo jej do zaopatrzenia i z tego chociażby względu, że w dawnych ustawach brak było przepisu, precyzującego odpowiedzialność cywilną pracodawcy za zaniedbanie zgłoszenia pracownika, jak to czyni art. 112 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta. Nie są znane na terenie b. Zakładów dzielnicowych wypadki uzyskania przez pracownika odszkodowania na drodze procesu sądowego.

Nie można przy rozważaniu powyższej sprawy brać pod uwagę, że pracownik mógł sam dokonać zgłoszenia, gdyż jak wykazuje praktyka — pracownicy z możności tej nie korzystają z obawy przed utratą zajęcia.

Wreszcie podkreślić należy, że w wielu wypadkach wartość roszczenia odszkodowawczego jest bardzo problematyczna, a to ze względu na ewentualne nieistnienie odpowiedzialnego pracodawcy (likwidacja przedsiębiorstwa i t. p.) względnie na niewypłacalność pracodawcy w granicach roszczenia odszkodowawczego.

Okoliczność, że dana osoba powinna była być ubezpieczona na podstawie dawniej obowiązujących ustaw, mogłaby wykluczać prawo do zaopatrzenia wtedy tylko, gdyby z tego tytułu miała zapewnione niezbędne środki utrzymania.

KRONIKA

UBEZPIECZENIE GÓRNICZE NA OBSZARZE B. DZIELNICY AUSTRJACKIEJ.

Polskie ustawodawstwo o przymusowem ubezpieczeniu społecznem górników nie jest jednolite. Zależnie od dzielnicy obowiązują w tym względzie ustawy pruskie względnie austrjackie, znowelizowane przez ustawy polskie — stosownie do zmienionych warunków politycznych i gospodarczych.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest omówienie tylko ubezpieczenia górniczego na terenie b. dzielnicy austrjackiej. Działa ono na podstawie austrjackiej ustawy z dnia 28 lipca 1889 roku o urządzeniu stosunków bractw górniczych, które na zasadzie powszechnej ustawy górniczej są lub będą utworzone (dz. ust. p. austr. z 1889 r. Nr. 127) w brzmieniu dekretu Prez. Rzplitej z dnia 22 marca 1928 r. w sprawie zmiany niektórych przepisów prawnych, dotyczących ubezpieczenia w bractwach górniczych (Dz. U. R. P. z 1928 r., Nr. 36, poz. 339) i obowiązuje na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego oraz cieszyńskiej części województwa śląskiego (na tem ostatniem obowiązuje ustawa z 1889, w brzmieniu nieznowelizowanem).

Ubezpieczenie powyższe wykonują trzy instytucje, a mianowicie: 1) Bractwo Górnicze w Krakowie — na obszarze województwa krakowskiego, w którem są ubezpieczeni górnicy i hutnicy Zagłębia Krakowskiego, 2) Kasa Bracka w Borysławiu — na obszarze zagłębia naftowego, w której są ubezpieczeni górnicy, zatrudnieni w kopalniach wosku ziemnego w Borysławiu oraz w Dźwiniaczu pod Stanisławowem i 3) Kasa Bracka Zakładów górniczych „Silesia" w Czechowiczach pod Dziedzicami.

Jakkolwiek powyższe instytucje oparte są na jednej ustawie, to jednak pod względem organizacyjnym, jak również pod względem wysokości składek oraz wypłacanych świadczeń różnią się między sobą i z tego powodu należy działalność ich przedstawić oddzielnie.

1) Bractwo Górnicze w Krakowie powstało dnia 1 czerwca 1928 roku, wskutek przymusowego złączenia 5-ciu Kas Brackich, istniejących na obszarze dzisiejszego województwa krakowskiego, z pośród których większość nie była zdolna do samodzielnego życia wskutek dewaluacji przedwojennego majątku. Członkowie tego Bractwa zatrudnieni są w ośmiu kopalniach węgla, w jednej kopalni soli, w dwóch kopalniach rudy względnie cynku i w dwóch zakładach hutniczych. W końcu 1930 r. Bractwo posiadało 10.349 członków czynnych. W myśl ustawy i statutu Bractwo zobowiązane jest wypłacać renty: 1) członkom, którzy z powodu choroby, starości lub wypadku przy pracy stali się trwale niezdolni do wykonywania swej pracy zawodowej, 2) wdowom po członkach lub rencistach, 3) pozostałym po członkach i rencistach ślubnym i nieślubnym dzieciom — aż do ukończenia 16 roku życia, 4) wstępnym, rodzeństwu i wnukom członków lub rencistów przez czas pozostawania w niedostatku. Pozatem Bractwo obowiązane jest wypłacać zasiłki pogrzebowe.

Bractwo Górnicze w Krakowie funkcjonowało od dnia powstania w tak ciężkich warunkach finansowych, że bez wydatnej pomocy ze strony państwa nie mogłoby wywiązywać się ze swych zobowiązań. Przyczyną tego jest wspomniana powyżej dewaluacja funduszów Bractwa, które przed wojną dosięgały kwoty 5 miljonów koron oraz anormalny w ostatnich latach wzrost rent, będący następstwem redukcyj pracowników. Gdyby redukcyj nie było, robotnicy o mniejszej niezdolności do pracy nie staraliby się o renty, wykonując lżejsze roboty w kopalniach i hutach, a zarabiając więcej, niż wynosi renta.

W ciągu roku 1928 przybyło 181 rencistów, 72 wdowy i 68 sierot, w r. 1929 ilość rencistów wzrosła znacznie: przybyło 330 rencistów, 104 wdowy i 153 sieroty. W r. 1930 przybyło 251 rencistów i 45 wdów, liczba sierot zmniejszyła się o 102. W końcu 1930 r. Bractwo wypłacało renty 2877 rencistom, 1243 wdowom i 882 sierotom. Wysokość rent, wypłacanych przez

Bractwo jest niezależna od długości ubezpieczenia, danego rencisty, sumy wpłaconych przez niego składek oraz jego zarobku. Wszyscy renciści otrzymują rocznie po 300 zł., wdowy bezdzietne po 150 zł., wdowy z 1 dzieckiem po 225 zł., wdowy z 2 lub więcej dziećmi po 300 zł., sieroty zupełne po 150 zł., wstępni po 75 zł.

Poza Bractwem działają jeszcze w zakresie omawianego ubezpieczenia 2 t. zw. Biura lokalne, administrujące: a) Funduszem Zapomogowym członków byłego Wspólnego Bractwa Górniczego w Krakowie (jedna kasa dla kilku zakładów, która istniała przed powstaniem obecnego Bractwa), oraz b) Funduszem Zapomogowym przy Jaworznickich Komunalnych Kopalniach Węgla w Jaworznie.

Wymienione wyżej biura lokalne udzielają rencistom dodatkowych zapomóg, których wysokość uzależniona jest od ilości lat ubezpieczenia i wynosi od 5 zł. do 30 zł. miesięcznie. Zapomogi udzielane są z funduszów, które powstają z dobrowolnych dodatków do ustawowych składek oraz z oznaczonej części dochodów z nieruchomości Bractwa. Powstałemi w ten sposób funduszami administrują Biura lokalne.

Dochody Bractwa w 1930 r. wynosiły ogółem 1.364.770 zł., w tem największe pozycje stanowiły dochody ze składek (779.140 zł.) i subwencja Skarbu Państwa (529.141 zł.)). Na pozostałą kwotę dochodów złożyły się: czysty dochód z domu Bractwa (43.295 zł.), odsetki od funduszu rezerwowego (12.374 zł.), wreszcie inne drobne dochody (820 zł.).

Wśród wydatków Bractwa, których suma ogólna równa się dochodom, pierwsze miejsce zajmują wydatki na świadczenia (1.171.405 zł.), a następnie koszty administracyjne (112.364 zł.) i różne niewielkie wydatki. Czysty dochód, osiągnięty z domu Bractwa został rozdzielony w następujący sposób: do funduszu odnowienia domu przelano 2.715 zł., do funduszu zapomogowego członków byłego Wspólnego Bractwa Górniczego w Krakowie 27.310 zł., do funduszu zapomogowego członków byłej Jaworznickiej Kasy Brackiej w Jaworznie 2.240 zł. i do funduszu rezerwowego Bractwa Górniczego w Krakowie 11.030 złotych. Ten ostatni fundusz powiększony został ponadto o kwotę 5.646 zł., stanowiącą część uzyskanych odsetek z tego funduszu w 1930 r. W końcu roku 1930 majątek Bractwa wynosił ogółem 908.604 zł., w tem fundusz rezerwowy 775.812 zł.

Sytuacja finansowa Bractwa jest dość ciężka. Preliminarz budżetowy na 1931 r. przewiduje niedobór w wysokości około 100.000 zł., ma być on pokryty drogą podwyżki miesięcznej składki z 6,20 zł. na 7,20 zł. Podwyżka ta obowiązuje już od kwietnia 1931 r. (vide rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 marca 1931 r. w sprawie podwyższenia minimalnych składek w ubezpieczeniu górniczem, obowiązującem na obszarze województw krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego oraz tarnopolskiego (Dz. U. R. P. Nr. 24, poz. 142)).

Przyczyny wspomnianych powyżej trudności finansowych Bractwa ujawnią się najwyraźniej, jeżeli rzucimy wzrok na podaną poniżej tablicę, zawierającą liczby czynnych członków, rencistów i wdów byłych Kas Brackich Zagłębia Krakowskiego, które to Kasy weszły w skład Bractwa Górniczego, za okres 1/XII 1921 — 28/II 1931 r.

Z danych powyższych widoczny jest stały spadek liczby czynnych członków, co jest równoznaczne ze zmniejszaniem się dochodów ze składek, a równocześnie stały wzrost liczby rencistów, a temsamem wzrost wydatków. Nie jest jednak rzeczą wykluczoną, że zamierzona przez Min. P. i O. S. reorganizacja Bractwa, z czem wiąże się również nadanie przez Min. nowego statutu, nie tylko powstrzyma dalszy wzrost deficytu, ale może nawet położy trwalsze podstawy pod uzdrowienie stosunków finansowych Bractwa Górniczego w Krakowie.

Rok	Ilość członków czynnych	Ilość rencistów	Ilość wdów
1.XII.1921	14.403	1.178	1.168
1.IX.1922	14.300	1.157	1.125
1.XI.1923	16.043	943	1 225
1.VIII.1924	12.023	1.440	1.261
15.X.1925	8.921	2.136	1.321
1.VII.1926	8.957	2.326	1.351
1.I.1927	10.121	2 367	1.302
1.II.1928	10.784	2.387	1.199
1.II.1929	11.877	2.446	1.163
31.XII.1930	10.349	2 877	1.243
28.II.1931	10 031	2.857	1.243

2) Kasa Bracka w Borysławiu jest instytucją ubezpieczenia brackiego dla górników, zatrudnionych w dwóch przedsiębiorstwach, położonych na obszarze zagłębia naftowego. Wysokość rent, wypłacanych przez Kasę, uzależnił statut od ilości lat ubezpieczenia i w tym celu podzielił ubezpieczonych na 6 klas. Renta w I i II klasie wynosi 240 zł. rocznie, w III kl. 280 zł., w IV kl. 320 zł., w V kl. 360 zł. a w VI kl. 400 zł.

W ciągu 3 ostatnich lat liczba rencistów uległa nieznacznej tylko fluktuacji a to dlatego, że kopalnie nie przeprowadzały redukcyj. W r. 1928 na 320 członków czynnych było 74 rencistów, 28 wdów, 13 sierot. W tym roku przyznano 3 renty inwalidzkie, zaś 6 rencistów ubyło. W r. 1929 na 255 członków czynnych było 79 rencistów, 34 wdowy, 13 sierot.

Przyznano w ciągu roku 10 rent, zaś 5 rencistów ubyło. W r. 1930 na 298 członków czynnych było 73 rencistów, 46 wdów i 13 sierot.

Dochody kasy wynosiły ogółem w 1930 — 35.018 zł. Główną pozycję dochodów stanowiły składki (29.560 zł.), których wysokość uzależniona jest od wieku i czasu pracy danego członka. Najniższa składka wynosi 6,20 zł. miesięcznie, najwyższa 17 zł., a czasami nawet i więcej. Na pokrycie kosztów administracji członkowie oraz kopalnie płacą 10 proc. od sumy składek.

Wydatki Kasy wynosiły 37.719,07 zł., w tem wydatki na świadczenia 29.210 zł. i koszty administracji 8.509 zł. Z porównania dochodów z wydatkami wynika, że w 1930 r. powstał niedobór w wysokości 2.701 zł.

Przed wojną majątek Kasy wynosił przeszło 300.000 kor. austr. lecz wskutek dewaluacji stopniał do 15.475 zł. 24 gr. W ciągu lat 1926—28 wzrósł fundusz rezerwowy kasy do 36.806,07 zł. W ciągu r. 1929 wskutek spadku liczby członków czynnych oraz wzrostu rencistów, uległ on zmniejszeniu o sumę 3.859,65 zł. i w końcu 1929 r. wynosił 32.946,42 zł. W ciągu roku 1930, wskutek podanego wyżej niedoboru, zmniejszył się do 30.244,97 zł. Dalsze czerpanie środków z funduszu rezerwowego nie jest pożądane i wywołałoby wśród zainteresowanych czynników lokalnych jaknajgorsze wrażenie.

Jeżeli rok 1930 został zamknięty deficytem, to rok 1931 zapowiada się jeszcze gorzej, gdyż w dniu 23 stycznia 1931 r.

ruch w kopalni „Borysław" został wstrzymany i składki nie są ściągane. Wypłata rent (miesięcznie około 2.060 zł.) musi więc być dokonywana prawie wyłącznie z funduszu rezerwowego.

W tych warunkach wypłacalność Kasy może zabezpieczyć tylko subwencja ze Skarbu Państwa. O sanacji dalej idącej, z czem wiąże się ewentualność przyłączenia Kasy do Bractwa Górniczego w Krakowie, może być mowa dopiero po wznowieniu ruchu na kopalni „Borysław", co ma jakoby nastąpić w ciągu najbliższych miesięcy.

3) Kasa Bracka Tow. Akc. Zakładów Górniczych „Silesia" w Czechowicach pod Dziedzicami (cieszyńska część woj. śląskiego) działa, podobnie jak instytucje brackie, wyżej omówione, na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1889 roku w brzmieniu, jednak nie znowelizowanem, gdyż rozp. Prez. z dnia 22.III 1928 r., zmieniające ustawę z 1889 r., nie weszło dotychczas w życie na obszarze woj. śląskiego, wobec braku zgody Sejmu Śląskiego. Z tego powodu między omawianą Kasą Bracką a Bractwem Górniczem w Krakowie i Kasą Bracką w Borysławiu, istnieją liczne różnice w dziedzinie wymiaru świadczeń, zakresu osób, podlegających ubezpieczeniu i nadzoru państwowego. Ponadto Kasa Bracka w Czechowicach podlega nadzorowi Ministra Przemysłu i Handlu a nie Ministra Pracy i Opieki Społecznej, gdyż rozp. Prez. z dnia 1/VI 27 r. o przekazaniu kompetencji Min. P. i H. w sprawach bractw górniczych Mm. P. i O. S. również dotychczas nie weszło jeszcze w życie na obszarze woj. śląskiego.

Powyższe przyczyny stoją na przeszkodzie przyłączenia się Kasy do Bractwa Górniczego w Krakowie, co byłoby pożądane ze względu na to, że Kasa, jako objekt mały, oparty na niepewnych podstawach finansowych i zbyt zależnych od zmian w konjunkturze, niezdolna jest do samodzielnego życia. Powyższe poglądy zostały potwierdzone przez uchwałę Walnego Zgromadzenia, które postanowiło w dniu 27/V 29 r. przystąpić do Bractwa Górniczego w Krakowie. Zakłady Górnicze Silesia, władze górnicze oraz urząd wojewódzki w Katowicach wyraziły już swą zgodę, tak, że obecnie potrzebna jest zgoda Sejmu Śląskiego na wejście w życie na obszarze woj. śląskiego wyżej wspomnianej noweli do ustawy z 1889 r., przez co nastąpiłoby ujednostajnienie podstaw prawnych działalności Bractwa Górniczego w Krakowie i Kasy Brackiej w Czechowiczach.

Ze względu na dewaluację majątku Kasy nie może być przestrzegane postanowienie ustawy o kapitałowem pokryciu rent i wszelkie świadczenia, udzielane są z funduszu zapomogowego, opartego na systemie repartycyjnym, t. z., że renty płynne wypłacane są z bieżących składek, płaconych po połowie przez ubezpieczonych i pracodawców. Składka miesięczna wynosi 6 zł. 40 gr

Wysokość renty inwalidzkiej wynosi obecnie 27 zł., renty wdowiej i sieroty zupełnej 13,5 zł., sieroty niezupełnej 7,75 zł. miesięcznie.

Członków czynnych liczyła Kasa w końcu 1930 r. 1.369, inwalidów 255, wdów 74, sierot zupełnych 11, sierot niezupełnych 57.

Jak już wspomniano, świadczenia udzielane są wyłącznie z funduszu zapomogowego, tak, że składki do Kasy idą tylko na powiększenie funduszu rezerwowego. Fundusz ten wzrósł w 1929 r. (danych za 1930 r. brak jeszcze) o 12.288 zł. i wynosił w końcu roku 24.486 zł. Dochody funduszu zapomogowego wynosiły w 1929 r. (1930 r. — brak danych), ogółem 96.315 zł. i pochodziły prawie wyłącznie ze składek, gdyż inne dochody (odsetki), poza składkami, wynosiły tylko 53,5 zł. Wydatki funduszu wynosiły 92.949 zł., w tem koszty świadczeń 92.023 zł. i koszty administracji 927 zł. Fundusz rezerwowy wynosił w końcu 1929 r. 10.845 zł.

Dr. Pajerski Franciszek.

ZWROT KOSZTÓW KASOM CHORYCH PRZEZ ZAKŁADY U. P. U. ZA CZYNNOŚCI ZASTĘPCZE.

Stosownie do art. 99 rozp. Prez. o ubezp. prac. um. Kasy Chorych wykonywają na żądanie Zakładów U. P. U. liczne czynności z zakresu ubezpieczenia, unormowanego wyżej podanem rozporządzeniem. Zakres czynności, wykonywanych obecnie przez Kasy Chorych dla Zakładów w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek braku pracy szczegółowo określa rozp. Ministra P. i O. S. z dnia 13.VI 1930 r. o rejestracji, kontroli i udzielaniu świadczeń z powodu braku pracy pozostającym bez pracy pracownikom umysłowym.

Sprawę zwrotu Kasom Chorych przez Zakłady U. P. U. kosztów związanych z wykonywaniem czynności, określonych w wyżej podanych rozporządzeniach, reguluje art. 100 rozp. Prez. o ubezp. prac. um. W myśl artykułu tego o ustaleniu zasad odszkodowania decyduje wzajemne porozumienie się Kas Chorych z Zakładami U. P. U. dopiero, wrazie nie dojścia do porozumienia między zainteresowanemi instytucjami wysokość kosztów ustala Minister P. i O. S., który może również w drodze rozporządzenia, wydanego po wysłuchaniu opinji związków obu zainteresowanych instytucyj, ustalić jednolite zasady obliczania należności Kas Chorych z tytułu wykonywania czynności dla Zakładów U. P. U.

Ponieważ dotychczas nie zostało osiągnięte porozumienie w omawianej sprawie między Kasami i Zakładami, przeto, stosownie do ostatnio zacytowanego postanowienia art. 100 rozp. Prez., Rada Zarządzająca Związku Zakładów U. P. U. na posiedzeniu, w dniu 29 kwietnia b. r. uchwaliła przedłożyć Ministrowi P. i O. S. opinję Związku, co do zasad ustalania należności Kas Chorych za czynności, uskuteczniane przez nie przy rejestracji i udzielaniu świadczeń z powodu braku pracy pozostającym bez pracy pracownikom umysłowym.

Opinja Związku opiera się na następujących zasadach:

1. Określenie wysokości odszkodowania (wydatków osobowych i rzeczowych) dla Kas Chorych, za czynności na rzecz Zakładów U. P. U., związane z rejestracją pracowników pozostających bez pracy, z przyjmowaniem i załatwianiem zgłoszeń o świadczenia na wypadek braku pracy i wypłatą zasiłków, opiera się na ryczałtowem ustaleniu rzeczywistych kosztów osobowych i rzeczowych, a mianowicie ustala się należność Kasy Chorych:

a) za każdego nowozarejestrowanego przez Kasę Chorych, jako instytucję rejestrującą, pracownika umysłowego, pozostającego bez pracy, łącznie z wszelkiemi czynnościami, związanemi z rejestracją, prócz czynności bezpośredniej kontroli (§ 8 ust. 2 i § 32 rozp. wykonawczego z dn. 24.VII 1930 roku) — zł. 1;

b) za każde przyjęcie zgłoszenia o świadczenia na wypadek braku pracy, łącznie z przesłaniem go do Zakładu, doręczeniem pozostającemu bez pracy orzeczenia Zakładu (pozytywnego wzgl. negatywnego) i łącznie z wszelką ewentualną dodatkową korespondencją z Zakładem U. P. U., władzami administracyjnemi, Urzędami Pośrednictwa Pracy, inną Kasą Chorych, pracodawcą lub ubezpieczonym — zł. 2.20;

c) za każdą wypłatę zasiłków na wypadek braku pracy, łącznie z ewentualnemi czynnościami, związanemi z wypłatą — zł. 1.10;

d) za każde załatwienie decyzji o wstrzymaniu wzgl. utracie świadczeń z art. 50 i 52 rozp. Prez., łącznie z zawiadomieniem Zakładu o okolicznościach, powodujących wstrzymanie lub utratę świadczeń — zł. 1.00.

2. Prócz tego zwracają Zakłady Kasom Chorych wszystkie poniesione przez nie wydatki portoryjne, dotyczące sprawy rejestracji i świadczeń na wypadek braku pracy, według przedłożonych rachunków.

3. Jeżeli pracownik umysłowy, pozostający bez pracy, po zgłoszeniu roszczeń o świadczenia na wypadek braku pracy zmieni miejsce zamieszkania, przyczem ze zmianą miejsca zamieszkania następuje zmiana Kasy Chorych, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wypłaca odszkodowanie za czynności wymienione w p. 1 b) tej kasie, która zgłoszenie przyjęła.

4. Terminem płatności kwot wynikających z tytułu zwrotu kosztów Kasom Chorych jest pierwszy każdego następnego miesiąca kalendarzowego, po miesiącu objętym rozrachunkiem.

5. Dokonanie wypłaty winno nastąpić w ciągu miesiąca od terminu płatności wprost zainteresowanej Kasie, nie prędzej jednak, niż po otrzymaniu od Kas Chorych wykazów osób nowozarejestrowanych w ubiegłym miesiącu, wykazów przyjętych zgłoszeń, ilości dokonanych wypłat i t. p. dokumentów, stwierdzających wysokość należnego odszkodowania.

6. Na poczet zwrotu kosztów wypłacają Zakłady na początku każdego miesiąca Kasom Chorych zaliczkę w wysokości połowy ostatnio ustalonych kosztów miesięcznych.

7. W razie, gdyby Minister Pracy i Opieki Społecznej uznał za niemożliwe w ramach postanowień art. 100 ust. 2 ustalenie zasad obliczania należności Kas Chorych, przy równoczesnem ścisłem określeniu kwot za poszczególne czynności, Rada Zarządzająca Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych postanawia przedstawić Ministrowi wniosek o ustalenie należności za poszczególne czynności, wymienione pod 1 lit. a, b, c i d, w punktach, których wartość ustalają w drodze porozumienia Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych (np. za rejestrację 10 punktów, co przy ustaleniu wartości punktu na 10 gr. wyniosłoby 1 zł.).

8. W razie niedojścia do porozumienia obu Związków wartość poszczególnych punktów określałby, przy analogicznem zastosowaniu postanowień art. 100 ust. 1 Minister P. i O. S

9. Porozumienie Związków obowiązywałoby na okres terminowy z prawem, przysługującem obu stronom, 3-miesięcznego wypowiedzenia, przyczem wypowiedzenie nie mogłoby nastąpić później, niż na 3 miesiące przed upływem roku kalendarzowego.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Dział pracy i opieki społecznej na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu w sposób poglądowy i treściwy wykazał, jak rozległy jest zakres działalności Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i instytucyj przez niego nadzorowanych oraz jak poważne wyniki osiągnęło ono w pierwszem dziesięcioleciu swego istnienia.

Długi szereg eksponatów i zestawień statystycznych, przygotowanych z wielkim nakładem pracy, pozwolił uważnemu widzowi stwierdzić różne etapy rozwoju działalności instytucji ubezpieczeń społecznych, ochrony pracy i opieki społecznej oraz zorjentować się, że dalsze doskonalenie tych instytucyj musi być poprzedzone rzetelnemi studjami, które możliwe są jedynie pod warunkiem rozporządzania podobnie bogatymi materjałami, jakie zostały zgromadzone na Powszechnej Wystawie Krajowej. W ciągu lat, dzielących nas od chwili zamknięcia P. W. K., wszystkie wspomniane materjały i eksponaty niewykorzystywane przez nikogo oczekiwały na odpowiednie zużytkowanie.

Dopiero obecnie, dzięki inicjatywie Ministra Pracy i Opieki Społecznej, dr. Stefana Hubickiego, uznającego za pożyteczne prowadzenie w sposób skoordynowany i jednolity w całej Rzeczypospolitej badań naukowych, prac propagandowych i pedagogicznych w zakresie ochrony pracy, ubezpieczeń społecznych, rynku pracy, bezrobocia, emigracji i opieki społecznej, dnia 29 maja r. b. został utworzony „Instytut Spraw Społecznych", który między innnemi, będzie mógł celowo zużytkować pozostałe z P. W. K. eksponaty.

Na zasadzie zatwierdzonego przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej statutu, Instytut Spraw Społecznych jest fundacją i stanowi samoistną osobę prawną, a założycielami jego są: Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych w Warszawie, Zakład Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków w Królewskiej Hucie, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidzwa w Królewskiej Hucie, Zakład Ubezpieczenia od wypadków w rolnictwie w Poznaniu, Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu i Ubezpieczalnia Krajowa — Wydział Ubezpieczeń od wypadków — w Poznaniu. Siedzibą Instytutu jest m. st. Warszawa, lecz Instytut może prowadzić swą działalność na obszarze całego Państwa i otwierać swoje oddziały.

Do bezpośrednich zadań Instytutu należy: badanie naukowe zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy, propaganda w dziedzinie zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, badanie zagadnień z dziedziny ubezpieczeń społecznych, prowadzenie działu muzealno-pokazowego w swoim zakresie działania, organizowanie kursów dla pracowników instytucyj społecznych, wreszcie prowadzenie działalności wydawniczej. Prowadzone przez Instytut prace będą w pierwszym rzędzie przystosowane do zadań związanych z działalnością praktyczną zainteresowanych instytucyj i władz Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Fundusz podstawowy Instytutu Spraw Społecznych, służący trwałemu zabezpieczeniu bytu tej fundacji, będzie utworzony z kwoty 150.000 zł. jednorazowo złożonej przez fundatorów przy zawiązaniu Instytutu, z darowizn, z odpisów od wszystkich subwencyj, składanych na ogólne cele fundacji w wysokości, oznaczonej corocznie przez Radę Zarządzającą w odsetkach przy uchwalaniu budżetu, z ewentualnych nadwyżek bilansowych, wreszcie, do czasu nagromadzenia dostatecznego funduszu podstawowego, z dochodów od tego funduszu.

Fundusz podstawowy może być używany tylko na lokaty i inwestycje dochodowe, dochody zaś z niego na bieżące wydatki Instytutu, lecz dopiero od chwili, gdy fundusz ten osiągnie taką wysokość, że dochody z niego będą wystarczać na zaspokojenie normalnych wydatków fundacji.

Do tego czasu członkowie założyciele składać będą corocznie, nie dłużej jednak, jak w ciągu 25 lat, subwencje w następującej wysokości:

Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie — 35.000 zł., Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych w Polsce — 60.000 zł., Zakład Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie — 20.000 zł., Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu — 5.000 zł., Ubezpieczalnia Krajowa, Wydział Ubezpieczeń od wypadków, w Poznaniu — 10.000 zł., Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie — 7.500 zł., Zakład Ubezpieczenia od wypadków w Królewskiej

Hucie — 7.500 zł. i Zakład Ubezpieczeń od wypadków w rolnictwie w Poznaniu — 5.000 zł., razem — 150.000 zł.

Inne dochody, nie pochodzące z funduszu podstawowego, mogą być obracane na wydatki bieżące instytutu.

Jeżeli fundusz podstawowy zostanie zgromadzony przed upływem 25 lat, to dalsze składanie subwencji samo przez się ustaje, Rada Zarządzająca zaś jest obowiązana obniżyć zadeklarowane subwencje, jeżeli okaże się, że na wydatki bieżące pierwszych dwóch lat istnienia Instytutu wystarczać będą subsydja mniejsze od oznaczonych.

Statut Instytutu Spraw Społecznych przewiduje następujące organy: Radę Zarządzającą, dyrektora, Radę Naukową i Komisję Rewizyjną.

W skład Rady Zarządzającej wchodzą: 2 delegatów Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, 2 delegatów Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce, po 1 delegacie pozostałych instytucyj - założycieli oraz 5 członków mianowanych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej z pośród urzędników i znawców zagadnień, wchodzących w zakres działania Instytutu, przyczem przynajmniej jednego z pośród inspektorów pracy. Pozatem jednak Minister Pracy i Opieki Społecznej ma możność mianowania dalszych trzech członków Rady z pośród kandydatów, przedstawionych przez instytucje prawno-publiczne i organizacje zawodowe pracowników i pracodawców, które udzielają stałych subwencyj Instytutowi, lecz nie są jego członkami. Obranego przez Radę Zarządzającą prezesa Instytutu i jego zastępcę zatwierdza Minister Pracy i Opieki Społecznej. Kadencja Rady jest pięcioletnia.

Do kompetencji Rady zarządzającej należy ogólne kierownictwo Instytutem, a w szczególności: uchwalanie projektów zmian statutu, decydowanie w sprawie otwarcia oddziałów i pracowni Instytutu, zatwierdzanie przedstawionego przez Radę Naukową programu prac, uchwalanie preliminarza budżetowego, uchwalanie regulaminów, decydowanie w sprawach lokaty funduszów, nabywania i zbywania nieruchomości, zaciągania pożyczek, dokonywania inwestycyj, zatwierdzanie rocznych ogólnych i rachunkowych sprowazdań Instytutu, powoływanie i zwalnianie dyrektora Instytutu, jego zastępcy oraz kierowników oddziałów i pracowni, powoływanie Komisyj specjalnych, w związku z pracami wykonywanemi w poszczególnych działach Instytutu, wreszcie uchwalanie przepisów służbowych dla pracowników Instytutu. Rada jest zdolna do powzięcia uchwał w obecności przynajmniej 2/3 liczby członków. Posiedzenia Rady zarządzającej odbywają się conajmniej dwa razy do roku: na wiosnę — sprawozdawcze i na jesieni — dla uchwalenia preliminarza budżetowego, lecz prezes Rady obowiązany jest zwołać posiedzenie Rady na żądanie czterech członków Rady.

Wobec takiego ujęcia kompetencji Rady Zarządzającej, cały ciężar prowadzenia Instytutu spada na barki dyrektora, który jest organem wykonawczym Rady Zarządzającej i kieruje wszystkiemi jej pracami, a między innemi, jest odpowiedzialny przed Radą zarządzającą za należyte wykonywanie zadań Instytutu, przestrzeganie statutu, wykonywanie uchwał Rady Zarządzającej i należyte wykonywanie budżetu.

Pozatem dyrektor przedstawia Radzie projekt budżetu, sprawozdanie roczne i zamknięcie rachunkowe, zawiera umowy w imieniu Instytutu, powołuje rzeczoznawców, niezbędnych do wykonywania przez Instytut prac w granicach uchwalonego przez Radę programu, wreszcie wykonywa czynności w granicach uprawnień, udzielonych mu przez Radę.

Trzeci organ Instytutu Spraw Społecznych — Rada Naukowa — powołana jest do czuwania nad rozwojem i ciągłością pracy naukowej Instytutu i nad utrzymaniem tej pracy na właściwym poziomie oraz koordynowania poszczególnych prac naukowych przez Instytut prowadzonych.

Radę naukową tworzą: dyrektor lub jego zastępca, jako przewodniczący, kierownicy działów pracy ustalonych w regulaminie oraz osoby, mianowane przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, w liczbie nieprzekraczającej połowy pozostałych członków Rady naukowej, z pośród naukowych znawców spraw, wchodzących w zakres działania Instytutu.

Czwarty organ Instytutu — Komisja Rewizyjna — składa się z czterech członków. Przewodniczącego na lat pięć powołuje Minister Pracy i Opieki Społecznej, pozostałych trzech członków wybiera Rada Zarządzająca z poza swego grona na okres pięcioletni. Do zadań Komisji Rewizyjnej należy sprawdzanie prawidłowości wykonania budżetu i zamknięć rachunkowych, oraz sprawdzanie stanu rachunków i kasy przynajmniej dwa razy do roku, wreszcie w razie uznanej przez siebie potrzeby składanie opinji i wniosków dyrektorowi Instytutu i Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

Instytut Spraw Społecznych ogłaszać będzie roczne sprawozdania z prac przezeń dokonanych.

Ponieważ sprawa ukonstytuowania władz Instytutu jest w toku, należy oczekiwać iż w najbliższej przyszłości rozpocznie on swą działalność. Będzie ona wielce pomocną dla instytucji ubezpieczeń społecznych, ochrony pracy i opieki społecznej, które w nawale pracy bieżącej nie mają możności oddawać się naukowym studjom nad całym szeregiem zagadnień, a dla których należyte rozwiązanie może dać jedynie skupiona praca naukowa Instytutu Spraw Społecznych.

BUDŻETY ZAKŁADÓW U. P. U. NA ROK 1931.

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przewidują, że w 1931 r. dochody ich będą wynosiły 127.412.921 zł., razem w obu działach, t. j. w dziale ubezpieczenia emerytalnego i ubezpieczenia braku pracy, wydatki zaś w obu działach — 43.867.963 zł. W kwocie wydatków mieszczą się również opłaty Zakładów, przeznaczone na pokrycie kosztów utrzymania Związku Zakładów, wobec czego stanowi ona ogólną sumę przypuszczalnych rozchodów instytucyj ubezpieczenia pracowników umysłowych w 1931 r.

W podanych wyżej kwotach dochody działu ubezpieczenia emerytalnego wynoszą — 104.521.430 zł., wydatki 25.544.594 zł., w dziale zaś ubezpieczenia na wypadek braku pracy dochody — 22.871.491 zł., wydatki — 18.323.369 zł. W poszczególnych Zakładach podział dochodów i wydatków między oba działy wykonywanego ubezpieczenia przedstawia się następująco:

DZIAŁ UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO

	Dochody	Wydatki
Z. U. P. U. Warszawa	49.674.114 zł.	9.257 477 zł.
„ Król. Huta	20.724.600 zł.	6.280.211 zł.
„ Lwów	18.267.346 zł.	6.202.666 zł.
„ Poznań	15.855 370 zł.	3.804.240 zł.

DZIAŁ BRAKU PRACY

	Dochody	Wydatki
Z. U. P. U. Warszawa	11.037.881 zł.	8.713.753 zł.
„ Król. Huta	4.575.050 zł.	3.571.720 zł.
„ Lwów	4.005.000 zł.	2.784.336 zł.
„ Poznań	3.253.560 zł.	3.253.560 zł.

Z porównania dochodów z wydatkami wynika, że należy przewidywać w r. b. zwiększenie się funduszów ubezpieczenio-

wych, przeznaczonych na pokrycie przyszłych świadczeń w ubezpieczeniu emerytalnem ogółem o kwotę 78.976.836 zł., w poszczególnych zaś Zakładach o kwoty następujące:

Z. U. P. U.	Warszawa	40.416.637 zł.
„	Król. Huta	14.444.389 zł.
„	Lwów	12.064.680 zł.
„	Poznań	12.051.130 zł.

Fundusz rezerwowy ubezpieczenia na wypadek braku pracy powiększy się, o ile sprawdzą się przewidywania budżetowe Zakładów ogółem o kwotę — 4.548.122 zł. W Zakładach zaś o kwoty:

Z. U. P. U.	Warszawa	2.324.128 zł.
„	Król. Huta	1.003.330 zł.
„	Lwów	1.220.664 zł.
„	Poznań	—

Zakład U. P. U. w Poznaniu przewiduje w budżecie, że w roku bieżącym dochody jego w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy nie wystarczą na pokrycie ogółu wydatków tego działu i powstanie deficyt w kwocie 172.560 zł., który będzie pokryty z funduszu rezerwowego, utworzonego w latach ubiegłych z nadwyżek dochodów nad wydatkami.

Podane wyżej kwoty nadwyżek dochodów nad wydatkami ulokowane będą przez Zakłady w papierach wartościowych, w pożyczkach hipotecznych, budowie własnych nieruchomości, w instytucjach kredytowych, stosownie do uchwał, powziętych przez właściwe władze Zakładów a zatwierdzonych przez Ministerstwo P. i O. S.

Wśród dochodów Zakładów największą pozycję stanowią składki pracodawców i ubezpieczonych. W dziale emerytalnym przypis składek w 1931 r. przewidziany jest w budżetach Zakładów ogółem w kwocie 81.334.120 zł., co stanowi około 78 proc. preliminowanych dochodów. Poszczególne Zakłady określiły przypis składek w następujących wysokościach:

Z U. P. U.	Warszawa	40.570.000 zł.
„	Król. Huta	16.346 000 zł.
„	Lwów	13.610.750 zł.
„	Poznań	10.807.370 zł.

W dziale braku pracy składki ubezpieczeniowe wynosić mają ogółem 19.190.000 zł.; w poszczególnych zaś Zakładach:

Z. U. P. U.	Warszawa	9 430.000 zł.
„	Król. Huta	3.660 000 zł.
„	Lwów	3.400.000 zł.
„	Poznań	2 700.000 zł.

Poza składkami ubezpieczeniowemi na dochody Zakładów składają się odsetki, uzyskane z lokat oraz dochody z nieruchomości. Pierwsze według budżetów mają wynosić ogółem w dziale emerytalnym — 20.829.593 zł., w dziale braku pracy — 3.107.581 zł. Poszczególne Zakłady preliminują w budżetach następujące dochody z odsetek od lokat:

		dział em.	dział braku pracy
Z U. P. U.	Warszawa	8.692.743 zł.	1.495.381 zł.
„	Król. Huta	4.121.000 zł.	712.000 zł.
„	Lwów	3.400.000 zł.	520 000 zł.
„	Poznań	4.615.850 zł.	380.200 zł.

Dochody z nieruchomości posiadają Zakłady jedynie w dziale emertyalnym. Według budżetów mają nieruchomości przynieść w 1931 r. dochodu ogółem 2.119.111 zł.

W tej pozycji dochodu Zakłady preliminują:

Z. U, P. U.	Warszawa	354.265 zł.
„	Król. Huta	220.600 zł.
„	Lwów	1.176.096 zł.
„	Poznań	368.150 zł.

Inne dochody Zakładów, poza wyżej wymienionemi, stanowią już nieznaczne kwoty, preliminowane są one bowiem w dziale emerytalnym ogółem w kwocie 238.606 zł., w dziale braku pracy — 573.910 zł.

Wśród wydatków Zakładów na pierwszem miejscu stoją koszty świadczeń. Wynosić one mają w 1931 r. w dziale emerytalnym ogółem — 17.125.100 zł., a w poszczególnych Zakładach:

Z. U. P. U.	Warszawa	4.745.100 zł.
„	Król. Huta	4.975.000 zł.
„	Lwów	4.660.000 zł.
„	Poznań	2 745.000 zł.

W wydatkach na świadczenia emerytalne największe kwoty preliminują Zakłady na świadczenia rentowe, a więc:

Z. U. P. U.	Lwów	3.630.000 zł.
„	Król. Huta	3.590.000 zł.
„	Poznań	1.915.000 zł.

Wyjątek stanowi tylko Zakład warszawski, który nie posiadając jeszcze rencistów, ze względu na nieprzebycie dotychczas przez członków Zakładu 5-letniego okresu wyczekiwania, na świadczenia rentowe przeznaczył tylko kwotę — 41.200 zł. Odwrotnie przedstawiają się wydatki Zakładów na świadczenia emerytalne jednorazowe, na pokrycie których Zakład warszawski przeznaczył w budżecie kwotę największą — 3.804.500 zł., pozostałe natomiast Zakłady, których większość członków posiada już uprawnienia do świadczeń rentowych, kwoty znacznie niższe mianowicie — Z. U. P. U. we Lwowie — 550.000 zł., Z. U. P. U. w Poznaniu — 360.000 zł., Z. U. P. U. w Król. Hucie — 935.000 zł.

Na dobrowolną akcję leczniczą dla ubezpieczonych Zakłady, stosownie do uchwał władz Związku Zakładów, przeznaczyły po 400.000 zł.

Na zaopatrzenia starcze wypłacane na rachunek Skarbu Państwa Zakłady wstawiły do budżetów ogółem — 613.400 zł., w tem:

Z. U. P. U.	Warszawa	488.400 zł.
„	Król. Huta	40.000 zł.
„	Lwów	25.000 zł.
„	Poznań	60.000 zł.

Wydatki na pozostałe rodzaje świadczeń przewidziane są w budżetach w kwotach niewielkich.

Koszty administracyjne Zakładów wynosić mają ogółem w dziale emerytalnym 3.912.818 zł., czyli — 4,7 proc. przypisu składek. Poszczególne Zakłady przeznaczyły na wydatki administracyjne kwoty następujące:

Z. U. P. U.	Warszawa	1.678.614 zł.
„	Król. Huta	680.955 zł.
„	Lwów	839.609 zł.
„	Poznań	713.640 zł.

Na pozostałe wydaki, jak np. koszty wyborów do władz, przelew składek ubezpieczeniowych do innych instytucyj, składki do Związku Zakładów i t. p., przeznaczyły Zakłady razem 4.506.676 zł.

W dziale ubiezpiecznia na wypadek braku pracy Zakłady preliminowały na pokrycie wydatków na świadczenia ogółem — 16.209.000 zł., w tem:

Z. U. P. U.	Warszawa	7.784.000 zł.
„	Król. Huta	3.018.000 zł.
„	Lwów	2.498.000 zł
„	Poznań	2.909.000 zł.

Koszty administracji działu braku pracy wszystkich Zakładów razem mają wynosić według budżetów — 1.393.092 zł. czyli — 7,3 proc. przypisu składek. Poszczególne Zakłady na wydatki administracyjne tego działu przeznaczyły:

Z. U P. U.	Warszawa	745.656 zł.
„	Król. Huta	220.420 zł.
„	Lwów	187.656 zł.
„	Poznań	239.360 zł.

W wymienionych wyżej kwotach kosztów administracyjnych nie uwzględniony został zwrot kosztów różnym instytucjom (Kasy Chorych, państwowe urzędy pośrednictwa pracy) za czynności wykonywane dla Zakładów w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Na pokrycie tych kosztów Zakłady wstawiły w budżetach swych kwotę — 267.500 zł. Na pokrycie pozostałych, różnego rodzaju wydatków, działu braku pracy Zakłady przeznaczyły w budżetach swoich — 453.777 zł.

ZASADY NABYCIA LAT POPRZEDNIEJ SŁUŻBY*).

Rozp. Prez. o ubezp. prac. um. postanawia w art. 156, że osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia w myśl tego rozporządzenia, zatrudnione na obszarze b. zaboru rosyjskiego, mogą w ciągu pięciu lat od dnia wejścia w życie rozp. Prez. (t. j. od dnia 1.I.28 r.) nabyć za opłatą kapitałowej wartości uzyskiwanych uprawnień, lata rzeczywiście odbytej poprzednio służby, któraby uzasadniała obowiązek ubezpieczenia w myśl rozp. Prez., nie dalej jednak niż do osiemnastego roku życia wstecz i przytem, o ile badanie lekarskie wykaże normalny w stosunku do wieku stan zdrowia.

Ogólne warunki nabycia lat podane są w art. 157 rozp. Prez., szczegółowe zaś warunki (jednakowo brzmiące) zawierają statuty Zakładów w § 57 i w załącznikach do tego paragrafu.

Powyższe przepisy statutów Zakładów poddane były w Związku Zakładów rewizji, której wynikiem było uchwalenie przez Radę Zarządzającą Związku na posiedzeniu w dniu 29 kwietnia b. r. nowych szczegółowych, rozszerzonych zasad, dotyczących taryfy nabycia lat poprzedniej służby. Zasady te zaleciła Rada wprowadzić Zakładom do statutów, wzamian dotychczas obowiązujących postanowień.

Odpowiednia uchwała Rady brzmi następująco:

1) statuty Zakładów mają zawierać taryfy należności za nabycie lat poprzedniej służby (art. 156 i 157 rozp. Prez. z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911), obliczone przez biuro Związku według niżej podanej zasady, z uwzględnieniem wieku, płci nabywającego, czasu trwania ubezpieczenia do chwili nabycia, płacy podstawowej w chwili nabycia oraz ilości nabywanych lat. Należność musi być równa kapitałowej wartości wszystkich ewentualnych korzyści ubezpieczonego, które mogą powstać wskutek nabycia lat, z doliczeniem 10 proc. dodatku do tej kapitałowej wartości.

2) przy obliczeniu należności za nabycie lat należy uwzględnić, że przy ewent. późniejszym wymiarze świadczeń dla uprawnień, wynikających z samego ubezpieczenia (bez lat nabytych), miarodajna będzie jedynie przeciętna płac podstawowych z całego okresu samego ubezpieczenia, a dla uprawnień, wynikających z nabycia, miarodajne będzie jedynie wynagrodzenie pracownika w chwili nabycia. Płace więc z okresu ubiezpieczenia (z wyjątkiem płacy w chwili nabycia) nie mają wpływu na część świadczeń, która się należy z tytułu nabycia, nabycie zaś lat nie ma wpływu na część świadczeń, która się należy z tytułu samego ubezpieczenia (bez lat nabytych)

3) za wynagrodzenie pracownika w chwili nabycia uważa się jego płacę podstawową za miesiąc poprzedzający miesiąc nabycia;

4) za chwilę nabycia lat uważa się datę decyzji Zakładu Ubezpieczeń, o ile zapłata całkowitej należności, lub w razie rozłożenia na raty, zapłata pierwszej raty, — nastąpiła w terminie miesięcznym od daty doręczenia decyzji. Niedotrzymanie powyższego terminu płatności powoduje unieważnienie decyzji o nabycie lat;

5) należność za nabycie lat poprzedniej służby może być zapłacona jednorazowo lub równemi miesięcznemi ratami. Raty powinny być rozłożone w ten sposób, by okres opłaty rat nie był dłuższy od nabywanego czasu poprzedniej służby i by ostatnia rata mogła być zapłaconą przed nastaniem prawa do renty starczej.

Raty mają być ustalone w ten sposób, by zawierały procent składany, obliczony według każdoczesnej stopy technicznej zwiększony o ½ proc. w stosunku rocznym na pokrycie kosztów administracji. Raty mogą być spłacane w ciągu 15 dni po dniu płatności, dopiero po upływie tego okresu czasu będą liczone odsetki za zwłokę od dnia płatności, w wysokości ustalonej dla zaległych składek ubezpieczeniowych.

Jeżeli nabywający zalega z opłacaniem raty więcej niż 18 miesięcy, traci prawo zarówno do płacenia raty zaległej, jak i rat następnych, przyczem ma zastosowanie art. 157 ust. 2.

Do powyższego 18-miesięcznego okresu nie wlicza się okresów czasu, wymienionych w art. 8 p. 1, 2 i 4 rozp. Prez.

Należność może być spłacona przed upływem ustalonego terminu w całości lub w części, jeśli kwota, którą nabywający spłacić zamierza, wynosi jedną lub więcej całych rat należności, przyczem odlicza się odpowiedni procent składany.

Z chwilą zajścia okoliczności, uprawniającej do świadczeń emerytalnych, żadne raty nie mogą być uiszczane; w tym wypadku ma zastosowanie ust. 2 art. 157;

6) Przy stosunkowem zmniejszeniu nabytego czasu służby w myśl art. 157 ust. 2, zalicza się czas, odpowiadający według taryfy wpłaconej kwocie, przyczem ułamek miesiąca, wynoszący co najmniej połowę liczy się za cały, ułamki zaś mniejsze pozostają bez uwzględnienia;

7) Badanie lekarskie, przewidziane ust. 1 art. 156 przy nabyciu lat dokonywane jest przez lekarza, wskazanego przez Zakład na koszt ubezpieczonego. Zarówno Zakład jak i ubezpieczony mają prawo żądać powtórnego badania lekarskiego, które przeprowadza Komisja lekarska wyznaczona przez Zakład. Badanie to jest decydujące i ostateczne. Koszty tego badania ponosi strona żądająca.

Wymienione w p. 1 powyższej uchwały taryfy należności za nabycie lat poprzedniej służby, które mają być obliczone przez biuro Związku Zakładów, znajdują się w końcowem już

*) Sposób obliczenia taryfy należności na nabycie lat poprzedniej służby podany jest w art. p. Dr. Berlinera, umieszczonym w Nr. Nr. 4 i 5 Przeglądu.

stadjum opracowania. Z porównania tych taryf z taryfami obecnie przez Zakłady stosowanemi, w myśl postanowień statutowych, wynika, że zasady uchwalone przez Radę Zarządzającą Związku przyczyniły się do poważnego obniżenia kosztów nabycia przez ubezpieczonych lat poprzedniej służby.

OTWARCIE W IWONICZU SANATORJUM OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W POLSCE.

Dnia 2 lipca b. r. nastąpi w Iwoniczu - Zdroju otwarcie Sanatorjum, wybudowanego przez Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych w Warszawie. Sanatorjum obliczone jest na 180 osób dorosłych i 40 dzieci i czynne będzie przez cały rok. Jest ono zaopatrzone we wszystkie nowoczesne środki rozpoznawcze i lecznicze, posiada własne łazienki do kąpieli mineralnych i borowinowych, zakład wodoleczniczy, najnowsze mechaniczne kuchnie, chłodnię, piekarnię, centralne ogrzewanie, elektryczne windy, umywalnie z bieżącą ciepłą i zimną wodą w każdym pokoju, instalację radjową, przyczem w każdym pokoju jest odpowiednia ilość słuchawek radjowych i t. d. Ponadto posiada ono liczne sale odpoczynkowe, tarasy, specjalną salę odczytową, czytelnie, bibljotekę, plac tennisowy, siatkówkę, różne inne gry sportowe i towarzyskie i t. d.

Sanatorjum przeznaczone jest dla członków Kas Chorych i ich rodzin oraz dla inwalidów wojennych. W miarę wolnych miejsc przyjmowane też będą inne osoby.

Sanatorjum przeznaczone jest dla chorych na gruźlicę pozapłucną (gruczołową i stawowo-kostną), schorzenia reumatyczne, choroby kobiece, zmiany neuropatyczne i stawowe po kile, choroby systemu nerwowego (jak neurastenja i histerja), zaburzenia przemiany materji (jak dna, otyłość i cukrzyca), choroby serca i naczyń krwionośnych, oraz wszelkiego rodzaju stany wyczerpania i osłabienia (jak niedokrwistość, uzdrowieńcy i t. d.).

UBEZPIECZENIE OD OGNIA, KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM, WYPADKU, ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ORAZ UBEZPIECZENIE SAMOCHODOWE.

GŁÓWNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA GÓRNYM ŚLĄSKU

poszukuje:

KIEROWNIKA BIUROWEGO bezwzględnie samodzielnego, z wszelkiemi przepisami ustawowemi obeznanego fachowca

1 — 2 MŁODSZYCH URZĘDNIKÓW z gruntownemi wiadomościami fachowemi.

Kompetenci posiadać muszą dokładną znajomość jezyka niemieckiego w słowie i piśmie

Oferty ze szczegółowym życiorysem, odpisy świadectw, podanie referencyj oraz żądanego wynagrodzenia uprasza się kierować do Tow. Rekl. Międz. j. r. Rudolf Mosse, Warszawa, Marszałkowska 124 pod: „M. N. 9273".

TREŚĆ

St. Sasorski: Niedojrzałe projekty.

Dr. Marjan Stawiński: Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych.

Roman Garlicki: Koordynacja świadczeń ubezpieczeniowych.

M. Brojewski: Wpływ dodatków na wysokość renty w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Samuel Klaczko: Notatki statystyczne z ubezpieczenia na wypadek choroby w Niemczech.

Orzecznictwo i opinje prawne.

Kronika.

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 BIBLIOTEKA Archiwum Jarosław