

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K VI

WARSZAWA
1 KWIETNIA
1931 R.

ZESZYT 4

M I E S I Ę C Z N I K

Dr. H. BERLINER

O OBLICZENIU TARYFY NALEŻNOŚCI ZA NABYCIE LAT POPRZEDNIEJ SŁUŻBY PRZEZ UBEZP. PRAC. UMYŚL. *)

1. W myśl art. 156 i 157 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24.XI.1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych mogą pracownicy umysłowi, podlegający obowiązkowi ubezpieczenia w myśl tegoż rozporządzenia i zatrudnieni na obszarze b. dzielnicy rosyjskiej, przed upływem 1932 roku nabywać za opłatą kapitałowej wartości uzyskiwanych uprawnień, lata rzeczywiście odbytej poprzednio służby, któraby uzasadniała obowiązek ubezpieczenia w myśl wspomnianego rozporządzenia, nie dalej jednak niż do osiemnastego roku życia wstecz i przytem, o ile badanie lekarskie wykaże normalny w stosunku do wieku stan zdrowia. Podstawą obliczenia należności za nabycie lat poprzedniej służby jest wiek i wynagrodzenie pracownika w chwili nabycia. Uprawnienia wynikające z nabycia lat, mają wpływ na wymiar świadczeń dopiero po upływie dwóch lat od chwili nabycia, o ile zaś zajdzie wypadek niezdolności do wykonywania zawodu lub wypadek śmierci wcześniej, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych zwraca wpłaconą sumę z oprocentowaniem według stopy technicznej. Pięcioletni okres wyczekiwania (art. 16 ust. 5 wspomnianego rozporządzenia) nie może być przez nabycie lat służby skrócony.

2. Zbadajmy przedewszystkiem wysokość jednorazowej premji (należności) za nabycie lat poprzedniej służby wyłącznie z punktu widzenia techniki ubezpieczeniowej.

Rzecz jasna, że z punktu widzenia techniki asurancyjnej jednorazowa premja za nabycie lat musi

być równa pomnożonej przez $(1 + i)^{-2}$ różnicy między kapitałową wartością wszystkich ewentualnych strat Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wskutek nabycia lat a kapitałową wartością wszystkich ewentualnych zysków tegoż Zakładu wskutek nabycia lat, gdzie i oznacza techniczną stopę procentową, a kapitałowe wartości odnoszą się do dnia upływu dwóch lat od chwili nabycia. Pod kapitałową wartością ewentualnej straty wzgl. ewentualnego zysku należy rozumieć zdyskontowaną (teraźniejszą) wartość straty wzgl. zysku, pomnożoną przez prawdopodobieństwo (matematyczne) zdarzenia się wypadku powodującego tę stratę wzgl. ten zysk. Wymienione kapitałowe wartości muszą być odnoszone do dnia upływu dwóch lat od chwili nabycia, ponieważ uprawnienia, wynikające z nabycia lat, mają wpływ na wymiar świadczeń dopiero po upływie dwóch lat od chwili nabycia, a w razie zajścia wypadku śmierci lub inwalidztwa wcześniej Zakład zwraca wpłaconą premję za nabycie z oprocentowaniem według stopy technicznej. Nie uwzględniamy przytem ewentualnego zysku Zakładu na wpłaconej premji, osiągniętego wskutek wystąpienia z ubezpieczenia przed upływem dwóch lat od chwili nabycia, o ile wystąpienie nie będzie spowodowane inwalidztwem lub śmiercią (w tym wypadku wystąpienie nie pociąga za sobą zwrotu wpłaconej premji), gdyż nie posiadamy statystyki wyłączeń, niespodowodowanych śmiercią lub inwalidztwem. Różnica wspomnianych kapitałowych wartości musi być pomnożona przez $(1 + i)^{-2}$, ponieważ iloczyn ten przedstawia teraźniejszą wartość powyższej różnicy w chwili, kiedy premja za nabycie lat ma być wpłacona.

Podkreślamy, że jednorazowa premja za nabycie lat musi być równa pomnożonej przez $(1 + i)^{-2}$ różnicy kapitałowych wartości ewentualnych strat i zysków Zakładu, a nie zysków i strat ubezpieczonego

*) Zagadnienie, zawarte w artykule p. Dr. Berlinera, jest równocześnie przedmiotem prac autora w biurze Związku Zakładów U. P. U., zmierzających do przedstawienia przez biuro władzom Związku projektu rewizji dotychczasowej taryfy za nabycie lat poprzedniej służby, przewidzianej w art. 157 rozp. Prez. o ubez. prac. um.

nabywającego lata służby. Nabycie bowiem lat może w pewnych warunkach powodować zysk dla nabywającego, a stratę dla Zakładu przez wcześniejsze ustanie obowiązku opłaty składek ubezpieczeniowych wskutek osiągnięcia czterdziestu lat łącznego ubezpieczenia (art. 24 ust. 3 wspomnianego rozporządzenia) wraz z latami nabytymi (wzgl. — dla kobiet — wskutek osiągnięcia 35 lat łącznego ubezpieczenia wraz z latami nabytymi po ukończeniu 55 lat życia, gdyż wówczas powstaje dla kobiet wg. art. 24 wspomn. rozporządzenia prawo do renty starczej). W tym zaś wypadku zyski nabywającego lata służby są mniejsze niż straty Zakładu, gdyż, wobec opłacania składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczonego i pracodawcę w pewnych ustalonych częściach, w razie ustania obowiązku opłaty składek ubezpieczony zyska tylko na części przypadającej na niego składki, natomiast Zakład straci całą składkę, zarówno część przypadającą na ubezpieczonego jak i część przypadającą na pracodawcę.

3. Nabycie lat poprzedniej służby może powodować straty dla Zakładu: 1) przez procentowe powiększenie się (w stosunku do podstawy wymiaru) kwoty wzrostu renty inwalidzkiej, starczej, wdowiej lub sieroczej (art. 38, 39, 42 wspomn. rozp.), 2) przez wcześniejsze powstanie prawa do renty starczej (art. 24, ust. 1 wspomn. rozp.), 3) przez wcześniejsze ustanie obowiązku opłaty składek ubezpieczeniowych (p. wyżej Nr. 2), 4) przez powiększenie się podstawy wymiaru renty, dodatku na dzieci (art. 40 ust. 2 tegoż rozporządzenia) lub jednorazowej odprawy (art. 44 tegoż rozporządzenia) i 5) przez powiększenie się dodatku bezradności (art. 40 ust. 1 tegoż rozp.) w razie powiększenia się podstawy wymiaru renty wskutek nabycia lat (dodatek bezradności równa się różnicy między rentą pobieraną a podstawą jej wymiaru). Należy bowiem przyjąć (choć we wspomnianych na wstępie art. 156 i 157 nie jest wyraźnie powiedziane), że lata nabyte według wynagrodzenia pracownika w chwili nabycia są zupełnie równoznaczne z latami rzeczywistego ubezpieczenia, a zatem lata nabyte mają wpływ nie tylko na procentowy wzrost renty (w stosunku do podstawy jej wymiaru) i na termin powstania prawa do renty starczej (o ile osiągnięcie czterdziestu wzgl. — dla kobiet — 35 lat ubezpieczenia wraz z latami nabytymi nastąpi po ukończeniu 60 wzgl. — dla kobiet — 55 lat życia, a przed nastaniem 65-go roku życia), lecz i na termin ustania obowiązku opłaty składki ubezpieczeniowej (przez osiągnięcie 40 lat ubezpieczenia wraz z latami nabytymi przed ukończeniem 65-go roku życia) oraz na podstawę wymiaru świadczeń emerytalnych. W przeciwnym razie, gdyby lata nabyte nie miały wpływu na podstawę wymiaru, pracownik przed nabyciem lat mógłby umyślnie obniżyć swoją płacę przez jeden miesiąc, aby należność za nabycie lat uiszczyć w myśl wspomn. art. 157 na podstawie obniżonej płacy w chwili nabycia, a wpływ tej jednej obniżonej płacy miesięcznej na ewentualną późniejszą podstawę wymiaru świadczeń byłby prawie bez żadnego znaczenia.

Z drugiej strony nabycie lat służby może powodować zyski dla Zakładu: 1) przez zmniejszenie się podstawy wymiaru renty, dodatku na dzieci lub jed-

norazowej odprawy, 2) przez zmniejszenie się dodatku bezradności w razie zmniejszenia się podstawy wymiaru renty wskutek nabycia lat i 3) przez zmniejszenie się dodatku bezradności i dodatku na dzieci w razie procentowego powiększenia się (w stosunku do podstawy wymiaru) kwoty wzrostu renty wskutek nabycia lat.

Procentowy wzrost renty wskutek nabycia lat nie jest ani stratą, ani zyskiem dla Zakładu w ciągu całego czasu otrzymywania przez rencistę jedynie dodatku bezradności, gdyż renta łącznie z dodatkiem bezradności równa się zawsze podstawie wymiaru. Procentowy wzrost renty wskutek nabycia lat nie jest przynajmniej w całości stratą dla Zakładu w ciągu całego czasu otrzymywania przez rencistę dodatku na dzieci, o ile przez procentowy wzrost renty zmniejszył się dodatek na dzieci (renta łącznie z dodatkiem nie może przekraczać podstawy wymiaru). Procentowy wzrost renty wskutek nabycia lat będzie natomiast zyskiem dla Zakładu w ciągu całego czasu otrzymywania przez rencistę obydwóch dodatków bezradności i na dzieci, o ile oba te dodatki zmniejszyły się z powodu procentowego wzrostu renty.

4. Jak zobaczymy jednak, nie można i nie trzeba uwzględniać — przy ustalaniu wysokości jednorazowej premii — wszystkich wyżej (Nr. 3) wymienionych strat i zysków Zakładu wskutek nabycia lat.

Strat i zysków Zakładu z powodu zwiększenia wzgl. zmniejszenia się dodatku bezradności przez zmianę podstawy wymiaru nie można uwzględniać, gdyż nie posiadamy jeszcze statystyki tych dodatków (obecny materiał jest niedostateczny). Zresztą można przyjąć, że wypadki pobierania dodatku bezradności wśród inwalidów i starców, którzy nie są w bardzo podeszłym wieku, są rzadkie (liczba pobierających dodatki bezradności w Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu i we Lwowie wynosiła w r. 1928 niecałe 1,4%, a w r. 1929 niecałe 2% ogólnej liczby pobierających renty inwalidzkie lub starcze w tych Zakładach) i że śmiertelność wśród pobierających dodatki bezradności, potrzebujących więc stałej opieki i pomocy innych osób (wspomn. art. 40 ust. 1), jest o wiele większa niż śmiertelność wśród innych osób pobierających renty inwalidzkie lub starcze, a zatem przeciętny czas trwania poboru dodatku bezradności nie jest długi. Wobec tego kapitałowa wartość ewentualnych strat wzgl. zysków Zakładu z powodu zwiększenia wzgl. zmniejszenia się dodatku bezradności nie może mieć wielkiego znaczenia i przy ustalaniu wysokości jednorazowej premii może być pozostawiona bez uwzględnienia.

Co się tyczy ewentualnych zysków Zakładu z powodu zmniejszenia się dodatku na dzieci przez procentowy wzrost renty wskutek nabycia lat, to nie mogą one mieć w żadnym wypadku znacznego wpływu na wysokość jednorazowej premii za nabycie lat. Według danych bowiem urzędowej ankiety o stosunkach rodzinnych wśród urzędników prywatnych w r. 1896 w Austrii (danych z własnej obserwacji nie posiadamy jeszcze), które to dane służyły jako podstawa przy obliczeniu obowiązującej obecnie składki ubezpieczeniowej w wysokości 8% płacy podstawo-

wej, przypada maksymalna przeciętna liczba dzieci w wieku poniżej lat 18 (jak również w wieku poniżej 24 lat) na pracownika w wieku od lat 43 do 47, a wynosi ona 2,06 (dla dzieci w wieku poniżej 24 lat: 2,34). Renta inwalidzka zaś nie może przekraczać 90% podstawy wymiaru przed osiągnięciem 35 lat ubezpieczenia, a zatem nie przed ukończeniem 53-go roku życia, gdyż lata służby można nabyć nie dalej niż do 18-go roku życia wstecz. Kapitałowa wartość ewentualnych zysków Zakładu z powodu zmniejszenia się dodatku na dzieci wskutek wzrostu renty nie będzie zatem w żadnym wypadku znaczna.

Nieznaczną kapitałową wartość tych ewentualnych zysków Zakładu z powodu zmniejszenia się dodatku na dzieci wskutek procentowego wzrostu renty można pozostawić bez uwzględnienia i nie obniżać przez nią jednorazowej premji za nabycie lat. Nie posiadamy bowiem danych statystycznych z własnej obserwacji, a ustalenie wysokości jednorazowej premji za nabycie lat trzeba będzie oprzeć na wielce niepewnych podstawach obliczeniowych, pochodzących z obcego i dawnego materiału i które z powodu braku lepszych podstaw były używane do ustalenia wysokości obowiązującej obecnie składki ubezpieczeniowej pracowników umysłowych. Poza nabycie lat nie jest obowiązkowe lecz dobrowolne; wobec czego wchodzi w grę autoselekcja, która powoduje, że nabywający lata, choć badani przez lekarzy, przedstawiają gorsze ryzyka dla Zakładu niż ogół ubezpieczonych zarówno pod względem zdrowotności jak i pod względem stosunków rodzinnych, które mają wpływ na wymiar świadczeń.

5. Pozostają więc do uwzględnienia tylko ewentualne straty Zakładu wskutek nabycia lat: 1) przez procentowe powiększenie się kwoty wzrostu renty w stosunku do podstawy jej wymiaru, 2) przez wcześniejsze powstanie prawa do renty starczej, 3) przez wcześniejsze ustanie obowiązku opłaty składek ubezpieczeniowych i 4) przez powiększenie się podstawy wymiaru świadczeń emerytalnych oraz ewentualny zysk Zakładu przez zmniejszenie się podstawy wymiaru wskutek nabycia lat.

Ze względu jednak na to, że nie posiadamy jeszcze poniekąd pewnej statystyki płac pracowników umysłowych, musimy założyć przy ustalaniu wysokości jednorazowej premji za nabycie lat (jak to uczyniono przy ustaleniu wysokości obowiązującej obecnie składki ubezpieczeniowej), że płaca podstawowa pracownika w chwili nabycia pozostanie niezmienną w przyszłości aż do końca okresu ubezpieczenia. Ewentualne straty wzgl. zyski Zakładu z powodu powiększenia wzgl. zmniejszenia się podstawy wymiaru wskutek nabycia lat mogą zatem pochodzić tylko z różnicy pomiędzy płacą podstawową w chwili nabycia (która w przyszłości pozostanie niezmienną) a przeciętną płacą podstawowych wszystkich miesięcy składkowych (nie nabytych) do chwili nabycia.

Jednorazowa premja za nabycie lat jest zatem zależna: 1) od wieku ubezpieczonego w chwili nabycia, 2) od czasu trwania ubezpieczenia do chwili nabycia, 3) od liczby lat nabytych, 4) od płacy podstawowej ubezpieczonego w chwili nabycia i 5) od przeciętnej płacy podstawowych wszystkich miesięcy składkowych (nie nabytych) do chwili nabycia. Od

wieku bowiem zależne jest prawdopodobieństwo zdarzenia się wypadku śmierci lub inwalidztwa, powodującego stratę wzgl. zysk Zakładu wskutek nabycia, a zatem i wysokość jednorazowej premji za nabycie. Od czasu zaś trwania ubezpieczenia do chwili nabycia zależny jest m. i. koniec 5-cioletniego okresu wyczekiwania, więc długość czasu, w którym nie może powstać ani strata, ani zysk dla Zakładu na rentach lub składkach (jedynie na jednorazowej odprawie może powstać zysk lub strata wskutek zmiany podstawy wymiaru), a zatem zależna jest i wysokość jednorazowej premji. Następnie od liczby lat nabytych zależne są: procentowe powiększenie się kwoty wzrostu renty w stosunku do podstawy jej wymiaru, termin powstania prawa do renty starczej i termin ustania obowiązku opłaty składek ubezpieczeniowych. Wreszcie od płacy podstawowej w chwili nabycia i od przeciętnej płacy podstawowych wszystkich miesięcy składkowych do chwili nabycia zależne są straty wzgl. zyski Zakładu z powodu powiększenia wzgl. zmniejszenia się podstawy wymiaru wskutek nabycia.

Pozatem jednorazowa premja za nabycie lat jest jeszcze zależna od płci nabywającego nawet wówczas, gdy jako podstawy obliczeniowe używa się jednolitych prawdopodobieństw śmierci i inwalidztwa dla obojga płci.

Z jednej strony bowiem kapitałowa wartość ekspektatywy ubezpieczonej kobiety na rentę wdowca jest prawie zero — wskutek nadzwyczajnej rzadkości wypadku pobierania renty wdowca — a tembardziej kapitałowa wartość ewentualnych strat Zakładu na rencie wdowca wskutek nabycia jest prawie zero. Z drugiej zaś strony postanowienia art. 24 ust. 1 wspomn. rozporządzenia, które przewidują powstanie prawa do renty starczej przed ukończeniem 65-go roku życia: dla kobiet po osiągnięciu 35 lat ubezpieczenia i ukończeniu 55 lat życia, a dla mężczyzn dopiero po osiągnięciu 40 lat ubezpieczenia i ukończeniu 60 lat życia, mają wpływ na kapitałową wartość ekspektatywy na rentę starczą, o ile ubezpieczenie rozpoczęto przed ukończeniem 30-go roku życia, a zatem mają wpływ i na kapitałową wartość ewentualnych strat Zakładu na rencie starczej wskutek nabycia, o ile nabyte lata poprzedniej służby sięgają aż poniżej 30-go roku życia wstecz.

6. Jak widzimy jednorazowa premja za nabycie lat poprzedniej służby jest dla każdej płci funkcją 5-u od siebie niezależnych zmiennych i możemy ją oznaczyć: dla mężczyzn przez $P_m(x, t, u, s, w)$, a dla kobiet przez $P_k(x, t, u, s, w)$, gdzie x oznacza wiek ubezpieczonego w chwili nabycia, t — liczbę lat ubezpieczenia (nie nabytych) do chwili nabycia, u — liczbę lat nabytych, s — płacę podstawową w chwili nabycia i w — przeciętną płacę podstawowych wszystkich miesięcy składkowych (nie nabytych) do chwili nabycia.

Założmy teraz, że $s = w$, t. j. że płaca podstawowa w chwili nabycia równa się przeciętnej płacy podstawowych do chwili nabycia (później zwolnimy się od tego założenia).

Jednorazowa premja za nabycie lat jest wtedy proporcjonalna do płacy podstawowej w chwili nabycia, więc:

(1) $P_m(x, t, u, s, s) = s P_m(x, t, u, 1, 1)$
 wzgl. $P_k(x, t, u, s, s) = s P_k(x, t, u, 1, 1)$
 Pozostaje więc do badania $P_m(x, t, u, 1, 1)$
 i $P_k(x, t, u, 1, 1)$ dla wartości x, t i u , w następują-
 cych interwałach:

(2) $18 < x < 70, 0 < t < 5, 0 < u \leq 35, 18 \leq x - t \leq 65,$
 $18 \leq x - t - u \leq 65.$

Lat służby bowiem z przed osiągnięcia 18-go ro-
 ku życia nie można nabyć. Następnie nawet w okre-
 sie przejściowym (t. j. w latach 1928 — 1932, w któ-
 rych nabycie lat jest dopuszczalne) nie podlega obo-
 wiązkowi ubezpieczenia pracownik, który w chwili
 objęcia zatrudnienia miał już ukończonych 65 lat ży-
 cia, a zatem nikt z ubezpieczonych nie osiągnie 70 lat
 życia przed upływem 1932 roku. Poza nabycie lat
 ponad 35 nie ma żadnego sensu, gdyż nabyte lata po-
 nad 35 nie mają żadnego wpływu na wymiar świad-
 czeń, bo 5-cioletni okres wyczekiwania nie może być
 skrócony przez nabycie, a maksymalna liczba lat
 ubezpieczenia, mających wpływ na wymiar świad-
 czeń, wynosi 40.

Będziemy jednak badali $P_m(x, t, u, 1, 1)$ i $P_k(x,$
 $t, u, 1, 1)$ tylko dla całkowitych wartości od x, t i u ,

$$(4a) \quad P_m(x, t, u, 1, 1) = \frac{v^2 D_x^{aa}}{D_{x+2}^{aa}} \left[K_m(x, t, u) - K_m(x, t, 0) + 0,08 \frac{N_{x-t-u+40}^{aa(12)} - N_{x-t+40}^{aa(12)}}{D_x^{aa}} \right] \text{ dla } x - t \leq 25,$$

$$(4b) \quad P_m(x, t, u, 1, 1) = \frac{v^2 D_x^{aa}}{D_{x+2}^{aa}} \left[K_m(x, t, u) - K_m(x, t, 0) + 0,08 \frac{N_{x-t-u+40}^{aa(12)} - N_{65}^{aa(12)}}{D_x^{aa}} \right]$$

dla $25 \leq x - t \leq 60, \quad x - 25 \leq t + u \leq 38,$

$$(4d) \quad P_m(x, t, u, 1, 1) = \frac{v^2 D_x^{aa}}{D_{x+2}^{aa}} \left[K_m(x, t, u) - K_m(x, t, 0) \right] \quad \text{dla } x - t - u \geq 25,$$

gdzie $K_m(x, t, 0) = K_m(x, t, u)$ dla $u = 0$, a zatem
 podaje kapitałową wartość wspomnianych ekspekta-
 tyw ubezpieczonego mężczyzny wieku x , mającego t
 lat ubezpieczenia, bezpośrednio przed nabyciem lat,
 $v = (1 + i)^{-1}$ (i oznacza techniczną stopę procent-
 ową), D_x^{aa} oznacza, jak zwykle, zdyskontowaną liczbę
 czynnych pracowników i $N_x^{aa(12)} = (1 - k) D_x^{aa}$
 $+ D_{x+1}^{aa} + D_{x+2}^{aa} + \dots$ (k jest dodatni właściwy uła-
 mek, którego wartość zależna jest tylko od i).

W istocie, różnica $K_m(x, t, u) - K_m(x, t, 0)$ da-
 je kapitałową wartość ewentualnych strat Zakładu
 z powodu procentowego wzrostu renty i wcześniejsze-
 go powstania prawa do renty starczej wskutek naby-

$$(4c) \quad P_m(x, t, u, 1, 1) = \frac{v^2 D_x^{aa}}{D_{x+2}^{aa}} \left[K_m(x, t, u) - K_m(x, t, 0) + 0,08 \frac{N_{x+2}^{aa(12)} - N_{65}^{aa(12)}}{D_x^{aa}} \right]$$

dla $x \leq 63, \quad 38 \leq t + u \leq 40,$

We wzorze (4c) liczba podstawowa $N_{x-t-u+40}^{aa(12)}$ zo-
 stała zastąpiona przez $N_{x+2}^{aa(12)}$. Należy bowiem
 przyjąć, że przed upływem 2 lat od chwili nabycia
 (więc w czasie, kiedy wpłacona suma za nabycie pod-
 lega według wspomnianego art. 157 zwrotowi w wy-
 padku śmierci lub inwalidztwa) nie ustaje obowiązek
 opłaty składek ubezpieczeniowych, nawet po osią-
 gnięciu 40 lat ubezpieczenia łącznie z latami naby-
 temi. W przeciwnym razie, w wypadku śmierci lub

dla ułamkowych zaś wartości tych zmiennych można
 będzie potem znaleźć wartości $P_m(x, t, u, 1, 1)$
 i $P_k(x, t, u, 1, 1)$ za pomocą interpolacji.

Będziemy zatem badali $P_m(x, t, u, 1, 1)$ i $P_k(x,$
 $t, u, 1, 1)$ dla całkowitych wartości x, t i u w nastę-
 pujących interwałach:

(3) $19 \leq x \leq 70, 0 \leq t \leq 5, 0 \leq u \leq 35, 18 \leq x - t \leq 65$
 $18 \leq x - t - u \leq 65.$

Nie bacząc na to, że według (2) musi być: $0 < t < 5$
 podano w (3) $0 \leq t \leq 5$, gdyż t może się różnić bar-
 dzo mało od 0 wzgl. od 5, np. o jeden dzień, a dla
 interpolacji wartości $t = 0$ i $t = 5$ są niezbędne.

7. Oznaczamy teraz przez $K_m(x, t, u)$ kapita-
 łową wartość ekspektatyw na renty (bez jednorazo-
 wych odpraw i bez dodatku bezradności, lecz z do-
 datkiem na dzieci) inwalidzką, starczą, wdowią i sie-
 roczą ubezpieczonego mężczyzny wieku x , mającego
 t lat ubezpieczenia, który nabywa u lat poprzedniej
 służby i którego przeciętna płaca podstawowa z okre-
 su ubezpieczenia do chwili nabycia równa się płacy
 podstawowej w chwili nabycia i wynosi 1, bez-
 pośrednio po nabyciu, gdzie kapitałowa wartość od-
 nosi się do dnia nabycia. Będziemy mieli wtedy:

cia, a ostatni wyraz w nawiasie we wzorach (4a), (4b)
 i (4c) daje kapitałową wartość ewentualnej straty Za-
 kładu na składkach z powodu wcześniejszego ustania
 obowiązku opłaty składek ubezpieczeniowych wsku-
 tek nabycia gdzie obie te kapitałowe wartości odnoszą
 się do dnia nabycia. Mnożenie tych kapitałowych
 wartości przez $\frac{v^2 D_x^{aa}}{D_{x+2}^{aa}}$ daje pomnożoną przez $(1+i)^{-2}$

kapitałową wartość trzech wymienionych ewentual-
 nych strat Zakładu w dniu upływu dwóch lat od
 chwili nabycia, a zatem (według Nr. 2 i 5) jednorazo-
 wą premję $P_m(x, t, u, 1, 1)$.

inwalidztwa przed upływem 2 lat od chwili nabycia,
 a po upływie 18 miesięcy od dnia osiągnięcia 40 lat
 ubezpieczenia łącznie z latami nabytymi, w którym
 to wypadku wpłacona suma za nabycie zostaje zwró-
 cona, nie powinny być przyznane żadne świadczenia
 ani z tytułu nabycia ani z tytułu faktycznego ubez-
 pieczenia, gdyż w ostatnich 18 miesiącach przed
 zajściem wypadku śmierci wzgl. inwalidztwa składki
 nie byłyby uiszczone, a okres zachowania uprawnień
 wynosi tylko 18 miesięcy (art. 8 wspomn. rozp.).

OPIEKA PAŃSTWOWA W STOSUNKU DO UPRAWNIONYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Wprowadzając ubezpieczenia społeczne, Państwo czyniło w ten sposób zadość ciężącym na niemoralnym obowiązkiem rozłaczania swej opieki nad słabszą ekonomicznie klasą społeczną.

Przez organizację ubezpieczeń społecznych, opierających się na podstawach naukowych i poważnych finansowych zasobach, których działalność oparta jest na równowartości ogólnej sumy świadczeń udzielonych ubezpieczonym ze składkami pobranymi za ich ubezpieczenie, niejednokrotnie zasilanych w tym celu subwencjami Skarbu Państwa, starało się Państwo stworzyć skończony system opieki społecznej w zakresie danego ryzyka dla tej klasy społecznej, na której interesach szczególnie dotkliwie odbijało się występowanie danego wypadku losowego np. choroby, starości i t. d.

Wprowadzając tak zorganizowany system opieki społecznej, działalność opieki społecznej w obecnym tego słowa znaczeniu okazała się mniej potrzebna, nawet zbyteczna.

Zastępował ją bowiem korzystniejszy dla społeczeństwa system ubezpieczeń społecznych.

Niemniej jednak życie stwarza niejednokrotnie tak skomplikowane warunki, jak podczas okresów wojny: inflacja, retorsje prawa i t. d., że ubezpieczenia społeczne okazują się niewystarczające i zasięgiem swego działania nie obejmują wszystkich ubezpieczonych, którzy wskutek tego pozbawieni są jedynych niemal źródeł utrzymania — świadczeń ubezpieczeniowych.

W tych warunkach odżywa obowiązek Państwa udzielenia opieki społecznej. I państwo zmuszone jest do organizowania dla tych poszkodowanych specjalnej akcji opieki, akcji zasiłkowej i t. d.

Niewystarczalność ubezpieczeń społecznych okazała się bardzo wybitnie w okresie inflacji pieniądza.

Dewaluacja pieniądza spowodowała stałe zmniejszanie się faktycznej wartości statutowych świadczeń ubezpieczeniowych, które niejednokrotnie dochodziły do zera.

Instytucje ubezpieczeń społecznych ze względów zupełnie zrozumiałych nie mogły się dostosować do ciągłej zmiany wartości pieniądza.

Przy systemie kapitalizacyjnym było niemożliwością niemal dostosować wysokość składek do tempa spadku pieniądza i tem samem równolegle zwiększać nominalną wartość świadczeń.

Przy systemie repartycyjnym było to już bardziej możliwe, niemniej jednak związane z wielkimi trudnościami: udzielanie bowiem świadczeń w zmienionej wartości faktycznej zmuszałoby do stałego podwyższania składek, równolegle ze spadkiem pieniądza, do nadzwyczajnie rygorystycznej praktyki w ich ściąganiu i t. d.

Z różnych względów instytucje nie mogły być tego dokonać w rezultacie więc cała organizacja nie mogła funkcjonować bardzo elastycznie, co wpływało na stałe zmniejszanie się siły kupna świadczeń ubezpieczeniowych.

Chcąc zaradzić temu stanowi rzeczy, Państwo musiało przyjść uprawnionym z pomocą przez udzielanie specjalnych dodatków drożyznianych do świadczeń pieniężnych ubezpieczeń społecznych.

Cały szereg rozporządzeń z tego czasu regulował tę kwestję.

Oprócz inflacji, zjawiska gospodarczo anormalnego, które bardzo dotkliwie odbija się na interesach ubezpieczonych, tak samo i nieuregulowanie międzynarodowych stosunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych sprowadza za sobą poważne straty materialne dla ubezpieczonych.

Zwłaszcza ostro wystąpiły te sprawy z chwilą perturbacji spowodowanych przez wojnę i nowego terytorjalnego ukształtowania się państw europejskich.

Pociągnęło to za sobą masową emigrację ludzi, konsekwencje której, z punktu widzenia spraw ubezpieczeń społecznych, do dziś dnia przedstawiają olbrzymie trudności do uregulowania pretensyj ubezpieczeniowych wielu bardzo licznych grup uprawnionych.

Jeżeli chodzi o stosunki polsko - niemieckie, art. 312 Traktatu Wersalskiego, którego celem było zapewnienie ubezpieczonym, bez względu na zmianę suwerenności państwowej, wszystkich nabytych przez nich po ten dzień uprawnień, w praktyce nie osiągnął w pełni zamierzonego celu.

Wprawdzie w myśl art. 312 i licznych konwencji i decyzji Rady Ligi Narodów opartych na tym artykule uregulowano aż po dzień przełomowy ustalony w poszczególnych Decyzjach i Konwencjach sprawę rent płynnych już w tym czasie oraz po ten dzień nabytych ekspektatyw. Regulacja tych spraw polegała na przejęciu przez Polskę rent i uprawnień, nabytych po dzień przełomowy na podstawie kryterjum zamieszkania względnie zatrudnienia na terytorjum polskiem.

Niemniej jednak nie została uregulowana sprawa uprawnień ubezpieczeniowych tych reemigrantów, którzy wrócili po terminie przełomowym do kraju, wobec których mają zastosowanie wewnętrzne przepisy państwa, dotyczące ubezpieczeń emigrantów.

W stosunku do reemigrantów polskich ustawodawstwo ubezpieczeniowe zawiera b. surowe przepisy o traktowaniu obcokrajowców oraz w związku z przebywaniem poza granicami Rzeszy („im Ausland“).

Na podstawie paragrafów 215, 596, 615, 1314 Ordynacji Ubezp. Rzeszy par. 93 Ustawy Knappschafto-

wej par. 94. Angestellten versicherungsgesetz, pobyt zagranicą powoduje albo całkowite odmówienie świadczeń albo też ich spoczywanie (t. zw. Ruhen).

Wskutek nie objęcia przez art. 312 Traktatu Wersalskiego wszystkich emigrujących, w związku z powstaniem Państwa Polskiego, znaczna ich część na podstawie powyższych przepisów niemieckiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego pozbawiona została w rzeczywistości świadczeń ubezpieczeniowych po powrocie do kraju.

Ponieważ nie było żadnej podstawy prawnej do przejęcia pretensyj tych osób przez Polskę, w rezultacie liczni ubezpieczeni, w większości reemigranci, pozbawieni zostali głównych źródeł utrzymania, jakie stanowiły dla nich świadczenia ubezpieczenia zwłaszcza długoterminowego.

Ubezpieczeni—reemigranci z Polski do Niemiec—znajdowali się w lepszych warunkach, ponieważ polskie ustawodawstwo ubezpieczeniowe nie zna przepisów o spoczywaniu rent ani o nieprzyznawaniu rent ubezpieczonym zamieszkałym zagranicą, a ustawa z dn. 6 lipca 1923 roku wyraźnie poleca wypłatę wszelkich świadczeń zagranicę i pełne równouprawnienie cudzoziemców z polskimi ubezpieczonymi.

Mimo jednak daleko posunięty liberalizm polskiego ubezpieczeniowego ustawodawstwa społecznego wobec cudzoziemców, Niemcy nadal stosują do przebywających w Polsce b. ubezpieczonych niemieckich instytucyj rygorystyczne przepisy o spoczywaniu rent i t. d. wzgl. odmowie świadczeń.

Ze względu na nadzwyczaj trudną sytuację życiową w jakiej się znaleźli wskutek tego reemigranci polscy, Rząd widział się zmuszony przysiąc im z pomocą przez zorganizowanie specjalnej akcji zasiłkowej. W tym celu wydana została ustawa z dn. 23.7. 1926 r. o zasiłkach dla osób, którym niemieckie instytucje wstrzymały renty z tytułu ubezpieczeń społecznych, oraz ustawa śląska z dn. 8 lipca 1925 r. w tej samej materji.

W myśl powyższych ustaw uprawnieni do zasiłków są obywatele polscy, przyczem tylko ci, którzy już mieli nabyte w Niemczech prawa do płynnej renty niemieckiego ubezpieczenia długoterminowego (uprawnienia do świadczeń chorobowych nie dają podstaw do żądania zasiłku). Wracający do kraju reemigranci z Niemiec, którzy nie posiadają płynnych rent, a tylko ekspektatywy, z akcji zasiłkowej nie korzystają.

Akcja zasiłkowa nie dotyczy także zamieszkujących w Polsce członków rodziny robotnika polskiego zatrudnionego w Niemczech, który w razie nieszczęśliwego wypadku robotnika polskiego, z racji swego przebywania w Polsce **tracą prawa do renty wypadkowej po zmarłym** jaką otrzymaliby, gdyby przebywali w Niemczech (por. 596 Ordyn. Ub. Rzeszy).

Ustawa przewiduje ostateczny termin powrotu do kraju na 1.VII 1926, który później był prolongowany aż do 1 lipca 1928, wskutek czego jedynie te osoby, które przybyły i osiadły w Polsce przed powyższym terminem, mają prawo do zasiłków.

Zasiłki nie są wysokie. Wynoszą najwyżej do

35 złotych na miesiąc dla rodziny, wymiar ich jest rozmaicie regulowany w zależności od rodzaju renty — wypadkowej, górniczej i t. d.

Zasiłek służy każdemu, kto ma prawa do renty niemieckiej bez względu na to czy istotnie znajduje się w potrzebie czy nie.

Ustawa w przeciwieństwie do akcji opieki społecznej, nie opiera się na żadnym kryterjum niezamożności, ale przyznaje zasiłki całej kategorii uprawnionych, poszkodowanych przez niemieckie instytucje.

Sumy wydatkowane przez Rząd Polski na akcję zasiłkową wynoszą:

za czas od 1.7.1926 do 31.12.1927 roku	zł. 662.362.79
„ „ „ 1.1.1928 „ 31.12.1928 „ „	„ 546.712.23
„ „ „ 1.1.1929 „ 31.12.1929 „ „	„ 451.051.21
„ „ „ 1930 rok	około 400.000 —

Widzimy więc, że mimo nawet stosunkowo niskich zasiłków, ogólna suma wydatków poniesionych na ten cel osiąga poważne rozmiary.

Ustawa z dn. 23 lipca 1926 r. obowiązuje na obszarze Rzeczypospolitej za wyjątkami województwa śląskiego, które prowadzi akcję zasiłkową na podstawie specjalnej ustawy z dn. 8 lipca 1925 r.

Obie ustawy opierają się na tych samych zasadach, z tem jednak, że wysokość zasiłków na Górnym Śląsku, wskutek odpowiedniej zmiany ustawy z dn. 8 lipca 1925 r. są ostatnio wyższe niż zasiłki udzielane na obszarze działania ustawy z dn. 23 lipca 1926 r.

Oprócz akcji zasiłkowej ze strony Państwa wobec ubezpieczonych, opartej na podstawie wyżej omawianych 2-ch ustaw, Rząd zorganizował także specjalną akcję zasiłkową dla t. zw. Westfalczyków. „Westfalczyki” są to polscy górnicy, którzy do końca wojny pracowali w niemieckich kopalniach, potem zaś, niejednokrotnie wskutek specjalnej zachęty rządowych czynników polskich, masowo wyjeżdżali do Francji lub Belgji do pracy w tamtejszych kopalniach.

Górnicy ci wskutek zmiany miejsca pracy i mieszkania utracili, niemal wszyscy, prawa ubezpieczeniowe wobec niemieckich Kas Brackich.

Wyjeżdżający do Francji, pensjoniści Bractw niemieckich nie otrzymują należnych im pensji, ponieważ Niemcy stosują przepisy o spoczywaniu, olbrzymia zaś większość z pośród górników, którzy opuszczając Niemcy mieli nabyte ekspektatywy nieraz za długie lata, utraciła je przez nieopłacanie opłat umownych, wymaganych przez prawo niemieckie do utrzymania nabytych (nieopłacanie przez 1 rok powoduje ich utratę) ekspektatyw z chwilą przerwania ubezpieczenia.

Ponieważ z drugiej strony francuskie ubezpieczeniowe ustawodawstwo górnicze zapewnia wyższe świadczenia ubezpieczonym górnikom dopiero po przebyciu stosunkowo b. długiego okresu ubezpieczenia — 15 lat, olbrzymia większość Westfalczyków, zwłaszcza starsi wiekiem, którzy nie przebędą tylu lat w górnictwie francuskim, została w rzeczywistości całkowicie pozbawiona korzyści płynących z ubezpieczenia.

Nie mając zapewnionej starości, ludzie ci narażeni zostali na krańcową biedę.

Przebywając zagranicą, we Francji i Belgji, tem dotkliwiej ją odczuwają.

Z tych względów Rząd widział się zmuszony do zorganizowania dla nich akcji zasiłkowej.

Instrukcja z dn. 24 maja 1929 r. w sprawie tymczasowej akcji zasiłkowej na rzecz górników polskich we Francji i Belgji, którzy utracili uprawnienia z zakresu niemieckich ubezpieczeń społecznych, przyznaje prawo do zasiłków wszystkim górnikom polskim, i członkom ich rodzin przebywającym we Francji i Belgji.

W przeciwieństwie do ustawy z 23 lipca 1926 r. pomoc państwowa udzielana jest nie w kraju ale zagranicą i to tylko we Francji i Belgji.

Pozatem instrukcja przyznaje zasiłki nie tylko posiadaczom płynnych rent, ustalonych w Niemczech, ale także i wszystkim b. ekspektantom, o ile tylko ukończą wiek 55 lat, lub wcześniej, jeśli są niezdolni do pracy górniczej. Zasiłek przysługuje z tytułu posiadania rent względnie niezrealizowanych uprawnień ubezpieczenia pensyjnego górniczego, ubezpieczenia inwalidzkiego, wypadkowego (uprawnienia do świadczeń krótkoterminowych ze względów zrozumiałych nie dają podstaw do zasiłku).

Udzielanie zasiłków w myśl powyższej instrukcji ma w sobie już znacznie więcej elementów akcji opieki społecznej niż ustawa z 23 lipca 1926 r. W myśl bowiem instrukcji uprawnieni do zasiłku są tylko ci, którzy nie korzystali ze świadczeń ubezpieczenia francuskiego i belgijskiego w wysokości co najmniej 1500 franków lub nie posiadają skądinąd środków utrzymania w wymienionej wyżej wysokości.

Według ustawy z dn. 23 lipca 1926 r. prawo do zasiłków przysługiwało każdemu o ile tylko udowodniona została utrata uprawnień ubezpieczeniowych i o ile starający się o zasiłek nie pobierał równocześnie renty polskiego ubezpieczenia społecznego. Innych warunków ustawa nie przewiduje.

Zasiłki wynoszą 150 fr. miesięcznie dla inwalidy. Ogólne wydatki wynosiły:

w 1928/29 (rok budżetowy) —	225.000 zł.
„ 1929/30 —	300.000 „
„ 1930/31 —	prelim. 400.000 „
„ 1931/32 —	450.000 „

Zasiłki przyznawane w myśl powyższej instrukcji górnikom polskim we Francji i Belgji przysługują im także po powrocie do kraju. Miarodajnym dla przyznania prawa do zasiłku jest, czy starający się o zasiłek miał, w myśl instrukcji, do tego prawo podczas swego pobytu we Francji wzgl. Belgji.

Zasiłki te nie są wysokie, nie przekraczają 20 zł. dla inwalidy lub starca na miesiąc.

Akcja zasiłkowa w myśl instrukcji z 1929 r. ma charakter prowizoryczny, zasiłki wypłacane nie są rentami ubezpieczenia społecznego, lecz dobrowolnymi świadczeniami państwowymi z tytułu opieki społecznej nad emigracją polską zagranicą. Akcja ta nie ma charakteru ustawowego świadczenia państwowego. Zasiłki wypłacane są z Budżetu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Przytoczone 3 akcje zasiłkowe wyczerpują w całości akcję opiekuńczą Rządu Polskiego wobec ubezpieczonych, którzy utracili na stałe lub tymczasowo swe prawa do niemieckich instytucji ubezpieczeń społecznych.

Oprócz powyższych akcji zasiłkowych na korzyść poszkodowanych ubezpieczonych Rząd przystąpił z pomocą górnikom, b. członkom czeskich kas ubezpieczenia górniczego. Chodzi tu mianowicie o tych górników polskich, dla których żądane przez czeskie kasy brackie stałe opłacanie uznaniówek dla podtrzymania nabytych ekspektatyw wskutek przerwania stosunku ubezpieczeniowego stanowi zbyt wielką trudność ze względu na formalności jak i związane z tem wydatki, aby mogło być uskutecznione przez przeciętnego górnika polskiego.

Rząd przyszedł więc górnikom z pomocą, organizując za pośrednictwem konsulatu polskiego w Morawskiej Ostrawie akcję opłacania za górników bieżących jak i zaległych uznaniówek. Akcja ta prowadzona jest przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej i z jego funduszów.

Wydatki poniesione w związku z tem wynoszą około 2.000 złotych rocznie.

Rozpatrując istotę wyżej przedstawionej akcji opiekuńczej Rządu Polskiego w stosunku do ubezpieczonych, stwierdzić należy charakterystyczny fakt udzielania tej pomocy tylko takim osobom, które wskutek nieuregulowania stosunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych z innemi państwami ponoszą szkody, jakie Państwo w części chociażby stara się wyrównać z własnych zasobów.

Państwo stara się przyjść z pomocą w tych wszystkich wypadkach, gdy normalne funkcjonowanie ubezpieczeń społecznych bądź to np. wskutek inflacji, bądź też nieuregulowania międzynarodowych stosunków ubezpieczeniowych, nie zapewnia ubezpieczonym tych korzyści, jakie winnyby mieć z ubezpieczenia w normalnych warunkach.

Ubezpieczenia społeczne, jak wykazały doświadczenia lat powojennych, niejednokrotnie nie są w stanie sprostać tym zadaniom, do realizacji których zostały powołane.

Zwłaszcza w okresie poważniejszych wstrząsów gospodarczych, społecznych lub politycznych niewystarczalność ubezpieczeń społecznych występuje z całą dokładnością. Dlatego też na Państwie ciąży moralny obowiązek niesienia ubezpieczonym pomocy wszędzie tam, gdzie ubezpieczenia społeczne nie mogą sprostać zadaniom.

Jeśli chodzi np. o Niemcy, Rząd Rzeszy poszedł nawet tak daleko, że z tytułu opieki społecznej udziela dodatkowych zasiłków tym rencistom instytucji ubezpieczeń społecznych, (t. zw. „sozialrentner“), którzy pobierają renty ubezpieczeniowe niższe niż normalne ich potrzeby życiowe, chociaż nie zachodzą żadne specjalne względy powodujące niski wymiar ich rent.

W drodze rozporządzenia „über die Fürsorgepflicht vom 13.II.1924“ oraz rozporządzenia o Reichsgrundsätze über Voraussetzung Art und Mass der öffentlichen Fürsorge“ z brzmieniem z dn. 8.6 1926 przyznał między innymi prawo do świadczeń opieki

społecznej także i t. zw. „Sozialrentner“, t. j. upraw-
nionym do korzyści płynących z ubezpieczeń spo-
łecznych.

Idąc dalej w tym kierunku opieki Państwa nad
„ubezpieczonymi“, Niemcy wydały ostatnio bardzo
znamienne rozporządzenie o opiece nad ubezpieczony-
mi, którzy pochodzą z odstąpionych b. prowincyj nie-
mieckich, t. zw. Bekanntmachung über die Fürsorge
für Versicherte aus den abgetretenen Provinzen z dn.
28 listopada 1930 r.

W myśl „Bekanntmachung“ do pomocy państwa
mają prawo obywatele niemieccy mieszkający
w Niemczech, mający prawa do rent z tytułu ubez-
pieczenia długoterminowego. Pomoc polega na tem,
że państwo udziela zasiłków do każdej renty, która
wypłacana jest renciście przez instytucję ubezpie-
czeniową Państwa cesyjnego, wskutek przejścia jego
uprawnień ubezpieczeniowych na podstawie art. 312
względnie 77 Traktatu Wersalskiego w wysokości od-
powiadającej różnicy wartości między tą rentą jaką
otrzymują z wymienionej instytucji a rentą jaką otrzy-
maliby gdyby była ona ustalona na podstawie wzorów
i przepisów niemieckich. W wypadku nieotrzymania
wogóle renty Państwo udziela zasiłku w wysokości
pełnej renty.

Tę pomoc Państwa tłumaczyć należy okoliczno-
ścią, że świadczenia ubezpieczeniowe instytucji
polskich, francuskich, czeskich absolutnie niższe
zwłaszcza przy przeliczeniu na wysokowartościową
walutę niemiecką, były zbyt niskie do pokrycia nor-
malnych potrzeb życiowych mieszkającego w Niem-
czech uprawnionego. Do tego dołącza się sprawa
całego szeregu formalności przy przekazywaniu rent
z zagranicy, wypłata ich zazwyczaj co kwartał co nie
pozwała na słuszne ich użycie i t. d.

Wyżej przytoczone przykłady wzrastającego
zainteresowania się państwa losem ubezpieczonych,
stanowią bardzo znamienny nowy rys opieki w dzie-
dzinie polityki społecznej. Na państwie nadal ciąży
obowiązek opieki nad temi osobami, których sytua-
cja życiowa mimo wprowadzenia ubezpieczeń spo-
łecznych nie uległa poprawie. Przeświadczenie
o tem utrwała się coraz bardziej w opinii publicznej
czego dowodem są liczne głosy opinii robotniczej,
domagającej się czujniejszej opieki państwa nad
ubezpieczonymi.

Jeśli chodzi o stosunki polskie, Rząd przychodził
i przychodzi zawsze z pomocą dodatkową tym ubez-
pieczonym, którzy wskutek anormalnych okoliczno-
ści nie mogą czerpać z ubezpieczeń tych korzyści
jakie w normalnych warunkach powinnyby były im
przysługiwać.

Ustawa z 23 lipca 1926 i analogiczna śląska
akcja dodatków drożyznianych, pomoc dla Westfal-
czyków, dla b. górników polskich w Czechosłowacji
są tego wyraźnym dowodem.

Mimo wszystko jednak zasiłkowa akcja pań-
stwowa nie stoi jeszcze na wysokości zadania. Kor-
zyści przysługujące ubezpieczonym z tej akcji są
minimalne, i mogą pokryć zaledwie najprymitywniej-
sze ich potrzeby życiowe. Świadczenia akcji zasił-
kowej dla poszkodowanych są znacznie poniżej po-
ziomu tych świadczeń, jakie przysługiwałyby im

w wypadku niezmaconego korzystania z normalnych
świadczeń ubezpieczeniowych w normalnych wa-
runkach.

Ponieważ obecnie u nas jedyną przyczyną po-
wodującą perturbacje w korzystaniu ze świadczeń
ubezpieczeniowych — co w rezultacie zmusza Rząd
do organizowania specjalnej opieki Państwa — jest
kwestja nieuregulowania między państwowych stosun-
ków ubezpieczeń społecznych (inflacja wzgl. inne
przyczyny obecnie nie zachodzą), dlatego też w pier-
wszym rzędzie winno się zwrócić baczną uwagę na ure-
gulowanie tych spraw z innymi państwami.

Wzmagający się ruch emigracyjny mas robotni-
czych tem bardziej wskazuje na konieczność jak-
najspieszniejszego załatwienia tych spraw.

Przez całkowite zrównanie w prawach do ko-
rzyści ubezpieczeniowych robotników polskich z ro-
botnikami kraju imigracji, przez zderogowanie rygo-
rystycznych przepisów np. ustawodawstwa ubezpie-
czeniowego Państw imigracji o przebywaniu zagranicą
względnie idąc dalej w tym kierunku przez wzajem-
ne zaliczanie okresów ubezpieczeniowych, przeby-
tych w każdym kraju, na prawa do świadczeń ubez-
pieczeniowych emigrujących robotników, usunęłoby
się dotychczasowy stan rzeczy, w którym dziesiątki
tysięcy robotników pozbawia się z najrozmaitszych
powodów praw do nabytych przez nich uprawnień
ubezpieczeniowych.

Rząd Polski winien dołożyć wszelkich starań do
uregulowania w tym duchu między państwowych sto-
sunków ubezpieczeniowych.

Zawarta zresztą z Niemcami konwencja o pol-
skich robotnikach rolnych z 24 listopada 1927, kon-
wencje z Francją z 1919 i 1920 r. oraz ostatnio
w 1929 r. w sprawie ubezpieczenia górników, oraz
cały szereg traktatów handlowych, zawierających
klausule społeczne, wykazują znaczny wysiłek Rządu
w tym kierunku.

Niemniej pozostaje jeszcze szereg spraw do ure-
gulowania, zwłaszcza zaś z sąsiednimi Państwami.

Gdyby jednak w drodze porozumień międzyna-
rodowych nie można było uregulować tych spraw,
które i dla Państwa i dla ubezpieczonych stanowi-
łyby bardzo poważną korzyść — dla ubezpieczonych
z tego powodu, że otrzymywaliby należne im renty,
które normalnie są o wiele wyższe niż otrzymywane
dotychczas zasiłki, dla Państwa m. in. z tego powo-
du, że zmniejszyłyby się wydatki na akcję zasiłkową,
wtedy koniecznością niemal byłoby zmienić dotych-
czasową akcję zasiłkową i oprzeć ją na innych pod-
stawach.

Przedewszystkiem winnaby ulec rewizji wyso-
kość dotychczas udzielanych zasiłków. Zasiłki te są
zbyt niskie, by odpowiadały potrzebom życiowym.

Przy zmianie wysokości świadczeń możnaby się
było oprzeć na wzorach niemieckich przyjętych
w Bekanntmachung über Fürsorge für Versicherte
aus den abgetretenen Provinzen z 28.II 1930, lub na
innych, dotychczas jeszcze nie sprecyzowanych za-
sadach. Niemniej jednak zasiłki winnyby ulec pod-
wyższeniu, gdyż dotychczasowa akcja zasiłkowa
mająca charakter tymczasowy i przy wprowadzaniu
jej w życie obliczona tylko na przeciąg kilku lat, nie

może stanowić stałej podstawy regulującej w ostateczny sposób pretensyj ubezpieczeniowych tych osób. Tak samo należałoby poddać rewizji terminy powrotu do kraju w ustawie z 23 lipca 1926 i analogicznej śląskiej, które pozostawiają poza obrębem akcji zasiłkowej licznych rencistów później przybyłych.

Pozatem należałoby scalić całą akcję zasiłkową i oprzeć ją na jednolitych zasadach. Dotychczasowe

bowiem rozbitcie akcji na kilka różnych działów prowadzi niejednokrotnie do niepotrzebnych komplikacyj.

Niemniej ważnym jest oparcie całej unifikowanej akcji zasiłkowej Państwa na ustawie, któraby nadała charakter bardziej trwały dotychczasowej akcji i usunęłaby z niej wszystkie elementy przypadkowości.

BRONISŁAW LECHOWSKI.

Mag. pr., apl. adw.

PRZYMUS UBEZPIECZENIA A UPRAWNIENIA INSPEKCJI Z. U. P. U.

W myśl art. 106 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24.XI. 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106 poz. 911) pracodawca obowiązany jest do terminowego zgłaszania pracowników do ubezpieczenia, jak również — do przesyłania miesięcznych wykazów zatrudnionych pracowników, obliczania i przekazywania należnych Zakładowi składek ubezpieczeniowych oraz zawiadomienia o wszelkich zmianach w stosunkach służbowych ubezpieczonego pracownika, które mają wpływ na ubezpieczenie, nadto i o tych zmianach rodzinnych, o których został zawiadomiony.

Art. 111 powoł. rozp. postanawia, że zgłoszenie pracownika do ubezpieczenia w czasie właściwym, chociażby składka ubezpieczeniowa, za okres jego zatrudnienia, nie była opłacona ani ściągnięta, ma ten skutek, że pracownikowi zalicza się do ubezpieczenia wszystkie miesiące od dnia 1-go danego miesiąca, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia.

Tenże sam art. w ust. 2-im mówi, że, o ile zgłoszenie nie nastąpiło w czasie właściwym, to okres ubezpieczenia biegnie dopiero od dnia 1-go danego miesiąca, w którym zgłoszono pracownika do ubezpieczenia. Okres pracy przed zgłoszeniem, w myśl art. 112, wtedy będzie zaliczony do ubezpieczenia, o ile „rzeczywiście” nastąpi opłata składki. Podobnie będzie z pracownikiem, który został zgłoszony, względnie sam się zgłosił do ubezpieczenia po ustaniu stosunku służbowego.

Jeżeli powyższe postanowienia zestawimy z art. 2-im rozp. z dn. 24.XI. 1927 r., określającym kto podlega obowiązkowi ubezpieczenia, to dojdziemy do wniosku, że jakkolwiek pracownicy umysłowi są objęci przymusem ubezpieczenia, to jednak przymus ten nie powstaje, ściślej mówiąc — nie wywołuje dla pracownika skutków, przez sam fakt zatrudnienia, ale dopiero przez dopełnienie jeszcze formalności zgłoszenia, a nadto, w pewnych wypadkach i to w życiu codziennym bardzo częstych, od opłacenia składek. Dopełnienie tych formalności należy do obowiązków pracodawcy.

Wprawdzie, w myśl art. 111 ust. 3, zgłoszenie się do ubezpieczenia samego pracownika należy trakto-

wać na równi ze zgłoszeniem, uskuteczniwym przez pracodawcę, a w myśl art. 106 ust. 3 ubezpieczony ma prawo, nie obowiązek, dokonywania zgłoszeń niezależnie od takiegoż obowiązku pracodawcy i, w tym ostatnim wypadku, zgłoszenie dokonane przez pracownika zwalnia pracodawcę od odpowiedzialności za ewentualne zaniedbania z jego strony obowiązku zgłoszenia, to jednak — o ile chodzi o praktyczne zastosowanie i wykorzystanie tych uprawnień przez szerokie rzesze pracownicze, sprowadzają się one faktycznie do zera. Przyczyna tego nie leży w nieświadomości pracowników o tych uprawnieniach, lecz w czym innym. Niezgłoszenie pracownika do ubezpieczenia przez pracodawcę najczęściej spowodowane jest oporem pracodawcy w spełnieniu tego obowiązku lub też — sporem, w którym pracodawca twierdzi, iż czynności spełniane przez pracownika należą do kategorii pracy fizycznej a nie umysłowej. W tych wypadkach zgłoszenie się do ubezpieczenia przez samego pracownika wbrew woli pracodawcy ma ten skutek, że pracownik zostaje natychmiast zwolniony z pracy i to często bez odszkodowania. Stan taki, mimo wszelkich ochron prawnych, prowadzi do tego, że pracownik bardzo rzadko sam się w okresie zatrudnienia zgłasza do ubezpieczenia, z wyjątkiem tych, którzy są zrzeszeni, np. majstrzy, a najczęściej korzysta ze swoich uprawnień dopiero wtedy, kiedy nic nie ma do stracenia, t. j. kiedy został zwolniony z pracy, kiedy zaczyna u niego odgrywać pierwszą rolę kwestja otrzymania świadczeń, ale wtedy jednocześnie dowiadyuje się, że jego przymus ubezpieczenia był w gruncie rzeczy na papierze, a w najlepszym razie uzależniony od „rzeczywistego” wpłacenia składki i to w okresie 6 miesięcy od dnia zwolnienia pracownika. O ile składka ta zostanie wpłacona lub przymusowo ściągnięta po tych 6 miesiącach, przymus ubezpieczenia, gdy chodzi o świadczenia Zakładu na wypadek braku pracy, jest dla pracownika bez znaczenia, bo, nie będąc ubezpieczonym (a składka „rzeczywiście” nie była opłacona) z Z. U. P. U. nic nie otrzyma. Może wprawdzie zainteresowany dochodzić na pracodawcy szkód i strat tem spowodowanych (art. 112 ust. 3), ale to sprawa dalsza i przez inne organy, już w normal-

nym procesie sądowym, rozstrzygana. Bezrobotny pracownik umysłowy, mimo istnienia przymusu ubezpieczenia, jest, jakby poza nawiasem, korzyści płynących z tego przymusu.

Zaznaczyłem wyżej, że niezgłoszony do ubezpieczenia pracownik umysłowy względnie zgłoszony po zwolnieniu może być pozbawiony korzyści, płynących z przymusu ubezpieczenia, o ile składka nie zostanie ściągnięta w ciągu 6 miesięcy od daty jego zwolnienia. W tym wypadku leży na Zakładzie, poza czuwaniem nad normalnym wpływem składki od pracodawców, i ten obowiązek szybkiego, w nieprzekraczalnym 6-ciu miesięcznym terminie, ściągnięcia nieopłaconej składki za pracownika umysłowego. Będzie to jedna z dróg Zakładu, jeden ze sposobów bezpośredniej ochrony pracownika umysłowego przed strasznymi skutkami bezrobocia, nadto tą drogą Z. U. P. U., jako instytucja dobra społecznego, spełni ochronę przymusu ubezpieczonego i zapewni pracownikowi prawa oraz korzyści, jakie z tego przymusu wypływają.

Powołany już przez nas art. 111 w ustępie 3-im mówi, że poza zgłoszeniem się samego pracownika do ubezpieczenia, narówni ze zgłoszeniem dokonaniem przez pracodawcę należy traktować *zgłoszenie z urzędu*.

Do zgłoszeń z urzędu uprawniony jest „organ kontrolny Kas Ubezpieczeń Społecznych względnie Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych”.

To zgłoszenie z urzędu jest jednym z zasadniczych obowiązków Z. U. P. U.; obowiązkiem wypływającym z zakresu sprawowanego przymusu ubezpieczenia.

Cel i istota Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych leży nie tylko w zapewnieniu świadczeń tym, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia i prawa nabyli, ale w pierwszym rzędzie w tem, aby *wszystkich* pracowników objąć przymusem ubezpieczenia, aby nie dopuścić do tego, żeby pracownik umysłowy, zwracając się do Zakładu, dowiedział się, że mimo istnienia przymusu ubezpieczeniowego żadnych świadczeń z Z. U. P. U. nie otrzyma, „bo nie był zgłoszony do ubezpieczenia i z tego powodu praw do świadczeń nie nabył”.

Wobec powyższego „zgłoszenie z urzędu” ma swój realny skutek, o ile zostało dokonane w okresie zatrudnienia pracownika, nadto ma skutek, o ile w Z. U. P. U. jest taka kollaboracja pracy pomiędzy komórką kontrolującą a komórką ściągającą składki, że na wypadek zwolnienia pracownika z pracy składka zostanie jaknajszybciej ściągnięta.

Na te „zgłoszenia z urzędu” poszczególne Z. U. P. U. powinny zwrócić szczególniejszą uwagę.

Jak wyżej zaznaczyłem, dla wyzyskania tej drogi służą Z. U. P. U. — własne organy kontrolne oraz organy Kas Ubezpieczeń Społecznych (Kasy Chorych).

Wyzyskanie usług Kas Chorych, o ile staniemy na stanowisku, że zasadniczo słusznym jest, ażeby instytucja ubezpieczeniowa, powołana do życia dla zupełnie innych zadań i celów pełniła nadto pewne funkcje dla Z. U. P. U., może byłoby dobre, ale wtedy,

gdyby funkcjonowanie tych Kas było bez zarzutu, w najlepszym razie nie wiele pozostawiało do życzenia. Wiemy, że tak nie jest. Tego rodzaju czynności dla Kas Chorych będą zawsze czynnościami dodatkowymi; organ kontrolny Kasy Chorych, dokonując inspekcji w zakładzie pracy, siłą rzeczy zwróci większą uwagę na uchybienia w stosunku do Kasy Chorych, niż — do Z. U. P. U., nadto, nie każdy pracownik umysłowy objęty przymusem ubezpieczenia w Z. U. P. U. podlega przymusowi ubezpieczenia w Kasie Chorych. Dalej skoro już odbywa się inspekcja, nie powinna się ona ograniczać jedynie tylko do „zgłoszeń z urzędu”, ale wogóle do sprawdzenia wszystkich kwestyj, które dla Z. U. P. U. mają znaczenie, jak np.: terminowość zgłoszenia wszystkich pracowników do Z. U. P. U., ścisłość obliczania wkładek, ich przekazywanie do Zakładu i t. d.

Z powyższych krótkich uwag dojdziemy do wniosku, że stworzenie odpowiedniego aparatu kontrolnego przez poszczególne Z. U. P. U. może jedynie skutecznie i racjonalnie sprostać zadaniu i powołaniu Zakładów, może zapewnić zarówno dostateczną ochronę pracownikowi umysłowemu przed uchybieniami pracodawcy, jak i kontrolę prawidłowości wszelkich dokonanych już czynności przez pracodawcę.

Nie bez przesady będzie twierdzenie, że w sferze *wykonania* przymusu ubezpieczeniowego poszczególne Z. U. P. U. tem lepiej i sprawniej będą funkcjonowały im więcej będą korzystały z odpowiednio zorganizowanych swoich własnych organów kontrolnych, im dokładniejsza będzie w wewnętrznej organizacji kollaboracja inspekcji Zakładu z innymi komórkami Zakładu, a w szczególności z przymusowym ściąganiem składek oraz z wewnętrznym załatwieniem formalności biurowych, związanych z rejestracją zakładów pracy i ubezpieczonych.

Racjonalne funkcjonowanie tej komórki, jak widzimy z powyższego, nie tylko odbija się na zewnętrznej, ale i na wewnętrznej działalności Zakładu.

O ile chodzi o tę zewnętrzną działalność Zakładu uprawnienia jego, w zakresie spełniania kontroli, są bardzo dalekie i opierają się na art. 107 i 114 rozp. z dn. 24.XI. 1927 r.

Art. 107 postanawia, że pracodawca *obowiązany* jest na żądanie organów Z. U. P. U. zezwolić na przejrzenie list płacy oraz wszelkich dokumentów, miarodajnych dla sprawdzenia ścisłości zgłoszeń, zaś art. 114 mówi, że na żądanie Z. U. P. U. względnie jego organów i funkcjonariuszy, działających w ramach rozporządzenia z dn. 24.XI. 1927 r. lub statutu Z. U. P. U., pracodawca, ubezpieczeni i członkowie ich rodzin *obowiązani* są udzielać wszelkich pisemnych i ustnych wyjaśnień co do okoliczności, mających znaczenie dla stosunku ubezpieczonego względnie dla oceny uprawnień do świadczeń ubezpieczeniowych. Nadto powołany już art. 111 mówi o zgłoszeniu z urzędu, dokonaniem przez organ kontrolny Z. U. P. U.

Inspekcja więc Z. U. P. U., ten jego organ kontrolny, uprawniona jest do kontroli prawidłowości dokonanych już zgłoszeń i związanych z tem dalszych obowiązków pracodawcy oraz do ustalenia faktu niezgłoszenia, przyczem nietylko pracodawca ale i ubez-

pieczeni oraz członkowie ich rodzin obowiązani są udzielać wszelkich wyjaśnień, okazać wszelkie dokumenty, które są konieczne dla ustalenia stosunku ubezpieczeniowego.

Odmowa udzielenia wyjaśnień pociąga za sobą skutki karne, w myśl art. 134 powoł. rozp. kara ta wynosić będzie do 1000 zł. grzywny, a w razie nieściągalności areszt do 6 tygodni, zaś niezgłoszenie w przepisany terminie wykazów, zgłoszeń lub zaświadczeń, w myśl art. 135, — karę do 500 zł. z zamianą w razie nieściągalności do 3 tygodni aresztu.

Jak widzimy z powyższego sprawa uprawnień inspekcji, jak i skutków utrudniania lub odmówienia udzielania wyjaśnień, została przez prawodawcę jasno i wyraźnie sformułowana. Zdawałoby się, że uprawnienia organów kontrolnych w zakresie spełniania swoich obowiązków nie powinny być kwestjonowane. Tak jednak nie jest w rzeczywistości.

Omawiany przez nas art. 114 nie zawiera żadnych zastrzeżeń, co do sposobu żądania wyjaśnień przez Z. U. P. U. A więc żądania te mogą być postawione zarówno w formie pisemnej, ustnej, jak również w drodze osobistego zgłoszenia się funkcjonariuszy Z. U. P. U. do pracodawcy i ubezpieczonego po wyjaśnienia względnie wzywania ich do biura Zakładu. Powstało tu jednak zagadnienie, czy funkcjonariusz Z. U. P. U. ma prawo badania na miejscu w zakładzie pracy rodzaju pracy, gdy zachodzi kwestja, czy pracownik spełnia czynności zaliczające go do kategorii pracowników umysłowych.

Z art. 107 wynika, że przedstawiciel Z. U. P. U. — jego inspektor — ma prawo sprawdzania na miejscu, bowiem sam charakter zadań i praca organu kontrolnego Z. U. P. U. wymaga stwierdzenia chociażby, czy ci z pośród już zgłoszonych, co do których listy płacy i dokumenty okazano, istotnie są pracownikami umysłowymi. A wszak nie tylko chodzi o ustalenie prawidłowości już zgłoszonych pracowników, ale również, co dla spełnienia przymusu ubezpieczenia jest najistotniejsze, czy wszyscy objęci tym przymusem z danego zakładu pracy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia oraz, o ile sprawa jest sporna, czy spełnianie pewnego rodzaju czynności może dawać podstawę do zaliczenia tych pracowników do kategorii pracowników umysłowych.

Żądanie wyjaśnień bez możliwości sprawdzenia ich na miejscu byłoby tylko formalnością, pozbawioną wszelkiego prawnego i życiowego znaczenia.

Na tle pewnej konkretnej sprawy powstała kwestja, w związku z czynnościami inspekcyjnymi Z. U. P. U. na miejscu w zakładzie pracy, czy inspektorzy

Zakładu nie przekraczają swoich uprawnień przez wzywanie pracowników do udzielania wyjaśnień, odrywając ich przytem od pracy.

Z. U. P. U. ma prawo wzywać pracownika do siebie a badanie siłą rzeczy odbywać się będzie w normalnych godzinach urzędowania Zakładu. Tego rodzaju wezwanie jest niewątpliwie daleko uciążliwsze dla pracodawcy od badania na miejscu, bowiem przez oderwanie pracownika od pracy na miejscu u pracodawcy dużo mniej on straci czasu niż przez wezwanie go do biura Z. U. P. U.

Wobec powyższego inspektorzy Zakładu, odrywając chwilowo od pracy pracownika na miejscu w zakładzie pracy, nie tylko nie przekraczają swoich uprawnień, ale wprost działają w interesie pracodawcy.

Kwestja jednak powyższa wywołała zatarg pomiędzy organem kontrolnym Z. U. P. U. a pracodawcą, w konsekwencji którego pracodawca odmówił inspekcji Zakładu prawa wzywania pracowników, uniemożliwiając tym sposobem spełnienia czynności urzędowych organów Z. U. P. U. wewnątrz zakładu pracy.

Odmowa pracodawcy pociągnęła za sobą sprawę karną z art. 134 z dn. 24.XI. 1927 r., w końcu kwestja uprawnień inspektorów Z. U. P. U. stała się przedmiotem narad kompletu siedmiu sędziów Izby II Sądu Najwyższego.

W d. 25 października 1930 r. w sprawie X. oskarżonego z art. 134 rozp. z dn. 24.XI.27 r. w trybie art. 513 K. P. K. i § 1 art. 40 U. P. C. Sąd Najwyższy uchwalił, że rozporządzenie Prezydenta z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych uprawnia inspektorów Z. U. P. U. do spełniania poszczególnych czynności urzędowych wewnątrz fabryk kontrolowanych oraz postanowił powyższą zasadę wpisać do księgi zasad praw.

Jak widzimy uprawnienia Z. U. P. U. w zakresie kontroli są unormowane nie tylko rozporządzeniem Prezyd. Rzplitej z dn. 24.XI.27 r. ale znalazły już swój wyraz w uchwale Sądu Najwyższego, przesądzającej na korzyść Z. U. P. U. kwestję praw inspektorów Zakładu.

Tak więc przymusowi ubezpieczenia winna iść w pomoc inspekcja Z. U. P. U., a przy jej ściślejszej współpracy z egzekucją oraz rejestracją firm i ubezpieczonych kwestja skutków przymusu dla bezrobotnego, jak również rzeczywiste objęcie przymusem szerokiej warstw pracowniczych będą skuteczniejsze w myśl obowiązków i zadań Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

KRYTYCZNE POŁOŻENIE NIEMIECKIEGO UBEZPIECZENIA BRACKIEGO

Począwszy od roku 1924 kształtują się ujemnie stosunki niemieckiego ubezpieczenia brackiego a w szczególności ubezpieczenia długoterminowego (pensyjnego), do którego się w niniejszych wywodach ograniczać będziemy. Złożyły się na to w pierwszej mierze przyczyny natury zewnętrznej; całkowite niemal zniszczenie rezerw, wynoszących setki milionów marek złotych, przez wojnę i inflację, mechanizacja i racjonalizacja górnictwa, zmniejszenie się spożycia i wydobycia węgla, wywołane racjonalizacją przemysłu i zmniejszeniem eksportu, konkurencja węgla zagranicznego, a w ostatnim czasie ogólnie - światowy kryzys gospodarczy, który specjalnie dał się we znaki niemieckiemu górnictwu, nastawionemu na eksport na szeroką skalę. Poza-tem przyczyniły się do ujemnego rozwoju stosunków przyczyny natury wewnętrznej, jak przedewszystkiem zwiększenie przez ustawę bracką z roku 1926 wysokości świadczeń przy równoczesnym obniżeniu wieku, uprawniającego do poboru pensji starczej, do lat 50.

Fatalny rozwój stosunków niemieckiego ubezpieczenia brackiego ilustrują bardzo wymownie poniższe cyfry, przedstawiające stosunek liczby członków czynnych niemieckich bractw górniczych do liczby członków biernych, t. j. pensjonistów, za lata 1924 do 1929, podane oddzielnie dla ubezpieczenia pensyjnego robotników i pracowników umysłowych. Przytem po stronie biernej wdowy i sieroty są przedstawione jako inwalidzi, licząc w ubezpieczeniu pensyjnym robotników — odpowiednio do wysokości świadczeń pensyjnych, pobieranych przez inwalidów, wdowy i sieroty — do 30 czerwca 1926 r. — 2 wdowy wzgl. 5 sierot = 1 inwalida, od 1 lipca 1926 r. zaś 5 wdów = 3 inwalidzi, a 5 sierot = 1 inwalida.

Mianowicie przypadało w ubezpieczeniu pensyjnym **robotników**:
w dniu 30.XII.1924 r. na 1 inwalidę 4,22 członków

w dniu	30 XII 1924 r.	na 1 inwalidę	4,22	członków	czynnych
"	31 XII 1925 r.	"	3,25	"	"
"	31 XII 1926 r.	"	3,47	"	"
"	31 XII 1927 r.	"	3,12	"	"
"	31 XII 1928 r.	"	2,79	"	"
"	31 XII 1929 r.	"	2,84	"	"

Stosunek ten na koniec roku 1930 nie jest jeszcze znany, ale przypuszczać należy, że nie będzie o wiele przewyższał cyfrę 2,2. Widać więc stałe pogorszenie się stosunku liczbowego za wyjątkiem roku 1926, w którym nastąpiła lekka poprawa stanu ubezpieczonych wskutek strajku angielskiego oraz roku 1929, w którym pomyślna konjunktura światowa spowodowała również pewną, chociaż bardzo nieznaczną poprawę.

W ubezpieczeniu pensyjnym **pracowników umysłowych** stosunek liczby członków czynnych do liczby członków biernych przy zastosowaniu klucza: do

30 czerwca 1926 r. 2 wdowy wzgl. 5 sierot = 1 inwalida, od 1 lipca 1926 r. 5 wdów = 3 inwalidzi, 2 sieroty = 1 inwalida, przedstawiał się następująco:

w dniu	31 XII 1924 r.	przypadało na 1 inwalidę	6,97	czł. czynnych
"	31 XII 1925 r.	"	4,69	"
"	31 XII 1926 r.	"	3,37	"
"	31 XII 1927 r.	"	2,92	"
"	31 XII 1928 r.	"	2,77	"
"	31 XII 1929 r.	"	2,67	"

Z powyższych danych widoczne jest, że w dziale ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych stosunek członków czynnych do członków biernych pogarszał się stale z roku na rok i to w znaczniejszej jeszcze mierze i w szybszym tempie, niż w dziale ubezpieczenia robotniczego. Brak tu nawet tych niewielkich dodatnich zmian, które ubezpieczenie robotnicze wykazuje w latach 1926 i 1929.

Gdy sytuacja ubezpieczenia brackiego stawała się coraz bardziej krytyczna, kompetentne czynniki rządowe zmuszone były pomyśleć o środkach zaradczych i o uzdrowieniu stosunków, nie chcąc dopuścić do zupełnego załamania się ubezpieczenia brackiego, tego pierwowzoru ubezpieczeń społecznych. Zachodziły jednak duże rozbieżności co do wyboru środków, które należałoby przedsięwziąć celem uzdrowienia ubezpieczenia brackiego. Podczas gdy poważne koła społeczeństwa niemieckiego, zwłaszcza wśród pracodawców, przyczyny złego dopatrywały się w ustawie brackiej z jej wysokimi świadczeniami i domagały się gruntownej zmiany tej ustawy, czynniki rządowe nie mogły poglądu tego podzielać. Ich zdaniem należało wystarać się drogą ustawodawczą o nowe źródła dochodowe dla ubezpieczenia brackiego, ażeby mogło ono w dalszym ciągu udzielać świadczeń w dotychczasowej wysokości. W ten sposób przysła do skutku ustawa z dn. 28 czerwca 1929 r. zwana „lex Brüning” która postanawia, że z dochodów z podatku od uposażeń, przewyższających rocznie kwotę 300 milionów marek, Bractwo Rzeszy miało otrzymać maksymalnie 75 milionów marek rocznie. Dzięki powyższemu załatwieniu sprawy Rząd uniknął nieprzyjemnej dla siebie niepopularnej zmiany ustawy brackiej w kierunku obniżenia wysokości świadczeń.

Ustawodawca nie liczył się jednak w chwili uchwalenia „lex Brüning” z bezrobociem, które w roku 1930 wzrosnąć miało do niebywałych rozmiarów.

W piśmie z dnia 1 października 1930 r. do Bractwa Rzeszy, Minister Robót Publicznych stwierdza bez ogródek, że ustawa „lex Brüning” zawiodła w zupełności. W miarę bowiem wzrostu bezrobocia zmniejszały się dochody z podatku od uposażeń, tak, że Bractwo Rzeszy zamiast 75 milionów mk. otrzymało do końca roku 1930 zaliczkowo tylko 10,5 miliona marek, przyczem uprzedzono Bractwo Rzeszy,

że widoki na otrzymanie dalszych znaczniejszych wpływów z tego źródła są bardzo nikłe. Wobec takiego stanu rzeczy Minister Robót Publicznych wezwał Bractwo Rzeszy do skorzystania z § 132 ustawy brackiej i przeprowadzenia nadzwyczajnych środków oszczędnościowych. Nim jednak Zarząd Bractwa Rzeszy przystąpił do wykonania rozporządzenia Ministra, kanclerz Rzeszy w dniu 16 października 1930 oświadczył w parlamencie, że zdaniem Rządu brackie ubezpieczenie pensyjne powinno być bezwarunkowo utrzymane, a ponieważ jest to bez pomocy Państwa niemożliwe, przeto zapowiedział dla Bractwa Rzeszy nową subwencję również w maksymalnej wysokości 75 milionów marek rocznie, tym razem z podwyżek cła od pszenicy.

Po tem oświadczeniu kanclerza Rzeszy odbyło się w dniu 22 listopada 1930 r. Walne Zebranie dla spraw robotniczych Bractwa Rzeszy, które uchwaliło dość daleko sięgające obniżenie świadczeń pensyjnych przy zbiegu pensji brackiej z innymi rentami socjalnymi wzgl. z innymi dochodami. Obniżenia te mają obowiązywać od 1 stycznia 1931 r., co najważniejsze jednak, mają być stosowane nie tylko do pensjonistów przyszłych ale także do pensjonistów już pobierających renty. Walne zebranie wykorzystowało więc całkowicie uprawnienia, przewidziane w § 132 ustawy brackiej.

Program oszczędnościowy, ustalony przez wyżej zacytowaną uchwałę Walnego Zebrania robotniczego ubezpieczenia pensyjnego, postanawia m. in.:

a) inwalidom, pobierającym pensję inwalidzką na podstawie § 35 ustawy brackiej (z powodu niezdolności zawodowej), wykonywującym równocześnie pracę zarobkową lub posiadającym jakiegokolwiek inne dochody, zawiesza się (spoczywa) 50 proc. pensji inwalidzkiej wraz z zapomogami na dzieci, o ile pobory z wyżej podanych źródeł przekraczają 50 proc. ich przeciętnego rocznego zarobku najwyższej grupy zarobkowej, do której ubezpieczony należał dłuższy czas a nietylko przejściowo;

b) inwalidom, pobierającym pensję inwalidzką na podstawie § 36 ustawy brackiej (pensję starczą), wykonywującym równocześnie pracę zarobkową lub posiadającym jakiegokolwiek inne dochody, zawiesza się (spoczywa) 25 proc. pensji inwalidzkiej wraz z zapomogami na dzieci, o ile pobory z wyżej podanych źródeł wynoszą 30 proc. i więcej pensji inwalidzkiej; o ile zaś pobory lub dochody wynoszą 70 proc., zawiesza się (spoczywa) 50 proc. pensji inwalidzkiej;

c) pensja inwalidzka uprawnionych pod a) i b) spoczywa **zupełnie**, o ile pobory z pracy zarobkowej, innego zatrudnienia lub jakichkolwiek innych dochodów wynoszą 90 proc. i więcej przeciętnego rocznego zarobku najwyższej grupy zarobkowej, do której ubezpieczony należał dłuższy czas a nietylko przejściowo;

d) pensja inwalidzka spoczywa również, o ile łączna wysokość miesięcznej pensji inwalidzkiej wraz z rentą z ogólnego ubezpieczenia od inwalidztwa, z ubezpieczenia pracowników umysłowych, z ubezpieczenia od wypadków względnie wraz z poborami z kas publicznych lub z kas korporacji pu-

bliczno - prawnych przekraczają 80 proc. kwoty końcowej najwyższej klasy zarobkowej, do której ubezpieczony należał dłuższy czas a nietylko przejściowo;

e) pensja inwalidzka spoczywa w razie pobierania zasiłku chorobowego z ustawowego ubezpieczenia na wypadek choroby, o ile nie przekracza zasiłku chorobowego;

f) zapomoga na dzieci i zasiłek sierocy z Kasy Pensyjnej spoczywa we **wszystkich** wypadkach, w których dziecko ukończyło 15 rok życia;

g) pensja wdowia i zasiłek sierocy spoczywają, o ile łączna wysokość miesięcznej pensji wdowiej i zasiłku sierociego już same albo wraz z rentą z ogólnego ubezpieczenia od inwalidztwa, z ubezpieczenia pracowników umysłowych, z ubezpieczenia od wypadków względnie wraz z poborami z kas publicznych lub z kas korporacji publiczno - prawnych przekraczają 70 proc. kwoty końcowej najwyższej grupy zarobkowej, do której ubezpieczony należał dłuższy czas a nietylko przejściowo.

Pensjoniści są zobowiązani donieść właściwemu bractwu górniczemu w ciągu dwóch tygodni zarówno o podjęciu pracy zarobkowej lub innego zatrudnienia za wynagrodzeniem jakoteż o pobieraniu jakiegokolwiek innego dochodu; w razie niedoniesienia właściwe bractwo może nałożyć na nich karę do wysokości miesięcznej pensji.

Wyszczególnione wyżej środki oszczędnościowe nie przyczyniły się jednak w znaczniejszej mierze do uzdrowienia ubezpieczenia brackiego. Według obliczeń Bractwa Rzeszy przypuszczalny wynik finansowy przeprowadzonych zarządzeń oszczędnościowych będzie wynosił około 12 — 14 milionów marek rocznie, a więc wynik minimalny, jeżeli się zważy, jakiego nakładu pracy administracyjnej — przeliczenie rent, ciągła kontrola pensjonistów i t. d. — wymaga wprowadzona reforma świadczeń. Minimalny jest wynik ten także z punktu widzenia deficytu, który przewiduje się w wysokości około 85 milionów na rok bieżący. A więc oprócz poczynionych oszczędności Bractwo Rzeszy będzie musiało domagać się od Rządu zrealizowania obietnicy, co do subwencji i to do maksymalnej granicy t. zn. całych 75 milionów marek. Ryzyko tkwi tylko w tem, że Rząd Rzeszy nie może gwarantować, że dochody z podwyżki cła tyle właśnie wyniosą. A więc subwencja ta może sprawić taki sam zawód jak „lex Brüning”. Ponadto należy jeszcze podnieść, że deficyt, obliczony na 85 milionów marek tylko w robotniczym ubezpieczeniu pensyjnym — w ubezpieczeniu pensyjnym pracowników umysłowych przewiduje się również po przeprowadzeniu pewnych środków oszczędnościowych, deficyt w wysokości 5,5 miliona marek — nie uwzględnia faktu, że dochody ze składek mogą się z powodu przeprowadzonych już i mających jeszcze być przeprowadzonymi redukcji płac robotniczych poważnie zmniejszyć. W tym wypadku można deficyt na rok bieżący obliczać nie na 85 ale na okragło 100 milionów marek, co wyniesie blisko połowę wydatków robotniczej kasy pensyjnej wogóle. Należałoby przypuszczać, że wobec tak fatalnych zapowie-

dzi Rząd Rzeszy przystąpił do gruntownej reformy ustawodawstwa brackiego, która powinna nastąpić wcześniej lub później jako jedyne wyjście z obecnego położenia. Zamiast jednak zasadniczej reformy zamierzone są nowe projekty ustawowe, za pomocą których Rząd Rzeszy pragnie zasilać i uzdrowiać ubezpieczenie brackie. Między innymi powstał projekt — o ile doniesieniom pracy niemieckiej wierzyć można — żeby nałożyć na rolnictwo w najbardziej rolniczych dzielnicach Niemiec, jak np. w Meklenburgji i Bawarji, wyższe podatki gruntowe i nadwyżkę dochodów z tychże podatków płynącą obrócić na cele brackiego ubezpieczenia pensyjnego! Wśród górniczych zaś związków zawodowych powstał projekt wprowadzenia specjalnych opłat od produkcji węglowej na rzecz ubezpieczenia brackiego, co w konsekwencji musiałyby doprowadzić do podroźnienia węgla i powiększenia i tak już bardzo wysokich w górnictwie ciężarów socjalnych.

W ostatecznym uzdrowieniu niemieckiego ubezpieczenia brackiego Polska jest bardzo zainteresowana ze względu na dziesiątki tysięcy obywateli polskich, mających jako byli członkowie niemieckich bractw górniczych pretensje do tychże bractw wzgl. obecnie do Bractwa Rzeszy, które to pretensje mają być uregulowane w najbliższym czasie w ramach umowy polsko - niemieckiej o ubezpieczeniu społecznym. Stąd grozi jednak niemieckiemu ubezpieczeniu brackiemu nowe niebezpieczeństwo. Bowiern jeśli celem wykonania umowy, która ma być zawartą, Bractwo Rzeszy podejmie nareszcie wypłatę brackich świadczeń pensyjnych na rzecz obywateli polskich, to istniejący już obecnie deficyt podwyższy się znów o kilka miljonów marek rocznie. I ten fakt jest jedną z przyczyn, dla których Rząd Rzeszy zwleka z ostatecznym zawarciem umowy o ubezpieczeniu społecznym.

UWAGI INTERPRETACYJNE DO ROZP. PREZ. O UBEZP. PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

ART. 147

Art. 113 dekretu zawiera postanowienia o trwaniu i nawiązywaniu biegu ubezpieczenia w razie istnienia przerwy między jednym a drugim okresem podlegania obowiązkom ubezpieczenia względnie istnienia miesięcy składkowych. Art. 147 ust. 1 rozciąga działanie art. 113 na czas przed dniem 1.I. 1928 r., mianowicie na wypadki, kiedy obowiązek ubezpieczenia ustał przed tym terminem i powstał po tym terminie, z zastrzeżeniem, że gdyby postanowienia art. 113 były mniej korzystne, niż postanowienia ustaw, obowiązujących przed dniem 1 stycznia 1928, stosuje się postanowienia tych ustaw t. zn., gdyby w myśl ustaw z przed tego terminu istniała ciągłość ubezpieczenia, a w myśl art. 113 ta ciągłość nieistniała lub nawiązanie biegu przedawnienia było warunkowe, uzależnione od przebycia określonego okresu ubezpieczenia po przerwie — ciągłość ubezpieczenia zostaje zachowana. Postanowienia art. 147 są przeto ściśle związane z postanowieniami art. 113 i oba przepisy dotyczą tego samego problemu: ciągłości ubezpieczenia. Wynika stąd, że zdanie pobocznie zamieszczone w art. 147 ust. 1 — „o ile odnośne postanowienia ustaw, w myśl których osoby te były poprzednio ubezpieczone, nie są dla nich korzystniejsze” — nie może być inaczej rozumiane, jak „o ile odnośne postanowienia... nie są korzystniejsze z punktu widzenia ciągłości ubezpieczenia a nie wysokości świadczeń”.

Z punktu widzenia wysokości i rodzaju świadczeń konsekwencje stosowania art. 113 i tem samem art. 147 mogą być — ze względu na postanowienia art. 33 ust. 3 — różne: mogą bowiem wpływać zarówno na podwyższenie, jak i na obniżenie wysokości świadczeń, na powstanie prawa do płynnych świadczeń

emerytalnych (rent) lub — w razie niemożności polichzenia miesięcy składkowych przed przerwą — na powstanie prawa do jednorazowych świadczeń emerytalnych albo na niepowstanie żadnego prawa do świadczeń emerytalnych (np. w wypadku zaliczenia mniej, niż 60 miesięcy składkowych i istnienia niezdolności do wykonywania swego zawodu, ale nieistnienia trwałej niezdolności). Również dłuższy okres ubezpieczenia bez przerwy t. j. bez podstawy do stosowania art. 113 i art. 147 może powodować w pewnych wypadkach podwyższenie, w innych obniżenie świadczeń, gdyż przeciętna wysokość płac podstawowych z całego okresu ubezpieczenia może być wyższa lub niższa, niż z dowolnie przyjętego, np. z końcowego okresu ubezpieczenia. Niema podstawy prawnej do wyłączenia — według uznania władz lub organów Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych lub na żądanie ubezpieczonych — pewnej ilości miesięcy składkowych ze względu na rodzaj lub wysokość świadczeń, jeżeli w myśl postanowień przepisów ciągłość ubezpieczenia została zachowana z powodu braku przerwy w ubezpieczeniu albo z powodu zachowania tej ciągłości na podstawie art. 113 lub art. 147.

Na podstawie przepisów, wymienionych na str. XII w komentarzu dr. J. Pasternaka, obowiązujących przed dniem 1 stycznia 1928 r. w b. dzielnicy austriackiej i węgierskiej: „W razie ponownego wstąpienia do ubezpieczenia nowe ekspektatywy dolicza się do poprzednio nabytych lub zredukowanych w myśl § 26, jeżeli przerwa w ubezpieczeniu była skutkiem powstania prawa do renty niezdolności lub trwała powyżej 6 lat od chwili płatności ostatniej pensji. W przeciwnym razie przy odnowieniu ubezpieczenia ekspektatywy poprzednio uzyskane uważają się za wygasłe”. (§ 27 w zast. art. 17). W myśl tego postano-

wienia, które utrzymało swą moc na podstawie art. 147 pkt. 1 w związku z art. 113 pkt. 1, w wypadkach istnienia pracy w ubezpieczeniu dłużej, niż 18 miesięcy (w razie przerwy krótszej, niż 18 miesięcznej ma zastosowanie art. 113 ust. 1) i nie dłuższej, niż 6 letniej następuje w wypadku wznowienia ubezpieczenia doliczenie po przerwie miesięcy składkowych przed przerwą, niezależnie od przebycia jakiegokolwiek ilości miesięcy składkowych po wznowionem ubezpieczeniu t. j. niezależnie od warunków, od których jest uzależnione to doliczanie w myśl art. 113 ust. 1. Doliczenie okresu ubezpieczenia przed przerwą następuje automatycznie z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia po przerwie (a nie w chwili zgłoszenia roszczenia o świadczenia emerytalne) i może powodować różne skutki, o jakich wspomniano wyżej t. zn. skutkiem tego doliczenia może powstać po przebyciu pewnego okresu ubezpieczenia prawo do renty ubezpieczonego, a tem samem i do rent pochodnych t. j. do świadczenia wyższego, niż likwidująca stosunek ubezpieczeniowy jednorazowa odprawa, może jednak po przebyciu 60 miesięcy składkowych we wznowionem ubezpieczeniu, powstać prawo do renty o niższej wysokości, niż w razie niedokonania doliczenia, może powstać prawo do jednorazowej odprawy o wyższej wysokości, jeżeli przeciętna z okresu przed przerwą będzie wyższa, niż przeciętna z okresu po przerwie lub prawo do jednorazowej odprawy o niższej wysokości, jeżeli stosunek wysokości przeciętnej płac podstawowych przed i po przerwie będzie odwrotny.

Zachodzi pytanie, czy w razie sporów o roszczenia na tle stosowania art. 113 i 147 przysługuje w myśl art. 164 ust. ost. jedynie odwołanie do pierwszej instancji, czy również do drugiej instancji, t. zn. czy w wypadkach, kiedy spór na tle stosowania wspomnianych przepisów wiąże się ze sporem o wysokość świadczeń — winna mieć zastosowanie zasada jednocy dwu-instancyjności. Mojem zdaniem w tych wypadkach spór toczy się o doliczenie lub niedoliczenie czasu ubezpieczenia przed przerwą, a nie o wysokość świadczeń i wysokość świadczeń jest uzależniona od rozstrzygnięcia sporu w sprawie czasu ubezpieczenia, który winien być wzięty w myśl art. 33 ust. 3 lub 4 za podstawę do ustalenia podstawy wymiaru. Z tych powodów uważam, że w stosunku do tych sporów obowiązuje zasada dwuinstancyjności.

S. Sasorski.

ART. 160

Art. 160 rozp. Prez. R. P. z 24.XI.1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zdaje się w swej związanej konstrukcji nie zawierać żadnych momentów, nasuwających jakiegokolwiek wątpliwości.

Na obszarach, gdzie przed 1 stycznia 1928 nie było ubezpieczenia, tj. w b. zaborze rosyjskim, nie będzie naogół kwestyj spornych. Będą w każdym poszczególnym wypadku przeprowadzane dochodzenia, czy petent rzeczywiście posiada wszystkie wymagane warunki dla uzyskania zaopatrzenia na rachunek Skarbu P., poczem, zależnie od wyniku dochodzeń, zapadnie decyzja co do przyznania wzgl. odmowy zaopatrzenia.

Inaczej jednak będzie przedstawiać się sprawa np. w b. zaborze austriackim, gdzie i przed 1 stycznia 1928 istniało ubezpieczenie pracowników umysłowych. Bo oto może zdarzyć się wypadek, że o zaopatrzenie na rachunek Skarbu P. zgłosi się osoba, która nie była wprawdzie ubezpieczoną, lecz podlegała obowiązkowi ubezpieczenia. Czy takiemu petentowi przyznać zaopatrzenie bez żadnych zastrzeżeń, czy też odmówić zaopatrzenia?

Przeciwnicy przyznania zaopatrzenia podnoszą przede wszystkim ten moment, że przyznanie w tych wypadkach zaopatrzenia byłoby poniekąd niemoralnem. Oto pracodawca, czy to wprost ze złej woli, czy z niedbalstwa, nie zgłosił pracownika do ubezpieczenia, nie zapłacił należnych składek, zlekceważył swój ustawowy obowiązek, a za to Skarb P. ma wypłacać zaopatrzenie pracownikowi. Byłoby to premjowanie pracodawców za nieposzanowanie ustawy.

Po drugie dopatrują się również winy pracownika. Pracownik, który podlegał obowiązkowi ubezpieczenia, powinien dopilnować swych ustawowych uprawnień. Jeżeli pracodawca nie zgłosił go do ubezpieczenia, powinien sam skutecznie zgłosić. Przez niedokonanie zgłoszenia sam uchyla się również od płacenia części składki, przypadającej na niego, i zato ma otrzymać w nagrodę zaopatrzenie.

Wreszcie podnoszona jest ta okoliczność, że pracownikowi, który nie został zgłoszony do ubezpieczenia, przysługuje prawo do odszkodowania przeciw pracodawcy. Od 1 stycznia 1928 prawo to jest dokładnie określone w ustępie trzecim art. 112 dekretu, przyczem Zakład Ubezpieczeń Prac. Um. jest obowiązany dostarczyć pracownikowi, wzgl. jego rodzinie obliczenia świadczeń, których pracownik wzgl. jego rodzina, zostali pozbawieni przez niedopełnienie obowiązku ciążącego na pracodawcy. Jednakże i co do czasu z przed 1 stycznia 1928 może pracownik również wystąpić ze skargą o odszkodowanie na podstawie przepisów odszkodowawczych dzielnicowego prawa cywilnego (§§ 1293 — 134 austr. ustawy cywilnej). Jeżeli zaś ów pracownik ma pretensję odszkodowawczą i to ze stosunków ubezpieczeniowych, to w takim razie nie można go uważać za pozbawionego środków utrzymania, ponadto zaś przyznanie zaopatrzenia obok sumy odszkodowawczej byłoby udzieleniem dwu świadczeń, wynikających z tego samego tytułu.

Wszystkim tym argumentom można przeciwstawić twierdzenia, zasługujące na uwagę przede wszystkim ze względów słuszności społecznej, przyświecających całemu ustawodawstwu społecznemu. Art. 160 nie wspomina nic o wykluczeniu od zaopatrzenia na rachunek Skarbu P. tych osób, które podlegały przed 1 stycznia 1928 obowiązkowi ubezpieczenia. Zawiera jedynie postanowienie, by osoba starająca się o zaopatrzenie niezależnie od innych warunków przebyła przed nastaniem niezdolności do pracy pięć lat w zajęciu uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia.

Jeżeli podnosi się moment rzekomego „premjo- wania” pracodawców za to, że nie wypełnili swego obowiązku zgłoszenia pracownika do ubezpieczenia, to jest to moment nie mający bezpośredniego związku

z interesem pracownika z art. 160. Pracownik niezdolny do pracy i pozbawiony środków utrzymania stara się o zaopatrzenie, do którego przysługuje mu ustawowe uprawnienie. Czyż ma być pozbawionym tego zaopatrzenia, dlatego, że ktoś inny tj. pracodawca nie dopełnił swego obowiązku? Byłaby to kara, na którą ze społecznego punktu widzenia pracownik nie zasłużył.

Wina imputowana pracownikowi, że nie dopilnował swych uprawnień ustawowych i sam nie zgłosił się do ubezpieczenia jest bardzo względna. Nie można przedewszystkiem przypuszczać, że pracownik w czasie przed wydaniem dekretu naumyślnie nie zgłaszał się do ubezpieczenia, aby nie płacić składek, przypadających na niego a mimo to uzyskać na starość zaopatrzenie, bo przecież zaopatrzenie na rachunek Skarbu P., odpowiadające wysokości minimalnej renty inwalidzkiej, zostało dopiero wprowadzone, i to jako przepis przejściowy, rozporządzeniem Prez. R. P. z 24.XI.1927. Jeżeli zaś częstokroć się zdarza, że pracownik nie korzysta sam z uprawnień ustawowych, to praktyka wykazuje, iż dzieje się to najczęściej z obawy przed utratą pösady. Pracownik, zwłaszcza obarczony rodziną, ma przed oczyma interes bezpośredni — utrzymania siebie i rodziny, i w obawie przed ewentualnym rozwiązaniem stosunku służbowego w wypadku, gdy pracodawca nie chce zgłosić go do ubezpieczenia, a pracownik sam by to skutecznie, nie korzysta ze swych uprawnień. Obecnie wypadki takie będą coraz rzadsze, ale dawniej, gdy ustawodawstwo ochronne pracy nie było tak szeroko rozbudowane, pracodawca miał bezwzględną przewagę pod tym względem nad pracownikiem.

W wypadkach, jeżeli pracownik nie wykorzystał swych uprawnień na skutek nieznamoścności ustawy, — a może to częstokroć zachodzić przy zajęciach stojących na pograniczu między pojęciem pracownika umysłowego a pracownika fizycznego — nie należy rygorów prawa cywilnego, iż nieznamoścnością ustawy nie można się wymawiać, stosować bezwzględnie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

Co do odszkodowania przysługującego pracownikowi przeciw pracodawcy, to ten argument jest istotnie rzeczowy, jednakże i tu budzą się silne zastrzeżenia. Cóż będzie bowiem warte roszczenie odszkodowawcze pracownika na wypadek, gdy pracodawca odpowiedzialny zmarł bez majątku, wzgl. przedsiębiorstwo przestało istnieć, lub gdy pracodawca okazałby się niewypłacalnym w granicach roszczenia odszkodowawczego? — Wtedy, nawet w wypadku pomyślnego wyniku procesu cywilnego, nie mógłby pracownik zrealizować swojej pretensji.

Wszystkie te rozważania prowadzą nas do wniosku, że należy raczej przejść do porządku dziennego nad wątpliwościami, powstającymi co do interpretacji art. 160 w wypadkach, omawianych w niniejszym artykule. Jedynie tam, gdzie roszczenie odszkodowawcze, o którym wyżej mowa, mogłoby istotnie zostać zrealizowane w wyniku pomyślnego procesu, należałoby skierować pracownika na drogę bądź polubownego załatwienia sprawy z pracodawcą, bądź też na drogę sporu, i dopiero w zależności od wyniku procesu, zdecydować o przynaniu wzgl. od-

mowie zaopatrzenia na rachunek Skarbu P. W takich wypadkach należałoby się również zastanowić, czy ze względu na trudności i koszty, związane z prowadzeniem procesu odszkodowawczego oraz na ścisłą łączność z decyzją Zakładu nie powierzyć Zakładowi Ub. Prac. Um. wytoczenia powództwa imieniem poszkodowanych? Byłaby to jednak sprawa wymagająca uzupełnienia przepisów art. 160 w drodze ustawodawczej.

Przepisy art. 160 rozporządzenia Prez. R. P. z 24.XI.1927 noszą charakter wyjątkowy. Są wyrazem tendencji opiekuńczo społecznych, istniejących już uprzednio w ustawodawstwie dzielnicowym np. w formie obowiązku gmin przynależności wzgl. zamieszkania do opieki nad osobami niezdolnymi do pracy i nie mającymi źródeł utrzymania.

W wypadkach z art. 160 obowiązek pieczy został nałożony na Skarb Państwa a Zakłady Ub. Prac. Um. wykonują jedynie zastępczo tę pieczę.

Momentem łączącym art. 160 z innymi przepisami powołanego rozporządzenia jest tylko ta okoliczność, że jednym z warunków uzyskania zaopatrzenia na rachunek Skarbu P-a jest pozostawanie przez okres 5-ciu lat przed nastaniem niezdolności do pracy w zatrudnieniu uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia po myśli art. 2 — 4 powołanego rozp. Przepisy art. 160 łącznie z art. 161 stanowią samoistną całość, nie łączą się z przepisami dotyczącymi normalnego ubezpieczenia. Dlatego też ten artykuł został pomieszczony w przepisach przejściowych (art. 145—170) a włączenie jego do rozporządzenia jest czysto mechanicznem, podobnie jak jest mechaniczne połączenie w rozporządzeniu przepisów o ubezpieczeniu emerytalnem z przepisami o ubezpieczeniu na wypadek braku pracy.

Z tej przyczyny przy załatwieniu roszczeń o zaopatrzenie z art. 160 jedynym przedmiotem badania i orzekania ze strony Zakładu może być kwestja, czy w danym szczególnym wypadku zachodzą u petenta istotnie wszystkie warunki, od których uzależnione jest uzyskanie zaopatrzenia.

Decyzja Zakładu powinna zawierać jedynie przyznanie względnie odmowę świadczenia, uzasadnienie oraz pouczenie o środkach prawnych.

W b. zaborze rosyjskim rozpatrywanie wszelkich odwołań od decyzji Z. U. P. U. należy w razie do władz administracyjnych. Tak więc i sprawy roszczeń o zaopatrzenie na rachunek Skarbu P-a z art. 160 dekretu w drodze instancji są załatwiane przez urzędy wojewódzkie i Min. Pracy.

W b. zaborze austriackim sprawa przedstawia się odmiennie i dlatego nasuwają się wątpliwości co do kompetencji w sprawach roszczeń z art. 160.

Wedle przepisów art. 164 rozp. Prez. R. P. o ubezp. prac. umysł. spory między pracodawcami, ubezpieczonymi lub uprawnionymi do świadczeń, z jednej strony a Zakładem z drugiej strony o roszczenia, przysługujące w myśl powyższego rozporządzenia, na terenie województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, do czasu ustanowienia specjalnych organów — rozstrzygają te władze, które w myśl dotychczas obowiązujących na tym obszarze przepisów są właściwe.

Tymi obowiązującymi dotychczas przepisami są austr. ustawa pensyjna z 16.XII. 1906 Dz. U. R. P. 1. ex 1907 w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem cesarskim z 25.VI. 1914. Dz. p. 138/14 i polską ustawę z 10.VI. 1921 Dz. U. R. P. Nr. 59/29, oraz rozporządzenie austriackiego Ministerstwa Sprawiedliwości z 10. X. 1908. Dzp. 238/08.

Wedle § 75 powyższej ustawy ust. 2 decyzję podmiotu ubezpieczającego w sprawach o świadczenia mogą ubezpieczeni względnie członkowie ich rodzin zaskarżyć do Sądu Polubownego dla ubezpieczenia pensyjnego. Te świadczenia wedle rozp. Prez. R. P. z dn. 24.XI. 1927 wstępującego w miejsce ustawy pensyjnej od dnia 1.I. 1928 są określone art. 1 tego rozporządzenia jako wynikające z ubezpieczenia na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci.

Art. 15 rozporządzenia wylicza dokładnie rodzaje tych świadczeń; należy do nich renta inwalidzka, renta starcza, pomoc lecznicza dla ubezpieczonego, renta wdowia lub renta wdowca, renta sieroca i jednorazowa odprawa dla ubezpieczonego lub dla wdowy (wdowca) względnie sierot lub rodziców ubezpieczonego. Art. 164 rozporządzenia rozciąga ponadto wyraźnie kompetencję Sądów polubownych na świadczenia z powodu braku pracy (art. 1 p. 1, art. 15 grupa A).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 10.X. 1908 Dz. p. p. 223 ex 1908 określa w § 12 kompetencję Sądu Polubownego, jako rozciągającą się na spory ubezpieczonych lub członków ich rodzin o świadczenia ze strony Zakładu, względnie spory związane z postępowaniem leczniczym.

Wedle § 75 ust. 3 austriackiej ustawy pensyjnej odwołania od wszelkich innych orzeczeń Zakładu rozstrzygają władze administracyjne.

Jak wynika z przytoczonych przepisów kompetencja Sądów polubownych jest zupełnie dokładnie określona co do kategorii poszczególnych roszczeń, podlegających orzecznictwu Sądu Polubownego przy-

czem chodzi tu zawsze o roszczenia osób ubezpieczonych względnie członków ich rodzin.

Jeżeli obecnie rozpatrzmy brzmienie art. 160, to widzimy, że chodzi w nim o osoby, nieubezpieczone uprzednio w Zakładzie. Zaopatrzenie, do którego te osoby mają prawo, nie wynika z uprzedniego ubezpieczenia, lecz jest sui generis zaopatrzeniem, udzielonym ze względów opieki społecznej, które Zakład ma im wypłacać zastępczo za Skarb P-a, przeprowadzając następnie rozrachunek ze Skarbem. Wobec tego Zakład nie występuje tu jako podmiot ubezpieczający w rozumieniu § 75 austriackiej ustawy pensyjnej. Ewentualny wyrok Sądu Polubownego wydany mimo braku właściwości rzeczowej i ewentualnie obciążający Zakład obowiązkiem wypłaty zaopatrzenia bez ścisłego przestrzegania warunków art. 160, byłby wiążący dla Zakładu ale nie dla Skarbu Państwa, który jest obowiązany uznać wypłaty, uskutecznione przez Zakład tylko w wypadku istotnego zajścia wszystkich warunków, z art. 160.

Z powyższych rozważań, a w szczególności z tego powodu, że roszczenia z art. 160 mimo bardzo dokładnych wyliczeń ustawy, nie są nigdzie wymienione, jako należące bądź do świadczeń emerytalnych, bądź do świadczeń, podlegających rozpatrzeniu przez Sąd Polubowny jak i z tego powodu, że chodzi tu o specjalne zaopatrzenie wypłacane przez Zakład tylko zastępczo, — wynika niezbicie, że sprawy te, chociaż dotyczą niewątpliwie roszczeń świadczeniowych, nie mogą należeć do właściwości rzeczowej Sądu Polubownego. Orzeczenia Zakładu, wydane w tych sprawach, należą bezwątpienia do tych „wszelkich innych orzeczeń”, które w myśl § 75 ustęp 3 ustawy pensyjnej mogą być zaczeplone w toku instancji administracyjnej. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, reprezentujące dział władzy państwowej, związanej z wykonaniem zobowiązań Skarbu Państwa, wynikających z art. 160, jest powołane do wydawania decyzji wiążących Zakład i miarodajnych dla Skarbu Państwa.

Dr. Marjan Moskwa.

STANISŁAW BRZOWSKI.

REFORMA KAS CHORYCH

I.

Rozporządzenie Prezydenta z dnia 29 listopada 1930 roku, o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (Dz. Ust. Nr. 81, poz. 635, art. 1), gruntownie zmienia zasadę tworzenia Kas chorych, powołanych ustawą z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272), a mianowicie: zamiast Kas w każdym powiecie i każdym mieście, liczącym ponad 50.000 ludności, mają powstać okręgowe kasy chorych, obejmujące jeden lub więcej powiatów z liczbą ubezpieczonych najmniej 10.000 z wyjątkiem województw: wileńskiego, nowogródzkiego,

poleskiego, wołyńskiego, białostockiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, w których to województwach z ważnych względów organizacyjnych Minister P. i O. S. może obniżyć oznaczone minimum do 5.000, natomiast tworzenie kas, obejmujących wyłącznie okręg miasta — jest wykluczone.

Można przypuszczać, że zmiana zasady tworzenia kas została podyktowana nie tylko troską o zmniejszenie kosztów administracyjnych, jakkolwiek różnica tych kosztów in minus może być pożądaną, w zależności od systemu przyszłej organizacji kas okręgowych, lecz głównie w celu wyrównania znacznych różnic w zasobach finansowych po-

szczególnej kas i wypływających stąd różnic co do zakresu udzielanych ubezpieczonym świadczeń leczniczych.

Zasobność kasy niezawsze zależała wyłącznie od sprawności administracji, lub energii i inicjatywy zarządu kasy; ubogi, nieuprzemysłowiony rejon, czy to powiatowy, czy miejski, chociaż z odpowiednią liczbą ludności (która nie stanowi o liczbie ubezpieczonych), wegetuje przy swej skromnej samowystarczalności; kasy w tych rejonach z konieczności poprzestają na udzielaniu swoim członkom leczenia ambulatoryjnego, czy szpitalnego, bo nie stać je na zakłady specjalne, chociażby w skromnych rozmiarach, wówczas gdy sąsiednia kasa, obejmując ośrodek przemysłowy, może nie tylko dać swoim członkom specjalne leczenie, odpowiadające zdobyciom terapii, ale ponadto może budować luksusowe ambulatorja, biura i zakłady lecznicze.

Ten stan rzeczy nie przyczyniał się do popularyzacji instytucji kas chorych, a w skutkach swych wywoływał wędrowki członków kas biedniejszych do kas bogatszych, w poszukiwaniu nowych środków leczniczych.

Wspomniane na wstępie rozporządzenie Prezydenta w dużym stopniu niweluje istniejące różnice w stanie finansowym kas, a tym samym i w lecznictwie.

W wykonaniu art. 72 przepisów przejściowych, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ustaliło okręgi i siedziby kas, a mianowicie: zamast 243 kas miejskich i powiatowych, ma być ustanowione 57 kas okręgowych, które zostaną zreorganizowane w myśl postanowień dekretu; pozatem rozporządzenie Ministra wskaże kasy, mające ulec likwidacji, ustali sposób i zasady reorganizacji i likwidacji kas chorych oraz przejęcie ich majątku i zobowiązań przez inne kasy.

Zapewne, że i przy tym podziale będą okręgi względnie bogatsze i biedniejsze, wszakże skasowanie 186 kas terytorjalnych w znacznej mierze przyczyni się do wyrównania stanu finansowego w utworzonych 57 kasach okręgowych, a zatem i w świadczeniach leczniczych winno nastąpić odpowiednie wyrównanie.

Z kolei rzeczy należy oczekiwać, że władze nadzorcze wydadzą zarządom kas okręgowych pełnomocnictwa i instrukcje do objęcia kas, znajdujących się na terenie każdego okręgu, zaś kasy ulegające likwidacji będą prawdopodobnie powiadomione o terminie, w którym przestaną istnieć jako samorządne jednostki, i komu mają przekazać posiadany majątek i wydane zobowiązania.

Nieznane są jeszcze zasady przyjęcia przez zarządy kas okręgowych — kas dotychczasowych; w każdym razie do tych czynności należy w pierwszym rzędzie przejęcie aktywów, a więc gotówki, ruchomości, nieruchomości, wierzytelności i t. p. oraz pasywów — zobowiązań i wogóle ciężarów na majątku kas.

Ciekawym zagadnieniem jest zapowiedziana w dekreście reorganizacja kas okręgowych.

Przedewszystkiem nasuwa się konieczność opracowania ramowego statutu kas okręgowych, a następnie zatwierdzenie statutów poszczególnych kas okręgowych.

Zmiany wprowadzone dekretem do ustroju kas chorych są tak gruntowne w postanowieniach ogólnych, w organizacji i kompetencji władz, że pozostawienie tak zwanego normalnego statutu, opublikowanego w Nr. Nr. 255 — 264 Monitora Polskiego, z roku 1920, nie wydaje się możliwym.

Siłą rzeczy wyniknie konieczność wydania i zatwierdzenia statutów poszczególnych kas okręgowych, a to dlatego, że statuty takie nie istnieją, a pozatem, oprócz zmian wprowadzonych dekretem w ustroju kas, mogą być pewne różnice w postanowieniach o świadczeniach leczniczych, na korzyść członków kas w okręgach finansowo mocniejszych.

Bardzo ważną rzeczą jest w jakim kierunku ma nastąpić zapowiedziana reorganizacja kas okręgowych.

Ne dotykając lecznictwa, poruszymy tu zagadnienia organizacyjne z dziedziny administracji kas.

Kasy chorych, szczególnie duże, są konstruowane na wzór centralnych urzędów państwowych, które jednak mają wręcz odmienne zadania, niepodobne w swem założeniu do zadań instytucji ubezpieczeń społecznych, w szczególności do kas chorych.

Centralne urzędy państwowe, oprócz spraw naczelnych w zakresie swej specjalności, mają za zadanie kierowanie instytucjami II i III instancji tejże specjalności i tylko wyjątkowo załatwiają sprawy poszczególnych osób i instytucji.

Natomiast instytucje ubezpieczeń społecznych w szczególności kasy chorych, są powołane do zapewnienia pomocy doraźnej, lub długotrwałej w postaci określonych świadczeń ubezpieczonym — jednostkom fizycznym.

Koncepcja zatem tworzenia dużych działów — jako departamentów i wydziałów, nie sprawujących specjalnych zadań lecz zatrudnionych oderwaną funkcją, których pewna suma składa się na całość danego ubezpieczenia, nie odpowiada charakterowi instytucji ubezpieczeniowej, jaką jest kasa chorych.

Spróbujemy oświetlić tę kwestję bliżej.

Celem ubezpieczenia w kasie chorych pracownika, rozpoczynającego pracę, wykonywane są następujące czynności: a) zgłoszenie, b) ewentualna kontrola zgłoszenia w firmie, lub w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, c) wymiar (obliczenie) składki, d) doręczenie wezwania płatniczego, e) inkaso względnie egzekucja należności i f) księgowanie należności.

Czynności te winny być wykonywane kolejno, systematycznie, w krótkiej odległości czasu jedna po drugiej, inaczej bowiem można wyrządzić krzywdę ubezpieczonemu, lub narazić kasę na straty.

Dotychczas w wielu kasach istnieją utworzone dawniej wydziały, specjalizujące się na wykonywaniu tych czynności, a więc są wydziały do przyjmowania zgłoszeń i wymeldowań, rejestracji członków kasy i członków rodzin, do kontroli ubezpieczonych i pracodawców, inkasowania i egzekwowania składek, wreszcie do księgowania.

Koncentracja poszczególnych czynności w oddzielnych rzeczowych wydziałach jest zaprzeczeniem systematyczności w ogólnym znaczeniu, bowiem każdy z wydziałów, poza swoją specjalnością, nie interesuje się zbyt innymi czynnościami innych wydziałów, których wspólna praca składa się na całość jednego ubezpieczenia.

Charakter prac wydziałów można, mniej-więcej, zobrazować następująco: pracodawca obowiązany jest zgłosić pracownika do kasy chorych; obowiązek ten polega na złożeniu w kasie odpowiedniego formularza, należycie wypełnionego. To jest pierwszy obowiązek pracodawcy.

Kasa może sprawdzić zgłoszenie przez swego kontrolera, a nawet winna to uczynić, gdy poweźmie podejrzenie, że zgłoszenie jest fikcyjne. W międzyczasie ubezpieczony może korzystać ze świadczeń kasy, nie wolno mu odmówić leczenia ambulatoryjnego czy szpitalnego, czy też zasiłków pieniężnych.

Jeżeli kontrola będzie dokonana bez zwłoki i ujawni bezprawne zgłoszenie do kasy, świadczenia mogą być natychmiast wstrzymane, bez narażenia kasy na większe straty, a przy spóźnionej kontroli wartość udzielonych świadczeń może urosnąć do pokaźnej sumy — bez żadnej nadziei powetowania kosztów, szczególnie przy ujawnieniu fikcji, której dopuszczają się zazwyczaj w celu wyzyskania kasy rzekomi pracodawcy i pracownicy, nie posiadający oczywiście żadnego majątku.

Można przeciwstawić temu przykładowi odwrotny, a mianowicie: kasa, chcąc uniknąć procesu sądowego i strat, odmawia wydania pokwitowania z przyjęcia zgłoszenia, w następstwie odmawia świadczeń do czasu dokonania kontroli; ubezpieczony, pozabawiony w tym wypadku pomocy lekarskiej w razie zachorowania, może mieć słuszną pretensję do kasy i żądać zwrotu kosztów kuracji, gdy okaże się, że podejrzenie co do nieprawomocności zgłoszenia było bezpodstawne.

Przy systemie rozczłonkowania czynności formalnych w różnych wydziałach, to jest gdy zgłoszenia przyjmuje jeden wydział, a kontroluje drugi, wydział kontrolujący traktuje każde sprawdzenie zgłoszenia jako oddzielną sprawę, którą załatwia w miarę możliwości, niezależnie od tego czy ubezpieczony korzysta ze świadczeń kasy, czy też oczekuje na jej pomoc.

Tymczasem, dopóki nie załatwiono pierwszych dwóch czynności — pokwitowania i kontroli zgłoszenia, oczywiście za pomocą nieuniknionej korespondencji międzywydziałowej z ponagleniami i napomnieniami, inny wydział nie może obliczyć składki i wysłać wezwania płatniczego.

Gdy dochodzi do inkasowania lub egzekwowania składki jeszcze w innym wydziale, czynności te znowu są traktowane jako sprawy odrębne, nie mające nic wspólnego z temi czynnościami, które poprzedzały, lub mają nastąpić po dokonaniu egzekucji. W razie potrzeby ustalenia majątku dłużnika, lub zaczerpnienia o nim informacji, wydział egzekwujący zwraca się do wydziału kontrolującego, oczywiście pisemnie, prosząc o niezbędne informacje o dłużniku. Wydział kontrolujący zarejestruje do swego dzienni-

ka nową sprawę i, jako jedną z bieżących, załatwi ją kolejno, niezależnie od tego, jakiego tempa załatwienia wymaga sprawa, by ochronić instytucję od strat.

W ten sposób każdy z wydziałów, dbając o powierzona sobie specjalność, nie zawsze poinformowany dostatecznie o okolicznościach jakie uprzednio towarzyszyły sprawie, nie może wyróżnić sprawy z pośród innych, lub przejąć się dostatecznie następnymi etapami sprawy, pozostawiając tę troskę innym wydziałom.

Taki mniej-więcej jest charakter pracy w wydziałach kas; pomijamy tu szczegóły, które można traktować jako próby koordynowania prac między wydziałami; chodzi tu nie o szczegóły przy wykonywaniu tych lub innych czynności, lecz o system organizacji.

Z uwagi na ramy niniejszego artykułu, przedstawiamy na powyższym obrazowaniu prac w wydziałach i przechodzimy do wniosku, a mianowicie: **Reformę kas chorych należałoby rozpocząć od terytorjalnego podziału czynności ubezpieczeniowych przez kasy wykonywanych.**

Czynności, składające się na każde ubezpieczenie, a więc, jak zaznaczyliśmy wyżej, zgłoszenie, ewentualna kontrola zgłoszenia, wymiar składki, doręczenie wezwania płatniczego, inkaso, ewentualna egzekucja i księgowanie (kontowanie), nie powinny być koncentrowane w specjalnych, rzeczowych wydziałach, a przeciwnie — podzielone między ogólne wydziały, można je nazwać „sekcjami ubezpieczeniowymi”, któreby pod względem formalnym i pobierania składek całkowicie obsługiwały, na obszarze ściśle określonym, pewną grupę pracodawców i ubezpieczonych, zatrudnionych u tychże pracodawców.

Obszar obsługiwany przez sekcję nie powinien przekraczać jej technicznych możliwości do wykonania wszystkich wyszczególnionych tu czynności, i odwrotnie: sekcja winna być wyposażoną tak personalnie jak i technicznie, by doskonale mogła poznać swój rejon, a wówczas wykona swoje zadanie bez trudności i wyczerpująco.

Niezmiernie dodatnią cechą tego systemu będzie, że zarówno ubezpieczony, jak i pracodawca, (najwięcej zainteresowany w dokładnym wykonaniu formalności ubezpieczeniowych), będą mogli poinformować się i załatwić swoją sprawę w jednej sekcji, niezależnie od tego w jakim stadium znajduje się sprawa danego ubezpieczenia.

Reasumując powyższe, można twierdzić, że przejście do terytorjalnej wewnętrznej organizacji biura kas, dałoby następujące rezultaty:

I. Usprawnienie aparatu formalno - płatniczego przez utworzenie terytorjalnych „sekcji ubezpieczeniowych” dla pewnej grupy pracodawców i ubezpieczonych.

II. Indywidualizację spraw, zamiast rozczłonkowania poszczególnych czynności w dużych wydziałach specjalnych.

III. Ułatwienie pracodawcom i ubezpieczonym w załatwieniu formalno - płatniczych czynności.

IV. Zredukowanie międzywydziałowej korespondencji do minimum.

II.

Naszkieciliśmy organizację terytorjalnych organów okręgowej kasy chorych. Teraz przechodzimy do schematycznego opisu organów centralnych.

Rozporządzenie Prezydenta z dnia 29 listopada 1930 r. (art. 22 i 23) wyraźnie rozdziela funkcje dyrektora i naczelnego lekarza kasy. Wbrew pesymistycznym przewidywaniom, kompetencje dyrektora kasy są znacznie rozszerzone: jest on nie tylko zwierzchnikiem wszystkich pracowników kasy, nie wyłączając członków dyrekcji, lecz ponadto do zadań dyrektora należy: orzekanie we wszystkich sprawach, wynikających ze stosunku ubezpieczeniowego, a w szczególności obowiązku ubezpieczenia, obowiązku płacenia i wysokości składek, uprawnień do dobrowolnego ubezpieczenia, właściwości kasy i t. p.; dalej do zadań dyrektora należy przyznawanie świadczeń kasy, nakładanie kar pieniężnych za przekroczenia regulaminu dla chorych i stawianie wniosków okręgowemu urzędowi ubezpieczeń w sprawach kar na pracodawców.

Stąd wynika, że wszelkie reklamacje pracodawców i ubezpieczonych na czynności „sekcji ubezpieczonych” i „oddziałów świadczeń”, winny być kierowane do dyrektora, czyli do centrali okręgowej kasy chorych.

Oczywiście, że dyrektor wykonywuje swoje obowiązki przy pomocy odpowiednich wydziałów, w pierwszym rzędzie „wydziału ubezpieczeniowego”, który czuwa nad sprawnym funkcjonowaniem „sekcji ubezpieczonych” oraz bada i załatwia rekursy ubezpieczonych w sprawach obowiązku ubezpieczenia, obowiązku płacenia i wysokości składek, uprawnień do dobrowolnego ubezpieczenia, właściwości kasy i t. p.

Następny „wydział świadczeń” czuwa nad sprawnym funkcjonowaniem „oddziałów świadczeń”, rozpatruje i załatwia rekursy ubezpieczonych w sprawach przyznawania pieniężnych i leczniczych świadczeń kasy oraz nałożonych kar pieniężnych za przekroczenia regulaminu dla chorych, tudzież sprawy rozstrzygane przez komisję świadczeniową.

Poza tymi dwoma wydziałami — wymieniamy trzeci — „ogólny”, który winien czuwać nad sprawami wynikającymi ze stosunku okręgowej kasy do władz nadzorczych, Ogólno-Państwowego i Okręgowego Związków kas chorych i t. p., pozatem świadczeniowej, sprawy wynikające z kierownictwa kasą pod względem organizacyjnym i administracyjnym wreszcie sprawy personalne i prasowe oraz statystyka kasy.

Do wydziału księgowości ogólnej (buchalterji) należy skoncentrowanie rachunkowości, jako całości, a zatem terytorjalny podział czynności w tym wydziale nie może mieć zastosowania. Do tegoż wydziału należałoby układanie preliminarza budżetowego, wykonywanie budżetu, opracowanie sprawozdania rocznego i zamknięć rachunkowych, układanie miesięcznych sprawozdań i planów finansowych dla rady zarządzającej, wreszcie kasa, która, wobec znanych sposobów wypłacania świadczeń pieniężnych przez Poczтовую Kasę Oszczędności, nie ma potrze-

by posługiwania się swymi zastępcami w „oddziałach świadczeń”.

Tworzenie wydziału gospodarczego tylko wówczas byłoby usprawiedliwione, gdyby poza inwentarzem (wyżej wspominaliśmy, że sprawami gospodarczymi we własnym zakresie zajmują się „oddziały świadczeń”, a w centrali intendent przy „wydziale ogólnym”), okręgowa kasa posiadała majątek ziemski lub place, domy, zakłady, tabory przewozowe lub lokomocyjne, własne warsztaty; zakupywała i magazynowała większe ilości materiałów, artykułów i narzędzi, krótko mówiąc — majątek któryby wymagał stałej opieki i konserwacji, w przeciwnym razie wydział gospodarczy nie ma racji istnienia.

Dla całości organizacji wypadnie powiedzieć tu o sekretarjacie dyrektora i lekarza naczelnego. Sekretarjat Dyrektora winien być jednoosobowy, w celu utrzymania kontaktu z wszystkimi wydziałami kasy, zaś sekretarjat lekarza naczelnego — wieloosobowy w zależności od tego w jakim zakresie okręgowa kasa prowadzi leczenie zębów, czy posiada własne apteki i wytwórnie, wreszcie czy dysponuje zakładami leczniczymi, sanatorjami i t. p.

Gdyby zarządzanie zakładami i administrowanie aptekami wymagało, ze względu na liczbę tych zakładów, zatrudnienia większej liczby personelu, — tedy zamiast sekretarjatu wieloosobowego, byłoby usprawiedliwionem utworzenie „wydziału lecznictwa”, lecz w każdym razie nie wydziałów specjalnych, gdyż zadanie „sekretarjatu”, czy „wydziału lecznictwa”, poza sprawami związanymi nadzorem nad kierownictwem zakładów, nie powinna być repartycja miejsc w zakładach i sanatorjach — poszczególnym ubezpieczonym, lecz przydział miejsc „oddziałom świadczeń”.

Nakreśliśmy szkic wewnętrznego ustroju organizacyjnego okręgowej kasy chorych. Na zakończenie kilka słów o szczegółach, które jednak mają ważne znaczenie ogólne. Powaga instytucji z jednej strony, zaś łatwość orjentowania się ubezpieczonych — z drugiej strony, wymagają wydania obowiązującego statutu organizacyjnego okręgowych kas chorych, któryby położył kres tworzeniu najrozmaitszych jednostek organizacyjnych, nazw organów kas, mających jednakowe przeznaczenie, a najważniejsze — ujednostajniłby organizację kas.

Byłoby wreszcie pożądane spotkać się z przepisami, czy ramowymi instrukcjami do ważniejszych czynności w kasach, np. o zapisywaniu chorych do lekarzy, o kontroli chorych, niezdolnych do pracy, o wypłacaniu wszelkich zasiłków i t. p. i t. p. Indywidualizacja pod tym względem kwitnie, a co kasa — to inaczej interpretuje, albo komponuje praktyczne stosowanie przepisów prawnych, niezawsze usprawiedliwione tylko literą prawa.

Bogate doświadczenie ubiegłego dziesięciolecia winno złożyć się na reformę okręgowych kas chorych tak całkowicie, by zmienione zasady i udoskonalona technika udzielania świadczeń, niezachwianie utrwały zaufanie społeczeństwa do instytucji kas chorych.

ORZECZNICTWO I OPINIE PRAWNE

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

VII. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 24 kwietnia 1930 r.

Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, chcąc wstrzymać uprawnionemu rentę przyznaną mu prawomocnym orzeczeniem winien uskutecznić to formalnie. Samo faktyczne wstrzymanie takiej renty nie wystarcza dla zniesienia orzeczenia, przyznającego rentę, i stanowi istotną wadę postępowania.

Wyciąg z uzasadnienia:

Pozwany Zakład odmówił wnioskowi powoda o przyznanie mu renty inwalidzkiej na tej zasadzie, że wobec tego, iż przyznano mu rentę z ubezpieczenia pracowników umysłowych z doliczeniem wzrostu rentowego z ubezpieczenia inwalidzkiego, renta z ubezpieczenia inwalidzkiego mu nie przysługuje. (Zarządzenie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 16.X. 1928).

Przeciw temu orzeczeniu wniósł powód odwołanie.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń wyrokiem z dnia 30 sierpnia 1929 odwołanie oddalił z powołaniem się na przepis § 1254 Ord. Ubezp.

Od tego wyroku wniósł powód rewizję domagając się jego uchylenia i przyznania mu żądanej renty.

Zastępca pozwanego Zakładu wniósł na niewzględnienie rewizji.

Rewizja powoda jest uzasadniona.

Orzeczeniem Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa z dnia 19.10. 1926 przyznano powodowi rentę inwalidzką.

Tenże powód postawił również wniosek o przyznanie mu renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych, którą mu też na podstawie jego oświadczenia z dnia 11.II. 1928 przyznano ze wzrostem rentowym z ubezpieczenia inwalidzkiego, zaś wypłatę renty opierającej się na orzeczeniu z 19.X.1926 wstrzymano, nie uwiadamiając o tem powoda.

Z przedstawionego wyżej i znajdującego oparcie w aktach sprawy stanu rzeczy wynika, że orzeczenie pozwanego Zakładu z dnia 19.X. 1926 r. właściwie obowiązuje nadal, gdyż powód przyznanej mu temże orzeczeniem renty inwalidzkiej wyraźnie się nie zrzekł, ani też tego orzeczenia dotychczas nie uchylono formalnie, lecz jedynie wypłatę przyznanej niem renty wstrzymano.

W następstwie tego wniosek powoda z dnia 22.IV. 1929 r. o ponowne udzielenie renty inwalidzkiej należało traktować jako wniosek o ponowną wypłatę przyznanej już renty, a o ile Zakład nie chciał się przychylić do tego wniosku, uważając, że nie zachodzą warunki ustawowe dla dalszej wypłaty renty, to powinien był formalnie uchylić orzeczenie z dnia 19.X. 1926 r. a nie odmówić udzielenia renty.

Gdy zatem całe postępowanie nie odpowiada istotnemu stanowi faktycznemu i prawnemu, co nie-

wątpliwie jest istotną wadą postępowania przewidzianą w § 1697 Ord. Ubezp. jako przyczynę rewizyjną, to w zastosowaniu tego przepisu wniesioną rewizję należało uwzględnić.

VIII. Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 16 stycznia 1930.

Orzeczenia lekarskie, aby mogły służyć za podstawę do oceny stanu niezdolności do zarabkowania (inwalidztwa) osób uprawnionych, winny zawierać sentencje, ujęte w formie stanowczej. Orzeczenia, zawierające jedynie osobiste przypuszczenia lekarza, — nie mogą być miarodajne.

Wyciąg z uzasadnienia:

Pozwany Zakład odmówił wnioskowi powódki o przyznanie jej renty inwalidzkiej na tej zasadzie, że w myśl orzeczenia lekarskiego powódka zdolna jest jeszcze zarobić przynajmniej $\frac{1}{3}$ część tego, co zarabiają osoby zdrowe w jej położeniu, że zatem inwalidką w myśl § 1255 Ordynacji Ubezpieczeniowej jeszcze nie jest.

Przeciw temu orzeczeniu wniosła powódka odwołanie.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń z dnia 18.VI. 1929 . zacepione orzeczenie zmienił i przyznał powódce rentę inwalidzką począwszy od 1.II. 1929 r.

Od tego wyroku wniósł pozwany Zakład rewizję z wnioskiem na jego uchylenie i przywrócenie mocy prawnej orzeczeniu z dnia 25.I. 1928 r.

Powódka nie postawiła żadnego wniosku.

Rewizja pozwanego Zakładu jest uzasadniona.

Lekarze zaufania pozwanego Zakładu stwierdzili u powódki ograniczenie zdolności zarobkowej poniżej 66 $\frac{2}{3}$ %, natomiast lekarz sądowy wyraził jedynie przypuszczenie, że przy skonstatowanych u powódki chorobach ma wrażenie, że powódka nie może zarobić $\frac{1}{3}$ części tego, co zarabiają osoby zdrowe, odpowiadające jej położeniu społecznemu i wykształceniu.

Tego rodzaju orzeczenie jest, zdaniem Senatu Orzekającego, niewystarczające — do ustalenia zaistnienia inwalidztwa u powódki, zwłaszcza, że orzeczenia lekarzy zaufania Zakładu stwierdzają bez żadnej wątpliwości zdolność powódki do lekkich, a nawet średnich prac domowych. Mając na względzie orzeczenia tych lekarzy, i niezdecydowane orzeczenie lekarza sądowego, należało sprawę, czy u powódki zachodzi inwalidztwo w rozumieniu § 1255 Ord. Ubezp., uważać za niewystarczającą wyjaśnioną i dlatego Wyższy Urząd Ubezpieczeń winien był poddać powódkę ponownemu badaniu i zażądać wydania orzeczenia stanowczego.

W obecnym stanie rzeczy zacepiony wyrok nie ma uzasadnienia w treści aktów.

Fakt ten stanowi przyczynę rewizyjną z § 1697 Ord. Ubezp. i dlatego też wniesioną rewizję należało uwzględnić i sprawę jako niedojrzałą do merytorycznego orzeczenia przekazać Wyższemu Urzędowi Ubezpieczeń do ponownego rozpatrzenia.

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

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

XII. W czasie choroby przedawnienie prawa zgłoszenia roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy nie biegnie.

Uzasadnienie. Podniesiono wątpliwości, czy prawo do świadczeń z powodu braku pracy przysługuje osobie, która utraciła zajęcie wskutek choroby, a choroba trwała, licząc od dnia utraty zajęcia, dłużej niż 6 miesięcy.

Na powyższe pytanie daje odpowiedź art. 56 ust. 2, który postanawia, że roszczenie o świadczenia z powodu braku pracy przedawnia się z upływem 6-ciu miesięcy od chwili powstania uprawnień do tych świadczeń. Chwilą tą, jak wynika z zestawienia art. 56 ust. 2 z art. 46 rozporządzenia Prezydenta i postanowieniem § 34 rozp. Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22.XII. 1927 r., któremu odpowiada postanowienie § 10 rozp. Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 13.VI. 1930 r. obowiązującego od 1.IX. 1930 r. w miejsce przepisów działu VII pierwszego rozporządzenia, jest chwila zaistnienia wszystkich warunków, wymaganych do przyznania świadczeń z powodu braku pracy, pomijając warunek zgłoszenia którego zaniedbanie stanowi istotę przedawnienia prawa. Dopóki zatem nie istnieją wszystkie warunki, konieczne do uzyskania świadczeń, przedawnienie prawa zgłoszenia roszczenia nie biegnie, wobec czego po zaistnieniu tych warunków przysługuje pracownikowi prawo do świadczeń przez normalny okres (6 wzgl. 9 miesięcy), o ile przez zaniedbanie zgłoszenia w ciągu 6 miesięcy od chwili uzyskania przepisanych warunków nie utraci prawa do świadczeń skutkiem przedawnienia. Wprawdzie art. 56 ust. 2 mówi o powstaniu „uprawnień” do świadczeń, cyt. zaś art. 46 rozp. Prezydenta o powstaniu „prawa” do świadczeń, to jednak między temi pojęciami niema żadnej różnicy pod względem treści, gdyż jak wyżej zaznaczono — z zestawienia art. 56 ust. 2, z art. 46 rozp. Prezydenta i § 10 cyt. rozp. wykon. wynika, że zarówno przez „prawo do świadczeń” w rozumieniu art. 46, jak i przez „uprawnienie do świadczeń” w znaczeniu art. 56 ust. 2 należy rozumieć ustawowe uprawnienie zgłoszenia roszczenia z powodu braku pracy, które to uprawnienie powstaje z chwilą spełnienia się wszystkich warunków, wymaganych do nabycia prawa do świadczeń z powodu braku pracy. Od tej dopiero chwili zaczyna biec sześciomiesięczny okres do wniesienia roszczenia.

XIII. Osoba, która utraciła zajęcie po ukończeniu 65 lat życia, a jest zdolna do pracy, ma prawo do świadczeń z powodu braku pracy niezależnie od prawa do renty starczej.

Uzasadnienie. Odmówienie osobie, mającej prawo do renty starczej, prawa do świadczeń z powodu braku pracy, byłoby, o ile jest ona zdolną do pracy i poszukuje zajęcia, pozbawione podstaw prawnych, ponieważ rozporządzenie Prezydenta nie przewiduje tego rodzaju ograniczenia praw do świadczeń z powodu braku pracy, ani w sposób bezpośredni, ani pośredni.

Wprost przeciwnie — renta starcza należy się albo ze względu na wiek, albo ze względu na długość ubezpieczenia, niezależnie od okoliczności, czy osoba uprawniona ma jakiekolwiek zajęcie i połączony z niem zarobek. Z tego wynika, że osoba, pobierająca rentę starczą ma prawo poszukiwać pracy i pracę tę wykonywać, nie tracąc prawa do renty. Skoro zatem pomiędzy zarobkiem a rentą starczą niema żadnego związku, to nie może również być związku między prawem do renty starczej, a prawem do świadczeń z powodu braku pracy, wobec czego osoba, pobierająca rentę starczą lecz zdolna do pracy i poszukująca pracy, nie może być pozbawiona prawa do świadczeń z powodu braku pracy, jeśli wszystkie inne wymagane warunki posiada.

Oczywiście prawo do świadczeń z powodu braku pracy i do renty starczej może się zbiec tylko bezpośrednio po przyznaniu renty, gdyż od chwili powstania prawa do renty ustaje obowiązek ubezpieczenia, a przeto utrata posiadanego zajęcia w czasie późniejszym t. j. w momencie, gdy licząc od chwili utraty zajęcia dana osoba nie miałaby 6 miesięcy składkowych w ostatnim roku, — prawo do świadczeń nie powstałoby ze względu na brak warunku z art. 16 ust. 2.

XIV. Postanowienie art. 50 p. 9 ma zastosowanie tylko w odniesieniu do wypadku korzystania z zasiłków pieniężnych z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

Uzasadnienie. Korzystanie wyłącznie z pomocy leczniczej Kasy Chorych nie może być podstawą do wstrzymania wypłaty zasiłków z powodu braku pracy na podstawie art. 50 p. 9, ponieważ nie zachodzi wówczas niezdolność do pracy. Wstrzymanie świadczeń na podstawie powyższego przepisu ma miejsce wtedy, gdy pozostający bez pracy korzysta z pieniężnych świadczeń Kasy Chorych t. j., gdy utraci warunek, przewidziany w art. 17 ust. 1 p. 1. Potwierdza pogląd powyższy zestawienie art. 50 p. 9 z art. 20.

XV. Bezpośrednie zgłoszenie roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy do Zakładu Ubezpieczeń przerywa bieg przedawnienia roszczenia o te świadczenia, przyczem w tym wypadku powinien Zakład przestać bezzwłocznie zgłoszone roszczenie właściwej Kasie Chorych.

Uzasadnienie. Przepis art. 56 ust. 2 nasuwa z uwagi na postanowienie art. 123 ust. 1 pytanie, czy bezpośrednie zgłoszenie roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy do Zakładu Ubezpieczeń przerywa bieg przedawnienia, przewidzianego dla zgłaszania roszczeń o te świadczenia, czy też bieg tego przedawnienia przerywa tylko zgłoszenie roszczenia, uskutecznione w sposób, przewidziany w art. 123 ust. 1, t. j. za pośrednictwem Kasy Chorych.

Postanowienie art. 123 ust. 1, że roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy należy zgłaszać

za pośrednictwem Kasy Chorych, stanowi niewątpliwie wobec postanowień art. 17 ust. 1 p. 3, art. 46, 47 ust. 1 i 123 ust. 1 i 2 konieczny warunek powstania prawa do świadczeń; dla kwestji jednak przerwania biegu przedawnienia prawa do świadczeń z powodu braku pracy jest bez znaczenia okoliczność, czy roszczenie zostało zgłoszone przez Kasę Chorych, czy też bezpośrednio do Zakładu Ubezpieczeń, który jest stroną zobowiązaną do świadczeń.

Również opierając się na przepisach prawa cywilnego, które w myśl art. 56 ust. 2 stosować należy do przedawnienia praw do świadczeń ubezpieczenio-

wych, należy drogą analogji dojść do wniosku, że bezpośrednio zgłoszenie roszczenia do Zakładu Ubezpieczeń przerywa bieg przedawnienia prawa do świadczeń z powodu braku pracy narówni ze zgłoszeniem roszczenia za pośrednictwem Kasy Chorych. W szczególności przytoczyć tu należy przepis art. 2246 K.C.N., w myśl którego pozew przed sąd, nawet przed sędziego niewłaściwego wniesiony, przerywa przedawnienie.

Zgłoszone roszczenie powinien Zakład przesłać bezzwłocznie właściwej Kasie Chorych a to ze względu na termin powstania prawa do świadczeń.

K R O N I K A

KREDYTY ZAKŁADÓW UBEZP. PRAC. UM. DLA KAS CHORYCH I ICH ZWIĄZKÓW.

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przy lokowaniu funduszy ubezpieczeniowych uwzględniają również Kasy Chorych, które ze względu na swą działalność inwestycyjno-leczniczą potrzebują dość znacznych kredytów. Zrozumiałe jest, że Zakłady jako instytucje pokrewne w miarę możliwości udzielają kasom ze swych funduszy lokacyjnych pożyczek, zabezpieczonych hipotecznie na leczniczych lub administracyjnych nieruchomościach Kas Chorych. Możliwość popierania przez Zakłady akcji inwestycyjnej Kas Chorych ograniczona jest jednak koniecznością osiągnięcia przez Zakłady dość wysokich dochodów ze swych lokat, podczas gdy kasy ze względu na stan swych funduszy, mogą naogół korzystać tylko z kredytów niżej oprocentowanych. Ponadto stan finansowy niektórych kas uniemożliwia Zakładom lokowanie w tych kasach swych funduszy.

Dotychczas kredyty Zakładów dla Kas Chorych i ich związków stanowią względnie niewielki odsetek ogółu funduszy ubezpieczenia pracowników umysłowych, wynosiły bowiem w dniu 31/XII. ub. r. — 9.543.377 zł. czyli — 3,3 proc. Cała ta suma ubezpieczona była na hipotekach poszczególnych kas względnie ich okręgowych związków.

Poszczególne Zakłady U. P. U. udzielały kasom pożyczek w dość niejednakowym stopniu w stosunku do rozporządzalnych funduszy. Widać to z następującego zestawienia kwot, pożyczonych kasom przez Zakłady, według stanu z 31./XII. ub. r.:

Z. U. P. U. Warszawa	— 4.116.123 zł.	— 4.6%	funduszy
„ Lwów	— 3.568.700 zł.	— 5.3%	„
„ Poznań	— 1.137.804 zł.	— 1.8%	„
„ Król.-Huta	— 720.750 zł.	— 1.0%	„

Kredyt Zakładów posiadało w terminie omawianym 5 okręgowych Związków Kas Chorych*) i 25 kas, co w stosunku do ogólnej liczby kas (243) stanowi nikły odsetek (10.7%).

Wielkość pożyczek dla kas waha się w znacznych granicach od kwoty 2.300 zł. do 1.700.000 zł. Podział pożyczek według wielkości w szerokich granicach przedstawia się następująco:

	z pożyczek	kwota
Pożyczki do 100.000 zł.	20	1.197.324 zł.
„ od 100.001 zł. do 500.000 zł.	11	3.381.184 zł.
„ od 500.001 zł. do 1.000.000 zł.	1	884.001 zł.
„ pow. 1.000.000 zł.	3	4.080.868 zł.
	35**)	9.543.377 zł.

Jak widać z powyższego zestawienia, przeważają pod względem ilości pożyczki niewielkie, nie przekraczające kwoty 100 tys. zł. Szczególnie Zakład poznański nie udzielił pożyczek większych, tylko jedna pożyczka tego Zakładu przekracza kwotę 100 tys. zł. (257.804 zł.). Pożyczki wynoszące ponad 1 milj. zł. udzieliły tylko Zakład warszawski i lwowski, mianowicie pierwszy — Kasie Chorych m. Warszawy, drugi — dwie pożyczki Kasie Chorych m. Lwowa.

Przeciętne oprocentowanie pożyczek udzielonych kasom wynosiło w dniu 31/XII ub. r. 7.6%. Między poszczególnymi Zakładami istnieją pod tym względem następujące różnice: w Zakładzie warszawskim przeciętne oprocentowanie tych pożyczek wynosiło — 8.4%, w Zakładzie poznańskim — 7.3%, w Zakładzie w Król. Hucie — 7.0% i w Zakładzie lwowskim — 6.9%.

Podział pożyczek według wysokości oprocentowania przedstawiał się następująco:

oprocentowanie	z pożyczek	kwota	%
6 — 6.9	10	2.938.750 zł.	30.8%
„ 7 — 7.9	12	2.637.804 zł.	27.6%
„ 8 — 8.9	3	1.420.401 zł.	14.9%
„ 9 — 9.9	8	2.489.148 zł.	26.1%
„ 10 — 10.9	2	57.274 zł.	0.6%
	35	9.543.377 zł.	100.0%

Rozpiętość w oprocentowaniu pożyczek jest, jak widzimy, dość znaczna, co wynika z tego powodu, iż Zakłady nie stosowały jednakowych zasad. Podczas bowiem gdy np. Zakład warszawski posiada tylko 3 pożyczki na kwotę 720 tys. (17.5%) o oprocentowaniu poniżej 8%, to w Zakładzie poznańskim i w Zakładzie w Król. Hucie wszystkie pożyczki oprocentowane są poniżej tej stopy procentowej.

**) Różnica między liczbą kas, posiadających pożyczki, a liczbą pożyczek wynika z tego powodu, że niektóre kasy posiadają 2 lub więcej pożyczek oddzielnie i na innych warunkach udzielonych.

*) Okr. Z. K. Ch. we Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Łodzi i Og. Z. K. Ch. woj. śląskiego.

**ROZRACHUNKI MIĘDZY ZAKŁADAMI U. P. U.
ZA LATA 1928 i 1929.**

Do zadań Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych należy między innymi przeprowadzanie rozrachunków między Zakładami U. P. U. Sprawa ta jest unormowana art. 101 rozp. Prez. z dnia 24.XI.1927 r., o ubezpieczeniu, który postanawia, że wydatki wynikające z tytułu świadczeń, do których prawo powstało po 1.1.1928 r., obciążają wspólnie wszystkie Zakłady U. P. U. proporcjonalnie do sum składek ubezpieczeniowych, należnych za dany rok, oraz wszystkich dochodów z lokat, uzyskanych w tymże roku.

Ogólne postanowienia przeprowadzenia rozrachunków, zawarte w art. 101, zostały rozwinięte w zasadach przeprowadzania rozrachunków, uchwalonych przez Zarząd Związku na posiedzeniu w dniu 29.IX.1930 r.

W myśl tych zasad za sumę składek ubezpieczeniowych uważa się przypis składek pracodawcom oraz dobrowolnie kontynuującym, składki przekazane z innych podmiotów ubezpieczeń (art. 120, 118, 119 i 154), składki wpłacone za zakupno lat i za zachowanie uprawnień — w danym roku.

Za dochody z lokat uważa się odsetki, należne za dany rok od kwot należnych Zakładom od Funduszu Bezrobocia i instytucyj zastępczych, odsetki zwłoki od zaległych składek, odsetki od kapitałów, ułożonych w bankach, w kasach oszczędności i innych instytucjach finansowych, odsetki od pożyczek hipotecznych, dywidendy od akcji, dochody z nieruchomości i z innych lokat, wreszcie zrealizowane netto różnic między ceną nabycia, a ceną wylosowania papierów wartościowych, względnie ceną sprzedaży nieruchomości.

Za świadczenia, wchodzące do rozrachunku, przyjmuje się sumę obowiązkowych świadczeń jednorazowych (odprawy, zwroty składek, zapomogi na podróż) i periodycznych (zasiłki na wypadek braku pracy, opłaty składek za ubezpieczenie na wypadek choroby z art. 20, renty, pomoc lecznicza z art. 25), oraz przekazania składek, uskutechnione w danym roku. Do rozrachunku nie wchodzi świadczenia nabyte przed 1.1.1928 r., oraz świadczenia dobrowolne (lecznictwo z art. 61, uzupełnienie wykszolenia zawodowego z art. 65).

Powyższe dane obowiązane są Zakłady przelać Związkowi do 10 marca każdego roku za rok poprzedni na specjalnym kwestjonariuszu rozrachunkowym.

Związek, po uzgodnieniu danych z zamknięciami rachunkowymi, sporządza dla każdego działu ubezpieczeń osobny klucz rozrachunkowy, którym jest procentowy udział poszczególnych Zakładów w ogólnych dochodach. Mnożąc określoną w ten sposób dla każdego Zakładu liczbę procentową przez sumę świadczeń wszystkich Zakładów, otrzyma się kwotę świadczeń, jaką każdy Zakład winien w danym roku pokryć. Różnica między tą kwotą, a kwotą rzeczywiście wypłaconych świadczeń oznacza, ile dany Zakład ma otrzymać (+) względnie zapłacić (—) tytułem rozrachunku.

Kwoty, wynikające z rozrachunku przekazują sobie Zakłady w ciągu dwóch miesięcy po zatwierdzeniu rozrachunku przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej wraz z odsetkami w wysokości 4½% rocznie, liczonemi od 1.1 roku, następującego po roku rozrachunkowym.

Dotychczas przeprowadzono w myśl powyższych zasad dwa rozrachunki, a mianowicie za r. 1928 i 1929. Zostały one przyjęte i przedłożone do zatwierdzenia Panu Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej uchwałą Rady Zarządzającej Związku, powziętą na posiedzeniu w dniu 28 lutego b. r.

Wprawdzie rozrachunek za każdy rok winien być przeprowadzony w ciągu pierwszego kwartału następnego roku kalendarzowego, jednak ze względu na niedostarczenie przez niektóre Zakłady danych do rozrachunku we właściwym czasie, termin ten musiał być przesunięty.

Rozrachunek za r. 1928 został już raz przeprowadzony w formie rozrachunku tymczasowego, a to ze względu na brak danych z jednego Zakładu, nieprzeprowadzenie rozliczenia między Funduszem Bezrobocia a Zakładami oraz prowizoryczność zasad, na których rozrachunek ten opierał się.

Poprawki, wynikające z prowizoryczności tego rozrachunku miały być uwzględnione w rozrachunku za r. 1929. Ponieważ jednak Zakłady nie wykonały rozrachunku prowizorycznego za r. 1928 i różnice między danymi rozrachunku prowizorycznego, a danymi obecnymi były bardzo znaczne, rozrachunek za r. 1928 wymagał ponownego, całkowitego opracowania.

Uchwalone przez Radę Zarządzającą Związku rozrachunki przedstawiają się następująco:

za rok 1928:

1) w dziale emerytalnym:

1	2	3	4	5	6
Zakład Ubezp. Prac. Umysł.	Dochody Zł.	Świadczenia Zł.	Stosunek dochodów do og. dochod. ‰ ‰	Kwota świadczeń do pokrycia Zł.	Saldo *) Zł.
Kr. Huta	14.858.374.35	409.597.22	20.83	405.098.91	+ 4.498.31
Lwów	13.175.329.02	696.318.24	18.47	359.201.96	+ 337.116.28
Poznań	13.533.401.66	261.767.20	18.97	368.925.89	— 107.158.69
Warszawa	29.776.03.20	577.103.26	41.73	811.559.16	— 234.455.90
Razem	71.343.508.23	1.944.785.92	100.00	1.944.785.92	—

2) w dziale braku pracy:

Kr. Huta	3.245.362.86	330.197.83	21.16	364.004.13	— 33.806.30
Lwów	2.370.968.15	259.510.64	15.46	265.950.08	— 6.439.41
Poznań	2.453.455.20	243.183.53	16.00	275.239.41	— 32.055.88
Warszawa	7.266.702.25	887.354.34	47.38	815.052.72	+ 72.301.62
Razem	15.336.488.46	1.720.246.34	100.00	1.720.246.34	—

za rok 1929:

1) w dziale emerytalnym:

Zakład Ubezp. Prac. Umysł.	Do hody Zł.	Świadczenia Zł.	Stosunek dochodów do ogóln. dochod. ‰ ‰	Kwota świadczeń do pokrycia Zł.	Saldo *) Zł.
Kr. Huta	18.937.510.48	1.804.153.46	20.29	1.331.990.09	+ 472.163.37
Lwów	16.654.179.30	1.523.832.60	17.84	1.171.153.44	+ 352.679.16
Poznań	15.667.222.53	852.896.02	16.78	1.101.566.97	— 248.670.95
Warszawa	42.096.481.25	2.383.897.34	45.09	2.960.050.92	— 576.171.58
Razem	93.355.393.56	6.564.761.42	100.00	6.564.761.42	—

2) w dziale braku pracy:

Kr. Huta	4.114.585.81	735.061.61	19.88	1.084.526.84	— 349.465.23
Lwów	3.392.190.22	1.174.545.66	16.39	894.134.56	+ 280.411.10
Poznań	3.125.694.81	725.262.27	15.10	823.760.33	— 98.498.06
Warszawa	10.064.332.04	2.820.496.88	48.63	2.652.944.69	+ 167.552.19
Razem	20.696.802.88	5.455.366.42	100.00	5.455.366.42	—

Niżej umieszczona tabelka przedstawia wysokość kwot do przekazania względnie pobrania przez poszczególne Zakłady, łącznie z odsetkami, obliczonymi do 31.XII 1930 r. za r. 1928 i 1929 razem.

Zakład Ubezp. Prac. Umysł.	Dział Emerytalny Zł.	Dział braku pracy Zł.	Oba działy*) Zł.
Król. Huta	+ 498.313.87	— 402.040.03	+ 96.273.84
Lwów	+ 736.006.46	+ 286.010.62	+ 1.022.017.08
Poznań	— 376.664.11	— 137.871.37	— 514.535.48
Warszawa	— 857.656.22	+ 253.900.78	— 604.755.44

Przy porównaniu sald rozrachunku za r. 1928 z saldami za rok 1929 rzuca się w oczy bardzo znaczny wzrost różnicy w dziale emerytalnym na korzyść Zakładu w Król. Hucie (o zł. 467.665,06), a na niekorzyść Zakładów warszawskiego (o zł. 341.715,68) i poznańskiego (o zł. 141.512,26), w dziale braku pracy na korzyść Zakładów lwowskiego (o zł. 286.850,54) i warszawskiego (o zł. 95.250,57), a na niekorzyść Zakładu w Król. Hucie (o zł. 315.658,93) i w Poznaniu (o zł. 66.442,18).

Różnice te znajdują swe uzasadnienie w innym ustosunkowaniu się świadczeń w r. 1928, a innym w r. 1929, przyczem znaczny wpływ ma tutaj inne ustosunkowanie się dochodów

poszczególnych Zakładów w obu latach, jako też ogólny wzrost świadczeń w r. 1929.

Świadczenia Zakładów, wchodzące do rozrachunku, tak w dziale emerytalnym jak i w dziale braku pracy były przeszło 3 razy wyższe w r. 1929 niż w roku 1928. (Patrz tabela 1, 2, 3 i 4 rubryka 3).

Procentowe ustosunkowanie się dochodów i świadczeń w latach 1928 i 1929 przedstawia poniższa tabelka:

*) + oznacza kwoty do pobrania, — kwoty do przekazania.

1) w dziale emerytalnym:

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych	Stosunek dochodów poszczegól- nych Zakładów do ogólnych dochodów w roku		Stosunek świadczeń poszczegól- nych Zakładów do ogólnych świadczeń w roku		Stosunek świadczeń do dochodów w roku	
	1928	1929	1928	1929	1928	1929
	w p r o c e n t a c h					
Kr. Huta	20,83	20,29	21,06	27,48	2,76	9,53
Lwów	18,47	17,84	35,80	23,21	5,29	9,15
Poznań	18,97	16,78	13,46	12,99	1,93	5,44
Warszawa	41,73	45,09	29,68	36,32	1,94	5,66
Ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00	2,73	7,03

2) w dziale braku pracy:

Kr. Huta	21,16	19,88	19,19	13,47	10,17	17,86
Lwów	15,46	16,39	15,09	21,53	10,91	34,62
Poznań	16,00	15,10	14,14	13,30	9,91	23,20
Warszawa	47,38	48,63	51,58	51,70	12,21	28,02
Ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00	11,22	26,36

Jak z tej tabelki widać, stosunek dochodów i świadczeń poszczególnych Zakładów do ogólnych dochodów i świadczeń, oraz stosunek świadczeń do dochodów uległy w roku 1929 znacznej zmianie w porównaniu z r. 1928.

I tak w dziale emerytalnym zmniejszył się stosunkowy udział w ogólnych dochodach dla trzech Zakładów: nieznacznie król.-huckiego (o 0,54%) i lwowskiego (o 0,63%), znacznie poznańskiego (o 2,19%) na korzyść Zakładu warszawskiego (o 3,36%). W dziale braku pracy udział ten uległ stosunkowo niewielkim zmianom, a mianowicie zmniejszył się dla Zakładów: król.-huckiego (o 1,28%) i poznańskiego (o 0,90%), wzrost dla Zakładów: lwowskiego (o 0,93%) i warszawskiego (o 1,25%).

Co do świadczeń to w porównaniu z r. 1928 stosunkowy udział Zakładów w ogólnych świadczeniach w r. 1929 w dziale emerytalnym wykazuje znaczny wzrost dla Zakładów: król.-huckiego (o 6,42%) i warszawskiego (o 6,64%), a zmniejszenie dla Zakładów: lwowskiego znaczne (o 12,59%) i poznańskiego (o 0,47%), w dziale braku pracy udział ten zmniejszył się dla Zakładów: król.-huckiego znacznie (o 5,72%) i poznańskiego (o 0,84%), a wzrost dla Zakładów: lwowskiego znacznie (o 6,44%) i warszawskiego (o 0,12%).

W porównaniu ze stosunkowym udziałem w dochodach stosunkowy udział w świadczeniach w dziale emerytalnym w obu latach był wyższy dla Zakładów: król.-huckiego i lwowskiego, niższy dla Zakładów: poznańskiego i warszawskiego, w dziale braku pracy udział ten w obu latach był niższy dla Zakładów: król.-huckiego i poznańskiego, wyższy dla warszawskiego, natomiast dla Zakładu lwowskiego był niższy w r. 1928, a wyższy w r. 1929.

Wreszcie stosunek świadczeń do dochodów wykazuje znaczny wzrost świadczeń w r. 1929 tak w dziale emerytalnym jak i w dziale braku pracy. W r. 1928 wydały Zakłady na świadczenia emerytalne, wchodzące do rozrachunku 2,73%, a w 1929 r. 7,03% ogólnych dochodów, przyczem największy stosunkowo wzrost świadczeń wykazuje Zakład król.-hucki (9,53% w r. 1929 w porównaniu z 2,76% dochodów w r. 1928).

W dziale braku pracy wydały Zakłady w 1928 r. 11,22%, a w 1929 r. 26,36% ogólnych dochodów, przyczem największy stosunkowo wzrost świadczeń wykazuje Zakład lwowski (34,62% w r. 1929 w porównaniu z 10,91% w r. 1928). Różnica między procentowym stosunkiem ogólnych świadczeń do ogólnych dochodów, a tymże stosunkiem w każdym Zakładzie wykazuje, ile procent swych dochodów Zakłady wypłaciły na świadczenia więcej wzgl. mniej, niż to przypadało na nie w stosunku do udziału w ogólnych dochodach.

F. K.

RATYFIKACJA POLSKO - FRANCUSKIEJ KONWENCJI O UBEZPIECZENIU GÓRNIKÓW.

W dniu 3 lutego r. b. uchwaloną została przez nasze władze ustawodawcze ustawa w sprawie ratyfikacji polsko - francuskiej konwencji podpisanej w Warszawie w dniu 21 grudnia 1929 r. a dotyczącej ubezpieczenia na starość, na wypadek nie-

zdolności do pracy i śmierci robotników i pracowników umysłowych zatrudnionych w górnictwie.

Konwencja ta, której znaczenie uwypukliły tak wywody obu sprawozdawców parlamentarnych posła Szawleskiego i senatora Rogowicza jak i obszerne rządowe uzasadnienie wniosku ratyfikacyjnego i która spotkała się z bardzo korzystną oceną na terenie Międzynarodowego Biura Pracy, zasługuje istotnie z wielu względów na szczególną uwagę.

Wyróżnia się ona bowiem od stosunkowo dość jeszcze skromnego i skąpego naszego dorobku w dziedzinie umów o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych tem, że bierze za podstawę bardzo społecznie postępowe i nowoczesne postulaty, które przeprowadza z całą konsekwencją, idąc nawet w tej mierze dalej niż dotychczasowe międzynarodowe konwencje ubezpieczeniowe.

Na jakich bowiem zasadach opiera się konwencja warszawska?

Konwencja uwzględnia przedewszystkiem w całej rozciągłości podstawową w tej dziedzinie zasadę pełnego zrównania w prawie do świadczeń ubezpieczeniowych obywateli obu stron — zasadę zresztą właściwą nie tylko umowom socjalnym i nie nasuwającą w praktyce większych trudności technicznych.

Nie możnaby natomiast tego powiedzieć o drugiej zasadzie wprowadzonej w życie przez konwencję. Regulując sytuację osób kolejno podlegających ubezpieczeniu społecznemu w Polsce i Francji konstruuje ona mianowicie swoisty system świadczeń ubezpieczeniowych obu stron, którego zastosowanie do obywateli polskich i francuskich zapewnia im zachowanie uprawnień ubezpieczeniowych w razie przejścia z jednego państwa do drugiego i korzystanie z chwilą zakończenia pracy zawodowej z dobrodziejstw ustawodawstwa ubezpieczeniowego obu państw.

System przyjęty tu przez konwencję polega na wzajemnym zaliczaniu przy wymiarze świadczeń przez instytucje ubezpieczeniowe polskie i francuską okresów ubezpieczeniowych przebytych w drugim państwie oraz proporcjonalnym udzieleniu rent i pensyj przez ubezpieczenia jednej i drugiej strony w stosunku do długości okresów ubezpieczenia. Jeżeli system ten uwzględniony jest w wielu — zwłaszcza powojennych — konwencjach ubezpieczeniowych, to jednak bodaj w żadnej nie jest zastosowany w tak szerokiej mierze i w sposób tak dla zainteresowanych korzystny jak w konwencji z 21 grudnia 1929 r. Trudno przytem nawiasowo nie zaznaczyć, że jeżeli, jak to już wyżej powiedziano, klauzula formalnej „égalité de traitement” nie przynosi w stosunku do dotychczasowego prawa traktatowego nic nowego, to tak daleko idące zacieśnienie stosunków między społecznym ustawodawstwem dwóch państw, jakie znajduje wyraz w znowelizowaniu przez konwencję materialnych postanowień ustaw ubezpieczeniowych i w sui generis zespoleniu z sobą obu systemów ubezpieczeniowych w jedną całość, pozbawione jest właściwie analogii w umowach z innych dziedzin stosunków międzynarodowych.

Sprawy ubezpieczeniowe polsko - francuskie nie były dotąd unormowane — pod kątem widzenia interesów szerokich sfer polskiego wychodźstwa do Francji — w sposób dostateczny i zadawalający. Konsekwencje w zakresie ubezpieczeń społecznych masowej po wojnie naszej emigracji robotniczej, (górnicy, robotnicy rolni i przemysłowi) do Francji, która w rezultacie wytworzyła na terenach francuskich polską kolonję przeszło sześćsettyśięczną, były bowiem do chwili obecnej uregulowane dwiema konwencjami, jedną emigracyjno - imigracyjną z 3 września 1919 r., drugą „o pomocy i opiece społecznej” z 14 października 1920 r.

Umowy te, zawarte — jak się wyraził sejmowy referent wniosku ratyfikacyjnego — w okresie ząbkowania naszej polityki emigracyjnej, kopjowały niewolniczo umowy francusko-włoskie, a więc nie mogły uwzględnić szczególnych potrzeb i warunków emigracji polskiej. Dostosowane zbyt ściśle do chwilowego stanu ustawodawstwa społecznego w okresie gdy były zawarte, zadawalające się kilkoma postanowieniami ogólnikowymi a odsyłające szczegółowe ich wykonanie do dalszych porozumień międzyresortowych, sformułowane częstokroć w sposób niedość jasny i wyraźny, nie stanowią one dostatecznej podstawy do unormowania stosunków w dziedzinie asekuracji socjalnej między Polską a Francją.

W szczególnym stopniu dało się to odczuć w sprawach z zakresu ubezpieczenia górniczego, które poza ustawodawstwem obowiązującym Alzacji i Lotaryngji stanowiło do niedawna jedyną faktycznie funkcjonującą we Francji gałąź ubezpieczenia społecznego. Znaczne rozmiary emigracji polskich górników (z Niemiec i Polski) do Francji (zwłaszcza północnej) — gdzie w sile stukilkunastu tysięcy wypełniają luki w kontyngencji francuskiej pracy najmniejszej w kopalniach węgla, rudy żelaznej i potasu — sprawiają, że z biegiem czasu musiała nabrać specjalnej doniosłości sprawa uregulowania społecznych jej konsekwencji.

Jeżeli art. 1 konwencji o pomocy i opiece społecznej zapewniał obywatelom polskim zrównanie w prawie do świadczeń ubezpieczenia górniczego z obywatelami francuskimi, nakazując instytucjom ubezpieczeniowym obu stron zaliczanie okresów ubezpieczeniowych w stosunku do państwowych „allocations et bonifications”, to jednak w praktyce korzyści powojennych postanowień przedstawiały się dość iluzorycznie. Przedewszystkiem bowiem strona francuska przez czas dłuższy uzależniała uprzywilejowanie obywatelom polskim wszystkich tych korzyści od zawarcia wykonawczych porozumień, których sfinalizowanie mimo kilku prób podjętych ze strony polskiej natrafiało na duże trudności. Poza to po kilkakrotnem znalezieniu francuskiej ustawy o ubezpieczeniu górniczem straciły państwowe dopłaty do rent ubezpieczeniowych wszelkie znaczenie, tak, że zaliczanie okresów ubezpieczenia w Polsce wyłącznie przy ich wymiarze — a nie przy udzielaniu właściwych świadczeń ubezpieczeniowych — okazało się z biegiem czasu mało celowe.

Tak ze względu na wymienioną ostatnio okoliczność jak i z różnych innych powodów pertraktacje prowadzone początkowo w drodze pisemnej około zawarcia wykonawczego arrangement w sprawie ubezpieczenia górników do konwencji z 14 października 1920 r. nie doprowadziły do żadnych rezultatów. Sytuacja uległa zasadniczej zmianie na korzyść dopiero z chwilą nawiązania między dwiema stronami bezpośrednich rokowań, w których dla realizacji żądań wysuniętych ze strony polskiej okazało się koniecznym zawarcie odrębnej konwencji o ubezpieczeniu górników (a nie „arrangement”).

W negocjacjach tych, prowadzonych z wyjątkowo szybkim tempie (dwie krótkie sesje naprzemian w Paryżu — w październiku — i Warszawie — w grudniu 1929 r.), między delegacją francuską, pod przewodnictwem dyr. Picquenarda z Ministerstwa Pracy i kons. gener. p. Campana i z współdziałaniem jako głównego rzeczoznawcy, dyrektora Caisse Automome p. Lange'a, a delegacją polską, której przewodniczącym był dyr. dep. p. inż. Drecki, a członkami rad. emig. Dallore, kons. Brzeziński oraz jako ekspert rad. min. Dr. Fischlovitz, udało się ułożyć tekst nowej konwencji ubezpieczeniowej.

Konwencja z 21 grudnia 1929 składa się z dziewięciu działów i 39 artykułów, jest to więc największa z trzech zawartych dotąd społecznych umów polsko - francuskich.

Załatwia ona sprawy ubezpieczenia pensyjnego górników. Pozostawia więc poza swoim zakresem z jednej strony ubezpieczenie chorobowe (w towarzystwach pomocy wzajemnej) górników, z drugiej zaś strony ubezpieczenie na starość i na wypadek niezdolności do pracy pracowników najemnych niezatrudnionych w górnictwie.

Objemuje ona całe ustawodawstwo z tej dziedziny obowiązujące we wszystkich dzielnicach obu państw, z jednym tylko wyjątkiem: o ile chodzi o ubezpieczenie górników obowiązujące w trzech nowych departamentach (Haut - Rhin, Bas-Rhin i Moselle a więc Alzacja i Lotaryngja) a więc odziedziczone po ustawodawstwie niemieckim ubezpieczenie inwalidzkie, pensyjne ubezpieczenie górników i ubezpieczenie urzędników prywatnych, konwencja poprzestaje narazie na zrównaniu w prawie do świadczeń obywateli polskich z francuskimi odsyłając w art. 39 szczegółowe unormowanie tych działów ubezpieczenia społecznego do osobnego układu międzyresortowego.

Konwencja ma charakter dwustronny: dotyczy tak zastosowania ustawodawstwa polskiego do obywateli francuskich jak i ustawodawstwa francuskiego do obywateli polskich.

Swym zakresem osobowym obejmuje tak robotników jak i pracowników umysłowych. W stosunku do wymienionej ostatnio kategorii pracowników najemnych posiadać ona będzie większe znaczenie realne dla obywateli francuskich (zatrudnionych zwłaszcza w charakterze urzędników, inżynierów itp. na kopalniach w zagłębiu dąbrowskiem i górnośląskiem) niż dla obywateli polskich.

Jak już z wszystkiego powyższego wynika, konwencja miała do rozwiązania zadanie dość rozległe i zawiłe, jakim było niewątpliwie skoordynowanie z sobą kilku bardzo różnych i opartych na całkowicie odmiennych podstawach ustawodawstw ubezpieczeniowych.

Jeżeli bowiem po stronie francuskiej konwencja objęła tylko jeden dział ubezpieczeń społecznych, jednolity na całym obszarze dawnej Francji i administrowany przez jedną centralną instytucję ubezpieczeniową (Caisse Autonome de retraites des ouvriers mineurs w Paryżu), to natomiast po stronie polskiej konwencja musiała podporządkować swoim postanowieniom nie mniej jak pięć odrębnych działów asekuracji socjalnej zarządzanych przez szereg kas brackich i zakładów ubezpieczeń społecznych.

Redakcję konwencji utrudniała pewna szczególna, właściwa umowom zawierany przez Francję, technika prawna. Umowy te nie ograniczają się mianowicie do unormowania pod kątem widzenia interesów i potrzeb osób objętych ich zakresem — zastosowania do nich ustawodawstwa ubezpieczeniowego obu stron, ale równocześnie w przepisach raczej informacyjno - ewidencyjnej niż prawotwórczej natury podają przegląd głównych uprawnień, jakie już na podstawie wewnętrzne-

go ustawodawstwa ubezpieczeniowego obu stron przysługują obywatelom państw kontrahentów.

Ustawodawstwo francuskie o ubezpieczeniu górników opiera się na ustawach z 29 czerwca 1894 r. i 25 lutego 1914 i kilkunastu ustawach nowelizujących dwa te teksty zasadnicze. Szeroko rozbudowane — w przeciwieństwie do innych działów francuskich ubezpieczeń społecznych przed dokonaniem wielkiej reformy ubezpieczeniowej w latach od 1928 do 1930 — i oparte za poważnym finansowym współudziale Skarbu Państwa, przymusowe ubezpieczenie górników pokrywa ryzyka starości i śmierci (pensja wdowia i sieroca oraz pośmiertne), a od kilku lat również i niezdolności do pracy (utrata co najmniej 66 proc. zdolności do pracy).

Świadczenia, jakie zapewnią zainteresowanym uzależnią wprawdzie ustawa francuska od przebycia dłuższych okresów ubezpieczenia (10, 15 względnie 30 lat — przed tym terminem ubezpieczony ma tylko prawo do względnie nieznaczącej renty z indywidualnego jego konta), ale też wysokość ich ustala na poziomie stosunkowo bardzo wysokim. Dość wspomnieć, że po przepracowaniu 30 lat w górnictwie, renta starości wynosi nie mniej jak 5000 frs. rocznie. Wzrasta ona progresywnie w stosunku do długości okresu ubezpieczenia, świadczenia francuskie posiadają przytem naogół stałą wysokość niezależną od wysokości indywidualnych zarobków i składek ubezpieczeniowych.

Obywatele polscy na zasadzie konwencji otrzymują prawo pełnego i niczem nieograniczonego korzystania z wszystkich powyższych świadczeń ubezpieczeniowych (wraz z dodatkami obciążającymi skarb państwa i właściwe fundusze ubezpieczenia) na równi z obywatelami francuskimi.

Konwencja nie poprzestaje na tem formalnem zrównaniu. Pozatem stara się bowiem o faktyczne uprzywilejowanie obywatelom polskim korzystania z świadczeń ustawodawstwa francuskiego; ustawodawstwo to naogół nie uwzględnia sytuacji związanych z pobytam zagranicą osób, którym przysługują świadczenia (wypłata rent, i badanie lekarskie, przedkładanie zagranicznych świadectw itp.). Cały szereg ułatwień i udogodnień przewidzianych przez konwencję sprawia, że tak ubezpieczeni jak i członkowie ich rodzin będą mogli nawet w razie pobytu w Polsce korzystać z dobrodziejstw francuskiego ubezpieczenia górniczego, do których uzyskali prawo.

Najlepszym probierzem wartości konwencji ubezpieczeniowej jest jednak, czy i ewent. jak uwzględnia ona zasadę zachowania uprawnień w razie przejścia ubezpieczonych z jednego państwa do drugiego.

Jak przedstawia się w tej mierze sytuacja przed zawarciem konwencji?

Ustawodawstwo o ubezpieczeniu społecznem obowiązujące w Polsce przewiduje naogół stosunkowo łatwą utratę ekspektatywy nabytej przez dłuższą przynależność do instytucji ubezpieczeniowej. Ekspektatywa ta wygasa czy to automatycznie po upływie ściśle określonego przeciągu czasu od wystąpienia ubezpieczenia czy też na skutek nieuiszczenia t. zw. opłat uznawczych.

Utraciwszy w ten sposób prawa do świadczeń z Polski nie może częstokroć emigrant nabyć odpowiednich uprawnień we Francji ze względu na długi czas wyczekiwania, wymagany częściowo dla uzyskania prawa do świadczeń w ogólności a częściowo dla otrzymania rent odpowiednio podwyższonych przez państwo względnie fundusze ubezpieczeniowe.

System, którego zastosowanie ma w myśl konwencji zapobiedz temu bardzo niepomysłnemu stanowi rzeczy, polega na tem, że przedewszystkiem tak co do wypełnienia czasu wycze-

kiwania jak i co do zachowania ekspektatywy ubezpieczenia jednej strony uwzględnia okresy przebyte w ubezpieczeniu drugiej strony. Co się zaś tyczy samego wymiaru świadczeń, zostają one ustalone w ten sposób, że właściwa instytucja ubezpieczeniowa jednego i drugiego państwa ustala najpierw wysokość renty, któraby ją obciążała gdyby ubezpieczony przebył cały okres ubezpieczenia (w rzeczywistości podzielony między ubezpieczenia dwóch państw) wyłącznie w danej instytucji; instytucja ta nie płaci jednak całej renty obliczonej w sposób powyższy lecz wyłącznie tę jej część, jaka odpowiada stosunkowi między okresem efektywnego ubezpieczenia w tej instytucji a pełnym okresem ubezpieczenia w obu państwach. Nie trudno zrozumieć, jak wielka korzyść przedstawia powyżej przedstawiony system przy zastosowaniu go do progresywnie wzrastających w stosunku do długości okresu ubezpieczenia — świadczeń francuskich. Gdy ubezpieczony przebył we Francji 5 lat a w Polsce 10, otrzyma w myśl konwencji 1/3 renty francuskiej, którą otrzymałby po przebyciu lat piętnastu, a więc znacznie więcej niżby otrzymał od instytucji francuskiej za samych lat pięć.

Wzajemne łączenie i zaliczanie okresów ubezpieczeniowych przez obie strony odnosi się do pensyj i rent inwalidzkich, starczych i wdowich.

Świadczenia pośmiertne i zasiłki sieroce udzielane są w razie kolejnego ubezpieczenia w dwóch państwach przez państwo, w którym zmarły był ostatnio ubezpieczony, przyczem uwzględnia ono również okresy ubezpieczeniowe drugiego państwa.

Nie możnaby tu nie zaznaczyć, że żadne z konwencji zawartych dotąd przez Francję z innymi państwami (Belgią, Włochami, Austrią, Rumunją i in.) nie reguluje tak liberalnie sytuacji osób kolejno ubezpieczonych w dwóch państwach.

Postanowienia konwencji dopełniają przepisy proceduralne i dotyczące współpracy przy jej wykonywaniu między poszczególnymi władzami i instytucjami ubezpieczeniowymi oraz ustanawiające specjalne postępowanie rozjemcze w razie sporów, któreby powstały między rządami przy stosowaniu konwencji.

Z wszystkiego powyższego zdaje się wynikać, że konwencja — jak to stwierdził w sprawozdaniu na plenum Sejmu w dniu 27 stycznia r. b. poseł Szawleski — „w bardzo dużej mierze realizuje postulaty polskie”.

Dr. St. F.

SPRAWA RYCZAŁTOWEGO SPOSOBU OBLICZENIA ŚLADEK DO KAS CHORYCH ZA PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH, POBIERAJĄCYCH ZASIŁKI Z POWODU BRAKU PRACY.

Art. 20 i 36 rozp. Prez. o ubezp. prac. um. nie określają ściśle sposobu obliczania składki do Kas Chorych za pracowników umysłowych, pobierających z Zakładów U. P. U. zasiłki z powodu braku pracy. Artykuły te określają jedynie termin rozpoczęcia ubezpieczenia na wypadek choroby (po wygaśnięciu praw do świadczeń z Kasy Chorych) oraz postanawiają, aby wysokość składki, płaconej przez Zakład odpowiadała takiej grupie zarobkowej, by ewentualny zasiłek chorobowy równał się w przybliżeniu otrzymywanemu przed chorobą zasiłkowi z powodu braku pracy.

W ramach podanych wyżej postanowień rozp. Prez. istnieje więc możliwość takiego ustalenia sposobu obliczania składek do Kas Chorych, któryby przy zastosowaniu dał wyniki dokładne a równocześnie ułatwił i uprościł pracę zarówno Kas Chorych jak i Zakładów. Takim sposobem może być zryczałtowanie

składek do Kas, polegające na obliczaniu składek w procentach ogółu wypłacanych przez Kasy zasiłków z powodu braku pracy.

Korzyści, wynikające ze zryczałtowania składek Zakładów do Kas, są niewątpliwe i znaczne, gdyż zastosowanie ryczałtu usunęłoby mozolną pracę manipulacyjną i rachunkową tak w Zakładach jak i w Kasach Chorych.

Zakłady nie musiałyby w tym wypadku ani zgłaszać, ani wymeldowywać w Kasach pozostających bez pracy pracowników umysłowych, co stosują obecnie, nie prowadziłyby ich ewidencji, nie obliczałyby w dość skomplikowany sposób oddzielnie dla każdego pozostającego bez pracy składki za ubezpieczenie na wypadek choroby. Czynności Zakładów zostałyby zredukowane do przekazania kwoty, odpowiadającej pewnemu określone procentowi zasiłków, wypłaconych przez daną Kasę.

Również manipulacje Kas Chorych byłyby znacznie uproszczone, nie musiałyby one przyjmować zgłoszeń i wymeldowań z ubezpieczenia prac. um. pobierających zasiłki, prowadzić ich ewidencji, wreszcie sprawdzać względnie obliczać indywidualnych składek.

W razie choroby połączonej z niezdolnością do pracy prac. um. pobierającego zasiłek z powodu braku pracy Kasa Chorych mogłaby na podstawie rejestru pobierających zasiłki zaliczyć chorego pracownika na podstawie art. 36 rozp. Prez. o ubezp. prac. um. do odpowiedniej grupy zarobkowej, według której wypłacałaby zasiłek chorobowy. Wprowadzenie więc ryczałtowej wpłaty składek przez Z. U. P. U. do Kas Chorych nie wpłynęłaby zupełnie na wysokość zasiłku chorobowego, należnego danemu pracownikowi umysłowemu.

Uznając dodatnie strony wyżej przedstawionego sposobu ryczałtowego opłacania składek przez Zakłady, Rada Zarządzająca Związku Z. U. P. U. na posiedzeniu w dniu 28.II. b. r. postanowiła zwrócić się do Ministra P. i O. S. z prośbą o wydanie zarządzenia, dotyczącego uproszczenia sposobu obliczania i opłaty składek na ubezpieczenie na wypadek choroby prac. um. pobierających zasiłki z powodu braku pracy.

W odpowiedniej uchwale Rada Zarządzająca wyraziła przekonanie, że zryczałtowanie składek Zakładów do Kas Chorych winno się opierać na następujących zasadach.

Wysokość zryczałtowanej składki powinna być ustalona przez Zakłady, w porozumieniu z zainteresowanymi Kasami Chorych, w odpowiednich procentach sumy zasiłków z powodu braku pracy, wypłacanych przez Zakłady U. P. U. pracownikom umysłowym pozostającym bez pracy.

W zasadzie wysokość wyżej wspomnianej stopy procentowej obowiązywać winna w ciągu przynajmniej rocznego okresu czasu i może być automatycznie przedłużana z roku na rok, o ile żadna ze stron nie zażąda jej rewizji.

Podstawę do ustalenia wysokości stopy procentowej, według której ma być obliczana wysokość składki do Kas Chorych w pierwszym roku obowiązywania umowy, stanowi materiał z poprzedniego roku, a mianowicie wysokość zasiłków z powodu braku pracy, wypłaconych przez Zakłady U. P. U. w okręgu działalności poszczególnych Kas Chorych oraz wysokość indywidualnie obliczonych składek, należnych Kasom Chorych od Zakładów U. P. U. za ubezpieczenie na wypadek choroby prac. um., pobierających zasiłki z powodu braku pracy.

Decyzja o przyznaniu zasiłku z powodu braku pracy powinna zawierać datę zgłoszenia i stanowić zgłoszenie pracownika do ubezpieczenia na wypadek choroby, a wygaśnięcie praw lub wstrzymanie zasiłku powinno być równoznaczne z wymeldowaniem z tego ubezpieczenia.

PROJEKT NOWELI DO USTAWY O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W NIEMCZECH.

„Wiadomości Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy” (Mitteilungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte) doniosły w Nr. 12 z dnia 30 grudnia 1930 r., że przedłożony poprzedniemu parlamentowi Rzeszy projekt ustawy w sprawie dalszego rozwoju (Ausbau) ubezpieczenia pracowników umysłowych, który z powodu rozwiązania tegoż parlamentu w roku poprzednim, nie mógł być definitywnie załatwiony, został obecnie ponownie złożony parlamentowi w brzmieniu pierwotnym.

Projekt ustawy (Druk Nr. 1562 - IV), który co do kilku punktów nie uzyskał w swoim czasie zgody Rady Rzeszy, zawiera przeszło 70 zmian przepisów o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Bezpośrednim powodem przedłożenia przez Rząd zaznaczonego projektu ustawy, była rezolucja parlamentu, powzięta w dniu 1 marca 1929 r. Wnioski zgłoszone na plenum i w komisji zostały przekazane Rządowi, jako wytyczne i materiał przy opracowywaniu noweli.

Proponowane przez Rząd zmiany można podzielić na trzy grupy:

- 1) przepisy dotyczące ustroju Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy, w uzasadnieniu projektu nazwane „Rozwój samorządu”,
- 2) postanowienia rozwijające dotychczasowy system (zakres) świadczeń,
- 3) inne zmiany.

I. Przepisy dotyczące ustroju zakładu.

Już w dniu 7 lipca 1927 r. polecił parlament Rządowi przedsięwziąć badania, czy formy organizacyjne przyjęte dla Zakładu pośrednictwa pracy i ubezpieczenia od bezrobocia (Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) nie mogłyby być zastosowane odpowiednio także do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy, zwłaszcza co do kilku wskazanych wyraźnie punktów. Jak należy wnioskować, dążono widocznie do upodobnienia względnie ujednostajnienia wewnętrznej organizacji obu wskazanych zakładów. Przejawia się to przede wszystkim w częściowej reorganizacji organów Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy.

Według stanu dotychczasowego organami Zakładu były:

- 1) dyrekcja (das Direktorium),
- 2) rada zarządzająca,
- 3) mężowie zaufania.

Projekt zastępuje nazwę „dyrekcja” nazwą „zarząd” (Vorstand), analogicznie, jak to jest w innych, podobnych instytucjach, przede wszystkim zaś we wskazanym Zakładzie pośrednictwa pracy i ubezpieczenia od bezrobocia (Hauptstelle).

Po paragrafie określającym organa Zakładu, projekt dodaje specjalny przepis (§ 97-a), który stwarza niezwykle surową odpowiedzialność członków Zarządu i Rady Zarządzającej oraz mężów zaufania, w razie sprzecznej z interesami instytucji ich działalności. Za rozmyślną działalność na szkodę Zakładu grozi kara więzienia i pozbawienia obywatelskich praw honorowych, w wypadku zaś, gdy celem działalności było przysporzenie sobie lub innym korzyści majątkowych, może być nałożona również kara pieniężna.

Osoby wymienione wyżej obowiązane są dbać o interes Zakładu w tej mierze, jak opiekun winien dbać o dobro swego pupila. W związku z tem w ust. 3 nowego paragrafu (§ 97-a) mieści się także wyraźny zakaz uczestniczenia w obradach, je-

żeli są omawiane sprawy dotyczące interesów własnych, członka, bądź też interesów jego rodziny.

Omówione postanowienia nowego paragrafu mają, jeżeli przyjrzymy się im bliżej, nieco platoniczny charakter, nie mniej jednak należy je sklasyfikować jako bardzo charakterystyczne „*signum temporis*”.

Oprócz zmiany nazwy „Dyrekcja” na „Zarząd”, ulega również zmianie, chociaż coprawda nieznacznej, skład Zarządu. Tworzą go według projektu: przewodniczący (Präsident), stały zastępca przewodniczącego, członkowie o charakterze urzędniczym i po czterech (obecnie po 3) członków przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców.

Zarząd Zakładu pośrednictwa pracy i ubezpieczenia od bezrobocia składa się również z trzech grup, z tą tylko różnicą, że obok przedstawicieli pracowników i pracodawców, spotykamy tam jako trzecią grupę, przedstawicieli związków (korporacji) publicznych.

Członków Zarządu o charakterze urzędniczym (w tem przewodniczącego i jego zastępcę) mianuje Prezydent Rzeszy dożywotnio, po uprzednim wysłuchaniu Rady Zarządzającej, (obecnie Rady Rzeszy). Przy nominacji może być zastrzeżone na przeciąg pierwszych trzech lat prawo odwołania.

Członkowie mianowani posiadają prawa i obowiązki urzędników państwowych; Minister Pracy Rzeszy wykonywa w stosunku do nich prawa przysługujące najwyższej władzy państwowej według norm prawnych regulujących stosunki urzędników Rzeszy. Wydatki na uposażenie i zaopatrzenie emerytalne członków urzędniczych pokrywa Zakład.

Wyższe kategorie stałych urzędników Zakładu powołuje Rada Zarządzająca (dotąd mianował ich Prezydent Rzeszy na wniosek Rady Rzeszy); innych zaś urzędników i pracowników — Zarząd. Stosunki służbowe urzędników i pracowników regulują specjalne normy, wydane przez Radę Zarządzającą za zgodą Ministra Pracy, po wysłuchaniu reprezentacji osób zainteresowanych. Normy te mają zawierać przepisy służbowe i uposażeniowe.

Z pośród dalszych inowacji, zamierzonych w zakresie ustroju Zakładu, dużą rolę odgrywa projekt usunięcia dotychczasowego wyboru członków Rady Zarządzającej przez mężów zaufania i zastąpienia odnośnych przepisów postanowieniem (§ 105 ust. 2 i 3), że wybory dokonują się bezpośrednio, przy zastosowaniu analogicznych postanowień o prawach wyborczych czynnych, jak te, które obowiązują przy wyborze mężów zaufania (§§ 122 i 123). Wybory członków Rady Zarządzającej i mężów zaufania mają odbywać się równocześnie. Minister Pracy ustanawia kierownika wyborów.

Fakt iż:

1) zwiększono liczbę nie urzędniczych członków Wydziału,
2) zniesiono prawo Rady Rzeszy przedstawiania Prezydentowi Rzeszy wniosków w sprawie nominacji członków Wydziału (Dyrekcji) o charakterze urzędniczym, ograniczając tem samem materialnie prawo nominacji Prezydenta do roli akceptacji propozycji Rady Zarządzającej Zakładu,

3) przekazano powoływanie wyższych stałych urzędników Zakładu — Radzie Zarządzającej, miast mianowania ich, jak to jest obecnie, przez Prezydenta Rzeszy na wniosek Rady Rzeszy, —

sprawa istotnie wrażenie pewnego rozwoju „samorządu” Zakładu, jeżeli można tu użyć takiego terminu. Powyższe zapamiętywanie uzasadnia wyraźnie w tym względzie oświadczenie samego Rządu.

Przy tem wszystkim nie można pominąć milczeniem także i tych propozycji, które zmieniają wzajemny stosunek Zakładu do wykonywających nad nim nadzór władz państwowych.

Nadzór nad Zakładem należy w myśl § 94 ust. 2 ustawy do Ministra Pracy Rzeszy. Postanowienia o nadzorze nie są obecnie bliżej sprecyzowane.

Rząd, opierając się na postanowieniach §§ 8, 23 i 31 do 34 Ordynacji Ubezpieczeniowej, wystąpił i w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych w omawianym projekcie ustawy, z daleko idącym rozwinięciem pojęcia „nadzór”, zamieszczając w tym celu cztery nowe paragrafy: 49a do 49d.

Według postanowień tych Minister Pracy Rzeszy władny jest poddawać każdego czasu badaniu administrację i rachunkową gospodarkę Zakładu, przeglądać bądź bezpośrednio, bądź przez swych delegatów, akta, rachunki, papiery wartościowe, umowy Zakładu i t. d., a nawet pod groźą kary pieniężnej, żądać wyjaśnień nie tylko od urzędników i pracowników Zakładu, ale także od członków Zarządu i Rady Zarządzającej oraz mężów zaufania. W dalszym ciągu może Minister jako władza nadzorcza domagać się zwołania organów na posiedzenia, lub gdy nie wykonano jego polecenia, sam je zwoływać i kierować obradami. Nadzór odnosi się również do urządzeń leczniczych Zakładu.

Wreszcie do Ministra należy rozstrzygnięcie sporów, powstałych między Radą a Zarządem, oraz między członkami organów i (względnie) mężami zaufania.

Niezależnie od postanowień nadzorczych w znaczeniu dosłownem, nałożony został na przewodniczącego obowiązek kwestjonowania uchwał Wydziału i Rady Zarządzającej, niezgodnych z przepisami ustawy (§§ 99 ust. 3 i 107 ust. 3). Takie zakwestjonowanie (w formie skargi do Ministra Pracy) powoduje zawieszenie wykonania uchwały.

II. Przepisy projektu rozwijające dotychczasowe świadczenia.

1) Według § 32 rentę wdowią otrzymują wdowa po śmierci ubezpieczonego męża. W razie, jeżeli nastąpiły uprzednio rozwód lub separacja, prawo do renty wdowiej nie powstaje.

Opierając się częściowo na przepisach ustawy o zaopatrzeniu (Reichsversorgungsgesetz), a częściowo także na postanowieniach prawa prywatnego (§ 1583 B. G. B.), projektodawcy wnoszą o uzupełnienie § 32 nowym ustępem w tym kierunku, iż, jeżeli wyrok uznał jedynie męża winnym rozwodu lub zniesienia pożycia małżeńskiego (separacja) względnie, jeżeli przy przeprowadzaniu rozwodu w razie choroby umysłowej małżonka został on zobowiązany do świadczenia żonie środków utrzymania — otrzymuje wdowa po takim ubezpieczonym, o ile nie wstąpiła w związki małżeńskie, normalną rentę wdowią tak długo, jak długo żyje w niedostatku. Należy zwrócić uwagę, że według tego postanowienia możliwe są wypadki, iż kilka wdów korzystać będzie równocześnie z renty po jednym ubezpieczonym.

W myśl art. 26 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106/911) rozwód przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi wyklucza prawo do renty wdowiej.

2) Po § 35 ma być wstawiony nowy § 35a (obecny zaś 35a stanie się 35b), który przyznaje rentę rodzicom po śmierci ubezpieczonego, jak długo żyją w niedostatku. Renta przysługuje kolejno ojcu, matce, dziadkowi, babce, jeżeli niema uprawnionych do renty wdowiej względnie wdowca, oraz jeżeli wymie-

nione osoby były utrzymywane przeważnie z zarobków ubezpieczonego.

Przepis odnosi się także do ojczyrna i macochy oraz do rodziców dzieci przybranych.

Wysokość renty dla rodziców jest taka sama jak dla wdowy (3/5).

3) Podobnie jak w polskim ubezpieczeniu pracowników umysłowych tak i w niemieckim, przewidziany jest zwrot składek ubezpieczeniowych dla ubezpieczonych kobiet w razie zamążpójścia.

Obecnie (§ 62) ubezpieczona, która po upływie okresu oczekiwania wyjdzie zamaż i w ciągu 3-ich lat potem opuści zatrudnienie uzasadniające obowiązek ubezpieczenia ma prawo zlikwidowania stosunku ubezpieczeniowego przez podjęcie połowy wniesionych po 1 stycznia 1924 składek ubezpieczeniowych. Prawo przepadało, jeżeli roszczenie zostało zgłoszone w ciągu 3-ich lat od chwili zamążpójścia.

Stan ten zostaje w projekcie noweli znacznie polepszony na korzyść ubezpieczonych w dwojaki sposób, a mianowicie:

1) pretensje będzie można zgłosić w ciągu 4-ich lat od zamążpójścia nawet nie występując z zatrudnienia,

2) okres ubezpieczenia może być przebyty nawet po wyjściu zamaż, nie później jednak, jak w ciągu trzech lat od powyższego momentu.

W razie otrzymania zwrotu składek i pozostawania nadal w zatrudnieniu uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia, lub też w razie powrotu do takiego zatrudnienia — rozpoczyna się nowy stosunek ubezpieczeniowy (okres oczekiwania).

4) Duże znaczenie, choć bez charakteru zwiększenia świadczeń, posiada zmiana proponowana do § 56 ust. 1.

Renta w niemieckim ubezpieczeniu pracowników umysłowych, składa się z kwoty stałej, wynoszącej we wszystkich klasach 480. Mk. rocznie, oraz kwoty wzrostu, którą oblicza się za czas ubezpieczenia po 1 stycznia 1924 r., przez dodanie 15 proc. składek wniesionych ważnie do chwili ustania ubezpieczenia^{*)}. Dla ubezpieczonych miało to tę korzystną stronę, że jakiegokolwiek podniesienie składek powodowało równoczesne zwiększenie świadczeń.

Projekt znosi obecny sposób obliczania kwoty wzrostu, wstawiając stałe sumy pieniężne w każdej klasie, równające się 15 proc. składki przepisanej dla danej klasy np. w klasie A tygodniowo — 0,30 Mk. (składka 2 mk.) w klasie B — 0,60 Mk. (składka 4 mk.) i t. d. W razie przeprowadzenia tej zmiany wysokość świadczeń zostanie uniezależnioną od wysokości składek, gdyż podwyższenie lub obniżenie składki nie będzie pociągać za sobą automatycznie zmiany kwoty wzrostu.

III. Inne ważniejsze postanowienia projektu.

1) W związku ze skutkami ciągłego spadku wartości pieniądza niemieckiego w czasie wojny i po wojnie, kwota 5.000 Mk., ustanowiona w ustawie z 20 grudnia 1911 r., jako górna granica powyżej której wygasał obowiązek ubezpieczenia — musiała być stale podwyższana, jeżeli postulat, którego wyrazem był omawiany przepis, miał być utrzymany. Ustawą z dnia 10 listopada 1922 r. upoważniono Ministra Pracy Rzeszy do ustalania wysokości kwoty powyższej. Obecnie, wobec ustabilizowania stosunków pieniężnych w Niemczech, Rząd Rzeszy dąży do powrotu do stanu z przed wojny t. j. ponownego określenia w samej ustawie górnej granicy, do jakiej rozciąga się obowiązek ubezpieczenia. Granicą ma być, tak jak to jest w chwili obecnej,

^{*)} Okres dewaluacji ustalono w stałych kwotach dla poszczególnych klas.

kwota 8.400 Mk. rocznego zarobku, przyczem do kwoty tej nie będą zaliczane dodatki wypłacane w uwzględnieniu stanu rodzinnego pracownika.

W Polsce — jak wiadomo — obowiązek ubezpieczenia istnieje bez względu na wysokość otrzymywanych poborów z tem, że najwyższą kwotą policzalną do ubezpieczenia jest zł. 720 miesięcznie.

2) W ubezpieczeniu niemieckim utrzymują się w dalszym ciągu ubezpieczenia zastępcze. Wyrazem zasady tej jest projektowany § 19 do ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (dawne §§ 19 i 20 obecnie nie obowiązują, gdyż zostały uchylone ustawą z 29 marca 1928 r.). Zwalnia on od obowiązku ubezpieczenia pracowników zatrudnionych w dziennikarstwie (w prasie), którzy są ubezpieczeni we własnym Zakładzie, reguluje kwestję przechodzenia do ubezpieczenia obowiązkowego, kontynuowania ubezpieczenia obow. rozpoczętego przed wstąpieniem do ubezpieczenia we własnym Zakładzie i t. d.

3) Osobom, które były ubezpieczone w myśl ustawy niemieckiej wiadome są bardzo uciążliwe przepisy § 54, wymagające od ubezpieczonych pod groźbą utraty nabytych uprawnień, uiszczenia co najmniej 8 składek rocznie między 2 a 11 rokiem kalendarzowym, licząc lata od chwili powstania obowiązku ubezpieczenia.

Bardzo surowe te przepisy spowodowały, że wielu ubezpieczonych utraciło uprawnienia skutkiem zamieszania politycznego wywołanego wojną, braku pracy a w szczególności skutkiem inflacji, i związanego z tem ciągłego włączania i wyłączania pracowników z koła osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w razie przekroczenia określonej za nisko granicy (vide wyżej III — 1), wobec ciągle wzrastających poborów. W Polsce utratę uprawnień wywołały także w dużej mierze zmiana granicy i organizowanie w pierwszych miesiącach niepodległości własnego Zakładu.

Na obszarze Niemiec sprawę załatwiono znacznie prościej niż w Polsce (składanie podań o restytucję uprawnień do Ministra Pracy i Opieki Społecznej), przez ustawowe uznanie wszystkich ekspektatyw nabytych w ubezpieczeniu do końca r. 1925 t. j. do zupełnej stabilizacji stosunków, za ważne utrzymane.

Mimo powyższego, przepis § 54 ust. 1, pozostając w swem poprzednim brzmieniu, byłby i nadal trudny do praktycznego wykonania, nawet w stosunkach względnie normalnych. Dlatego Rząd postanowił go zmienić. Projekt stanowi, iż ekspektatywy gasną, jeżeli od końca roku kalendarzowego, w którym wniesiono pierwszą składkę, do początku roku kalendarzowego, w którym zaszedł wypadek ubezpieczeniowy uiszczono rocznie mniej niż 6 składek miesięcznych bez względu na to czy ubezpieczenie jest obowiązkowe, czy dobrowolne. Odpowiednio ma być też przesunięty termin (31.12.1925), do którego wniesione składki są uznane jako ważne, bez względu na dotychczasowy przepis § 54 ust. 1.

4) W związku z punktem poprzednim pozostają postanowienia projektu dotyczące odzyskania uprawnień przez wznowienie ubezpieczenia. Kto ubezpieczenie obowiązkowe opuszcza, a posiada co najmniej 4 miesiące składkowe, może ubezpieczenie dobrowolnie kontynuować, lub ekspektatywy już utracone odzyskać przez powrót do ubezpieczenia obowiązkowego, względnie dobrowolnego wznowienia stosunku ubezpieczeniowego i opłacenie składek w ciągu 48 miesięcy (48 składek).

5) Rodzina chorego, którego Zakład poddał leczeniu, ma prawo do zasiłku, o ile pozostawała na jego utrzymaniu. Zasiłek wynosi dziennie co najmniej 3/20, opłaconej ostatnio składki miesięcznej.

W projekcie wysokość zasiłku zostaje określona na 3 proc. sumy opłaconych ostatnio 5 składek miesięcznych.

6) Paragraf 168 ma otrzymać nowy ustęp (3), gdzie zostaje postanowione, iż dobrowolnie przez pracodawcę za ubezpieczonego wnoszonej części składki ubezpieczeniowej nie należy traktować jako wynagrodzenie ubezpieczonego.

Szereg dalszych zmian zawartych w projekcie, dotyczy wielu kwestyj o mniejszym naogół znaczeniu; zawierają one postanowienia nowelizujące przepisy dotychczasowe o terminach wnoszenia składek ubezpieczeniowych, o przedawnieniu, o doręczaniu świadczeń, o możliwości przelania przez pracodawcę odpowiedzialności za terminowe i należyte wnoszenie składek za jego pracowników, o zakupieniu lat do ubezpieczenia i t. d.

Jak już na wstępie zaznaczono, Rada Rzeszy odmówiła wyrażenia zgody na niektóre z projektowanych zmian. Odmowa obejmuje te propozycje, które zmniejszają lub znoszą przede wszystkim jej uprawnienia. Są to: sprawa mianowania urzędniczych członków Wydziału i stałych urzędników wyższych kategorii, sprawa stosunków służbowych tych ostatnich, a wreszcie kwestia ustalania budżetu Zakładu, gdzie również wyeliminowano dotychczasowy współudział Rady Rzeszy.

Rada Rzeszy poddaje w wątpliwość, czy usunięcie względnie ograniczenie współudziału organów państwowych na rzecz Rady Zarządzającej Zakładu jest posunięciem usprawiedliwionem i celowem, pod kątem widzenia interesu publicznego. Utrzymuje, że przyjęcie za wzór dla organizacji Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych Rzeszy odnośnych przepisów ustawy o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu od bezrobocia, zanim zebrane zostaną na tem polu jakie takie doświadczenia, jest co najmniej przedwczesne; jeżeli zaś mówi się o rozszerzeniu samorządu, to zdaniem Rady Rzeszy nie należy tego traktować jako zagadnienia odrębnego, lecz jako problem wspólny dla więcej gałęzi ubezpieczeń.

J. Zieliński.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

Drobny przemysł i chałupnictwo. Tom I. Warszawa, 1931, str. 248.

Niezmiernie ubogą literaturę naszą o chałupnictwie zasilili Instytut Gospodarstwa Społecznego pracą zbiorową pp. W. Strzeleckiego, T. Czajkowskiego i R. Smereczyńskiego, na którą składają się trzy rozprawy: Chałupnictwo tkackie w Królestwie Kongresowem w latach 1816 — 1850; Chałupnictwo tkackie w Żelowie; Kowalstwo chałupnicze Sułkowic.

Pierwsza z tych prac stanowi przyczynek do mało zbadanej historii powstania i pierwszych początków naszego przemysłu włókienniczego. Przedstawiony został m. in. wyzysk tkaczy, uprawiany naówczas przez handlarzy przędzą, właścicieli wykończalni i t. d. Rozprawa p. Czajkowskiego poświęcona jest opisowi stosunków ekonomicznych i społecznych panujących w chałupnictwie Żelowa, miejscowości położonej w pow. łaskim. Praca ta przedstawia obecny stan i tłumaczy przyczyny, dla których chałupnictwo żelowskie utrzymuje się przy życiu mimo konkurencji przemysłu fabrycznego.

Studjum p. Smereczyńskiego obrazuje zmienną kolej losów chałupnictwa kowalskiego w Sułkowicach w Małopolsce Zach. i przedstawia zgoła odmienny typ pracy chałupniczej, aniżeli dwa poprzednie przyczynki.

Urlopy wypoczynkowe pracowników drukarskich w świetle ankiety 1930 roku. Opracowała Stefanja Zacharzewska. Wyd. Instytutu Gospodarstwa Społecznego, Warszawa, 1931, str. 85. Cena zł. 6.

Instytut Gospodarstwa Społecznego wydał pracę p. St. Zacharzewskiej p. t. „Urlopy wypoczynkowe pracowników drukarskich w świetle ankiety 1930 roku”, w której ogłoszone zostały wyniki ankiety w sprawie wykorzystywania urlopów przez pracowników drukarskich. Praca p. Zacharzewskiej będąca w naszej literaturze pierwszą pracą na temat spożytkowania urlopów robotniczych, wykazuje konieczność stworzenia warunków umożliwiających racjonalne wykorzystanie urlopów.

T R E Ś Ć

Dr. H. Berliner. — O obliczeniu taryfy należności za nabycie lat poprzedniej służby przez ubezp. prac. umysł.

Roman Szymanko. — Opieka państwowa w stosunku do uprawnionych z tytułu ubezpieczeń społecznych.

Bronisław Lechowski, mag. pr., apl. adw. — Przymus ubezpieczania a uprawnienia Inspekcji Z.U.P.U.

J. Jonda. — Krytyczne położenie niemieckiego ubezpieczenia brackiego.

— Uwagi interpretacyjne do Rozp. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Stanisław Brzozowski. — Reforma Kas Chorych. Orzecznictwo i opinie prawne.

Kronika.

Książki i czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie	zł. 18
Kwartalnie	„ 4.50
Numer pojedynczy	„ 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-PANSTWOWY ZW. KAS CH.**

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