

2000

8

przeegląd ubezpieczeń społecznych

organ instytucji
ubezpieczeń
społecznych

rok wydawn. VII
Warszawa 1932

=sierpień=

S P I S R Z E C Z Y:

Dr. Robert Kerber: Rozwój ubezpieczenia pracowników umysłowych w Austrii	225
S. Balcerski: Wymiar renty inwalidzkiej w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym	228
Wł. Zakowski: Ograniczenie czasokresu leczenia w ubezpieczeniach społecznych (dokończenie)	234
Orzecznictwo i opinie prawne	238
Kronika:	
Opinia Związku Zakładów U. P. U. w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym	240
Z działalności austriackiego Zakładu ubez. prac. umysł. w r. 1930	242
Ubezpieczenie samodzielnie zarobkujących w Czechosłowacji	243
Stanowisko Związku Z. U. P. U. w sprawie środków zaradczych w ubez. prac. umysł. na wypadek braku pracy	245
Zmiany w ubezpieczeniu na wypadek choroby i na starość w Anglii	246
Polsko-czechosłowackie rokowania w sprawie umowy o ubezpieczeniu społecznym	248
Projekty rewizji ubezpieczeń społecznych we Francji	249
Ubezpieczenie społeczne w Niemczech w 1931 r.	251
Książki i czasopisma:	
J. Bloch i Z. Kopankiewicz: „Ubezpieczenia społeczne“	252
Projekt reformy sposobu obliczania składki ubezpieczeniowej	252
Lekarze a ubezpieczenia społeczne	254
Przegląd Ustawodawstwa	255
Komunikat	256

TABLE DES MATIÈRES

Dr. Robert Kerber: Le développement de l'assurance des employés en Autriche	225
S. Balcerski: Le taux et le mode de calcul de la rente d'invalidité dans le projet de loi sur les assurances sociales	228
W. Zakowski: La limitation de la durée du traitement dans les assurances sociales	234
Jurisprudence et Interprétation	238
Chronique:	
L'Opinion de l'Union des Instituts de l'assurance des employés au sujet de la loi sur les assurances sociales	240
Le fonctionnement de l'Institut de l'assurance des employés autrichiens en 1930	242
L'assurance des indépendants en Tchécoslovaquie	243
L'assurance des indépendants en Tchécoslovaquie	243
L'attitude de l'Union des Instituts d'assurance des employés dans la question des mesures préventives dans l'assurance-chômage des employés	245
Les modifications de l'assurance maladie-vieillesse en Angleterre	246
Les négociations polono-tchécoslovaques en matière des assurances sociales	248
Le projet de révision des assurances sociales en France	249
Littérature:	
J. Bloch et Z. Kopankiewicz: „Les assurances sociales“	252
Le projet de la réforme du mode de calcul de la cotisation d'assurance	252
Les médecins et les assurances sociales	254
Revue de législation	255

I N H A L T

Dr. Robert Kerber: Die Entwicklung der Angestelltenversicherung in Oesterreich	225
S. Balcerski: Berechnung der Invalidenrente in dem Entwurf des Gesetzes über Sozialversicherung	228
W. Zakowski: Die Beschränkung der Kurdauer in der Sozialversicherung	234
Rechtsprechung und Auslegung	238
Chronik:	
Das Gutachten des Verbandes der Versicherungsanstalten für Angestellte über das Sozialversicherungsgesetz	240
Die Tätigkeit der österr. Versicherungsanstalt für Angestellte im J. 1930	242
Die Selbstständigenversicherung in Tschechoslowakei	243
Die Stellung des Verbandes der Versicherungsanstalten für Angestellte in der Frage der Verhütungsmassnahmen in der Arbeitslosenversicherung der Angestellten	245
Änderungen der Kranken- und Altersversicherung in England	246
Polnisch - tschechoslovakische Verhandlungen über Sozialversicherungsvertrag	248
Entwürfe der Revision der Sozialversicherung in Frankreich	249
Sozialversicherung in Deutschland im J. 1931	251
Bücher und Schriften:	
J. Bloch und Z. Kopankiewicz: „Sozialversicherung“	252
Der Entwurf der Reform in der Errechnung des Versicherungsbeitrages	252
Ärzte und Sozialversicherung	254
Gesetzgebung	255

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K VII

WARSZAWA
S I E R P I E Ń
1932 R.

Z E Ś Z Y T 8

M I E S I Ę C Z N I K

Dr. ROBERT KERBER — Wiedeń

Radca Ministerjalny w Austr. Ministerstwie Związkowem
Administracji Społecznej.

ROZWÓJ UBEZPIECZENIA PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W AUSTRJI

I.

W czasie, gdy w drugiej połowie XIX stulecia zaznaczył się szybki rozwój urzędów społecznych, obok stale liczebnie wzrastającej klasy robotniczej powstał nowy stan, wykazujący pod względem społecznym i kulturalnym wielkie podobieństwo do stanu urzędników państwowych, określane zaś mianem urzędników prywatnych (w przeciwieństwie do urzędników publicznych) albo pracowników umysłowych (w odróżnieniu od pracowników fizycznych). Stan ten dzieli się wewnętrznie na trzy główne grupy: 1) urzędników prywatnych w ściślejszym znaczeniu, do których przedewszystkiem zaliczają się urzędnicy przemysłowi, bankowi i ubezpieczeniowi jako też oficjaliści rolni i leśni, 2) majstrów i innych pracowników, wykonywających czynności o charakterze nadzorczym, którzy stanowią w bezpośrednim procesie wytwórczym przejście pomiędzy wspomnianą grupą a robotnikami w przemyśle, rzemiośle i w rolnictwie, 3) wreszcie na pomocników handlowych, którzy w miarę rozwoju i specjalizacji procesu wytwórczego zyskiwali w procesie podziału dóbr coraz to większe znaczenie.

Pierwsza z głównych grup tego nowego stanu, który w miarę przyciągania szerszych warstw ludności do udziału w życiu publicznym zyskiwał szybko na politycznym znaczeniu, walczyła na terenie Europy Środkowej, począwszy od ostatniego kwartału ubiegłego stulecia, z niedającą się zaprzeczyć zrzecznością i godną uznania wytrwałością o analogiczne zabezpieczenie na wypadek inwalidztwa i śmierci oraz na starość, jakie już od przeszło stu lat posiadali funkcjonariusze publiczni.

Po mozolnych, ciężkich walkach parlamentarnych udało się im wreszcie, naprzód w b. Radzie

Państwa zjednoczonych królestw i krajów, a już tylko w kilka lat później na terenie Państwa Niemieckiego, skąd czerpią swe pochodzenie ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby i od wypadków, osiągnąć właściwy cel: 1-go stycznia 1907 r. została ogłoszona w austriackim Dzienniku Ustaw Państwa ustawa z dnia 16 grudnia 1906 r. w przedmiocie ubezpieczenia pensyjnego funkcjonariuszy prywatnych i niektórych publicznych, zwana później powszechnie w krótkości ustawą o ubezpieczeniu pensyjnym.

Niejednokrotnie krytykowana, obciążona w swych organizacyjnych postanowieniach względami politycznymi i narodowymi, wspomniana ustawa powoli przynikała w obie pozostałe grupy tego stanu, dla których ochrony została również pomyślana. W żmudnej pracy codziennej musiano tworzyć gmach ubezpieczenia, pozyskując wprawdzie większą część ubezpieczonych dla zasady ubezpieczenia pensyjnego. Świadczenia uważano za niewystarczające, natomiast składki, oparte ściśle na techniczno - ubezpieczeniowej podstawie, za zbyt wysokie. Pomimo, iż ustawa pensyjna, która została później istotnie znowelizowana rozporządzeniem cesarskim z dn. 25 czerwca 1914 r. obowiązywała zaledwie 10 lat, jednak wpłynęła ona bardzo znacznie na późniejsze ustawodawstwo państw sukcesyjnych, powstałych na obszarze dawnej monarchji austriackiej. I aczkolwiek tak różnorodne są w szczegółach wydane później w Jugosławji, w Polsce, w Austrii, w Czechosłowacji i na Węgrzech ustawy o ubezpieczeniu pensyjnym, w gruncie rzeczy jednak w zasadniczej koncepcji zostały one wszystkie oparte na dawnej austriackiej ustawie pensyjnej, przyczem potwierdzają one między innymi potrzebę odrębnego traktowania pracowników umysłowych i osobnego uregulowania dla tego stanu, ubezpieczenia na wypadek in-

walidztwa, na starość i dla pozostałych w znacznie wyższym wymiarze aniżeli analogiczne świadczenia dla robotników.

II.

Upadek dawnej monarchji, w szczególności jednak kryzys wartości pieniądza, który zaczął się już w czasie wojny światowej i w nowej Austrii przybierał w pierwszych latach powojennych coraz ostrzejsze formy, zanim został opanowany stabilizacją wartości pieniądza w r. 1922, a później wprowadzeniem szylinga w r. 1924, zmuszały do rozlicznych zmian w dawnej austriackiej ustawie pensyjnej, które w istocie rzeczy prowadziły do dostosowania składek i świadczeń do zmienionych warunków. Natomiast bezpośrednio po stabilizacji waluty Rząd zdecydował się na dalszy energiczny krok. W dn. 12 czerwca 1923 r. przedstawiło Ministerstwo Związkowe Administracji Społecznej opinii publicznej do wiadomości wytyczne projektu ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zaś już 20 listopada 1923 r. przedłożyło Radzie Narodowej projekt rządowy, który pomimo bardzo ostrych walk, niezmiennych istotnie w zakresie świadczeń i poszczególnych przepisów a wreszcie samej myśli przewodniej, wszedł w życie w dniu 1.I.1927 r., jako ustawa związkowa z 29 grudnia 1926 r. (Zw. Dz. U. Nr. 388) w sprawie ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek choroby, braku pracy, od wypadków i ubezpieczenia pensyjnego (ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych). Ustawa ta, zmieniona później nowelami z 2-go sierpnia 1927 r. i z 12 lipca 1928 r., dotyczącymi tylko poszczególnych, niezasadniczych postanowień, obowiązuje już 5 lat, co umożliwia zajęcie w stosunku do niej krytycznego stanowiska.

Pierwszym, zasadniczym celem tej ustawy było jednolite skodyfikowanie całości kształtu ubezpieczeń pracowników umysłowych z uwzględnieniem szczególnych warunków i potrzeb tej warstwy. Cel ten został w całości osiągnięty. W Austrii panuje powszechne przekonanie zarówno wśród pracodawców, jak i pracowników, że jest celowem z punktu widzenia społeczno - politycznego i organizacyjnego, ujęcie w dziedzinie ustawodawstwa społeczno - ubezpieczeniowego wszystkich pracowników niesamodzielnego zarobkujących w 4 wielkie grupy ryzyka:

- a) robotnicy przemysłowi i handlowi,
- b) „ „ rolni i leśni,
- c) prywatni pracownicy umysłowi,
- d) pracownicy umysłowi publiczni,

których ubezpieczenia społeczne powinny być skodyfikowane w oddzielnych przepisach. W ten sposób powstały w pierwszym 10-cio leciu istnienia Republiki Austriackiej: ustawa o ubezpieczeniu robotników, obejmująca między innymi zmodyfikowane dawne austriackie ubezpieczenie robotników na wypadek choroby i od wypadków, jako też ustawę o organizacji Kas Chorych, ustawa o ubezpieczeniu robotników rolnych i wreszcie ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, zaś dla 4-ej grupy ryzyka, których prawa emerytalne zachowały się w dotychczasowej formie urzędzenia samego służbodawcy, ustawa o ubezpieczeniu na wy-

padek choroby pracowników związkowych (państwowych). W odrębnej sytuacji znajdują się tu pracownicy kolei żelaznych, w stosunku do których rozwój nowego ustawodawstwa ubezpieczeń społecznych jeszcze nie został zakończony.

O ile w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby, od wypadków i ubezpieczenia pensyjnego możemy rozróżnić wyraźnie kształtowanie się ryzyka na podstawie zawodowej, o tyle tendencje rozwojowe w zakresie najmłodszej gałęzi ubezpieczeń społecznych, jaką jest dziedzina ubezpieczenia na wypadek braku pracy, jeszcze nie są w pełni widoczne. Co do tego istnieje jeszcze dotychczas różnica zapatrywań, czy przyjąć ogólne, jednolite ryzyko, czy też dzielić je według podstawy zawodowej. Prawdopodobnie wiąże się to ze szczególnie naprężoną sytuacją finansową tej gałęzi ubezpieczeń jakoteż z tem zjawiskiem, że ubezpieczenie od bezrobocia jest przeniknione licznymi, częstokroć z ideą ubezpieczeń stojącymi w sprzeczności elementami opieki społecznej, a związek ten nigdy nie będzie mógł być usunięty. W każdym razie można stwierdzić, iż, przynajmniej jeśli chodzi o stworzenie zwykłych świadczeń dla bezrobotnych, wzmagają się tendencje do przejścia w kierunku podziału ubezpieczenia według ryzyka, podczas gdy w odniesieniu do świadczeń kryzysowych z tytułu bezrobocia coraz bardziej uwidacznia się dążność do porzucenia zasad ubezpieczeniowych.

Coprawda nie można zaprzeczyć, iż rozłożenie ryzyka ubezpieczeniowego pociąga za sobą trudności administracyjne, które jeszcze niezupełnie zostały przezwyciężone. Trudności te polegają na właściwym oddzieleniu poszczególnych grup i unormowaniu stosunku ubezpieczeniowego przy przejściu z jednego do drugiego działu ubezpieczeń. Zawsze jednak będzie można na podstawie doświadczeń ostatnich lat wejrzeć głębiej w strukturę tych poszczególnych grup i opracować podstawy do najbardziej skutecznego wyłączenia tarć i trudności przy tego rodzaju przejściach.

Wyrównanie różnic, istniejących między poszczególnymi ustawami ubezpieczeniowymi, które są historyczną reminiscencją, lub też zawdzięczają swe powstanie niespodziewanym decyzjom — będzie mogło być dokonane w późniejszych czasach spokoju i rozwoju gospodarczego; wtedy też dopiero będzie możliwe ujęcie wszystkich przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych we wspólnym dziele, które zarówno pod względem konstrukcji jak i języka będzie jednolicie opracowane i znacznie ułatwi judykaturę.

III.

W pierwszych 2-ch latach obowiązywania ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych punkt ciężkości pracy leżał w dziedzinie organizacyjnej; istniejące dotąd zastępcze instytucje ubezpieczenia pensyjnego zostały poddane likwidacji, zaś ich działalność ubezpieczeniową przekazano ogólnej instytucji ubezpieczenia na starość i na wypadek inwalidztwa, t. j. Centralnemu Zakładowi Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych lub też jednemu z trzech specjalnych zakładów ubezpieczeń (dziennikarzy, farmaceutów oraz pracowników rolnych i leśnych). Wyłączono również pracowników umysłowych z róż-

nych i robotniczych Kas Chorych, a zebrano ich w nowo zorganizowanych Kasach dla pracowników umysłowych, które są organizacyjną podbudową Centralnego Zakładu. To ostatnie zadanie mogło być stosunkowo prędko i bez tarć rozwiązane, jednak władze administracyjne i trybunał administracyjny musiały w pełnej trudności pracy prawniczej zająć się właściwym rozgraniczeniem kręgu robotników od pracowników umysłowych; w głównych zarysach praca ta zakończyła się pod koniec 1929 r., w dalszym ciągu jednak działalność orzecznicza w odniesieniu do obowiązku ubezpieczenia z powodu licznych wątpliwych (pogranicznych) wypadków jest pełna znaczenia.

W zakresie świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek choroby będzie mogła być osiągnięta wkrótce pewna stałość. Skargi Kas ubezpieczeń, że nie mogą one pokryć wydatków 4,5 proc. składką od uposażenia, przyznana im przez ustawę (co najmniej 3 szylingi 60 gr. a najwyżej 18 szylingów miesięcznie), ucichły prawie, szczególnie gdy organy nadzoru państwowego w drodze odpowiedniego wpływu i ostrzeżeń doprowadziły do tego, iż osiągnięto równowagę między wydatkami na świadczenia a stojącymi do dyspozycji środkami. Po obecnym 5-letnim doświadczeniu w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników umysłowych można wydać następujący sąd o odnośnych postanowieniach ustawowych:

1. Wprowadzone przez ustawę obowiązkowe ubezpieczenie członków rodzin całkowicie się utrzymało, chociaż nie da się uniknąć ograniczenia kręgu członków rodziny, objętych ubezpieczeniem, do których należą obecnie obok małżonki i dzieci także dalsi krewni, jako też gospodyni i towarzyszka życia.

2. Powszechny ustawowy schemat świadczeń odpowiada zupełnie istniejącym potrzebom, a daje tylko w następującym kierunku powód do wątpliwości: zasiłek tygodniowy jest zbyt wygórowany, podczas gdy świadczenia szpitalne dla członków rodziny wymagają rozwoju. Również nie da się na stałe uniknąć, z uwagi na tendencję oszczędnościową, pociągnięcia ubezpieczonych do bezpośredniego ponoszenia ryzyka małych szkód i wprowadzenia w tym celu, przewidzianych już w ustawie, obowiązkowych opłat za wizyty lekarskie i środki lecznicze. Wreszcie nie da się przez dłuższy czas utrzymać wypłaty zasiłku chorobowego także w tych wypadkach, gdy chory otrzymuje w dalszym ciągu pełne uposażenie.

3. Granica najwyższych dopuszczalnych wydatków na rozszerzoną opiekę leczniczą (udzielanie opieki domowej, umieszczanie w miejscowościach kąpielowych, sanatoriach, uzdrowiskach i t. p.), do których nie przysługuje prawo podmiotowe, została bardzo wysoko określona i może być bez zagrożenia celu tego urządzenia ponownie sprowadzoną do tych rozmiarów, jakie zaprojektował rząd przy wniesieniu ustawy, które jednak w czasie parlamentarnych obrad zostały rozszerzone. Istotnie np. Centralny Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na walnym zebraniu 9 czerwca 1932 r. zezwolił na użycie na cele rozszerzonej opieki leczniczej w r. 1932 tylko 2⁰/₁₀₀ składek w miejsce wydatkowanej dotąd 3⁰/₁₀₀; podobnie i mniejsze Kasy Ubezpieczeń już

w poprzednich latach nie wykorzystywały w pełni dopuszczalnej granicy, w konsekwencji jednak nie pociągnęło to za sobą szczególnego pokrzywdzenia.

Mniej zadawalający jest rozwój finansowy ubezpieczenia pensyjnego; nie da się zaprzeczyć, że przechodzi ono kryzys, który zresztą był przewidywany przez poważnych krytyków już przy tworzeniu ustawy, rozmiar jego jednak skutkiem powszechnego kryzysu przewyższa nawet częściowo czynione w swoim czasie pesymistyczne przewidywania.

Już przy omawianiu wytycznych projektu ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych wskazywałem w „Versicherungswissenschaftliche Mitteilungen des Deutschen Vereines für Versicherungswesen in der Tschechoslowakischen Republik” (Praga 1923, zeszyt 3, str. 144 i następane) na niebezpieczeństwa, jakie muszą wywołać niska początkowo składka i niewystarczające rezerwy kapitałowe, mówiłem bowiem wówczas: „Wysokość czynnika kapitalizacyjnego w składce, odgrywa tutaj znacznie większą rolę, aniżeli sama wysokość składki w pierwszych czterech lub pięciu latach, tak, iż samo to ustępstwo (a mianowicie możliwie niska składka początkowa) w okresie sanowania*) może być czynione tylko pod warunkiem, że po jej wprowadzeniu jednak rezerwy szybciej wzrosną, a to celem odciążenia przyszłości. Nieszczęsne błędne koło polega jednak na tem, że w razie rozpoczęcia spłaty odsetek od zaciągniętych kredytów zagranicznych pozostałe ciężary publiczne doznają dalszego wzrostu, tak, iż wówczas podniesienie składki ponad projektowaną wysokość znowu będzie musiało napotkać na ostry sprzeciw”.

W pierwszych 5 latach istnienia ubezpieczenia pracowników umysłowych podnosiła się składka w ubezpieczeniu pensyjnym pracowników umysłowych, zgodnie z przepisami ustawy, z początkowych 6%; z roku na rok o $\frac{1}{2}$ %, do 8% w r. 1931. Od 1932 r. winna być składka ustalona w ten sposób, aby przypuszczalna suma bieżących składek (B) pokrywała pełną kwotę wydatków (A) Centralnego Zakładu pomniejszoną o dochód z oprocentowania kapitału (Z) plus kwotę, o którą połowa wydatków Zakładu na renty (R) przekracza jego dochody z oprocentowania; a mianowicie:

$$B = A - Z + R - Z = A + R - 2Z.$$

Według tej formuły rachunkowej składka na r. 1930 miałyby wynosić 7,45% (zamiast 7,50%), w r. 1931 — 8,17% (zamiast 8%), a w r. 1932 musiałyby się podnieść na 10,04%, jeżeliby po lewej stronie równania uwzględnić prawdopodobną podstawę wymiaru składek w danym roku rachunkowym, po prawej zaś faktyczne cyfry z roku poprzedniego. Gdyby suma płac podstawowych z r. 1930, służących do wymiaru składek, wynosząca 776 milj. szyl., — która w r. 1931 obniżyła się na 756 milj. szyl. a w r. 1932 wskutek zmniejszającej się liczby ubezpieczonych pracowników umysłowych, których po-

*) Autor mówi o sanacji finansów publicznych austriackich, która miała miejsce w latach 1922 — 24 i oparta była na kredytach zagranicznych. (Red.)

nadto kilkakrotnie musiała dotknąć obniżka uposażeń, w dalszym ciągu obniży się conajwyżej do kwoty 686 milj. szyl., — pozostała nie zmieniona, potrzebna składka wynosiłaby tylko 7,96% w r. 1931 i 8,88% w r. 1932; gdyby natomiast po obu stronach równania wstawić przypuszczalne liczby wynikowe, musiałaby składka być podniesioną na około 11%. Takie podniesienie składki wydaje się wobec powszechnego położenia gospodarczego niemożliwe do zniesienia. Minister Związkowy Administracji Społecznej skierował wobec powyższego prośbę do organizacji pracodawców i pracowników, aby na wspólnej konferencji rozważono projekt obniżenia świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek choroby, w ubezpieczeniu od wypadków i w ubezpieczeniu pensyjnym, celem umożliwienia równoczesnego obniżenia wymiaru koniecznej w przeciwnym razie podwyżki składki.

Ten apel nie odniósł skutku, ponieważ związki pracowników odrzucają jakiegokolwiek pogorszenie świadczeń, a poza tem, także tylko w większości, oświadczyli się co do możliwości przyjęcia na siebie jedynie niewielkiej podwyżki składki, natomiast organizacje pracodawców uważają jakiegokolwiek podniesienie składki ponad 8% za wprost nie podlegające dyskusji. W takim stanie rzeczy wytworzył się

istotnie, jak to poprzednio przewidywano, najostrzejszy opór przeciwko koniecznemu podniesieniu składki. W tej sytuacji podniesiono narazie składkę tylko z 8% na 9% (od 1 lipca 1932 r.). Jest rzeczą jasną, iż w ten sposób problem sam w żadnej mierze nie został rozwiązany, przeciwnie — stworzono pomoc tylko na krótki czas, najpóźniej zaś w I kwartale 1933 r. zagadnienie dalszego rozwoju ubezpieczenia pensyjnego ponownie będzie musiało być poddane dyskusji publicznej. Istnieje tylko nadzieja, że do tego czasu zrozumienie konieczności gospodarczych, technicznych i społecznych z obu stron tak dalece się pogłębi, iż z większą nadzieją na pozytywny wynik będą mogły być podjęte między obiema grupami nowe pertraktacje w celu postawienia ubezpieczenia pensyjnego trwale na zdrowej podstawie finansowej, któraby zarazem odpowiadała gospodarczym możliwościom. Jeżeli to zrozumienie będzie odpowiednio silne, uda się zapewne, przy odpowiedniej gotowości do ofiar z obu stron, znaleźć wyjście, które gwarantując w zasadzie zachowanie istoty świadczeń ustawowych i utrzymanie, a nawet podniesienie dotychczasowej najwyższej podstawy wymiaru, utrzyma z jednej strony produktywność gospodarstwa, z drugiej zaś w równej mierze zapewni zabezpieczenie odpowiedniego poziomu życiowego rencisty.

S. BALCERSKI

WYMIAR RENTY INWALIDZKIEJ W PROJEKIE USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM*)

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym, określając warunki uzyskania renty inwalidzkiej, stosuje kryterja najczęściej używane w analogicznych ubezpieczeniach zagranicznych. A więc, w myśl projektu prawo do renty przysługuje osobie, która wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolna do zarobienia własną pracą jednej trzeciej części tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu. Drugim warunkiem powstania prawa do renty inwalidzkiej jest wymaganie przebycia w ubezpieczeniu conajmniej 200 tygodni składkowych, które powinny przypadać na okres ostatnich dziesięciu lat przed powstaniem inwalidztwa, z czego przynajmniej 50 tygodni składkowych na okres ostatnich 3 lat przed powstaniem inwalidztwa. Te ostatnie dwa warunki nie są wymagane od osób, które przebyły w ubezpieczeniu 1000 tygodni składkowych. Tygodniami składkowymi są w myśl projektu ustawy wyłącznie te tygodnie, za które zostały uiszczone składki ubezpieczeniowe.

Za inwalidę uważa projekt również osobę, która ukończyła 65 lub 60 rok życia, o ile chodzi o robotników zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie, przy-

czem w tym ostatnim wypadku wymagane jest posiadanie 750 tygodni składkowych.

Renta inwalidzka, przyznawana w razie uiszczenia się powyższych warunków, składa się z następujących części: kwoty zasadniczej, kwoty zmiennej i w pewnych wypadkach z dopłaty rocznej i dodatku na dzieci.

Wysokość kwoty zasadniczej ma ustalać corocznie Minister Opieki Społecznej w granicach 9—11 proc. przeciętnego miesięcznego zarobku, obliczanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie zarobków z roku ubiegłego wszystkich osób ubezpieczonych na wypadek niezdolności do pracy (ubezpieczenie emerytalne).

Wysokość kwoty zmiennej renty uzależniona jest od długości okresu ubezpieczenia i od wysokości zarobków, od których była opłacona składka ubezpieczeniowa. Mianowicie wysokość tej kwoty dla osób, które przebyły w ubezpieczeniu nie więcej jak 416 tygodni składkowych (8 lat), wynosi — 10 proc. przeciętnego zarobku ubezpieczonego. Po przebyciu w ubezpieczeniu 416 tygodni składkowych kwota imienna za każde następne 52 tyg. skł. wzrasta o pół proc. przeciętnego zarobku ubezpieczonego, wzrost ten trwa aż do osiągnięcia 832 tygodni składkowych (16 lat), poczem aż do osiągnięcia 1248 tyg. skł. (24 lat) wynosi 1 proc. za każde dalsze 52 tyg. skł., następnie kwota zmienna wynosi 1½ proc. za każde 52 tyg. skł.

*) P. „Przegląd Ubezpieczeń” z b. r. Nr. 3, str. 65 oraz Nr. 7, str. 201—204.

i dochodzi po przebyciu w ubezpieczeniu 1872 tyg. skł. (36 lat) do 40 proc. przeciętnego zarobku ubezpieczonego, wówczas wzrost kwoty zmiennej ustaje. Przeciętny zarobek ma być obliczany w stosunku miesięcznym według zarobków, przypadających na wszystkie tygodnie składkowe, przebyte w ubezpieczeniu.

Wysokość rocznej dopłaty do renty inwalidzkiej, tak jak i pozostałe składniki renty, jest zmienna w zależności od wysokości przeciętnego zarobku tygodniowego, stanowiącego podstawę wymiaru kwoty zmiennej, to jest—jak wyżej już podano—przeciętnego zarobku z wszystkich tygodni składkowych, przebytych w ubezpieczeniu. Dopłata roczna ustalona jest w kwotach bezwzględnych i ma wynosić: 48 zł. rocznie przy 12 zł. przeciętnym zarobku tygodniowym, 36 zł. — przy zarobku od 12 zł. do 17 zł. tygodniowo, 24 zł. — przy zarobku od 17 zł. do 24 zł., wreszcie — 12 zł. rocznie przy zarobku od 24 zł. do 36 tygodniowo. W razie, o ile przeciętny zarobek tygodniowy, stanowiący podstawę wymiaru kwoty zmiennej wynosić będzie więcej aniżeli 36 zł. tygodniowo, wówczas projekt ustawy nie przewiduje dopłaty rocznej i renta inwalidzka w tym wypadku składać się będzie wyłącznie z kwoty zasadniczej i kwoty zmiennej.

Dodatek na każde dziecko wynosi jedną dziesiątą kwoty zasadniczej oraz kwoty zmiennej bez uwzględnienia jednak jej wzrostu.

Przyjęty w projekcie ustawy podział renty na dwie części: stałą i zmienną, stosowany naogół we wszystkich prawie działających za granicą emerytalnych ubezpieczeniach robotniczych, opartych na zasadach analogicznych jak projekt, — zapewnia każdemu ubezpieczonemu pewną minimalną wysokość renty, niezależną od wysokości jego zarobków i długości okresu ubezpieczenia. Ponadto system ten zapewnia wyższy wymiar renty przy zarobkach niższych, w stosunku bowiem do tych zarobków kwota stała stanowi ich znacznie większą część, aniżeli przy zarobkach wyższych.

Odmienne, aniżeli to jest unormowane w analogicznych ustawodawstwach zagranicznych, określa projekt wysokość kwoty zasadniczej, naogół bowiem kwota ustalana jest w liczbach bezwzględnych, np. w Niemczech wynosi obecnie 84 mk.*) rocznie, w Czechosłowacji — 550 mk. rocznie, w/g projektu ustawy z 1929 r. miała wynosić — 20 zł. miesięcznie i t. d.; projekt natomiast, jak już wyżej podano, uzależnia wysokość kwoty zasadniczej od wysokości przeciętnych zarobków osób ubezpieczonych i stopy odsetku od tej przeciętnej, ustalonej corocznie przez Ministra O. S. w granicach 9 — 11 proc. W ten sposób kwota zasadnicza w myśl projektu będzie mogła ulegać zmianie z roku na rok. Zmienność kwoty zasadniczej wydaje się uzasadniona, jeśli się uwzględni dość silną fluktuację zarobków robotniczych, czego dowodem mogą być dane z ostatnich lat. Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego („Statystyka Pracy” Nr. 1 z b. r. str. 107), wskaźnik nominalnych płac robotniczych, przy przyjęciu płac z 1927 za sto, wynosił w 1928 r. — 109.9, w 1929 r. — 119.3, w 1930 r. — 120.9, w 1931 r. — 118.7.

*) Kwota ta przed wydaniem ostatniego *Notverordnung* z dn. 14.VI. b. r. wynosiła 168 mk. rocznie (p. „Przegląd” Nr. 7, str. 220).

Zarobki osób ubezpieczonych, stanowiące podstawę ustalenia wysokości kwoty zasadniczej, mają być w myśl projektu w zasadzie uwzględniane w faktycznej wysokości, z tem jednak zastrzeżeniem, że część zarobku przekraczająca 72 zł. tygodniowo nie będzie zaliczana do ubezpieczenia. Wskutek powyższego ograniczenia przeciętna zarobków ogółu ubezpieczonych będzie niższa od rzeczywistej przeciętnej zarobków robotniczych.

Trudno jest ustalić, jaka była przyczyna uzależnienia wysokości kwoty zasadniczej od swobodnej decyzji Ministra O. S. w granicach 9—11 proc., uzasadnienie bowiem projektu zagadnienia tego nie omawia, a niewielka rozpiętość granic usuwa przypuszczenie, aby w ten sposób mogły być korygowane ewentualne błędy w obliczeniach asekuracyjno - technicznych drogą zmniejszania lub zwiększania wysokości kwoty zasadniczej renty, w zależności od finansowych wyników działalności ubezpieczenia.

Jak już wyżej podano, kwota zasadnicza w niemieckim ubezpieczeniu inwalidzkim wynosi 84 mk. rocznie, w czechosłowackim zaś 550 kc., ponadto w obu tych ubezpieczeniach przewidziane są dodatki państwowe do rent wynoszące w Niemczech — 72 mk., a w Czechosłowacji — 550 kc. rocznie. Rolę tych dodatków w systemie wymiaru rent, zastosowanym w projekcie ustawy, spełniają dopłaty roczne do rent, ale tylko w pewnym stopniu, gdyż wypłacane są jedynie przy rentach, opartych na niższych zarobkach. Jeśli dodatek państwowy zsumujemy z kwotą zasadniczą, to stała część renty wynosi w niemieckim ubezpieczeniu inwalidzkim — 156 mk. rocznie, czyli około 50 proc. zarobku policzalnego do ubezpieczenia w najniższej grupie zarobkowej i około 8 proc. maksymalnego zarobku policzalnego do ubezpieczenia. W czechosłowackim ubezpieczeniu inwalidzkim kwota zasadnicza łącznie z dodatkami państwowymi wynosi 1100 kc. rocznie; analogicznie jak wyżej obliczony stosunek tej kwoty do zarobków policzalnych do ubezpieczenia wynosi około 35 proc. lub też około 12 proc. Według projektu ustawy kwota zasadnicza (w wysokości projektowanej na 1933 r. t. j. — 12 zł.) stanowić będzie około 4 proc. maksymalnego zarobku (72 zł. tyg.), który będzie zaliczany do ubezpieczenia i około 37 proc. zarobku minimalnego, jeśli ten przyjmiemy w wysokości 10 zł. tygodniowo, sumując przytem w tym ostatnim obliczeniu kwotę zasadniczą wraz z dopłatą roczną. Z porównania powyższych danych wynika, że w stosunku do zarobków największą stałą część renty zapewnia swym ubezpieczonym ustawa niemiecka, a następnie czechosłowacka; mniejszą natomiast stosunkowo wysokość posiadają kwoty stałe w projekcie ustawy.

Obowiązująca wysokość kwoty zasadniczej ma być ogłaszana corocznie przez Ministra O. S. w „Monitorze, na okres jednak od chwili wejścia w życie ustawy do końca 1933 r. wysokość tej kwoty została ustalona w samym projekcie ustawy i ma wynosić 12 zł. miesięcznie. Jeśli przyjmiemy, że kwota powyższa stanowi 10 proc. (może stanowić 9—11 proc.) przeciętnego miesięcznego zarobku osób, które będą podlegały ubezpieczeniu, to wówczas okaże się, że zarobek ten powinien wynosić 120 zł. miesięcznie. Porównanie tej ostatniej kwoty z odpowiednimi danymi statystyczne-

mi wykazuje jej przybliżoną zgodność z rzeczywistością stosunkami. Według G. U. St. („Statystyka Pracy” Nr. 1 z b. r. str. 111 — 119) przeciętny całkowity zarobek miesięczny (łącznie z wszelkimi dodatkami) wynosił w poszczególnych gałęziach przemysłu: w przemyśle metalowym, maszynowym i elektrotechnicznym (około 50.000 robotników) — około 132 zł. miesięcznie, w przemyśle poligraficznym (około 7.000 robotników) — około 216 zł., w przemyśle włókienniczym (około 90.000 robotników) — około 108 zł., w kopalniach węgla Zagłębia Dąbrowskiego (około 26.000 robotników) — około 206 zł., w kopalniach węgla Zagłębia Krakowskiego (około 8.500 robotników) — około 193 zł., wreszcie w hutach żelaza, cynku i ołowiu (około 12.000 robotników) — około 167 zł. miesięcznie. Ponieważ powyższe zestawienie dotyczy robotników, zatrudnionych w górnictwie i przeważnie w wielkim przemyśle, którzy naogół otrzymują wyższe wynagrodzenie aniżeli robotnicy w przemyśle drobnym i rzemieśle, przeto ogólna przeciętna zarobków wszystkich robotników, którzy będą podlegać obowiązkowi ubezpieczenia, musi być znacznie niższa od przeciętnej z liczb podanych, jakkolwiek i wśród nich mamy grupę robotników przemysłu włókienniczego o bardzo niskim przeciętnym wynagrodzeniu (108 zł. miesięcznie).

Drużga składowa część renty, czyli kwota zmienna, jak już wyżej podano i jak sama nazwa jej wskazuje, nie jest wartością stałą, ustaloną w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych, lecz wian jej zależy od wysokości przeciętnego zarobku danego ubezpieczonego ze wszystkich tygodni składowych, zaliczonych do ubezpieczenia oraz od długości okresu ubezpieczenia. Ten ostatni czynnik w podwójny przytem sposób wpływa na wymiar kwoty zmiennej, jak bowiem już wyżej zaznaczono, procentowy wskaźnik kwoty wzrostu rośnie progresywnie.

Projekt ustawy, wzorując się zapewne na rozp. Prez. o ubez. prac. um., jako podstawę wymiaru kwoty zmiennej ustala przeciętny zarobek ubezpieczonego z całego okresu ubezpieczenia. Ten system wymiaru kwoty zmiennej posiada tę ujemną stronę, że wysokość wynagrodzenia wpływa w znacznie większym stopniu na wymiar kwoty zmiennej aniżeli długość okresu ubezpieczenia. Każda zmiana zarobku ubezpieczonego, powodując zmianę wysokości zarobku przeciętnego, równocześnie wpływa na zmianę wysokości kwoty zmiennej. Zależność ta nie wywołuje żadnych ujemnych skutków w razie wzrostu zarobków ubezpieczonego, natomiast w razie obniżenia się jego zarobków może w niektórych wypadkach powodować obniżanie się kwoty zmiennej w ciągu przedłużającego się okresu ubezpieczenia. Ilustracją powyższego wniosku może być następujący przykład. Przypuśćmy, że pewna osoba była ubezpieczona przez pierwszych 8 lat (416 tyg. skł.) z zarobkiem 288 zł. miesięcznie, wówczas miesięczna renta jakaby otrzymała ta osoba w razie powstania niezdolności do pracy wynosiłaby:

kwota stała	— 12 zł.
„ zmienna	— 28.80 zł. (10% przeciętnego zar.)
Razem	40.80 zł.*)

*) Ponieważ zarobek wynosił więcej aniżeli 36 zł. tygodniowo, przeto nie należy się dopłata roczna do renty.

Jeśli w ciągu następnych 8 lat ubezpieczenia zarobek tej samej osoby wynosił nie 288 zł. a 80 zł. miesięcznie, to wówczas po 16 latach ubezpieczenia renta wynosiłaby:

kwota stała	— 12 zł.
„ zmienna	— 25.76 zł. (14% przec. zar. = 184 zł.)
dopłata	— 2.00 zł.

Razem 39.76 zł. czyli o 1.04 zł. mniej, aniżeli wynosiła renta po 8 latach ubezpieczenia.

Jak widać wyraźnie z powyższego przykładu, a przykładów takich jeszcze bardziej jaskrawych i opartych na spotykanych stosunkach możnaby podać więcej, system konstrukcji renty, zastosowany w projekcie, nie odpowiada zasadzie „im dłuższe ubezpieczenie i większa suma wpłaconych składek, tem większa renta”.

Obniżanie się zarobków osób ubezpieczonych w czasie przebywania w ubezpieczeniu może się dość często zdarzać zarówno z powodu ogólnych wahań płac robotniczych, wskutek zmian, zachodzących w stosunkach gospodarczych i zarobkowych, jak i z powodu zmian w płacach poszczególnych robotników, wskutek przechodzenia od zajęć lepiej płatnych do gorzej wynagradzanych, bądź to z powodu osłabienia zdolności zawodowych, np. w miarę starzenia się, bądź też z powodu niemożności znalezienia zajęcia, odpowiadającego posiadanym kwalifikacjom i poprzedniemu zatrudnieniu.

Oczywistą jest rzeczą, że przy wymiarze rent, opartych na podstawie dłuższych okresów ubezpieczenia, przedstawione wyżej ujemne skutki będą się zacieraly lub występowały z mniejszą wyrazistością, ujawniać się będą jednak w wielu wypadkach i nie zawsze usunie je przewidziany w projekcie ustawy wzrost procentowy kwoty zmiennej.

Celem ścisłego powiązania wymiaru renty z wysiłkiem finansowym ubezpieczonego na rzecz ubezpieczenia t. j. z ogólną sumą wpłaconych składek, naogół przewidywane jest w ubezpieczeniach emerytalnych uzależnienie wysokości wymiaru kwoty zmiennej renty od sum uiszczonych składek. Tak więc niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa przewiduje, że kwota zmienna renty inwalidzkiej rocznej wynosi 20 proc. wpłaconych składek, czeskosłowacka zaś ustawa ustala, że kwota zmienna renty składa się z sumy odpowiednich kwot, przypadających za każdy tydzień ubezpieczenia, przytem kwoty te są określone w różnych wysokościach dla każdej klasy zarobkowej. Pierwszy projekt ustawy z 1929 r., pragnąc również przynajmniej w pewnej mierze zapobiec możliwościom niższego wymiaru renty przy dłuższym okresie ubezpieczenia, przewidywał, że podstawą wymiaru kwoty zmiennej renty jest przeciętna wszystkich płac podstawowych, odpowiadających grupom zarobkowym ubezpieczonego z ostatnich 156 tygodni składowych (3 lat) przed powstaniem inwalidztwa lub też przed ukończeniem 45 roku życia.

Przewidując progresję stopy procentowej kwoty zmiennej w zależności od długości okresu ubezpieczenia, ściślej — od liczby posiadanych tygodni składowych, projekt ustawy pragnie uprzywilejować (premjować, jak mówi uzasadnienie do projektu), osoby, pozostające w ubezpieczeniu przez czas dłuższy. Jak

znaczenie posiada ten przywilej dla ogółu ubezpieczonych, wskaże następujące zestawienie.

Projekt ustawy zalicza do ubezpieczenia i bierze za podstawę wymiaru renty te tylko tygodnie zatrudnienia, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, za które zostały uznane składki ubezpieczeniowe (tygodnie składkowe). Z różnych przyczyn ilość tygodni składkowych nie pokrywa się z ilością tygodni kalendarzowych między wstąpieniem do ubezpieczenia a otrzymaniem renty, a nawet może się nie pokrywać z ilością tygodni rzeczywiście przebytych w zatrudnieniu, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia. Pierwszy wypadek ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony pozostaje bez pracy, bądź z powodu niemożności jej znalezienia, bądź też z powodu choroby lub innych przyczyn, drugi zaś wtedy, gdy pracodawca nie wpłacił składek za robotnika ubezpieczonego a Zakład nie mógł ściągnąć tych składek drogą przymusową. Przysługuje wprawdzie ubezpieczonemu, w myśl projektu, prawo opłacenia za okres przebyty w ubezpieczeniu zaległych składek, z zachowaniem regresu do pracodawcy, ale uprawnienie to jest ograniczone co do rozmiaru — ubezpieczony może opłacić najwyżej 52 zaległe tygodniowe składki — i biorąc pod uwagę sytuację finansową większości ubezpieczonych, będzie mogło być zapewne bardzo rzadko wykorzystywane.

O słuszności powyższych uwag świadczą informacje Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Król. Hucie, który w sprawozdaniu ze swej działalności w 1929 r. (str. 69) oblicza, że na 1 ubezpieczonego przypada przeciętnie 40 tygodni składkowych, ten sam stosunek podany jest w uzasadnieniu technicznym do projektu ustawy (str. 7). Jeśli na podstawie tych danych przyjmiemy, że ubezpieczony w ciągu całego roku będzie miał zaliczone do ubezpieczenia tylko po 40 tygodni składkowych, to wówczas okaże się, że resztę w najwyższym wymiarze będą otrzymywać ubezpieczeni dopiero po upływie około 47 lat między przystąpieniem do ubezpieczenia a powstaniem prawa do renty. Jest to okres bardzo długi i przy obecnej selekcji pracowników, której ofiarą padają przede wszystkim robotnicy starsi, będzie zapewne mało osób, mogących korzystać z przywileju wysokiego wymiaru renty, pomijając już nawet początkowy okres działania ubezpieczenia, w ciągu którego podstawą wymiaru rent siłą rzeczy będą krótkie okresy ubezpieczenia.

W artykule p. J. Zawadzkiego („Przegląd Ubezpieczeń” Nr. 7 z b. r. str. 202) podana jest w liczbach bezwzględnych wysokość przyszłych rent inwalidzkich w zależności od przeciętnego zarobku i długości okresu ubezpieczenia. Pragnąc jednak przeprowadzić porównanie wysokości rent inwalidzkich obliczonych w/g projektu z wysokością analogicznych rent obliczonych w/g przepisów innych właściwych ustaw, podaje niżej szereg obliczeń, opartych na przeciętnych zarobkach ubezpieczonych, przyczem jako najwyższy zarobek przyjęto maksymalny zarobek policzalny do ubezpieczenia.

Zestawienie poniższe wskazuje, że renta po najdłuższym okresie ubezpieczenia z najwyższym zarobkiem, policzalnym do ubezpieczenia, wynosić będzie 132 zł. miesięcznie, to jest więc maksymalny wymiar renty bez dodatków na dzieci. Minimalny zaś wymiar

renty, to jest renty dla ubezpieczonego, który posiada tylko okres wyczekiwania (200 tyg. składkowych) i przez cały czas ubezpieczenia nie pobierał żadnego wynagrodzenia (np. uczeń, praktykant i t. p.) lub zarabiał tygodniowo mniej niż 6 zł.*), wynosić będzie w/g projektu 18.50 zł. miesięcznie. W tych granicach wahać się będzie wysokość wszelkich rent inwalidzkich przy zastosowaniu kwoty zasadniczej równej 12 zł.

Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia w tygodniach składkowych				
	200—416 (8 lat)	624 (12 lat)	1040 (20 lat)	1560 (30 lat)	1872 (36 lat)
	Renta miesięczna w złotych				
48 zł.	20.80	21.76	24.64	30.88	35.20
120 zł.	25.00	27.40	34.60	50.20	61.00
300 zł.	42.00	48.00	66.00	105.00	132.00

Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia w tygodniach składkowych				
	200—416 (8 lat)	624 (12 lat)	1040 (20 lat)	1560 (30 lat)	1872 (36 lat)
	Renta miesięczna w %% przeciętnego zarobku				
48 zł.	48.3	45.3	51.3	64.3	73.3
120 zł.	20.8	22.8	28.8	41.8	50.8
300 zł.	14.0	16.0	22.0	35.0	44.0

W stosunku do przeciętnych zarobków renta czyli, jak wynika z konstrukcji wymiaru rent, renta osoby ubezpieczonej z najwyższym zarobkiem po przebyciu w ubezpieczeniu jedynie okresu wyczekiwania, wynosić będzie 14 proc., renta zaś maksymalna, t. j. renta osoby, nie pobierającej żadnego wynagrodzenia lub mniej niż 6 zł. tygodniowo po możliwie najdłuższym okresie ubezpieczenia (36 lat) wynosić będzie 100.4 proc. zarobku pobieralnego do ubezpieczenia; ten ostatni przykład ma raczej charakter wyłącznie teoretyczny.

Przed przystąpieniem do porównania wysokości rent inwalidzkich, obliczonych według projektu ustawy z rentami inwalidzkimi obliczonymi według innych ustaw, podane będą w ogólnych zarysach zasady wymiaru tych ostatnich rent, aby w ten sposób ułatwić porównanie i przeprowadzenie jego analizy oraz umożliwić czytelnikowi porównanie konstrukcyj wymiaru rent, częściowo zresztą przeprowadzone już wyżej.

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1929 roku ustalał, że renta niezdolności do zarobkowania (renta inwalidzka) składa się z kwoty stałej i kwoty zmiennej. Kwota stała miała wynosić 20 zł. miesięcznie, kwota zaś zmienna — miesięcznie 25 proc. przeciętnej wszystkich miesięcznych płac podstawowych, odpowiadających grupom zarobkowym ubezpieczonego

*) Osoby te podlegają ubezpieczeniu podług zarobku oznaczonego na 6 zł. tygodniowo czyli 25 zł. miesięcznie.

z ostatnich 156 tygodni składkowych przed powstaniem inwalidztwa; po przebyciu w ubezpieczeniu 520 tygodni, kwota zmienna wzrasta za każde następne 52 tygodnie składkowe o 1% przeciętnej i dochodzi do 45 proc. po przebyciu ogółem w ubezpieczeniu 1560 tygodni. Najwyższy zarobek policzalny do ubezpieczenia oznaczył projekt na 725 zł. miesięcznie.

III księga niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej, obowiązująca na Górnym Śląsku wraz ze zmianami, wprowadzonymi przez władze ustawodawcze śląskie, przewiduje, że renta inwalidzka składa się: 1) z kwoty podstawowej — 160 zł. rocznie, 2) kwoty wzrostu renty, wynoszącej za każdą składkę tygodniową opłaconą w klasie I (zarobek do 660 zł. rocznie) — 0.05 zł., w klasie II (zarobek 661 zł.—960 zł.) — 0.10 zł., w klasie III (961 zł. — 1320 zł.) — 0.13 zł., w klasie IV (1321 zł. — 1620 zł.) — 0.17 zł., w klasie V (1621 zł. — 1980 zł.) — 0.20 zł. i w klasie VI (zarobek 1981 zł. rocznie i więcej) — 0.24 zł., 3) dodatku państwowego — 100 zł. rocznie. W ten sposób obliczana ogólna wysokość renty podwyższana jest obecnie o 10 proc.

III księga niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej w brzmieniu obowiązującym w woj. poznańskim i pomorskim ustala wysokość renty inwalidzkiej następująco: renta roczna składa się z 3 części: 1) dodatku państwowego — 50 zł., 2) kwoty zasadniczej, obliczonej w ten sposób, że za każdy tydzień składkowy w klasie zarobkowej I (do 500 zł. rocznie) — należy się ubezpieczonemu — 15 gr., w klasie II (500 zł. — 700 zł.) — 17 gr., w klasie III (700 zł. — 900 zł.) — 19 gr., w klasie IV (900 zł. — 1200 zł.) — 21 gr., w klasie V (ponad 1200 zł. rocznie) — 24 gr., 3) kwoty wzrostu, wynoszącej za każdy tydzień ubezpieczenia w klasie zarobkowej I (jak wyżej) — 4 gr., w klasie II — 7 gr., w klasie III — 10 gr., w klasie IV — 12 gr. i w klasie V — 14 gr. Kwota zasadnicza jest zawsze obliczana od 500 tygodni składkowych. Jeśli ubezpieczony nie posiada jeszcze tylu tygodni ubezpieczenia, to brakujące tygodnie są liczone w najniższej klasie zarobkowej, jeśli natomiast posiada więcej niż 500 tygodni składkowych, wówczas odliczana jest odpowiednia liczba tygodni poczynając od niższych klas zarobkowych*).

Według ordynacji ubezpieczeniowej, obowiązującej w Niemczech, renta składa się z kwoty zasadniczej, wynoszącej 84 mk. rocznie, kwoty wzrostu, stanowiącej 20 proc. sumy wszystkich wpłaconych składek ubezpieczeniowych oraz dodatku państwowego — 72 mk. rocznie.

W Austrii ustawa o ubezpieczeniu robotników, która nie weszła jeszcze w życie, przewiduje, że renta inwalidzka składać się będzie z dodatku państwowego — 72 szylingi rocznie oraz z kwoty, która w razie posiadania przez ubezpieczonego co najmniej 500 tygodni składkowych wynosić będzie rocznie 120-krotny, w razie nieposiadania 500 tygodni ubezpieczenia — 80-krotny przeciętny zarobek dzienny z ostatnich 104 tygodni ubezpieczenia albo z tyluż tygodni przed ukończeniem 45 roku życia, o ile ten ostatni zarobek był wyższy. Ta część renty nie może być niższa od 144

*) Przed wejściem ostatniego rozp. Prez. Rzeszy z dn. 14.VI.32 r. (Notverordnung) kwota zasadnicza wynosiła — 168 mk. rocznie.

szyl. i przekraczać 1008 szyl. rocznie. Czechosłowacka ustawa o ubezpieczeniu robotników usala, że renta składa się: 1) z dodatku państwowego — 500 kc. rocznie, 2) kwoty podstawowej renty — 550 kc. rocznie i 3) kwoty wzrostu, wynoszącej w stosunku rocznym za każdą tygodniową składkę wypłaconą w I grupie zarobkowej (250 kc. miesięcznie i mniej) — 0.60 kc., w grupie II (250 kc. — 350 kc.) — 0.85 kc., w grupie III (350 kc. — 500 kc.) — 1.15 kc., w grupie IV (500 kc. — 712 kc.) — 1.40 kc., w grupie V (712.5 kc. i więcej) — 1.75 kc.

I. Wysokość miesięcznych rent inwalidzkich w najniższych grupach zarobkowych *).

Liczy bezwzględne.

Wyszczególnienie	Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia	
		200 tyg.**)	1872 tyg. składek.
Projekt ustawy	48 zł.	20.80 zł.	35 20 zł.
Poprzedni projekt ustawy z 1929 r.	48 zł.	30.93 zł.	39.68 zł.
Górny Śląsk	48 zł.	24.75 zł.	32.41 zł.
Woj. Zachodnie	40 zł.	11.10 zł.	16.66 zł.
Niemcy**)	24 mk.	14.20 mk.***)	22.83 mk.***)
Czechosłowacja	250 kc.	97.5 kc.	181.0 kc.
Austria	28 szyl.	18.0 szyl.	18.0 szyl.

Renty w odsetkach zarobków.

Wyszczególnienie	Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia	
		200 tyg. skł.	1872 tyg. skł.
Projekt ustawy	100.0	43.3%	73.3
Poprzedni projekt ustawy z 1929 r.	100.0	64.4%	82.7%
Górny Śląsk	100.0	51.6%	67.5%
Woj. Zachodnie	100.0	27.8%	41.7%
Niemcy	100.0	59.2%*)	95.1%*)
Czechosłowacja	100.0	39.0%	72.4%
Austria	100.0	64.3%	64.3%

*) Za podstawę obliczeń dla ustaw obowiązujących w Polsce (z wyjątkiem woj. zachodnich) wzięty został najwyższy zarobek pracy, którym według projektu ustawy jest wymierzana najwyższa dopłata roczna, do ustaw zaś pozostałych zarobek odpowiadający górnej granicy najniższej grupy zarobkowej.

**) W niniejszym zestawieniu podobnie jak i w następnych renta dla Niemiec została obliczona na podstawie 250 tyg. składkowych, gdyż tyle wynosi okres wyczekiwania.

***) W razie uwzględnienia kwoty zasadniczej w wysokości obowiązującej przed wejściem w życie ostatniego rozp. Prez. Rzeszy, odpowiednie kwoty wynosiłyby — 21.2 mk. i 29.83 mk.

II. Wysokość miesięcznych rent inwalidzkich w najwyższych grupach zarobkowych*).

Liczy bezwzględne.

Wyszczególnienie	Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia	
		200 tyg. składkowych	1872 tyg. składkowych
Projekt ustawy	300 zł.	42.00 zł.	132.00 zł.
Poprzedni projekt ustawy z 1929 r.	{ a 300 „ b 750 „	99.68 „ 201.00 „	163.44 „ 346.00 „
Górny Śląsk	{ a 300 „ b 166 „	28.23 „ 28.23 „	65.02 „ 65.02 „
Woj. Zachodnie	{ a 300 „ b 101 „	16.50 „ 16.50 „	36.00 „ 36.00 „
Niemcy	144 mk.	21.30 mk**)	78.50 mk.**)
Czechosłowacja	721.5 kc.	116.60 kc.	360.50 kc.
Austria	200 szyl.	59.30 szyl.	86.00 szyl.

Renty w odsetkach zarobków.

Wyszczególnienie	Przeciętny zarobek miesięczny	Długość okresu ubezpieczenia	
		200 tyg. składk.	1872 tyg. składk.
Projekt ustawy	100.0	14.0 %	44.0 %
Poprzedni projekt ustawy z 1929 r.	{ a 100.0 b 100.0	34.6 % 27.7 %	54.5 % 47.7 %
Górny Śląsk	{ a 100.0 b 100.0	9.4 % 17.1 %	21.7 % 39.2 %
Woj. Zachodnie	{ a 100.0 b 100.0	5.5 % 16.3 %	12.0 % 35.6 %
Niemcy	100.0	14.8 %**)	54.5 %**)
Czechosłowacja	100.0	16.4 %	50.6 %
Austria	100.0	30.0 %	43.0 %

Jak widoczne jest z zestawienia pierwszego, wysokość renty obliczonej według projektu ustawy w liczbach bezwzględnych dla ubezpieczonego w najniższej grupie zarobkowej, posiadającego 200 tygodni składkowych ubezpieczenia, jest znacznie niższa aniżeli to przewidywał projekt ustawy z 1929 r. i niższa nawet niż wynosi obecnie analogiczna renta na Górnym Śląsku, znacznie natomiast przekracza wysokość takiej samej renty wypłacanej w woj. zachodnich. Renta dla

*) Za podstawę obliczeń wzięty został maksymalny zarobek policzalny do ubezpieczenia według danej ustawy (b), lub też według projektu ustawy (a).

***) W razie uwzględnienia kwoty zasadniczej w wysokości obowiązującej przed wejściem w życie ostatniego rozp. Prez. Rzeszy odpowiednie liczby wyniosłyby w II zestawieniu (88.3% i 1224.3%, w III — 28.30 mk. i 85.52 mk. w IV zaś — 19.7% i 59.38%).

tej samej grupy zarobkowej, ale obliczona według projektu dla ubezpieczonego posiadającego 1872 tygodnie składkowe, jest niższa tylko od renty obliczonej według projektu z 1929 r., wyższa jednak nieco od podobnej renty, wypłacanej na Górnym Śląsku i przeszło dwukrotnie wyższa od renty wypłacanej w woj. zachodnich. Przeprowadzanie porównań wysokości rent, wyrażonych w złotych z rentami państw obcych nie dałoby właściwego obrazu wobec innych walut i odmiennych stosunków zarobkowych.

Porównanie wysokości rent obliczonych w odsetkach zarobków (zestawienie II) wykazuje stosunki analogiczne jak podane wyżej. Uzupełniając to porównanie danymi dla państw obcych, widzimy, że renty według projektu dla ubezpieczonych, posiadających 200 tygodni składkowych, są niższe od rent niemieckich i austriackich, lecz wyższe od rent czechosłowackich, natomiast renty przyznawane po przebyciu przez ubezpieczonego 1872 tygodni składkowych są niższe tylko od rent niemieckich. Renty, obliczone według projektu ustawy w liczbach bezwzględnych dla najwyższej grupy zarobkowej), dla ubezpieczonego posiadającego 200 lub 1872 tygodni składkowych są wyższe i to znacznie od analogicznych rent wypłacanych na Górnym Śląsku i w woj. zachodnich, lecz również znacznie niższe od rent, obliczonych według projektu z 1929 r. Te same renty obliczone w stosunku do zarobków są według projektu ustawy, o ile chodzi o renty przyznawane po 200 tygodniach składkowych, niższe od wszystkich rent, wymienionych w zestawieniach, przyczem najbardziej zbliżone do rent niemieckich, natomiast renty przyznawane po 1872 tyg. składkowych są wyższe od rent na Górnym Śląsku, w woj. zachodnich i rent austriackich, lecz niższe od rent obliczonych według projektu ustawy z 1929 r. oraz rent niemieckich i czechosłowackich.

W zestawieniach wyżej podanych obliczona została renta inwalidzka dla osoby samotnej, włączenie bowiem do obliczeń dodatku na dzieci, ze względu na bardzo różne sposoby wymiaru tego dodatku, zastosowane w poszczególnych ustawach, zaciemniłoby obraz porównawczy i wymagałoby rozszerzenia ram artykułu.

Artykuł niniejszy nie rości sobie pretensji do wyczerpującego oświetlenia zagadnienia podanego w tytule, celem jego jest podać nieco ogólnych informacji — ograniczonych tylko do wymiaru renty inwalidzkiej, bez uwzględniania rent pochodnych, któreby mogły służyć za podstawę do dalszych prac w tym kierunku, w szczególności zaś do oceny z punktu widzenia społecznego i ubezpieczeniowego konstrukcji wymiaru rent inwalidzkich, zastosowanej w projekcie ustawy.

*) W porównaniu brane są pod uwagę tylko maksymalne zarobki policzalne do ubezpieczenia według danej ustawy i podane w zestawieniu pod literą b.

OGRANICZENIE CZASOKRESU LECZENIA W UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

(Dokończenie).

Jak wspomnieliśmy na wstępie, założeniem ni-
niejszych rozważań jest zbadanie, czy ze względu na
postanowienia ustawodawstwa ubezpieczeniowego,
pomoc lecznicza, udzielana przez instytucje ubezpie-
czeń społecznych, ma możliwość spełniania swych za-
dań. Problem ten redukuje się zatem do zbadania
norm prawnych, ograniczających możliwość nieskrępo-
wanego współdziałania wszystkich elementów, skła-
dających się na wynik leczenia i ograniczających
możliwość zużycia przez nie dla potrzeb konkretnego
przypadku pełni swych właściwości.

Ponieważ z pośród znanych nam już elementów,
składających się na wynik leczenia, uległ ustawowym
ograniczeniom jedynie czasokres udzielania pomocy
leczniczej, a wedle projektów ustawodawczych ma
nadal im ulegać i to jeszcze w większej mierze, niż
dotychczas, dalszą część naszych wywodów poświę-
camy problemowi tej normy.

Można uznać, że w zakresie łagodzenia cierpień
lub przedłużania choremu życia, ubezpieczenie ma
działać tylko w ciągu określonego czasokresu. Ogra-
niczenie czasokresu pomocy leczniczej, mającej tyl-
ko te cele do spełnienia, nie zmieni faktu, że udzie-
lona pomoc przyniosła choremu w swoim czasie ulgę
w cierpieniach, lub, że utrzymała go przy życiu. Pom-
oc lecznicza udzielona tylko dla osiągnięcia tych
celów, może być zatem ograniczona co do czasu,
przerwanie jej bowiem po pewnym czasie nie będzie
skutkowało wstecz. Zagadnienie czasokresu trwania
pomocy leczniczej dla tych celów, jest wyłącznie za-
gadnieniem granic, do których ubezpieczenie zob-
owiązało się działać na rzecz ubezpieczonego, — a nie
zagadnieniem celowości, boć celowość pomocy wy-
daje się tu w znacznej większości przypadków oczy-
wista. Możemy zatem powiedzieć, że ograniczanie
czasokresu udzielania pomocy leczniczej nie sprzeci-
wia się tu celowi, czyli, że przyjęta miara czasu do
zakreślenia granic obowiązku świadczenia choremu
przez ubezpieczenie jest wzięta z właściwego wy-
miaru.

Przypomnijmy jednak sobie, że łagodzenie cier-
pień i przedłużanie chorym życia nie wyczerpują za-
dań, które pomoc lecznicza ma do spełnienia, są to
bowiem tylko te zadania, w których zainteresowa-
nym bezpośrednio jest jedynie sam chory i grono
osób mu współczujących. Zadaniem pomocy leczni-
czej, którego spełnieniem interesują się wszystkie
wchodzące w rachubę czynniki, a więc chory, społe-
czeństwo i instytucje ubezpieczające, jest właściwie —
wyleczenie.

Jeśli jednak pomoc lecznicza ma do spełnienia
to zadanie, ograniczanie czasokresu leczenia ma już
inny charakter. Wszak czasokres leczenia, — acz-
kolwiek jest zmienny i zależy od wartości elemen-
tów pozostałych, składających się na wynik lecze-
nia, to jednak zależność ta nie jest całkowitą; stan
wiedzy lekarskiej, oraz właściwości biologiczne czło-

wieka, dla zależności tej zakresują dość wąskie ra-
my, — w wielu przypadkach jest elementem leczenia
niezależnym, działającym wprawdzie przy współ-
udziale elementów innych, lecz sam, z mocy wła-
snych właściwości. Ograniczanie czasokresu lecze-
nia ogranicza zatem jeden ze środków, którym może
posiłkować się pomoc lecznicza przy spełnianiu swe-
go celu, któremu głównie ma ona służyć i który ma
znaczenie powszechne i podstawowe. Nie można tu
powiedzieć jak poprzednio, że przerwana w pewnej
chwili pomoc lecznicza odniosła swój cel podczas jej
udzielenia. Odwrotnie, możnaby raczej twierdzić, że
była ona zbyt czarna, bo nie doprowadziła podjętego
zadania do końca i nie spowodowała zamierzonego
wyniku. W tym przypadku przerywanie pomocy lecz-
niczej przed wyleczeniem ma taki sam charakter, jak
miałoby odmówienie lekarzowi możliwości stosowa-
nia jakiegos jedyne go skutecznego środka, mogącego
uleczyć chorego — a wszak takie ograniczenia nie
są w ustawodawstwie przewidziane.

Dochodzimy zatem do wniosku, że w przypad-
ku, w którym celem leczenia jest wyleczenie (oczy-
wiście w razie uleczalności przypadku), norma ogra-
niczająca czasokres leczenia jest środkiem repre-
syjnym o charakterze mechanicznym, przeszkadza-
jącym instytucji ubezpieczającej w spełnieniu jej
obowiązku wobec chorego, a jak następnie postara-
my się to uzasadnić, że szkoda dla niego, dla spo-
łeczeństwa i dla siebie samej.

W tych zatem przypadkach czasokres udzielania
pomocy leczniczej nie jest właściwą miarą do zakre-
ślenia granic obowiązku instytucji ubezpieczającej
wobec ubezpieczonego; miara ta jest bowiem wzięta
z wymiaru niewłaściwego, nie pozostającego w od-
powiednim stosunku do samej istoty i celu pomocy
leczniczej. Wyrażając się językiem matematyki mo-
żemy powiedzieć, że cel pomocy leczniczej oraz cza-
sokres leczenia, jako miara przyjęta do zwalniania
się instytucji ubezpieczającej z obowiązku udzielania
pomocy, nie mają wspólnego mianownika.

Norma ograniczająca czasokres leczenia ma do
spełnienia dwa zasadnicze zadania.

Pierwszem z nich, jak to już wyżej nadmienio-
no, jest umożliwienie instytucji ubezpieczającej usta-
lenie jej maksymalnych obowiązków wobec ubezpie-
czonego w zakresie pomocy leczniczej, w celu utrzy-
mania wydatków w granicach pobieranych składek.

Drugim — chęć wyeliminowania z pod opieki
leczniczej kas chorych tych przypadków chorob-
wych, które według wszelkiego prawdopodobieństwa,
określonego czasokresem leczenia, mają charakter
chroniczny.

Dodać należy, że ustawa o bowiązkowem ubez-
pieczeniu na wypadek choroby złączyła w zasadzie
maksymalny czasokres leczenia z identycznym okre-
sem udzielania pieniężnych zasiłków chorobowych.

Dzięki temu, maksymalny czasokres udzielania pomocy leczniczej ma za zadanie nie tylko utrzymywać w ramach kalkulacji budżet na pomoc leczniczą, ale również i na zasiłki chorobowe. Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym to samo bez głębszych zmian zachowuje.

Pozostawimy na uboczu zadania omawianej normy, jako środka ograniczającego wydatki na świadczenia pieniężne, ponieważ to zagadnienie ma charakter odrębny; rozważmy natomiast, czy i jak maksymalny czasokres leczenia, jako norma prawna, należycie odpowiedział swym dwóm pierwszym zadaniom.

Jeśli ograniczanie czasokresu leczenia ma być środkiem, nie pozwalającym na przerost wydatków ponad możliwości finansowe instytucji ubezpieczającej, to oczywiście wydatki, które może ona ponieść na leczenie jednego ubezpieczonego w ciągu tego czasokresu, winny mieć choć mniej więcej określoną wysokość. Tego jednak odnośna norma nie daje; bowiem zależnie od przypadku chorobowego, pomoc udzielona ubezpieczonemu w prawnie dozwolonym maksymalnym czasokresie, może powodować koszty bardzo różne; w jednych przypadkach chory podczas okresu leczenia będzie potrzebował tylko kilku konsultacji i nielicznych tanich środków aptecznych, w innych zaś, w ciągu całego tego czasokresu — przebywać będzie w szpitalu czy sanatorium, i na leczenie jego mogą być zużyte bardzo poważne sumy.

Rozpiętość wydatków na pomoc leczniczą w tym samym czasokresie jej udzielania może być w różnych przypadkach bardzo znaczną i wobec tego czasokres leczenia, jako regulator wydatków instytucji ubezpieczającej służyć nie może, bowiem jest miarą za mało dokładną. Można do niego zastosować w przybliżeniu określenie już raz użyte: jest on miernikiem wziętym z innej kategorii zjawisk.

Ubocznie zwrócić należy uwagę, że ograniczanie czasokresu leczenia w różnych przytoczonych wyżej przypadkach, powoduje niejednokrotnie u osób korzystających ze świadczeń poczucie krzywdy, wynikające z porównania kosztów poniesionych przez instytucję ubezpieczającą na leczenie pierwszych z nich, z kosztami przypadków drugich.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby ogranicza czasokres udzielania przez kasy chorych pomocy leczniczej do określonej w ustawie liczby tygodni; czasokres ten, — a raczej te czasokresy, bo są one różne, — bądź liczą się od początku danej choroby, bądź są maksymalnymi okresami udzielania pomocy w ciągu roku.

Tak skonstruowana norma, ograniczająca czasokres leczenia, operuje zatem następującymi pojęciami:

a) chorobą, jako zdarzeniem mającym swój ściśle określony początek i koniec, oraz odrębnym od innych zdarzeń tego typu, t. j. od innych chorób;

b) okresem korzystania z pomocy leczniczej w jednej chorobie;

c) okresem korzystania z pomocy leczniczej w ciągu roku.

Możliwość licznych kombinacji między temi pojęciami, które musi wykonać ustawa musi posiadać

się przy stosowaniu jej w znacznej różnorodności konkretnych przypadków, nasuwać może nawet przy jak najjaśniejszym sformułowaniu norm prawnych, cały szereg wątpliwości. O ileż więcej wątpliwości nasuwa życie, jeśli, tak jak to niestety istnieje, ustawa jest niejasna, interpretacje do niej niejasność jeszcze potęgują, a same wyżej przytoczone pojęcia nie są dokładnie sprecyzowane.

Niejasność ustawy powoduje daleko idące możliwości pozbawienia ubezpieczonego uprawnień, lub — co wobec ducha ustawy i obowiązujących interpretacji najczęściej w praktyce się zdarza, — daje częstokroć pole do nieprzestrzegania maksymalnego okresu leczenia i do udzielania pomocy leczniczej ubezpieczonemu, a szczególnie członkom rodziny, prawie bez ograniczeń co do czasu.

Jak już zaznaczyliśmy wyżej, projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym zachowuje normę, ograniczającą maksymalne czasokresy udzielania pomocy leczniczej w chorobie, lecz usuwa pojęcie maksymalnego czasokresu korzystania z pomocy leczniczej w ciągu roku. Mimo to projekt wprowadza wątpliwości nowe, bowiem nie wynika z niego dostatecznie jasno, czy i kiedy ubezpieczony może ponownie zacząć się leczyć na tę samą chorobę po wyczerpaniu maksymalnego czasokresu pomocy leczniczej, jeśli się z niej uprzednio nie wyleczył.

Wymienione niejasności w sformułowaniu ustawy dotychczas obowiązującej, oraz projektu ustawy nowej, ostatecznie, w pewnej mierze, mogą być osunięte bez zmiany samej zasady omawianych norm. Większe jednak i trudniejsze do pokonania przeszkody wprowadza samo pojęcie choroby, jako zdarzenia, odrębnego od chorób innych.

Klasyfikacja chorób używana przez kasy chorych na podstawie klucza międzynarodowego, określa wprawdzie choroby, jako odrębne od siebie zjawiska i stwarza dla każdej z nich osobny numer i nazwę. Jednak w tej klasyfikacji określa się nieraz odrębnymi numerami i nazwami, jako odrębne jednostki chorobowe, objawy chorobowe, mające jedną i tę samą przyczynę. Podczas leczenia, w wielu przypadkach u jednej i tej samej osoby różne choroby różne oznaczone w klasyfikacji mają wspólne tło i muszą być traktowane jako całość, która choć daje różne objawy, wymaga jednak jednolitego przyczynowego leczenia. Ta różnica między cechą klasyfikacji, która została stworzona dla celów statystycznych, a drogami, które prowadzi do pomocy leczniczej, powoduje szereg wątpliwości co do stosowania ograniczeń czasokresowych. Wątpliwości te wyjaśni najlepiej przykład: pacjent, chorujący na rozedmę płuc i w następstwie na osłabienie mięśnia sercowego, leczy się na rozedmę płuc (emphysema pulmonum — Nr. 104 według klasyfikacji), gdy przeważają u niego objawy ze strony płuc, a w krótkim czasie po wyczerpaniu świadczeń z tytułu tej choroby, lub na krótko przedtem, zaczyna leczyć się na serce (Nr. 87), gdy przeważają u niego objawy ze strony serca. Czy oba cierpienia, na które chory leczy się, są jedną chorobą, czy dwiema? Formalnie dwiema, bo lekarze leczący różnie obie te choroby oznaczyli, stosownie zresztą do wskazówek klasyfikacji; faktycznie jednak choroby te należą do tego samego zespołu przyczynowego i podobne lub identyczne będą

sposoby ich leczenia; bowiem lekarz pragnąc łagodzić objawy rzedmy płuc w leczeniu poprzednim, i tak musiał wzmacniać wydajność pracy mięśnia sercowego.

W praktyce chory będzie leczyl się bodajże bez ograniczeń, jeśli udając się do lekarza, kolejno podkreślać będzie przewagę to jednego, to drugiego cierpienia, i jeśli lekarze zależnie od tego stawiać będą różne dżagnozy uwidaczniając ich różnicę w odpowiednich dokumentach chorego.

Takich zespołów dolegliwości łączących kilka różnych według stosownej klasyfikacji chorób związanych z sobą przyczynowo, jest więcej; prawie w każdym takim przypadku ubezpieczony, a szczególnie członek rodziny, zależnie od tego, czy leczyl się na wszystkie choroby tego zespołu u jednego lekarza, czy u lekarzy różnych, od tego na jaki objaw chorobowy się skarży, lub na jaki lekarz zwróci specjalną uwagę stawiając odpowiednią dżagnozę — ma możność leczenia się na rachunek kasy chorych bez ograniczeń czasokresowych — lub z ograniczeniami.

Pojęcie jednej choroby, jako zdarzenia odrębnego od chorób innych, nie zostało dotychczas odpowiednio, szczegółowo i jasno dla celów ubezpieczeń społecznych ustalone i niewątpliwie byłyby poważne trudności, gdyby z wzięciem pod uwagę opisanych postanowień i intencji ustawy pokuszono się o ściśle określenie tego pojęcia. Już łatwiej możnaby znaleźć definicję dla pojęcia zespołu związanych z sobą dolegliwości choć i tu nasuwałyby się mogły poważne zastrzeżenia.

Życie jednak stwarza jeszcze więcej komplikacji.

Zdarzają się przypadki, że lekarz kasowy rozpozna jakąś chorobę i leczyl ją przez dłuższy okres czasu. Chory, bądź ze względu na zbliżający się okres końcowy uprawnień do korzystania z pomocy leczniczej, bądź niezadowolony z dotychczasowych wyników leczenia, udaje się do innego lekarza i ten określa chorobę inaczej. Kasa chorych, a właściwie jej urzędnik, załatwiający pacjentów przy okienku, oczywiście opiera się na dżagnozie uwidocznionej w odpowiednim dokumencie chorego — i chory z tą samą chorobą leczyl się dalej. Takie przypadki łatwo zdarzyć się mogą w licznych przewlekłych chorobach wewnętrznych, przemiany materji i t. p., w których dżagnoza jest niejednokrotnie trudną i może być sporną, lub w których różne subtelne odcienie tej samej choroby mają inną nazwę, lub inny numer w klasyfikacji. Poszczególne choroby nieraz zresztą trudno określić odrazu i ten sam lekarz w trakcie leczenia może dżagnozę zmienić.

Wszystkie takie zdarzenia kształtują się przygodnie, nieraz bez jakiegokolwiek głębszej myśli, oraz bez istotnego znaczenia dla samego zdarzenia chorobowego, mogą wpływać na okres korzystania ubezpieczonego z pomocy leczniczej kasy chorych. Oczywiście nie wszystkie przypadki chorobowe budzą te wątpliwości i niejednokrotnie chorobę od choroby odróżnić jest łatwo. Jednak przypadków skomplikowanych a opisanych wyżej jest tak poważna liczba, że trudności na tem tle powstające wpływają znacznie na unierealnienie normy, ograniczającej czasokres leczenia.

Wynika z tego, że pojęcie choroby w omawianym znaczeniu, wprowadzone do ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby w obecnej formie jest niejasne i trudne do zdefiniowania; dlatego raczej jest ono teoretyczne, niż życiowe — i jako takie nie nadaje się do oparcia na niem normy prawnej o zasadniczym znaczeniu i znajdującej w praktyce codzienne zastosowanie; powtórzenie zaś w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym tego samego pojęcia i dla tych samych celów, wywołuje pewne zastrzeżenia również i dlatego, że w nauce pojęcie choroby coraz więcej ustępuje pojęciu organizmu czy człowieka chorego, a w życiu nie okazało się dostatecznie ścisłym.

Wiadomem jest powszechnie, że w okresie pomysłności gospodarczej kraju (lata 1927 — 1929) instytucje ubezpieczeń społecznych zajęły się szczególnie żywo walką z gruźlicą, w której leczenie sanatoryjne odgrywa decydującą rolę. Zapotrzebowanie na miejsca w sanatorjach przekraczało znacznie liczbę miejsc, które pozostawały do dyspozycji i trzeba było stosowanie leczenia sanatoryjnego ograniczać tylko do przypadków koniecznych. Zatem większość chorych na gruźlicę leczono ambulatoryjnie. Jednak zdarzały się niejednokrotnie przypadki, w których przebieg cierpienia, po pewnym okresie leczenia ambulatoryjnego, wymagał koniecznie zastosowania leczenia w sanatorjum. Okres leczenia ambulatoryjnego, następnie okres oczekiwania na miejsce w sanatorjum były często dostatecznie długie, aby ogólny dopuszczalny czasokres leczenia przewidziany ustawą nie pozwolił na leczenie sanatoryjne, lub na zastosowanie go przez zbyt krótki przeciąg czasu, — i chory, który najczęściej nie mógł ponosić sam kosztów dalszej kuracji, pozostawał bez opieki.

Przytoczyliśmy przypadek jeden z najcharakterystyczniejszych, dla wykazania w jaki sposób norma czasokresowa utrudnia walkę z gruźlicą, — która wszak stała się wprost sztandarowym hasłem w działalności kas chorych. Lecz gruźlica jest tylko jedną z t. zw. chorób społecznych, w których zwalczaniu instytucje ubezpieczeń społecznych starają się jak najintensywniej uczestniczyć — a wszak prawie wszystkie choroby społeczne wymagają leczenia dłuższego. Czyż norma ograniczająca czasokres leczenia nie przeciwstawia się tej działalności ubezpieczeń? Poza chorobami społecznymi istnieje cały szereg cierpień, jak np., niektóre choroby wewnętrzne, przemiany materji, nerwowe i t. p., nawet niewymagające leczenia zamkniętego, w których zgóry, rozpoczynając leczenie, można przewidzieć, że będzie ono trwało okres dłuższy, niż dopuszczalny ustawowo i że chory zaprzestanie leczenia z braku środków, gdy kasa chorych dalszej pomocy odmówi.

Skutki stosowanej klauzuli czasokresowej są różne, lecz zawsze dla ubezpieczonego szkodliwe. Ubezpieczony, jak to podkreślono wyżej, najczęściej nie ma funduszków na ponoszenie kosztów kontynuowania leczenia, więc je przerywa. Przerwana kuracja czasem przynosi pewną poprawę, czasem nie, ale najczęściej, jeśli chory nie umrze, spowoduje konieczność kontynuowania jej w następnym roku — przy czym ta kuracja druga niewątpliwie będzie znacznie

dłużej trwała, niż trwałaby, gdyby leczenie było kontynuowane w roku poprzednim bez przerwy; skutki kuracji poprzedniej, wobec jej przerwania, zostają bowiem całkowicie lub częściowo zniszczone. Leczony pozostaje zatem chory przez czas znacznie dłuższy, niż to jest konieczne, a to, ze względu i na jego interesy i na interes społeczeństwa jest oczywiście szkodliwe; jego kuracja, a często również okres niezdolności do pracy będą dłuższe, co spowoduje dla instytucji ubezpieczającej większe koszty, zatem w tych przypadkach jest poszkodowaną również i kasa chorych.

Podkreślaliśmy znaczenie akcji profilaktycznej w działalności instytucji ubezpieczeń społecznych i widoki dalszego jej rozwoju. Są dziedziny w tej akcji tak zbliżone do działalności leczniczej, że niemożliwym staje się odłączenie akcji zapobiegawczej od leczniczej, a niejednokrotnie nawet trudno jest znaleźć wyraźne granice między dziedziną jedną a drugą^{*)}. Norma czasokresowa w wielkiej mierze uniemożliwia prowadzenie akcji profilaktycznej w tych dziedzinach, w których łączy się ona z lecznictwem i w których osoba, którą ta akcja obejmuje, powinna ze względu na charakter akcji pozostawać pod jej wpływem przez czas dłuższy. Tak np. stacje opieki nad matką i dzieckiem miałyby poważne kłopoty, gdyby lekarz poradni, pragnąc wyleczyć u dziecka spostrzeżone wady rozwojowe (np. krzywica) musiał przerwać swą działalność po 13-tu tygodniach. A wszak krzywica jest chorobą w znaczeniu ustawy (Nr. 154) i jako taka nie powinna być według niej leczona na koszt ubezpieczeń społecznych dłużej, niż na to zezwala ustawa, która nie czyni wyjątków dla chorób, leczonych przez instytucje profilaktyczne.

Takiego wyjątku ustawa nawet nie mogłaby uczynić, bodajby z tego względu, że w ten sposób różniczkowałaby prawa ubezpieczonych; ubezpieczony pozostający w opiece poradni miałby bowiem prawa większe, niż ubezpieczony, leczący się na tę samą chorobę w kasowym ambulatorjum bądź z własnej woli, bądź w braku poradni — z konieczności.

Jak z powyższego wynika, klauzula czasokresowa w tej dziedzinie działalności tak popieranej, popularnej i wywalczającej sobie z wielkimi trudnościami prawo bytu i rozwoju, paraliżuje wszelkie poczynania, chyba, że nie będzie się nazywało działalnością leczniczą akcji o charakterze leczniczym tylko dlatego, że w bilansach instytucji ubezpieczeniowych figurować ona może w rubryce profilaktyki.

Gdyby zażądać od instytucji ubezpieczeniowych ścisłej celowości udzielanej przez nią pomocy leczniczej, to przy istnieniu normy ograniczającej czasokres leczenia np. do 13-tu tygodni (norma stosowana w ubezpieczeniu chorobowym wobec członków rodzin), — w tych przypadkach, w których choroba nie sprawia cierpienia, ani nie grozi niebezpieczeństwem dla życia w najbliższym czasie, a jest chorobą, której leczenie można zgóry przewidzieć na okres dłuższy, — należałoby zaniechać podejmowa-

nia leczenia, boć będzie ono oczywiście bezcelowym. Czyli choroby, które ze swej natury wymagają okresu leczenia dłuższego od czasokresów ustawowych — powinny być wyeliminowane z ubezpieczenia chorobowego — przynajmniej w odniesieniu do członków rodzin i do tych ubezpieczonych, którzy nie składowali conajmniej 200 tygodni w ciągu ostatnich 10-ciu lat, t. j. którzy nie nabyli praw do kontynuowania leczenia na rachunek ubezpieczenia długoterminowego. Lecz czy takie postawienie zagadnienia było i jest intencją twórców ustaw ubezpieczeniowych? Napewno nie. A wszak to rozwiązanie nasuwa się samo przez się, jako konsekwencje przyjętych założeń, choć ze względu na możliwości zbyt dowolnej interpretacji i oczywistą sprzeczność z założeniem ubezpieczenia — byłoby niemożliwym do zrealizowania.

Norma ograniczająca czasokres leczenia w wielkiej mierze stała się martwą literą prawa i liczba przypadków, w których kasy chorych przerywają udzielanie na jej podstawie pomocy leczniczej, jest znikomo mała.

Złożył się na to szereg powodów, a mianowicie:

- a) niejasność ustawy;
- b) trudności w sprecyzowaniu pojęcia „choroby” dla potrzeb życiowych;
- c) trudności w określaniu początku choroby, a szczególnie jej końca;
- d) ujemne finansowe skutki dla instytucji ubezpieczeniowych spowodowane przerywaniem pomocy leczniczej przed wyleczeniem;
- e) brak wewnętrznej logiki przerywania leczenia w razie możliwości wyleczenia i marnotrawienia wskutek tego włożonych w leczenie wysiłków i środków;
- f) wreszcie właściwe psychice polskiej poczucie humanitaryzmu.

Kasy chorych starają się ściśle przestrzegać normy czasokresowej przy udzielaniu zasiłków, lecz mniej już są rygorystyczne, w przestrzeganiu czasokresu w razie leczenia chorych w zakładach leczenia zamkniętego (szpitale, sanatoria); natomiast wielka różnorodność panuje w poszczególnych kasach chorych w odnoszeniu się do normy czasokresowej w przypadkach udzielania pomocy leczniczej w domu chorego lub w gabinecie lekarza. Można pod tym względem podzielić kasy chorych na trzy grupy: do pierwszej należą kasy, które omawianej normy nie przestrzegają ze względu na trudności techniczne w nadzorowaniu czasokresu, w którym chory pozostaje w leczeniu; do tej grupy należy poważna większość (może nawet prawie wszystkie za wyjątkiem niektórych wielkomiejskich) kas województwa poznańskiego i pomorskiego. Do drugiej grupy należą kasy, które ze względów humanitarnych i ze względu na specyficzny sposób pojmowania kas chorych, jako instytucji społecznych, świadomie tej klauzuli nie respektują, wreszcie do grupy trzeciej należą te kasy, które choć zasadniczo przestrzegają dat końcowych dopuszczalnego czasokresu leczenia, świadomie i w drodze osobnych decyzji przedłużają leczenie, jeśli kontynuowanie pomocy leczniczej rokuje widoki wyleczenia lub poprawy, czyniąc to w zrozumieniu własnej korzyści finansowej; do grupy drugiej nale-

^{*)} Por. N. Z.: „Podstawowe czynniki rozwoju środków zdrowia i opieki społecznej Kas Ch. woj. Poznańskiego i Pomorskiego”. — „Lekarz Polski”, 1931 r. Nr. 9.

żą w zasadzie kasy małopolskie, a do trzeciej kasy województw centralnych i wschodnich. Oczywiście ścisły podział kas ani na wymienione grupy, ani na terytorja, nie da się tu przeprowadzić — i nie mamy pretensji do jego bezwzględnej zgodności z rzeczywistością. Niemniej jednak wymienione trzy przyczyny wpływają na stanowisko kas chorych w stosunku do normy czasokresowej. Pamiętać jednak zawsze o tem należy, że niezależnie od tych przyczyn utrudniają stosowanie normy jej zasadnicze wady wyżej wyszczególnione.

Brak odpowiednich danych statystycznych nie pozwala nam poprzeć naszego twierdzenia cyframi, jednak obserwacja działalności szeregu kas i ustne opinie tu i ówdzie zasiągnięte pozwalają wysunąć jako cyfrę dyskusyjną przerwanych kuracji — z przypuszczeniem, że może być ona raczej niższą, niż wyższą — około 3% w stosunku do ogólnej liczby osób leczonych, i to tylko w tych kasach, w których klauzula ta jest przestrzegana.

Z dotychczasowych wywodów wynika, że norma ograniczająca czasokres udzielania pomocy leczniczej nie spełnia nałożonych na nią zadań; nie broni dostatecznie instytucji ubezpieczeniowej przed nadmiernymi wydatkami na leczenie i nie eliminuje z pod opieki kas chorych przypadków chorobowych o charakterze chronicznym; wprawdzie stosunkowo dobrze rozwiązuje zagadnienie maksymalnej granicy zobowiązań instytucji ubezpieczeniowej wobec ubezpieczonego, gdy celem pomocy leczniczej jest tylko

przyniesienie ulgi w cierpieniach, lecz bodajże w tej tylko dziedzinie wykazuje zalety. Utrudnia lub uniemożliwia bowiem osiągnięcie przez pomoc leczniczą najistotniejszego jej celu, t. j. wyleczenia, walkę z chorobami społecznymi, celowe wprowadzenie szeregu dziedzin do akcji profilaktycznej, a ponadto, jako norma prawna oparta na pojęciach niesprecyzowanych i nie mających ścisłego i jednolitego znaczenia, nie daje dostatecznie jasnych wskazówek przy stosowaniu jej w życiu.

W praktyce, dopóki norma ta nie jest należycie przestrzegana, jej wady nie dają się zbyt jaskrawo odczuć — jednak, w okresie kryzysu finansowego, gdy rygorystyczne respektowanie wszelkich norm, określających granice zobowiązań instytucji ubezpieczeń społecznych wobec ubezpieczonych, stać się może kwestją dalszej ich egzystencji, ujawnią się wszelkie jej ujemne cechy; wówczas nie tylko nie zabezpiecza ona dostatecznie finansowych interesów instytucji ubezpieczeniowych, ponadto może narazić je na straty i w psychikę ubezpieczonych zasiać uzasadnioną niewiarę w celowość ubezpieczenia na wypadek choroby.

Konieczność pozostawienia jako normy prawnej maksymalnej granicy świadczeń leczniczych, których mają prawo domagać się od ubezpieczeń społecznych ubezpieczeni, jest oczywistą, jednak głównym miernikiem tej granicy nie powinien być czasokres udzielania pomocy leczniczej, a czynnik inny, odpowiadający istocie leczenia i jego istotnym zadaniom,

ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

USTAWA O OBOWIĄZKOWEM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY Z DN. 19 MAJA 1920 R.

(Dz. U. R. P. Nr. 44, POZ. 272).

Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby III C. z dnia 14 sierpnia 1931 r. Nr. III. 1. R. 416/31/1 w sprawie wysokości odsetek zwłoki od zaległych składek ubezpieczeniowych.

W czasie od 1 stycznia 1924 r. do dnia 30 listopada 1930 r. Kasy Chorych były uprawnione do pobierania od zaległych składek ubezpieczeniowych odsetek zwłoki w wysokości 2 proc. miesięcznie).*

Z uzasadnienia:

„Również mylne jest stanowisko sądu rekursowego, jakoby odsetki od zaległych składek na rzecz kas chorych wynosiły tylko 6% w stosunku rocznym. Kasa Chorych jest instytucją o charakterze publiczno-prawnym w myśl art. 9 ustawy z dnia 6 grudnia 1923 r. Nr. 127, poz. 1044 Dz. Ust.; składki jej należne są więc publiczno - prawnymi dochodami i dlatego odsetki zwłoki obliczało się od tych składek po myśli art. 10

wspomnianej ustawy na 2% miesięcznie, czyli 24% rocznie, począwszy od wejścia w życie tej ustawy, t. j. od 1 stycznia 1924 r. Powyższy przepis prawny nie został bynajmniej uchylony ani do chwili podania wniosku egzekucyjnego, ani nawet do chwili powzięcia decyzji Sądu rekursowego. Nie uchylilo go bynajmniej rozp. Prez. Rzp. z dnia 14 kwietnia 1924 r. Nr. 34, poz. 351 Dz. Ust., dotyczące wyłącznie zmiany ustroju pieniężnego, bo powołany przez Sąd rekursowy § 14 lit. b tego rozporządzenia postanawia wyraźnie, że art. 9 ustawy z dnia 6 grudnia 1923 r. Nr. 127, poz. 1044 Dz. Ust. traci moc obowiązującą tylko o tyle, o ile dotyczy zastosowania stałej jednostki (t. j. franka złotego) do obliczania danin i niektórych innych dochodów publicznych. W ten sposób straciły moc obowiązującą tylko ustępy 2, 3, 4 i 5 wspomnianego artykułu 9, a pozostał w mocy jego ustęp pierwszy.

Wysokości odsetek zwłoki od zaległych składek na rzecz kas chorych nie zmieniła też ani powołana przez Sąd rekursowy ustawa z dnia 31 lipca 1924 r. Nr. 73 poz. 721 Dz. Ust. (art. 10), ani rozp. Prez. Rzp. z dnia 17 maja 1927 r. Nr. 46 poz. 401 Dz. Ust. (art. 1 i 2), które normują wysokość kar za zwłokę, odsetek za odroczenie w podatkach państwowych, oraz od danin komunalnych, lecz dopiero przepis art. 79 rozp. Rzp. z dn. 29 listopada 1930 r. Nr. 81 poz. 635 Dz. Ust. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń

*) W orzeczeniu nin. Sąd Najwyższy zajął stanowisko odmienne, aniżeli N. T. A. w wyroku z dnia 19.4.1932 r. L. Rej. 4369/30 (patrz „Przeгляд” z roku bież. Nr. 6).

społecznych zmienił wysokość rzeczonych odsetek. To rozporządzenie ogłoszone zostało i uzyskało moc obowiązującą dopiero z dniem 30 listopada 1930 r., wobec czego nie może wywrzeć żadnego wpływu na rozstrzygnięcie obecnego rekursu, gdyż decyduje stan prawny istniejący w chwili podania wniosku o dozwole nie egzekucji”.

Z wyroku N. T. A. z dnia 19 lutego 1932 r. L. Rej. 314/30 w sprawie ze skargi Żyd. Gminy Wyznaniowej w Busku, na orzeczenie Urzędu Wojew. w Tarnopolu w przedmiocie ubez. rzezaków rytualnych na wyp. choroby.

Żydowscy rzezaczy rytualni, o ile są zatrudnieni na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby.

„Rozpatrując skargę, N. T. A. rozważył, jak następuje:

Według znajdującego się w aktach urzędowego wypisu ze statutu Żyd. Gminy Wyzn. w Busku § 34 zawiera postanowienie, że rzezaczy, mianowani przez Radę tej gminy, są płatnymi funkcjonariuszami Gminy Wyzn., otrzymują z Kasy tej gminy umówione pobyry i nie mogą pobierać od stron jakichkolwiek należytości. Zgodnie z tem postanowieniem statutu zeznał M. K. przesłuchany dnia 2 grudnia 1927 r. w urzędzie gminnym w Busku, że będąc w czynnej służbie jako rzezak pobiera za wykonywany ubój bydła i drobiu 30 zł. tygodniowo. Dalej zeznał zastępca przełożonego Żyd. Gminy Wyzn. w Busku M. H. dnia 15 listopada 1928 r. w Starostwie w Kamionce Strumiłowej, że M. K. zatrudniony jest jako stały funkcjonariusz rytualny z prawem do emerytury. Z przytoczonych ustaleń wynika niewątpliwie, że rzezaczy rytualni znajdują się w stosunku służbowym do Żyd. Gminy Wyzn. w Busku. Okoliczność zaś, wskazana w skardze, że Gmina skarżąca nie jest przedsiębiorstwem i że wskutek tego stosunek rzezaków (szlechterów) rytualnych do tej Gminy nie jest stosunkiem pracowników do przedsiębiorcy, jest bez znaczenia dla kwestji obowiązku ubezpieczenia rzezaków rytualnych na wypadek choroby. Na zasadzie bowiem art. 3 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. poz. 272) obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszystkie osoby, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, a w szczególności... pracownicy stowarzyszeń religijnych i t. d. Skoro zaś skarżąca Gmina jest stowarzyszeniem religijnym, przeto stosunek służbowy wynikający z przytoczonego wyżej postanowienia §-fu 34 statutu tej Gminy, jaki zachodzi między rzezakami w ich charakterze religijno - rytualnym a skarżącą Gminą, stanowi sam dla siebie dostateczną podstawę prawną do zastosowania przepisów ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby w odniesieniu do rzezaków, jako podpadających pod art. 3 tej ustawy”.

Z wyroku N. T. A. z dnia 13 kwietnia 1932 r. L. Rej. 8642/30, w sprawie ze skargi H. L. w Łodzi na orzeczenie G. U. U. w przedmiocie zwrotu przez K. Ch. m. Łodzi kosztów leczenia.

Przewidziany w art. 42 ust. III zwrot kosztów pozakasowej pomocy lekarskiej, udzielonej choremu w wypadku nagłym, gdy zwłoka groziła niebezpie-

czeństwem, dotyczy tylko takich wypadków, w których ta pomoc nie mogła być zaspokojona przez Kasę.

„Art. 42 (ustęp III) ustawy z 19 maja 1920 roku głosi, że jeżeli do udzielenia pomocy członek wezwał lekarza pozakasowego, zarząd kasy obowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków tylko w takim razie, jeżeli stało się to za zezwoleniem zarządu kasy lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem.

Jak okazuje się z postanowień, zawartych w art. 23 powyższej ustawy, kasa chorych udziela swoim członkom względnie ich członkom rodziny, uprawnionym do pomocy ze strony kasy na zasadzie art. 33 tej samej ustawy — pomocy lekarskiej w naturze. W tym względzie przytoczone wyżej postanowienia, zawarte w art. 42. III, mają charakter przepisu wyjątkowego. Jeżeli wobec tego w przepisie tym zobowiązano Kasę Chorych do zwrotu kosztów pozakasowej pomocy lekarskiej udzielonej choremu w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem, to uznać należy, że ustawodawca ma przytem na myśli nie każdy wypadek, — w którym zachodziła potrzeba bezzwłocznej pomocy lekarskiej, lecz tylko taki wypadek, w którym ta potrzeba nie mogła być przez Kasę zaspokojoną, a zatem albo wypadek, w którym zachodziła potrzeba bezzwłocznej pomocy lekarskiej, a chory zwrócił się do kasy bezskutecznie, albo wypadek, w którym chory, potrzebujący bezzwłocznie pomocy lekarskiej, mógł tę pomoc uzyskać od lekarza pozakasowego, a nie miał możliwości uzyskania jej od kasy bez narażenia się na niebezpieczeństwo i z tego powodu uciekł się do pomocy lekarskiej pozakasowej.

W niniejszym wypadku stwierdził wprawdzie lekarz pozakasowy Dr. K. potrzebę natychmiastowej operacji. Gdy jednak skarżący nie żądał pomocy od Kasy Chorych i nie twierdzi nawet, że bez narażenia swego syna na niebezpieczeństwo nie mógł zamiast do dr. K. zwrócić się do Kasy Chorych o pomoc a w szczególności o zbadanie lekarskie i o wydanie zarządzeń co do leczenia, N. T. A. nie mógł dopatrzeć się w zaskarżonym orzeczeniu naruszenia praw skarżącego”.

6499/30 w sprawie ze skargi B. I. P. w Bereźnicy na orzeczenie Wojewody Poleskiego w przedmiocie zasiłku z powodu braku pracy.

Z wyroku N. T. A. z dn. 30 marca 1932 r. L. Rej. 6499/30 w sprawie ze skargi Benjamina Icka Pika w Bereźnicy na orzeczenie Wojewody Poleskiego w przedmiocie zasiłku z powodu braku pracy.

Przedawnienie z art. 56 rozp. o ub. prac. umysł. jest przedawnieniem umarżającym, które w myśl ogólnych zasad prawa cywilnego powoduje wygaśnięcie prawa do świadczeń, przewidzianych w rozporządzeniu, przez samo niewykonanie tego prawa w ciągu określonego terminu niezależnie od przyczyn, które je spowodowały.

„W myśl art. 56 ust. 1 pkt. 3 powołanego wyżej rozporządzenia Prez. Rzp. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych prawo do świadczeń, przewidzianych w tem rozporządzeniu, ustaje przez przedawnienie, przyczem w myśl ust. 2 tegoż artykułu odnośnie do przedawnienia stosuje się przepisy obowiązujących

ustaw cywilnych z tem, że roszczenie o zasiłek w razie braku pracy lub zapomogę na podróż przedawnia się z upływem 6-miesięcznego terminu od chwili powstania uprawnienia do tego świadczenia. Z przytoczonych postanowień wynika, że przedawnienie z art. 56 cytowanego rozporządzenia jest przedawnieniem umarzającym (praescriptio extinctiva), które w myśl ogólnych zasad prawa cywilnego powoduje wygaśnięcie prawa do świadczeń, przewidzianych cytowanym rozporządzeniem przez samo niewykonanie tego prawa w ciągu określonego terminu niezależnie od przyczyn, które je spowodowały. Skoro zatem w danym wypadku jest poza sporem, że skarżący roszczenie o zasiłek z powodu braku pracy zgłosił po upływie powyższego terminu prekluzyjnego, który jak to orzekł

N. T. A. w wyroku swym z 20 stycznia 1931 r. L. Rej. (926/29*), liczy się od dnia utraty zajęcia, to władza pozwana legalnie oddaliła jego roszczenie jako spóźnione i nie potrzebowała rozważać przytoczonych w odwołaniu okoliczności, usprawiedliwiających zdaniem skarżącego omieszkanie oznaczonego terminu, gdyż okoliczności te w myśl zasad wyżej wyłuszczonych nie miały żadnego dla sprawy znaczenia, albowiem nie mogły wpłynąć na przedłużenie uchybionego terminu.

Kierując się temi rozważaniami N. T. A. oddalił skargę, jako nieuzasadnioną.

*) Wyrok opublikowany w Nr. 1 — 2 „Przeglądu” z roku bieżącego.

KRONIKA

OPINJA ZWIĄZKU ZAKŁADÓW U. P. U. W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM.

Na posiedzeniu w dniu 12 lipca b. r. Rada Zarządzająca Związku Zakładów obradowała nad projektem ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wniesionym przez Rząd do Sejmu w dniu 2 marca b. r. Uchwała Rady, powzięta po wyczerpującej dyskusji, ogranicza się do zagadnień pozostających w związku z ubezpieczeniem pracowników umysłowych, unormowaniem rozp. Prez. Rzplitej z dn. 24.XI.27 r. oraz rozp. Prez. Rzplitej z dn. 29.XI.30 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, a więc w szczególności do sprawy organizacji ubezpieczenia i do sprawy zakresu i form działania władz nadzorczych. Ze względu na objętość uchwały Rady Zarządzającej nie możemy zamieścić jej w pełnym brzmieniu i podajemy ją w obszernym streszczeniu.

Rada Zarządzająca wypowiedziała się przeciw zniesieniu osobowości prawnej i odrębności organizacyjnej ubezpieczenia pracowników umysłowych, a w szczególności przeciw połączeniu organizacyjnemu ubezpieczenia pracowników umysłowych z innymi działami ubezpieczeń społecznych w jednym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Natomiast za właściwą formę współdziałania odrębnych instytucji ubezpieczeń społecznych, wykonywujących poszczególne działy tych ubezpieczeń, uznała Rada utworzenie ogólnej instytucji wspólnej, regulującej to współdziałanie, w szczególności, o ile pewne wspólne czynności (rejestracja ubezpieczonych, wymiar i ściąganie składek) powierzoneby zostały organom niezależnym od jakiegokolwiek instytucji ubezpieczeniowej, a podlegającym wyżej wymienionej instytucji wspólnej.

O ileby nie zostały utworzone specjalne, niezależne od poszczególnych instytucji ubezpieczeniowych, organa dla wspólnego wykonywania pewnych czynności, wówczas Rada Zarządzająca za właściwą formę współdziałania uznała powierzenie na podstawie ustawy lub wzajemnego porozumienia poszczególnych agend innym instytucjom ubezpieczeń społecznych, przy czym czynności administracyjne, związane z rejestracją ubezpieczonych i ściąganiem składek, powinny być o ile możliwości wykonywane łącznie dla wszystkich działów ubezpieczeń społecznych przez oddziały instytucji ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych i robotników, oddzielnie dla każdej z tych kategorii pracowników.

Zdaniem Rady, o ile utrzymana zostanie zasada zniesienia odrębności ubezpieczenia od wypadków przy pracy, wówczas

ubezpieczenie pracowników umysłowych od wypadków przy pracy powinno być ustawowo, organizacyjnie i finansowo połączone z ubezpieczeniem emerytalnym drogą objęcia przez ubezpieczenie emerytalne również i tego ryzyka przy odpowiedzialnym uzupełnieniu składki i wprowadzeniu właściwych świadczeń.

W dalszym ciągu uchwały Rada Zarządzająca wypowiada się za oparciem organizacji ubezpieczenia pracowników umysłowych na następujących zasadach:

Ubezpieczenie pracowników umysłowych na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci, na wypadek braku pracy oraz ewentualnie od nieszczęśliwych wypadków przy pracy wykonywa Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, będący osobą prawną, z siedzibą w Warszawie, obejmujący swą właściwością terytorjalną cały obszar Rzeczypospolitej. Zakład posiada oddziały w Warszawie, Lwowie, Poznaniu i Król. Hucie. Minister Opieki Społecznej może w drodze rozporządzenia na wniosek Zakładu zarządzić utworzenie dalszych oddziałów w innych miejscowościach i ustalić ich właściwość terytorjalną. Oddziały Zakładu nie posiadają odrębnej osobowości prawnej.

Zmiana obecnego stanu rzeczy w kierunku powyższym powinna być, zdaniem Rady, dokonana z jaknajwiększą oględnością organizacyjną po dokonaniu szeregu niezbędnych prac przygotowawczych oraz w momencie, gdy podjęte w ostatnich latach zasadnicze prace koordynacyjne pomiędzy Zakładami zostaną przeprowadzone.

Do zakresu działania oddziałów Zakładu należy: a) przyjmowanie zgłoszeń do ubezpieczenia, orzekanie o obowiązku ubezpieczenia, rejestracja ubezpieczonych, kontrola zakładów pracy, b) wymiar i ściąganie składek, c) przyznawanie świadczeń i pomocy leczniczej i kontrola uprawnionych do świadczeń, d) wykonywanie innych czynności powierzonych przez statut lub uchwały Rady Zarządzającej Zakładu. Zakład wykonywałby wszystkie pozostałe czynności.

Jako organy Zakładu uchwała wymienia: Radę Zarządzającą, Główną Komisję Świadczeniową, Komisję Rewizyjną, Komisje Oddziałowe, Dyrekcję.

Rada Zarządzająca składa się w 2/3 z przedstawicieli pracowników oraz członków mianowanych przez Ministra O. S. w liczbie równej 1/3 członków z wyboru. Liczbę członków Rady określa statut Zakładu. Przewodniczącym Rady jest

Prezes Zakładu mianowany na wniosek Ministra O. S. przez Prezydenta Rzplitej z pośród członków Rady.

Rada Zarządzająca jest naczelnym organem uchwalającym i sprawuje ogólne kierownictwo działalności Zakładu. Do zakresu działania Rady w szczególności należy uchwalanie zmian statutu, preliminarza budżetowego, rozpatrywanie i przyjmowanie sprawozdań i rocznych zamknięć rachunkowych, powoływanie i zwalnianie dyrektora i niektórych innych urzędników Zakładu, ustalanie okresowych planów lokat i w ramach powyższych planów kwot, które mają być ulokowane na obszarze działania poszczególnych oddziałów, oraz szczegółowych dyrektyw w sprawie wykonania planu lokat wreszcie ustalanie planów dobrowolnej działalności leczniczej Zakładu.

Główna Komisja Świadczeniowa składa się z 4 członków wybranych przez Radę z pośród jej grona, przyczem 2 członków wybierają z pośród siebie członkowie Rady z grupy pracowników, 1 członka członkowie Rady z grupy pracodawców; przewodniczącego Komisji wybiera cała Rada z pośród członków mianowanych.

Do zakresu działania Głównej Komisji Świadczeniowej należy decydowanie w sprawach o świadczenia, przekazanych przez Komisje Oddziałowe, ich przewodniczących i kierowników oddziałów. Prezes Zakładu może na wniosek dyrektora nadawać poszczególnym orzeczeniom Głównej Komisji Świadczeniowej moc wiążącą dla organu wykonawczego i komisji oddziałowych przy przyznawaniu świadczeń.

Komisja Rewizyjna składa się z 4 członków, a mianowicie: 2 przedstawicieli pracodawców i 1 przedstawiciela pracowników, wybranych przez Radę z poza swego grona z pośród osób posiadających bierne prawo wyborcze z danej grupy oraz 1 członka mianowanego przez Ministra O. S.

Komisje oddziałowe składają się z członków Rady, wybranych z okręgu działania oddziału i członków Rady z nominacji z wyjątkiem prezesa Zakładu i jego zastępcy, zamieszkujących w okręgu działania oddziału. Przewodniczącego i jego zastępcę wybiera Komisja z pośród swych członków. Do zakresu działania Komisji należy: a) przedstawianie Radzie wniosków w sprawach należących do kompetencji Rady, a dotyczących danego oddziału, b) przedstawianie właściwym organom Zakładu wniosków w sprawie wykonania planu lokat i zarządu majątku w stosunku do okręgu działania oddziału, c) decydowanie w sprawach powierzonych przez Radę Zarządzającą, d) nadzór nad działalnością oddziału przy przyznawaniu świadczeń i decydowanie w sprawach o świadczenia w zakresie ustalonym w statucie.

Organem wykonawczym Zakładu jest dyrekcja, w skład której wchodzi dyrektor i dwaj pracownicy na stanowiskach kierowniczych bezpośrednio podległych dyrektorowi, powołani przez Radę na wniosek dyrektora, w sprawach zaś, dotyczących ich działów, kierownicy działu matematycznego i działu lekarskiego. Prezes lub jego zastępca przewodniczy w posiedzeniach dyrekcji, nie biorąc udziału w głosowaniu.

Do zakresu działania dyrekcji należy: a) przygotowywanie wniosków dla Rady Zarządzającej, b) wykonywanie okresowych planów lokat, c) ustalanie statutów organizacyjnych i instrukcyj biurowych dla biur Zakładu.

Dyrektor jest zwierzchnikiem służbowym całego personelu Zakładu, do zadań jego należy kierownictwo wszystkimi czynnościami Zakładu, wykonywanymi przez oddziały oraz wykonywanie preliminarza budżetowego, przyczem dyrekcja ustala wysokość i zakres wydatków administracyjnych powierzonych kierownikom oddziału.

Nadzór państwowy nad Zakładem i jego oddziałami sprawuje Minister O. S. Celem nadzoru państwowego jest czuwanie nad wykonywaniem przez Zakład powierzonych mu zadań i nad zgodnością działalności Zakładu z obowiązującym prawem oraz zapewnienie uwzględniania w działalności Zakładu ogólnego interesu publicznego.

Nadzór państwowy jest wykonywany przez: 1) nadanie pierwszego statutu Zakładu, 2) zatwierdzanie uchwał Rady w sprawie zmiany statutu, okresowych planów lokat, przepisów służbowych dla pracowników, odszkodowania członków organów kolegialnych, mianowania i zwolnienia wyższych urzędników Zakładu, 3) udział delegatów w posiedzeniach organów, 4) decydowanie o ważności uchwał Rady i Głównej Komisji Świadczeniowej, zawieszonych przez przewodniczących, 5) poddawanie rewizji gospodarki i działalności Zakładu, 6) rozwiązywanie w wypadkach określonych organów kolegialnych Zakładu, 7) zwoływanie z własnej inicjatywy posiedzeń organów kolegialnych, 8) zawieszanie w czynnościach dyrektora oraz kierowników działu matematycznego i lekarskiego i zarządzanie wdrożenia postępowania dyscyplinarnego.

W zakresie prowadzenia bieżących bezpośrednich agend ubezpieczeniowych współdziałanie Zakładu U. P. U. z innymi instytucjami ubezpieczeń społecznych następować może w drodze wzajemnego powierzenia poszczególnych czynności bądź na całym obszarze, bądź na określonych terytorjach. Powierzenie czynności następuje bądź z mocy ustawy, bądź z inicjatywy instytucji uprawnionej do powierzenia agend. Z mocy ustawy powierza się Kasom Ubezpieczeń Społecznych: 1) przyjmowanie i badanie wniosków o świadczenia, uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu oraz z tytułu nieszczęśliwych wypadków przy pracy, 2) udzielanie pomocy leczniczej z mocy art. 25 oraz z tytułu nieszczęśliwego wypadku przy pracy, 3) stałą kontrolę zakładów pracy.

Zakład U. P. U. może powierzać Kasom: 1) przyjmowanie i badanie wniosków o świadczenia z powodu braku pracy oraz wypłatę tych świadczeń, 2) przyjmowanie i badanie wniosków o przyznanie dobrowolnej pomocy leczniczej. Kasy Ubezpieczeń mogą powierzać oddziałom Zakładu w odniesieniu do pracowników umysłowych, podlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby: 1) przyjmowanie do ubezpieczenia i rejestrację ubezpieczonych, 2) kontrolę zakładów pracy, 3) wymiar i ściąganie składek, 4) wymiar i wypłatę świadczeń pieniężnych.

Współdziałanie w zakresie pozostałych agend Zakładu może następować w granicach i trybie, przewidzianych w art. 63 rozp. Prez. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych.

Obok podanego wyżej systemu wzajemnego wykonywania pewnych czynności przez Zakład lub jego oddziały na rzecz Kas Ubezpieczeń i odwrotnie Rada Zarządzająca Związku uchwaliła jeszcze w tym zakresie drugi alternatywny wniosek polegający na utworzeniu jednej wspólnej instytucji dla wszystkich działów ubezpieczeń społecznych. Instytucja ta posiadałaby podlegające jej lokalne organy wykonawcze, któreby dla wszystkich instytucji ubezpieczeniowych wykonywały następujące czynności: 1) kontrolę zakładów pracy, 2) przyjmowanie zgłoszeń i decydowanie o obowiązku ubezpieczenia, 3) utrzymywanie w ewidencji osób ubezpieczonych, 4) wymiar i ściąganie składek. Do zakresu działania wspólnej instytucji należałoby: 1) występowanie w sprawach, dotyczących wszystkich działów ubezpieczeń społecznych, 2) sprawy należące do kompetencji Rady Ubezpieczeń Społecznych, ulegające równocześnie zniesieniu, 3) normowanie działalności lokalnych organów i ich stosunku do poszczególnych instytucji ubezpieczeniowych

oraz kierownictwo i nadzór nad działalnością tych organów, 4) normowanie wzajemnych stosunków instytucji ubezpieczeń społecznych przy wykonywaniu ich zadań, przyczem od uchwał organu uchwalającego mogą zainteresowane instytucje odwołać się do Ministerstwa O. S., 5) prowadzenie wspólnych akcji na zasadzie uchwał właściwych organów poszczególnych instytucji, 6) ewentualne prowadzenie prac badawczych, propagandowych i pedagogicznych, związanych z zagadnieniami ubezpieczeń społecznych, wykonywanych obecnie przez instytucje odrębne.

Instytucja wspólna posiadałaby organ wykonawczy oraz organ uchwalający, w skład którego weszliby przedstawiciele wszystkich instytucji, centralizujących poszczególne działy ubezpieczeń, w równej liczbie dla każdego z tych działów.

Z DZIAŁALNOŚCI AUSTRYJACKIEGO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W 1931 R.¹⁾

Rok 1931 był, w przeciwieństwie do 4 lat ubiegłych od chwili wprowadzenia w życie nowego ubezpieczenia pracowników umysłowych, okresem powrotu do stosunków normalnej pracy. Wykończenie nałożonych przez nowe przepisy szeregu czynności przejściowych, warunkujących należyte funkcjonowanie ubezpieczenia, umożliwiło zmniejszenie w roku sprawozdawczym stanu zatrudnienia w Zakładzie ze 120 na 102 pracowników i z 40 na 26 sił pomocniczych oraz skasowanie prac w godzinach pozabiurowych.

Stan prawny w zakresie ubezpieczenia nie uległ poważniejszym zmianom. Bezpośrednie znaczenie dla ubezpieczenia, prowadzonego przez Zakład, miała tylko ustawa z dn. 26 marca 1931 roku (Związkowy Dziennik Ustaw Nr. 98), zmieniająca od 1-go kwietnia 1931 r. przepisy o odsetkach zwłoki. Zniżono stopę przy zwłoce dłuższej jak 2 miesiące z 12% na 9% rocznie, podczas gdy przy zwłoce powyżej miesiąca do dwóch miesięcy pozostała stopa dotychczasowa w wysokości 6%. Dalszą zmianą było dwukrotne w ciągu roku podwyższenie drogą rozporządzeń wykonawczych składki na ubezpieczenie od bezrobocia: a) przy pracownikach powyżej 17 lat życia z 2,8% na 3,4% a następnie na 3,8%, b) przy pozostałych pracownikach z —.90 szyl. na 1.10 szyl., a wreszcie 1,202 szyl. miesięcznie. Wreszcie zmieniono na życzenie instytucji ubezpieczeń społecznych przepisy o sporządzaniu bilansów (rozp. z 9.3.1931). Natomiast zasadnicza reforma ustawodawstwa socjalnego, zaprojektowana przez Rząd, nie została dokonana. Przygotowane już w tym celu pięć projektów ustaw, zostało wycofanych.

Skoro mowa o zmianach w ustawodawstwie, należy też wspomnieć o międzynarodowych układach. W dniu 1 kwietnia 1931 r. weszła w życie umowa w sprawie ubezpieczeń społecznych z Rzeszą Niemiecką. Umowa ta jest dalszym rozwinięciem umowy z 1926 r. i dostosowaniem jej do zmienionego stanu ustawodawstwa. Podobną umowę zawarła Austria z Jugosławią. Szczególne jednak znaczenie dla Austrii, ze względu na silną wymianę pracowników między obu państwami, ma zawarcie umowy z Czechosłowacją. Umowa ta, podobnie, jak i umowa z Jugosławią, nie weszła w życie w roku sprawozdawczym.

Analogicznie, jak w innych działach austriackich ubezpieczeń społecznych, również i w ubezpieczeniu pracowników umysłowych dały się odczuć skutki kryzysu gospodarczego.

Ogólny stan ubezpieczonych w Zakładzie obniżył się w r. 1931 w stosunku do roku poprzedniego o 13.144 osób (z 238.072 na 224.928), co stanowi spadek o 5,52% w stosunku do stanu z r. 1930 (w 1930 w stos. do 1929 = 1,15%).

¹⁾ p. „Przegląd Ubezpieczeń” 1931 r. Nr. 7 str. 219.

Liczyby te, gdyby przyjąć pod uwagę wyłącznie tylko zmiany w stanie osób obowiązkowo ubezpieczonych (ubezpieczeni za pośrednictwem Kas), jeszcze bardziej uwypukliłyby niepomysłną sytuację, różnica bowiem wynosi 14.407 osób, a więc mniej o 6,2%.

Równocześnie poważny wzrost wykazuje liczba wypłacanych rent. W dn. 31 grudnia 1931 pobierało renty 14.938 ubezpieczonych, 9.789 wdów i 3.267 sierot. Liczba nowych rencistów z kręgu własnych ubezpieczonych Zakładu wykazywała od r. 1927 systematyczny wzrost i wyrażała się w następujących cyfrach: 1927 r. — 2460, 1928 r. — 3247, 1929 r. — 3994, 1930 r. — 4543, 1931 r. — 5203. Z analizy powyższych liczb według rodzaju rent wynika, iż bardziej wzrasta liczba rent starczych aniżeli inwalidzkich, co znajduje swe uzasadnienie w sytuacji gospodarczej. Procentowy wskaźnik wzrostu liczby rent wykazuje zwiększenie się liczby rent o 16,1% (+ 16%)²⁾. Stosunek procentowy liczby rencistów do liczby ubezpieczonych wynosi 12,96% (w r. 1927 — 6,06%, w r. 1930 — 10,61%).

Bardzo ciekawe doświadczenie poczynił Zakład z ubezpieczonymi kobietami. Kobiety przy uwzględnieniu proporcjonalnej liczby czynnych ubezpieczonych rzadziej uzyskują renty aniżeli mężczyźni, natomiast otrzymują je w znacznie młodszym wieku, tak, iż przeciętnie o wiele dłużej od mężczyzn obciążają Zakład. Zjawisko powyższe może dostatecznie zilustrować następująca tabliczka:

Przyrost rent inwalidzkich w r. 1931 według wieku w chwili uzyskania renty:

wiek	mężczyźni	kobiety
— 27 lat	5	9
28 — 32 „	26	33
33 — 37 „	38	47
38 — 42 „	59	40
43 — 47 „	110	47
48 — 52 „	176	61
53 — 57 „	343	39
58 — 62 „	245	8
63 — 65 „	35	—
Razem	1037	284

Wydatki na świadczenia z ubezpieczenia pensyjnego i od wypadków, nie licząc w tem świadczeń leczniczych, o których mowa niżej i kosztów ubezpieczenia rencistów na wyp. choroby w kwocie 2.014.314 szylingów wyniosły razem 47.325.213,62 szyl. Ze zsumowania natomiast obu powyższych cyfr i porównania ich z analogicznymi wydatkami roku 1930 (43 milj. szyl.) otrzymujemy wzrost wydatków na świadczenia o 14 i pół proc. przy 4 proc. tylko wzroście wpływów ze składek.

Zestawienie przeciętnej miesięcznej wysokości rent, zarówno inwalidzkich i starczych, jako też wdowich oraz sierocych uwidacznia z roku na rok stały wzrost wysokości rent. W dniu 31 grudnia 1931 r. przeciętna renta inwalidzka i starcza wynosiła 184.60 szyl., renta wdowia 95.18 szyl. i wreszcie renta sieroca 41.17 szyl.

Dalsze redukcje płac w r. 1931 spowodowały obniżkę przeciętnych ubezpieczonych w Zakładzie poborów z 281.24 szyl. w grudniu r. 1930 na 277.14 szyl. w grudniu 1931 r. W tym czasie przeciętna kwota składki na ubezpieczenie pensyjne i od wypadków podniosła się przy 8% składce w r. 1931 w przeciwieństwie do 7,5% w r. 1930 z 21.09 szyl. w grudniu 1930 r.

²⁾ Cyfry zamieszczone w nawiasach oznaczają dane z r. 1930.

na 22.17 szyl. w grudniu 1931 r. **Ogólne wpływy ze składek** dały w roku sprawozdawczym łącznie kwotę 60.595.411.34 szylingów (w r. 1930 — 58½ milj.).

Zakład posiadał w dniu 31 grudnia 1931 r. książkowo **81.8 milj. szyl. (w r. 1930 — 69.1) funduszy na pokrycie świadczeń**. Powyższa suma starczyłaby na wypłatę płynnych już w końcu 1931 r. rent za ledwie na przeciąg 1³/₄ roku. Pod tym względem stan austriackiego ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych jest nadal bardzo ciężki¹⁾. Położenie takie wymaga znacznego pogotowia kapitału.

W polityce lokacyjnej Zakładu nie zaszły poważne zmiany z jednym wyjątkiem, polegającym na tem, iż Zakład wstrzymywał się naogół z udzielaniem kredytów instytucjom publiczno-prawnym, wobec tego, że stwierdzono nieregularne uiszczanie się przez nie z zaciągniętych zobowiązań, co nawet w pewnych wypadkach zmusiło Zakład do kroków egzekucyjnych.

Lokaty w dniu 31 grudnia 1931 r. przedstawiały się jak następuje:

nieruchomości	10,8%
papiery wartościowe	14,9%
hipoteki	14,7%
inne pożyczki	23,7%
wkłady w instytucjach kredyt.	35,7%

Przeciętne oprocentowanie kapitałów wynosiło 7%, przy 7.226% przeciętnej stopie dyskontowej Austriackiego Banku Narodowego.

Zakład brał udział w popieraniu **ruchu budowlanego** bądź przeprowadzając budowy we własnym zakresie, bądź też udzielając na ten cel stosownych kredytów.

Koszty administracyjne ubezpieczenia pensyjnego i od wypadków, wykonywanego przez Zakład, dzielą się na jego własne koszty oraz na wynagrodzenie Kas Ubezpieczeń za ich czynności dla Zakładu (polegają one na ściąganiu składek). Własne koszty wynosiły 1.121.965.50 szyl. czyli 2.05% wpływów ze składek. Natomiast wynagrodzenie dla Kas posiada stałą wysokość określoną przez ustawę na 2⁰/₀₀ sumy płac podstawowych ubezpieczonych. W r. 1931 przypadło z tego tytułu na Kasy 2,38% wpływu ze składek. Dodając do już podanych liczb specjalne koszty nadzwyczajnych prac przejściowych, przypadające na r. 1931, całkowita suma kosztów administracyjnych Zakładu wynosi 4,92% w stosunku do 4,95% w r. 1930.

Oddzielną część działalności Zakładu stanowi jego **działalność na polu lecznictwa**. W zamkniętych lecznicach dla płucno - chorych przebywało w r. 1931 — 1602 osoby (2074) łącznie w ciągu 112.671 dni. Z własnych domów zdrojowych oraz miejsc zakontraktowanych korzystało 4275 (4080) ubezpieczonych przy 97.732 (93.987) dniach pobytu; zasiłki na prywatne leczenie (pobyt) w miejscowościach zdrowotnych otrzymało 497 (457) osób przy łącznie 11.481 (10.195) dniach pobytu, wreszcie 2233 ubezpieczonym zapewniono lekarza oraz pokryto koszt zabiegów kąpielowych. **Na lecznictwo wydano z funduszu leczniczego 2.160.918.40 szyl.**

Z pośród zakładów leczniczych dla płucno-chorych tylko zakład w Grimmenstein był liczniej obsadzony, natomiast inne miały spadek kuracjuszy. Zakład Ubezpieczeń tłumaczy to obecnymi warunkami pracy ubezpieczonych, którzy tylko w cięższych wypadkach (Grimmenstein) poddawali się z konieczności leczeniu, bojąc się w razie dłuższej kuracji utraty posady.

UBEZPIECZENIE SAMODZIELNIE ZAROBKUJĄCYCH W CZECHOSŁOWACJI

W roku 1925, w okresie powstawania prawa o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i śmierci oraz na starość robotników, była również aktualna kwestja wprowadzenia przymusowego ubezpieczenia inwalidzkiego i starczego dla samodzielnie pracujących. W pewnej mierze istniało nawet początkowo junctum między wprowadzeniem w życie obu tych ustaw. O ile jednak w odniesieniu do ustawy o ubezpieczeniu robotniczym nie było poważniejszych zastrzeżeń, oprócz — rzecz zrozumiała — opozycji pracodawców, walczących przeciwko obciążaniu kosztów produkcji i wymiany nowymi ciężarami społecznymi i ustawa ta mogła wejść w życie bez specjalnych trudności, o tyle, jeśli chodzi o projekt ustawy o społecznym ubezpieczeniu samodzielnie zarobkujących, opinja była bardzo podzielona i to zwłaszcza wśród tych, dla których właśnie ustawa miała być wydana. Najrozmaitsze organizacje samodzielnie zarobkujących, wysuwały stale coraz to nowe zastrzeżenia przeciwko przygotowanemu projektowi, odraczając tem samem wprowadzenie go w życie. Akcja ta robiła nawet wrażenie z uwagi na junctum między obu ustawami, że samodzielnie pracujący, a więc w dużej mierze pracodawcy, starają się w ten sposób wpływać na odroczenie wprowadzenia ubezpieczenia robotniczego. Ubezpieczenie robotnicze weszło jednak w życie, ustawa zaś o ubezpieczeniu samodzielnie pracujących, chociaż nawet uchwalona została przez parlament i ogłoszona w dzienniku ustaw, do dnia dzisiejszego nie jest zrealizowana. Rząd bowiem pod presją opinji publicznej nie wydał rozporządzeń wykonawczych i przez kilka lat kwestja ta była w całkowitem zapomnieniu. Dopiero bieżący rok przyniósł zmiany. Wobec trudnej sytuacji gospodarczej, jaką przeżywa obecnie Czechosłowacja odezwały się niespodziewanie głosy przede wszystkim wśród klasy rzemieślniczej, domagające się wprowadzenia w życie zapomnianej ustawy. Głosy za tem ubezpieczeniem odezwały się tak licznie, nietylko ze strony społeczeństwa, ale i w parlamencie, że skłoniły one czeskie Ministerstwo Opieki Społecznej do ponownego zajęcia się tą kwestją. Ministerstwo wystosowało ankietę do wszystkich organizacji gospodarczych w Czechosłowacji z zapytaniem, jakie zajmują one stanowisko wobec koncepcji wprowadzenia w życie tego działu ubezpieczeń. Za natychmiastowem wprowadzeniem w życie ubezpieczenia wypowiedziały się zdecydowanie organizacje rzemieślnicze, inne zaś organizacje, chociaż nie wypowiedziały się stanowczo za realizacją tego ubezpieczenia, nie wyraziły jednak bezwzględного sprzeciwu. Zagadnienie więc wprowadzenia w życie ubezpieczenia samodzielnie pracujących, stało się obecnie bardzo aktualne i chociaż dotychczas istnieje jeszcze duża rozbieżność poglądów co do szczegółów organizacji tego ubezpieczenia, to jednak stwierdzić trzeba naogół jednomyslność wśród społeczeństwa czeskosłowackiego co do potrzeby jego wprowadzenia.

Z uwagi na aktualność tego ubezpieczenia przypomnimy ważniejsze postanowienia czeskiej ustawy z 10.XI.1925 r. o ubezpieczeniu samodzielnie zarobkujących.

Zakres ubezpieczenia. Ubezpieczeniu podlegają wszystkie osoby fizyczne, prowadzące na obszarze republiki na własny rachunek przedsiębiorstwo, objęte podatkiem dochodowym, względnie osoby wykonywające innego rodzaju zatrudnienie i opłacające ten podatek, i wreszcie osoby, które prowadzą na własny względnie cudzy rachunek gospodarke rolną, podlegającą podatkowi gruntowemu. Warunkiem istotnym jest poza tem, aby tego rodzaju zatrudnienie nie miało charakteru zatrudnienia pobocznego względnie wykonywanego przejściowo. Wyżej przytoczona formuła obejmuje więc zarówno rolników,

¹⁾ Porównaj artykuł Dr. R. Kerbera w numerze niniejszym.

rzemieślników, przemysłowców, jak i zawody wyzwolone. Ubezpieczenie oparte jest na zasadzie przymusu, usankcjonowanego karami pieniężnymi wobec osób nie przestrzegających postanowień ustawy.

Świadczenia ubezpieczenia. Ubezpieczenie obejmuje ryzyka: inwalidztwo oraz śmierć i przewiduje jako świadczenia: rentę inwalidzką i starczą, dodatek na dzieci do tych rent, renty wdowie, renty sieroce, oraz odprawy.

Uzyskanie praw do świadczeń z wyjątkiem jednorazowej odprawy, uzależnione jest od przebycia okresu wyczekiwania, który wynosi 36 miesięcy, jak również od utrzymania ekspektatywy (w razie przerwy w ubezpieczeniu opłata uznaniówek wzgl. ponowny okres wyczekiwania).

Renta inwalidzka przysługuje inwalidom, którzy wskutek choroby dłuższej niż rok albo wskutek fizycznej lub umysłowej ułomności nie są zdolne do zarobkowania w zawodzie, w którym byli ostatnio zatrudnieni, o ile w następstwie tego dochód z ich osobistej pracy w ich warsztacie pracy lub zatrudnieniu spadł poniżej połowy przeciętnego zarobku ostatnich 3 lat.

W ustalaniu inwalidztwa najistotniejszym momentem jest utrata zarobku, niemniej jednak musi być ona związana z fizycznymi niedomaganiem ubezpieczonego, a więc nie może mieć nic wspólnego z trudnościami koniunkturalnymi. Poza to zaś dla uniknięcia nadużywania przez zainteresowanych świadczeń ubezpieczeniowych w wypadkach zachorzeń, co mogłoby być tu szczególnie częste skutkiem braku ubezpieczenia chorobowego, przewidziane zostało, że jedynie wypadki, pociągające za sobą chorobę dłuższą niż jeden rok będą uważane za inwalidztwo w znaczeniu ustawy.

Renta starcza przysługuje z ukończeniem 65-go roku życia, może być jednakże antycypacyjnie przyznana już w 60-ym roku życia, wtedy jednak następuje odpowiednie zmniejszenie wysokości świadczeń.

Rentę wdowią otrzymują jedynie wdowy, niezdolne do pracy.

Odprawa przyznawana jest w wypadku śmierci przed przebyciem okresu wyczekiwania, pozostałym członkom rodziny.

Świadczenia nie są wysokie. Budowa renty jest analogiczna jak w ubezpieczeniu robotniczym. Na rentę składa się: kwota zasadnicza w wysokości 500 koron rocznie oraz kwota wzrostu w wysokości 3 koron 20 hal. za każdy przebyty w ubezpieczeniu miesiąc składkowy. Świadczenia są więc jednolite dla wszystkich i nieprzewidują żadnej gradacji w zależności od klas dochodów i t. d. Do powyższej renty dochodzi jeszcze dodatek państwowy w sumie 500 koron rocznie; średnia renta inwalidzka względnie starcza po 20 latach ubezpieczenia wynosiłaby więc 1768 koron rocznie.

Renta wdowia wynosi połowę renty inwalidzkiej. Renta sieroca wynosi dla sieroty niepełnej 20%, dla pełnej 40% renty inwalidzkiej. Dodatek na dzieci do renty inwalidzkiej wynosi jedną dziesiątą renty inwalidzkiej.

Jednorazowa odprawa równa się sumie jednorocznej renty inwalidzkiej. W wypadku, gdy zmarły ubezpieczony przebył więcej niż 10 lat składkowych, pozostała jednak wdowa nie ma warunków do uzyskania renty, otrzymuje odprawę podwyższoną o dodatkowe 5% za każdy rok powyżej 10 lat ubezpieczenia.

Wysokość charakterystyczną okolicznością jest wyjątkowo niska skala świadczeń, które łącznie nawet z dodatkiem państwowym zapewniają jedynie minimum potrzeb życiowych. Jest to tem bardziej charakterystyczne, że w grę tutaj wchodzi zamożniejsze warstwy społeczne. Również ciekawe jest stano-

wisko Państwa, które interwenjuje finansowo w postaci dodatków do rent i opłaca składki za te osoby, które spełniają służbę wojskową, przez cały czas tej służby.

Składki finansowe ubezpieczenia. Składki ustalone są w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych niezależnie od zarobku (dochodów) i wynoszą 22 korony miesięcznie. Według planu finansowego 10% wpływów ze składek może być przeznaczonych na administrację, 2% zaś przeznaczają się na fundusz leczniczy, z którego ubezpieczenie ma pokrywać wydatki na leczenie swych członków, co jednak nie jest świadczeniem przymusowym, ale dobrowolnym. Zamiarem ustawodawcy było w miarę rozwoju ubezpieczenia odpowiednio zwiększać ten fundusz. Dla pewnych warstw społecznych miały być czynione ulgi w opłacie składki, polegające na odpowiednim jej znizeniu.

Administracja finansami powierzona została władzom zakładowym, prowadzącemu ubezpieczenie, z tem jednak, że gospodarka odbywać się ma według planów ustalonych zgóry przez Ministerstwo Opieki Społecznej i Ministerstwo Skarbu. Jeśli chodzi o techniczne opracowanie podstaw finansowych ubezpieczenia, stwierdzić trzeba duże braki ustawy, które wynikają jednak z niedostateczności obliczeń statystycznych czynności śmiertelności i inwalidztwa.

Aczkolwiek plany gospodarki finansowej mają być opracowywane przez władze rządowe, to jednak wytyczne co do zasad gospodarki finansowej ubezpieczenia określa sama ustawa, wskazując zwłaszcza sposób lokaty. Na podkreślenie zasługuje przytem fakt, że polityka lokat w ubezpieczeniu samodzielnie zarobkujących polega na tych samych zasadach co i w ubezpieczeniu robotniczym, nie przewiduje bowiem, jakby to wynikało ze specjalnej sytuacji osób podlegających temu ubezpieczeniu, pożyczek bezpośrednich dla ubezpieczonych, analogicznie np. do akcji kredytowej pod zastaw polis w ubezpieczeniu prywatnym.

Administracja ubezpieczenia. Wykonywanie ubezpieczenia ustawa powierza Centralnemu Zakładowi w Pradze. W skład organów Zakładu — walne zgromadzenie, zarząd, dyrekcja, — wchodzi przedstawiciele ubezpieczonych, pochodzący z wyborów kurjalnych, przytem każda z grup ubezpieczonych, jak rzemiosło, handel, rolnictwo itp. posiadają swych przedstawicieli. Oprócz przedstawicieli wyborców, którzy są w większości, w skład organów Zakładu wchodzi rzeczoznawcy ubezpieczeniowi desygnowani przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Poza Zakładem przewidziane jest utworzenie organów prowincjonalnych, pochodzących również z wyborów, które miałyby na celu opinjowanie w poszczególnych wypadkach wniosków o renty, dopilnowywanie ściągania składek itd.

W ten sposób przedstawia się w ogólnych zarysach ustawa o ubezpieczeniu samodzielnie zarobkujących. Jak już zaznaczyliśmy wyżej, ustawa ta nie weszła jeszcze w życie. Przez długi czas w okresie dobrej koniunktury gospodarczej była w zapomnieniu. Dopiero kryzys wysunął ją ponownie na powierzchnię. Jest rzeczą ciekawą, że o ile w sąsiednich Niemczech burzy się obecnie wznoszony z trudem przez 50 lat gmach ubezpieczeń społecznych, szukając w ten sposób wyjścia z katastrofalnego położenia gospodarczego, o tyle w Czechach, jako środek ratunku przeciwko niekorzystnej sytuacji gospodarczej wysuwa się projekty dalszej rozbudowy ubezpieczeń. I chociaż istnieją jeszcze rozbieżności między zapatrywaniem poszczególnych warstw gospodarczych co do takiego lub innego ukształtowania tego prawa ubezpieczeniowego, np.: rzemiosło stara się o stworzenie dla siebie odrębnego ubezpieczenia, to jednak sama myśl zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i być może zostanie zrealizowana w niedługim już czasie.

Roman Szymanko.

STANOWISKO ZWIĄZKU ZAKŁADÓW U. P. U. W SPRAWIE ŚRODKÓW ZARADCZYCH W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH NA WYPADEK BRAKU PRACY.

Rada Zarządzająca Związku Z. U. P. U. po dwudniowych obradach (29 i 30 sierpnia b. r.), poświęconych sanacji finansów ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy¹⁾, powzięła jednomyślnie (z wyjątkiem p. II) szereg uchwał w tej sprawie, które ze względu na ich znaczenie podajemy w dosłownem brzmieniu:

„I. Rada Zarządzająca Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych po zakomunikowaniu jej treści pisma P. Ministra Opieki Społecznej z dn. 29 lipca b. r. Nr. 3152/U. U. w sprawie rozważenia wywołanej kryzysem gospodarczym sytuacji w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy i przedstawienia środków zaradczych, mogących stanowić wystarczającą podstawę do zrównoważenia finansowego tego działu ubezpieczenia na zasadzie samowystarczalności, oraz po zaznajomieniu się z jednomyślną uchwałą Tymczasowej Komisji Zarządzającej Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie z dnia 27 lipca b. r., dotyczącą środków zaradczych w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy, przedstawioną Związkowi Zakładów w myśl § 8 statutu Związku dla powzięcia właściwej uchwały — uchwała co następuje:

Zważywszy, że

wobec oświadczenia Pana Ministra wykluczona jest w obecnej konjunkturze gospodarczej podwyżka obciążenia warsztatów pracy, z czego wynika, iż bezpośrednie zastosowanie art. 102 ust. 2 w myśl wniosku uchwalonego na ostatnim posiedzeniu Rady Zarządzającej — jest obecnie wykluczona, jak również wykluczona jest pomoc Skarbu Państwa w formie pożyczki lub dotacji.

Niedopuszczalne jest trwałe pokrywanie niedoborów działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy z funduszy działu ubezpieczenia emerytalnego, a przejściowe lub krótkoterminowe zadłużanie się działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy może — zdaniem Rady Zarządzającej — być dokonywane tylko przy należytem zagwarantowaniu funduszy działu emerytalnego;

fundusze działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy uległy zupełnemu wyczerpaniu, gdyż zużyte zostały już fundusze rezerwowe, nagromadzone w latach lepszej konjunktury, a w niektórych Zakładach wyczerpane zostały nawet fundusze, uzyskane z zastawienia w dziale ubezpieczenia emerytalnego zaległych należności składowych działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy (w granicach, uznanych przez Radę Zarządzającą Związku Zakładów za dopuszczalne) i już w najbliższych tygodniach grozi niemożność wypłacania uprawnionym należnych im z powodu braku pracy świadczeń ubezpieczeniowych; nawet przy ewentualnej możliwości uniknięcia wyjątkowych środków zaradczych na najbliższy okres, konieczność zastosowania takich środków wynika ze stosunku wpływów do wydatków, przekraczających dwukrotną wysokość wpływów, a dłuższe utrzymanie tego stanu mogłoby uniemożliwić odzyskanie równowagi finansowej tego działu ubezpieczenia.

Rada Zarządzająca Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wobec społecznych i państwowych konsekwencji tego stanu rzeczy postanawia przedłożyć Panu Ministrowi Opieki Społecznej następujące wnioski:

1) Zatrudnienie objęte przed wyczerpaniem okresu zasiłkowego, a trwające krócej niż wymagany okres wyczekiwania, uważa się za zajęcie przejściowe, po którego utracie następuje wznowienie poprzednio przyznanych świadczeń.

2) Prawo do świadczeń z powodu braku pracy dla pracowników sezonowych ulega zawieszeniu na okres sezonu martwego. Zawieszenie praw do świadczeń w okresie sezonu martwego nie powoduje zmniejszenia długości ewentualnego okresu zasiłkowego.

Kategorje pracowników oraz początek i koniec martwych sezonów określi rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej wydane w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami.

3) Prawo do świadczeń z powodu braku pracy przysługuje tylko pozostającemu bez pracy, przebywającemu na obszarze Rzplitej i W. M. Gdańska, z wyjątkami wynikającymi z umów międzynarodowych.

4) Wysokość zasiłków z powodu braku pracy obniża się według skali następującej:

Podstawa wymiaru zasiłku	% obniżenia zasiłku
— 74.99 zł.	5
75 zł. — 104.99 „	7
105 „ — 134.99 „	9
135 „ — 164.99 „	10
165 „ — 199.99 „	11
200 „ — 239.99 „	12,5
240 „ — 279.99 „	14,5
280 „ — 329.99 „	16,5
330 „ — 389.99 „	18,5
390 „ — 449.99 „	21
450 „ — 519.99 „	23,5
520 „ — 599.99 „	26,5
600 „ — 679.99 „	29,5 (19,4) ²⁾
680 „ — 720.00 „	32,5 (13,2) ²⁾

Obniżenie powyższe nie dotyczy zasiłków wynoszących mniej, niż 30 zł. miesięcznie.

5) Część składki, przypadająca na ubezpieczonego podwyższa się o 2 proc. podstawowej.

6) Płace podstawowe odpowiadające grupom zarobkowym M i N będą uwzględniane w pełnej wysokości zarówno przy wymiarze składki jak i przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń.

Opierając się na wynikach działalności ubezpieczenia na wypadek braku pracy w I półroczu r. b., Rada wzięła za punkt wyjścia swych wniosków następującą kalkulację przewidywanego niedoboru:

I półroczu b. r.	przewidywania w stosunku rocznym
rzeczywiste wpływy	
ze składek	— 7.510 tys. zł. — 15.020 tys. zł.
świadczenia	— 21.035 „ „ — 42.070 „ „
inne wydatki	— 910 „ „ — 1.820 „ „
niedobór	— 14.435 „ „ — 28.870 „ „

Stosownie do obliczeń podanych w uzasadnieniu, Rada Zarządzająca ocenia, że zastosowanie wyżej podanych wniosków wykaże następujące rezultaty finansowe:

Wniosek 1	obniżenie świadczeń	1 00% czyli	421 tys. zł.
„ 2—3	„ „	0.99% „	416 „
„ 4	„ „	15.99% „	6.727 „
„ 5	podwyższenie wpływów ze składek	o 1.00% „	15.020 „
„ 6	„ „	o 9.73% „	1.461 „

Ogółem więc uchwalone wnioski zmniejszą przewidywany niedobór o 24.045 tys. zł.

²⁾ Wobec równoczesnego podwyższenia podstawy wymiaru świadczeń w grupach M i N — redukcja świadczeń w stosunku do stanu obecnego wyraża się w liczbach podanych w nawiasach.

¹⁾ Patrz „Przegląd Ubezp. Społ.” Nr. 6 z b. r., str. 179.

Pozostały niedobór w kwocie 4825 tys. zł. uważa Rada za możliwe pokrycie drogą pożyczki należycie gwarantowanej z działu ubezpieczenia emerytalnego. Pożyczka ta wyniosłaby około 1% funduszu działu ubezpieczenia emerytalnego według stanu w dn. 31.XII.31 r., w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy w okresach pomysłowości (1928—1929 r.) tworzyły się roczne rezerwy wielokrotnie wyższe od przewidywanej pożyczki. Środek ten jest również uzasadniony z uwagi na nieprzerzucanie całego niedoboru jednostronnie na ubezpieczonych. Istnieje wprawdzie możliwość pokrycia powyższego niedoboru drogą przedłużenia okresu wyczekiwania, jednakże ze względu na to, że przy zastosowaniu tego środka znaczne grupy bezrobotnych byłyby całkowicie pozbawione zasiłków w obecnym okresie kryzysu, Rada Zarządzająca prosi Pana Ministra o niestosowanie go.

Rada Zarządzająca — z powodu braku dostatecznie pewnych danych, wskazuje na wysokość ewentualnych oszczędności, — nie wzięła pod uwagę, jako pozycji oszczędnościowej poprzednio uchwalonego wniosku w sprawie zastąpienia opłaty składek na rzecz kas chorych za pozostających bez pracy przez udzielanie świadczeń chorobowych tym osobom na koszt Zakładu, wyraża jednak przekonanie, że zagadnienie objęte tym wnioskiem powinno być jak najrychlej dokładnie zbadane i rozstrzygnięte w kierunku uwzględnienia słuszych interesów Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Przewidziane wyżej środki zaradcze winny być traktowane jako przejściowe i wprowadzane z oznaczeniem okresu ich działania, który nie może być dłuższy niż rok.

Przedłużanie mocy obowiązującej tych zarządzeń może być uskuteczniane na dalsze okresy nie dłuższe niż rok.

Gdyby równowaga finansowa działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy mogła być zachowana przy częściowym ich stosowaniu, winno nastąpić odpowiednie ich ograniczenie lub częściowe, a w momencie zapewnienia równowagi finansowej, przy normalnej składce i normalnych świadczeniach, całkowite ich uchylenie.

Aż do osiągnięcia równowagi finansowej przez zastosowanie zaproponowanych Panu Ministrowi środków zaradczych, na pokrycie niedoborów działu ubezpieczenia na wypadek braku pracy mogą być zaciągane odpowiednie pożyczki z funduszu działu ubezpieczenia emerytalnego, przy uzyskaniu gwarancji Skarbu Państwa.

II. Rada Zarządzająca Związku Zakładów Ubezpieczeń, celem niedopuszczenia do znaczniejszych zaległości i w uwzględnieniu okoliczności, że składka na ubezpieczenie na wypadek braku pracy po jej podwyższeniu składałaby się w około 75% z opłat pracowników — zaleca Zakładom przyjęcie stałej zasady, że z powodu każdego wypadku nieprzekazania Zakładowi potrąconych pracownikowi składek z ewentualnym uwzględnieniem nieznacznej zwłoki, należy występować o wyznaczenie kary za wykroczenie, przewidziane w art. 58 prawa o wykroczeniach, przy czym Rada Zarządzająca zwraca Zakładom uwagę na łączącą się z tem celowość uskutecznienia przypisu składek z uwidocznieniem części, przypadającej od pracodawcy i od pracownika.

III. Rada Zarządzająca postanawia zwrócić się do Pana Ministra Opieki Społecznej z uprzejmą prośbą o poczynienie kroków wobec właściwych władz państwowych i samorządowych, celem spowodowania wyrównania zaległości składkowych ze strony władz, urzędów i instytucji państwowych oraz samorządowych i bieżącej opłaty składek wobec tego, że procent tych zaległości w ogólnej sumie wynosi przeciętnie ponad 25% ogólnej sumy zaległości.

IV. Wnioski powyższe dotyczą wyłącznie sprawy zapewnienia równowagi finansowej w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy, ściśle w ramach bezpośredniej i formalnej kompetencji Związku Zakładów.

Rozważając jednakże zagadnienie braku pracy wśród ubezpieczonych pracowników umysłowych, Rada Związku Zakładów pozwala sobie zwrócić uwagę Pana Ministra na groźne skutki społeczne i moralne obecnego stanu rzeczy i wynikającą stąd konieczność podjęcia wszelkich wysiłków w celu dania bezrobotnym pracownikom umysłowym możliwości choćby częściowego ich zatrudnienia zarobkowego.

W razie uznania przez Pana Ministra myśli powyższej za godną urzeczywistnienia, Związek gotów jest przystąpić do szczegółowego jej opracowania.

ZMIANY W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY I NA STAROŚĆ W ANGLJI *)

W lipcu r. b. uchwalone zostały w Anglii zmiany w ustawach o ubezpieczeniu na wypadek choroby i o rentach starczych. Zmiany te, których zakres i znaczenie podamy poniżej, spowodowane zostały wynikami ukończonych niedawno badań asekuracyjno - technicznych wszystkich stowarzyszeń i ich oddziałów, wykonywujących ubezpieczenie na wypadek choroby w Wielkiej Brytanji i północnej Irlandji (**). Badania te przeprowadzono po raz trzeci od czasu wprowadzenia obecnego systemu ubezpieczenia.

Żeby zrozumieć potrzebę i znaczenie tych badań, należy wziąć pod uwagę specjalną konstrukcję ubezpieczenia chorobowego w Anglii. Ubezpieczeniu podlegają wszyscy pracownicy najemni z wyjątkiem pracowników umysłowych, zarabiających powyżej 250 funtów rocznie. Składka jest jednolita bez względu na wiek i wysokość zarobku; wynosi tygodniowo 9 pensów dla mężczyzn, a 8 i pół dla kobiet i opłacana jest wspólnie przez pracodawców i ubezpieczonych; Skarb Państwa uczestniczy w wydatkach na świadczenia ubezpieczeniowe w wysokości 1/7 świadczeń, udzielonych mężczyznom i 1/5 świadczeń, udzielonych kobietom. Fundusze są przeznaczone na pokrycie świadczeń pieniężnych: zasiłków chorobowych (15 szyl. tygodniowo dla mężczyzn a 12 dla kobiet przez 26 tygodni), zasiłków inwalidzkich (7 szyl. 6 pens. zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet podczas trwania niezdolności do pracy ponad 26 tygodni), jednorazowej zapomogi w razie pogołu (80 szyl. dla kobiet ubezpieczonych, 40 szyl. dla członków rodzin) oraz świadczeń leczniczych (pomoc lekarska i lekarstwa bez ograniczeń co do trwania).

System angielski pozostawia ubezpieczonym swobodę zrzeszania się w t. zw. stowarzyszeniach uznanych, przeprowadzających ubezpieczenie; z drugiej strony stowarzyszenia mają również prawo odrzucania kandydatów na członków z jakichkolwiek powodów oprócz ich wieku; przepisy finansowe przewidują przekazywanie stowarzyszeniom ze wspólnych funduszy ubezpieczenia chorobowego specjalnych rezerw za każdego członka, przyjętego w starszym wieku, na wyrównanie gorszych ryzyk.

Wiele stowarzyszeń grupuje wyłącznie zatrudnionych w pewnym zawodzie, przedstawiającym specjalne ryzyka w zakresie choroby lub bezrobocia, co nie pozostaje bez

*) P. „Przegląd Ubezpieczeń“ b. r. Nr. 1—2, str. 1.

**) Ministry of Health: National Health Insurance. Report by the Government Actuary on the third valuation of the Assets and Liabilities of Approved Societies. London H. M. Stationery Office 1931.

wpływu na ich stan finansowy i rozwój. To też przy wprowadzeniu dzisiejszego systemu ubezpieczenia przewidziano, że swobodna selekcja ryzyk wyrazi się dla jednych stowarzyszeń w nadwyżkach, dla innych w niedoborach, pierwszym zapewniono możliwość udzielania dodatkowych świadczeń, dla drugich obmyślono szereg środków zaradczych w formie czerpania z funduszu zapasowego, pomocy ze wspólnego funduszu, zasilanego przez wszystkie stowarzyszenia, wreszcie podwyższenia składek lub obniżenia świadczeń poniżej norm ustawowych. Co pięć lat przeprowadzane są badania wszystkich stowarzyszeń przez urzędowych aktuarjuszy, mające na celu ustalenie nadwyżki lub deficytu, osiągniętego w ciągu tego czasu.

Trzecia z rzędu kontrola, przeprowadzona przeważnie w r. 1928 objęła 7.608 stowarzyszeń uznanych oraz ich oddziałów, liczących razem 16.380.143 członków, w tem 10.816.420 mężczyzn i 5.563.723 kobiet.

Liczba ta wykazuje w stosunku do poprzedniej kontroli wzrost o 1.647.000, co przekracza o przeszło 900.000 w stosunku do wyniku ogólnego wzrostu ludności. Różnica ta ma kilka przyczyn. Przedewszystkiem 245.000 osób skorzystało z przyznanego im przez ustawę z r. 1925 prawa dobrowolnego ubezpieczenia. Nowela z 1928 r., przedłużająca członkostwo bezrobotnych bez opłacania przez nich składek zwiększyła ilość ubezpieczonych o 230.000. Pozostały wzrost przypisać należy rozwojowi przemysłu i znacznemu zwiększeniu liczby kobiet zamężnych, które nie porzucają pracy. To też gdy liczba mężczyzn ubezpieczonych wzrosła o 10,3 proc. a liczba ogólna kobiet o 13,3 proc., to wzrost liczby kobiet zamężnych wśród ubezpieczonych dosięga 23,8 proc.

W wynikach ostatnich badań zastanawia przedewszystkiem fakt, że mimo kryzysu ekonomicznego, 7001 stowarzyszeń, liczących razem 15.222.143 członków, osiągnęło nadwyżki, wyrażające się w ogólnej sumie 36.638.344 funtów i w przeciętnej 2.41 funta na ubezpieczonego. Natomiast 418 stowarzyszeń o ogólnej liczbie 722.131 ubezpieczonych wykazuje deficyt, wynoszący ogółem 847.667 funtów, co czyni po 1,17 funta na członka. Bilanse 189 stowarzyszeń, grupujących razem 435.869 członków, przedstawiają zupełną równowagę finansową.

Charakterystyczne bardzo wyniki dają nam porównanie finansowej sytuacji stowarzyszeń, ubezpieczających wyłącznie

osoby jednej płci (stowarzyszeń mieszanych spotykamy w Anglii tylko nieznaczny procent, a i te przeważnie prowadzą odrębne oddziały dla mężczyzn i dla kobiet).

Przeciętna nadwyżka dla odrębnych stowarzyszeń męskich wynosi 2.76 funta na ubezpieczonego, dla kobiet — 1,11 funta, dla stowarzyszeń mieszanych — 2.99 funta.

W myśl postanowień ustawy stowarzyszenia, wykazujące nadwyżki, mogą obrócić je na udzielanie dodatkowych świadczeń, jednakże nie w całości, gdyż pewna jej część przeznaczona być winna na zabezpieczenie ewentualnego wzrostu obciążeń.

W wyniku ostatnich badań przeznaczona została na świadczenia dodatkowe suma 19.811.266 funtów czyli nieco więcej niż połowa ogólnej nadwyżki. Stowarzyszenia, które będą mogły dysponować tą sumą, grupują 11.588.144 ubezpieczonych, w tem 9.484.819 mężczyzn i 2.103.325 kobiet. Te, których stan finansowy zmusza do poprzestania na świadczeniach ustawowych, liczą ogółem 4.791.999 ubezpieczonych.

Te świetne napozór wyniki nabierają jednak innego oświetlenia, jeśli zestawimy je z wynikami ostatnich badań; stwierdzimy wtedy, że **ogólna sytuacja instytucji ubezpieczeniowych i poziom świadczeń pogorszy się**. Z porównania tego wynika bowiem, że, w stosunku do stanu z czasu poprzedniej kontroli, świadczenia zostały podwyższone dla 2.250.000 osób, utrzymane na tym samym poziomie dla 2.500.000 a zmniejszone dla 4.500.000, wstrzymane zaś całkowicie dla około miliona.

Ogólna suma deficytu w wysokości 847.667 funtów szt. przypada na 50 stowarzyszeń i 368 filij; deficyt ten został pokryty częściowo z funduszy rezerwowych samych instytucji, w pozostałej zaś części ze wspólnego funduszu ubezpieczeniowego.

Badanie powodów deficytu wykazuje, że wywołało go zwiększone zapotrzebowanie świadczeń, zwłaszcza wśród kobiet i obniżenie się wpływów ze składek ze względu na bezrobocie. Zjawiska te, które zaciążyły na stanie finansowym wszystkich stowarzyszeń, odbiły się szczególnie jaskrawo na słabszych instytucjach.

O rozmiarach pierwszego z nich świadczą następujące zestawienia wydatków, wziętych za podstawę obliczeń asekuracyjno - technicznych i wydatków rzeczywistych.

	Świadczenia chorobowe			Świadczenia inwalidzkie		
	Przewidywane	Rzeczywiste	%	Przewidywane	Rzeczywiste	%
	Funtów szterlingi			Funtów szterlingi		
Mężczyźni	43,1	39,6	92	21,4	19,3	90
Kobiety	18,9	19,7	104	8,5	11,8	138
Razem	62,0	59,3	96	29,9	31,1	104

Te cyfry wydatków uważa raport Ministerstwa Zdrowia za bardzo niepokojące tembardziej, że wykazują one stały wzrost i że zwykle środki w zakresie kontroli i zwalczania symulacji okazały się niewątpliwie niewystarczające dla przywrócenia ich do norm właściwych.

Niemniej niepokojące jest obniżenie się wpływów, spowodowane bezrobociem.

Jako podstawę do obliczeń matematycznych przyjęto nieopłacanie składek z powodu bezrobocia przez 2.6 tygodnia na rok i na ubezpieczonego. W ciągu ostatniego pięciolecia instytucje ubezpieczeniowe uciertały poważnie z powodu

wzrostu bezrobocia, które dotknęło szczególnie ubezpieczonych mężczyzn. Wynikiem tego jest fakt, że ogólne wpływy ze składek niższe są o 7 milionów funtów szt. od przewidywanych w obliczeniach matematycznych. Strata ta kompensuje się wprawdzie częściowo przez nadwyżkę stopy oprocentowania, zyski na sprzedanych i nieużytych znaczkach i t. p., jednakże pozostaje jeszcze czysta strata w wysokości 2 — 3 milionów funtów szterl.

Uchwalone niedawno zmiany ustawodawcze mają właśnie na celu przeciwdziałanie tym dwóm zjawiskom, zagrażającym równowadze finansowej ubezpieczenia, przez wprowadzenie

dzenie poważnych ograniczeń w stosunku do kobiet, zwłaszcza kobiet zamężnych i do bezrobotnych.

Mianowicie, podczas gdy dla kobiet samotnych świadczenia pieniężne w chorobie pozostały bez zmiany (12 szyl. tygodniowo) a tylko świadczenia inwalidzkie obniżone zostały z 7 szyl. 6 pensów na 6 szyl. tygodniowo, świadczenia dla kobiet zamężnych (zarówno chorobowe jak inwalidzkie) obniżone zostały na 10 względnie 5 szyl. tygodniowo.

Co do bezrobotnych nowa ustawa wprowadza również znaczne ograniczenia jednakże tylko w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby, a nie ubezpieczenia na starość. Dotychczasowe przepisy, normujące wpływ bezrobocia na utrzymanie uprawnień ubezpieczeniowych były niezwykle liberalne. Ponieważ w myśl ustawy z 1925 r. o ubezpieczeniu na starość, zakres uprawnień do korzystania z tego ubezpieczenia pokrywa się z zakresem ubezpieczonych na wypadek choroby, zaprzestanie ubezpieczenia chorobowego pociąga za sobą utratę praw nabytych zarówno w tem ubezpieczeniu, jak i w ubezpieczeniu na starość. Koniecznym więc stało się ze wzrostem bezrobocia zapewnienie bezrobotnym szerszych możliwości utrzymania swych uprawnień. W tym celu nowela z r. 1928 postanawia, że każdy ubezpieczony, który z jakiegokolwiek powodu przestał wykonywać zatrudnienie, uzasadniające obowiązki ubezpieczenia, uważany będzie za ubezpieczonego nadal przez 18 miesięcy, poczynając od początku kwartału, następującego po utracie zatrudnienia (bezpłatne ubezpieczenie). Po upływie tego okresu pozostawał jeszcze ubezpieczony przez dodatkowy rok, o ile w ciągu ostatnich czterech lat przed utratą zajęcia zatrudniony był przez 160 tygodni co najmniej i o ile dowiódł, że nie mógł znaleźć pracy w czasie trwania bezpłatnego ubezpieczenia. Okresu choroby nie wliczało się do ulgowych okresów ubezpieczenia. Nowela z 1928 r. uchyliła również jedną z głównych zasad angielskiego systemu ubezpieczenia, polegającą na redukcji świadczeń gotówkowych w stosunku do ilości składek, nieopłaconych w ciągu poprzedniego roku obrachunkowego oraz na uzależnieniu prawa do renty starczej od opłacania pewnego minimum składek w ciągu okresu, poprzedzającego realizację prawa do renty.

Odtąd tygodnie stwierdzonego bezrobocia uważane były (z wyjątkiem obliczania okresu wyczekiwania) jako opłacone tygodnie składkowe. W okresie bezpłatnego ubezpieczenia zainteresowany miał prawo do pełnych świadczeń chorobowych i inwalidzkich. Co więcej, jeśli w tym czasie zatrudniony był choćby przez jeden dzień, to po utracie tego zatrudnienia miał prawo do nowego pełnego okresu bezpłatnego ubezpieczenia.

W okresie dalszego dodatkowego ubezpieczenia świadczenia gotówkowe w chorobie były zmniejszone o połowę, uprawnienia jednak do renty starczej utrzymane w całej pełni. Jeśli w tym czasie bezrobotny otrzymywał zatrudnienie, to dla uzyskania prawa do pełnych świadczeń gotówkowych w razie choroby musiał przebyć skrócony 26-tygodniowy okres wyczekiwania. Po upływie roku dodatkowego ubezpieczenia bezrobotny w razie powrotu do pracy, obowiązany był dla uzyskania praw do świadczeń gotówkowych przebyć pełny okres wyczekiwania t. j. sto cztery tygodnie składkowe. Jeśli jednak przed utratą zatrudnienia był ubezpieczony przez 10 lat i jeśli przekroczył 60 lat życia, to jego dodatkowe ubezpieczenie przedłużało się rok po roku, aż do osiągnięcia przezeń 65 lat, t. j. wieku, uprawniającego do renty starczej.

Na skutek wzrostu bezrobocia ciężary finansowe, jakie spowodowało dla instytucji ubezpieczeniowych udzielanie przez długie okresy świadczeń bez pobierania składek, zaczęły poważnie zagrażać równowadze finansowej ubezpieczenia.

Nowa ustawa redukuje znacznie te obciążenia, o ile idzie o ubezpieczenie na wypadek choroby. Utrzymuje ona wprawdzie 18 miesięczny okres bezpłatnego ubezpieczenia, lecz w razie nowego zatrudnienia w tym okresie wymagane jest przynajmniej 8 tygodniowe trwanie tego zatrudnienia dla korzystania z nowego pełnego okresu bezpłatnego ubezpieczenia.

Pozatem, na przyszłość tygodnie bezrobocia będą liczone jako tygodnie składkowe tylko w połowie, pozostała część będzie wpływać na obniżenie świadczeń. Obniżenie to będzie stosowane już w okresie bezpłatnego ubezpieczenia.

Ograniczenia te przedstawiają dla instytucji ubezpieczeniowych oszczędność około miliona funtów szterlingów rocznie.

Przeciwnie w zakresie ubezpieczenia na starość nowa ustawa nie tylko nie wprowadza ograniczeń, ale przewiduje jeszcze przedłużenie okresów dodatkowego ubezpieczenia. Dodatkowe obciążenie wynikające z przedłużenia tych okresów ponosić będzie Skarb Państwa.

Ustawa zawiera jeszcze przepis przejściowy, że do roku 1935 każdy bezrobotny, który po wyczerpaniu okresów ulgowych powraca do pracy, może odzyskać prawo do pełnych świadczeń gotówkowych po przebyciu skróconego czasu wyczekiwania do 26 tygodni.

W r. 1935 nastąpi badanie asekuracyjno - techniczne finansów ubezpieczenia na starość. Prawdopodobnie w zależności od wyników tych badań przedsięwzięte zostaną odpowiednie środki.

L. F.

POLSKO-CZECHOSŁOWACKIE ROKOWANIA W SPRAWIE UMOWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM.

W dniach od 14 do 23 czerwca 1932 r. przeprowadzone zostały w Pradze rokowania w sprawie ubezpieczeń społecznych. Do dnia dzisiejszego polsko-czechosłowackie stosunki w tej dziedzinie były zupełnie nieuregulowane, chociaż istnieje bardzo szerokie pole kontaktu między polskiem i czeskim ubezpieczeniem. W pierwszym rzędzie wchodzi w grę sytuacja prawna migrujących pracowników. Pozatem wymaga też uregulowania, sięgająca jeszcze okresu zawierania traktatów pokojowych, sprawa sukcesji po byłym ubezpieczeniu austriackim.

Jeśli chodzi o zagadnienie uregulowania sytuacji prawnej migracji powojennej, sprawa ta nie przedstawia tak wielkiego znaczenia, jak to np. ma miejsce w stosunku do Niemiec, ubezpieczenia bowiem Polski i Czechosłowacji nie przewidują we wzajemnych stosunkach tak drakońskich postanowień prawnych, jak n. p. spoczywanie renty dla obcokrajowców, przebywających za granicą. Niemniej istnieją jednak pewne ograniczenia w czeskim ubezpieczeniu w stosunku do obywateli polskich — jak ograniczenia co do wypłaty zagranicą dodatków państwowych i inne. W braku specjalnej umowy migrujący robotnicy i pracownicy umysłowi narażeni byli na duże straty w dziedzinie ubezpieczeń społecznych wskutek nieuwzględniania do okresu wyczekiwania i utrzymania ekspektatyw jednego państwa okresów ubezpieczeniowych państwa drugiego.

W dziedzinie rozrachunku z tytułu sukcesji (w pewnej części zagadnienie to zostało uregulowane w siedmiu konwencjach między Polską i Austrią), wymagały załatwienia następujące sprawy:

Strona polska wysuwa pretensje pod adresem strony czechosłowackiej przedewszystkiem w zakresie ubezpieczenia wypadkowego i górniczego.

Co się tyczy ubezpieczenia od wypadków, to chodzi tu o polską część terytorjum Śląska Cieszyńskiego, gdzie przed

podziałem monarchji austriacko-węgierskiej działał Zakład ubezpieczenia od wypadków w Brnie. Z chwilą zmiany granic, Polska (Zakład Ubezpiec. od wyp. we Lwowie) przejęła zobowiązania Zakładu brneńskiego wobec jego rencistów, zamieszkających w Polsce, wzamian jednak za to polskie ubezpieczenie nie otrzymało dotąd należnych od Zakładu brneńskiego rezerw.

W ubezpieczeniu górnictwem Polska żąda uregulowania zobowiązań czeskich kas brackich wobec górników polskich z okresu ich pracy na tamtejszych kopalniach.

Powyzszym pretensjom polskim, przeciwstawia strona czechosłowacka w zakresie rozrachunku z tytułu sukcesji wzajemne pretensje szczególnie z ubezpieczenia górnictwa. Czechosłowacja domaga się od Polski odpowiedniego załatwienia sprawy uprawnień ubezpieczeniowych górników, zatrudnionych dawniej na Górnym Śląsku, a obecnie mieszkających w Czechosłowacji.

Niezależnie od powyższych, wymaga jeszcze uregulowania bardzo istotna kwestja **praw ubezpieczeniowych pracowników umysłowych**, nabytych w zastępczym ubezpieczeniu pensyjnym funkcjonariuszy na obszarze dzisiejszej Czechosłowacji. Czesi przeważnie nie uznali wypadków ubezpieczeniowych zaszłych po zmianie granic, pozatem też wzbraniają się wydać instytucjom polskim zebrane rezerwy.

Podczas pierwszej sesji rokowań obie strony omawiały zagadnienia umowy o wzajemności, przyczem za podstawę do dyskusji służył opracowany przez stronę czechosłowacką wstępny projekt zasad umowy o wzajemności (zrównanie, zaliczanie i t. d.). Według bowiem zgóry ustalonego planu rokowań w pierwszym rzędzie z pośród wielu zagadnień, mających być umownie uregulowanymi, miała być załatwiona sprawa umowy o wzajemności. Z uwagi jednak na ścisły związek między zasadą wzajemności, a kwestją rozrachunku omówiono najogólniej również i tę kwestję.

Na pierwszej sesji obie strony uzgodniły swe punkty widzenia co do licznych zagadnień i zapoznały się wzajemnie ze swymi pretensjami. W wyniku dotychczasowych rokowań opracowano protokół, w którym omówiono w wyczerpujący sposób wszystkie te kwestje, jakie stanowiły przedmiot dyskusji. Dalsze rokowania odbędą się prawdopodobnie już w niedługim czasie w Warszawie.

Oceniając wyniki pierwszej sesji, stwierdzić należy, że sprawa umowy posunięta została znacznie naprzód. Rokowania prowadzone były w atmosferze niezwykle przyjaznej. Ze strony polskiej w skład delegacji wchodził z ramienia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej p. Naczelnik Zbigniew Skokowski, jako przewodniczący delegacji, p. Radca Dr. St. Fischlowitz, jako rzeczoznawca, oraz p. R. Szymanko, jako rzeczoznawca i sekretarz delegacji.

PROJEKTY REWIZJI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH WE FRANCJI

W dniu 1 lipca 1932 r. minęły dwa lata od chwili wprowadzenia w życie nowej francuskiej ustawy o ubezpieczeniu społecznym. W przeciągu tego okresu czasu ubezpieczenia społeczne nie zeszły ani na chwilę z porządku dziennego dyskusji publicznej, w której na ten temat biorą w dalszym ciągu udział nie tylko ubezpieczeniowcy ale również i politycy, organizacje społeczne, stronnictwa, związki zawodowe i t. p.

Przeciwno ubezpieczeniom społecznym w nowej ich postaci występują, jak wiadomo, od pierwszej chwili dwa zupełnie zresztą niewspółmierne obozy, których akcja stanowi najgroźniejsze niebezpieczeństwo dla tego nowego urządzenia społecznego, opartego na ustawie z 30 kwietnia 1930 r.

Głównymi czynnikami wrogimi tej ustawy są mianowicie z jednej strony pracodawcy rolni, a z drugiej strony mutualiści. Rzecz ciekawa, że dokonana ustawą z 30 kwietnia 1930 r. rewizja dotychczasowego tekstu ustawy ubezpieczeniowej (ustawa z 5 kwietnia 1928 r.) nie miała na celu nic innego jak właśnie zapewnienie obu tym czynnikom ustępstw, które miały pozyskać tak rolników jak i mutualistów dla wielkiej tej reformy ubezpieczeń społecznych. Początkowo wydawało się, że cel ten został osiągnięty. Rolnicy doceniali pierwotnie rozliczne koncesje przyznane im w ustawie — w dużej mierze kosztem innych warstw, a nawet interesów skarbu państwa — zapewniając o pozytywnym ustosunkowaniu się swem do ustawy. Kongres mutualistyczny odbyty w Lille, wyraził opinię, że wszystkie grupy towarzysztw pomocy wzajemnej jednomyślnie przystąpią do pełnego wprowadzenia w życie uchwalonej ustawy ubezpieczeniowej, jako odpowiadającej głównym ich postulatami i dezyderatami.

Z biegiem czasu powróciły jednak dwa te obozy do pierwotnej ich opozycji w stosunku do ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Mimo zupełnego wyodrębnienia ubezpieczenia rolników z organizmu nowych ubezpieczeń społecznych i mimo znacznego obciążenia ciężarów z tego tytułu produkcji rolnej w stosunku do produkcji przemysłowej, mimo hojnego subwencjonowania ubezpieczenia rolnego z funduszy skarbowych, trwa dziś w sferze większych producentów rolnych akcja, która skierowana jest swem ostrzem niekiedy już nie tylko przeciw tym czy innym postanowieniom ustawy, ale nawet przeciw głównym jej zasadom. Tak więc konferencja rolników, odbyta w kwietniu 1932 r., uchwaliła domagać się od rządu: 1) wstrzymania egzekucji wdrożonej przeciw pracodawcom rolnym 2) zaniechania dochodzenia zaległych składek ubezpieczeniowych a nawet 3) zniesienia przymusu ubezpieczeniowego, który należałoby zastąpić subwencjonowaniem ubezpieczeniem dobrowolnym. Wydaje się jednak, że wprowadzenie w życie programu sfer rolnych — zwłaszcza już z punktu ostatniego — nie wchodzi obecnie w rachubę.

W innym kierunku już, bez kwestjonowania głównych podstaw ubezpieczenia, nie mniej jednak energicznie prowadzona jest akcja ze strony organizacji mutualistycznych, zmierzająca w pierwszym rzędzie do zmiany organizacyjnego aparatu ubezpieczenia społecznego. Hasłem tych sfer jest pełna i niczem nie ograniczona „mutualisation des assurances sociales”. Zupełne zrozumienie tendencji mutualistycznych nie jest możliwe bez zdan'a sobie sprawy z roli, jaką towarzystwa pomocy wzajemnej odgrywają już w chwili obecnej przy wykonywaniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Ustawa z 30 kwietnia 1930 r. zmieniła ustawę z 5 kwietnia 1928 r. w tym kierunku, że przyznała towarzystwom pomocy wzajemnej prawo konstituowania „caisses primaires” i to tak w zakresie ryzyk repartycyjnych (ubezpieczenie na wypadek choroby, śmierci i macierzyństwa) jak i ryzyk kapitalizacyjnych (ubezpieczenie na starość i na wypadek inwalidztwa). Organizacyjne władze kas muszą jednak posiadać pewną odrębność w stosunku do władz towarzystw pomocy wzajemnych; wyjątki od tej zasady dopuszcza ustawa tylko w pewnych szczególnych sytuacjach i to w stosunkowo ograniczonym zakresie. Poza tem obowiązujący tekst ustawy stwarza dla towarzystw pomocy wzajemnej cały szereg dodatkowych korzyści i przywilejów, wchodzi tu w grę w szczególności presumpcja przynależności ubezpieczonych członków towarzystw pomocy wzajemnej do kas stworzonych przez te towarzystwa, pewne udogodnienia, o ile chodzi o administrowanie przez te kasy ubezpieczeniem na wypadek macierzyństwa, pewne dodatkowe sub-

wencje i t. p. Z chwilą wejścia w życie ustawy okazało się jednak, że wszystkie te postanowienia nie mogą zapewnić towarzystwom pomocy wzajemnej naczelnego stanowiska, jakiego domagały się one dla siebie w ramach nowego ubezpieczenia społecznego. To też organizacje mutualistyczne poczęły od 1930 r. wysuwać różne projekty dalszej nowelizacji ustawy. Poszczególne etapy tej akcji zasługują niewątpliwie na baczną uwagę.

Pierwszy projekt domagał się zupełnego zniesienia obowiązkowego ubezpieczenia i zastąpienia go ubezpieczeniem dobrowolnym, które w praktyce objęłyby wyłącznie towarzystwa pomocy wzajemnej. Drugi z kolei projekt przewidywał zasadę obowiązkowego ubezpieczenia, zastosowując jednak potrącenie przymusowe składki ubezpieczeniowej z zarobku wyłącznie w stosunku do osób, nie należących do towarzystw pomocy wzajemnej. Trzeci i ostatni projekt zmiany ubezpieczeń społecznych, uchwalony na konferencji, określonej jako „*etats généraux de la mutualité*”, a odbytej w Paryżu, w czerwcu 1931 r., nie kwestjonuje ani obowiązkowego ubezpieczenia ani też potrącania składki od zarobku, walcząc już tylko z „*etatyzmem*” nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznym; projekt ustawy wniesiony przez posłów Dormanna i Montigny powierza administrowanie ubezpieczenia na wypadek choroby, macierzyństwa i śmierci towarzystwom pomocy wzajemnej, które miałyby tworzyć większe związki reasekuracyjne, a administrowanie ubezpieczeniem na starość — autonomicznym kasom mutualistycznym; parlamentarny referent budżetu Ministerstwa Pracy i Przejrzystości na rok 1932 poseł Malingre poświęca w swym referacie obszerną wzmiankę powyższemu projektowi, zajmując wprawdzie ze swej strony stanowisko, że projekt ten wymagałby jeszcze bardzo szczegółowego opracowania, nie kwestjonując jednak zasadniczej jego tendencji, która zmierza ku rozbudowie mutualistycznego charakteru ubezpieczeń społecznych.

Z pomiędzy całego szeregu projektów reformy ubezpieczeń społecznych opracowanych w czasie ostatnim zwrócił pozątem na siebie szczególną uwagę — choćby ze względu na osobę swego autora — projekt wysunięty ostatnio na łamach „*Journal de la Prévoyance et Assurance Sociales*” przez posła Grinda, referenta ustawy ubezpieczeniowej w Izbie Deputowanych i Ministra Pracy jednego z ostatnich gabinetów. Poseł Grinda domaga się zmiany ustawy w kierunku ujednostajnienia jej i uproszczenia, tak, by była bardziej zrozumiała i dzięki temu łatwiej wykonalna. Zakres osobowy ustawy powinienby być, zdaniem jego, znacznie rozszerzony, powinienby on objąć wszystkich słabszych gospodarczo również i z pomiędzy samodzielnych pracowników. Składka ubezpieczeniowa byłaby pobierana w stosunku do pracowników najemnych w formie potrącania jej z płacy, a w stosunku do pracowników samodzielnych w formie dodatku do podatków. Ubezpieczenie chorobowe zostałoby jak najwyraźniej oddzielone od ubezpieczenia starczego. Dla uproszczenia techniki opłacania składek ubezpieczeniowych byłyby one pobierane od pracodawców ryczałtowo, w stosunku do ogólnej sumy zarobków przez nich wypłaconych. Składka ubezpieczonego byłaby nadal zindywidualizowana i opłacana w drodze potrącania od zarobku, przy czym technicznie opłacanie składki byłoby uskuteczniane przez nalepienie znaczków na karcie ubezpieczeniowej. Liczba klas zarobkowych zostałaby zredukowana z 5 do 3. Podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia społecznego stanowiąłyby towarzystwa pomocy wzajemnej. Wreszcie — co najważniejsze — proponuje poseł Grinda zupełne zniesienie świadczeń rzeczowych ubezpieczenia. Zamiast udzielanych obecnie w ubezpieczeniu na wypadek choroby obok siebie świadczeń

rzeczowych i pieniężnych należy, zdaniem jego, udzielać wyłącznie odpowiednio zryczałtowanych zasiłków pieniężnych; kasa zajmowałaby się więc jedynie i wyłącznie: 1) stwierdzeniem prawa do tych świadczeń i 2) udzieleniem zasiłków. Odpadłyby natomiast w zupełności wszystkie — tak rozległe w chwili obecnej — czynności kas, związane z udzielaniem pomocy leczniczej, w jak najszerszym tego słowa znaczeniu. Poseł Grinda zaznacza, że w zasadzie udzielanie świadczeń rzeczowych jest bez porównania wyższe („*infiniment supérieur*”) od ryczałtowego wypłacania zasiłków pieniężnych. Wymaga ono jednak „wychowania społecznego i organizacji, która — jak to wykazuje doświadczenie — może być zaimprovizowana”

Błędny byłby wniosek, jakoby wszystkie omówione powyżej propozycje kół rolnych i mutualistycznych jak i posła Grindy, przyjmowane były dodatkowo przez całą bez wyjątku francuską opinię publiczną. Nie brak głosów, które stwierdzają, że — jak to miał powiedzieć minister Laval — „zasady ustawy są dobre, jej system jest trafny, a tylko jej wykonanie jest fatalne”. W obronie systemu ubezpieczeń funkcjonującego w chwili obecnej występują przede wszystkim najważniejsze odłamy klasy robotniczej, której dziełem są niewątpliwie w głównej mierze teksty obowiązującego obecnie ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Stanowisko to organizacji robotniczych uwidoczniło się najwyraźniej podczas ostatnich wyborów parlamentarnych, w których ubezpieczenia społeczne odegrały równie doniosłą rolę, jak podczas wyborów poprzednich, odbytych bezpośrednio po wydaniu ustawy z 5 kwietnia 1928 r. Przeciw proponowanej rewizji ustawodawstwa wystąpiły ostatnio w uroczystych manifestacjach tak socjalistyczna *Confédération Générale du Travail* jak i Centralna Organizacja Robotnicza Chrześcijańska.

Organizacja chrześcijańska zajęła stanowisko, że cała klasa robotnicza winna dążyć do unicestwienia wrogich ubezpieczeniom społecznym tendencji, dających się szczególnie silnie zauważyć wśród rolników i że muszą być za każdą cenę utrzymane trzy zasady obecnie obowiązującej ustawy: przymus ubezpieczenia, potrącanie składki z płacy i powszechność ubezpieczenia.

Jeszcze mocniej w obronie zdobyczy ubezpieczeniowych występuje manifest C. G. T. „Pod płaszczykiem mętnych hasel o mutualizacji ubezpieczeń społecznych kryją się różnorodne tendencje sabotażowe, poczynając od tworzenia niedopuszczalnych przywilejów dla przestarzałych form organizacyjnych, a kończąc na usuwaniu obowiązku ubezpieczenia i potrącania składki od płacy” — dowodzi manifest C. G. T. podkreśla, że nie broni nienaruszalności ustawy i że sama domaga się reformy w całym szeregu punktów. Niemniej jednak stwierdza z całym naciskiem, że proponowana w czasie ostatnim rewizja ustawy zadałaby nowym ubezpieczeniom francuskim cios śmiertelny. Organizacja socjalistyczna przeciwstawia się równocześnie argumentom, jakoby ustawa o ubezpieczeniu społecznym była źródłem kryzysu, względnie jakoby kryzys ten potęgowała. „Klasa robotnicza nie ścierpi tego” — konkluduje manifest — „by ta ludzka i w wysokim stopniu dobroczynna ustawa została naruszona albo spaczona w swych głównych zasadach. W imieniu klasy robotniczej zwróci się C. G. T. z całą siłą swej organizacji przeciw wszystkim manewrom sabotażowym, które przygotowywane są dziś przeciw ubezpieczeniu społecznemu”.

Walka o ubezpieczenie społeczne nie jest więc jeszcze rozstrzygnięta. Okoliczność, że mimo ogromnego swego skomplikowania francuska ustawa o ubezpieczeniu społecznym wprowadzona została w całej rozciągłości w życie mimo przeciwności, że spotka ją los ustawy o emeryturach robotniczych

i włościąńskich z 1910 r. (która pozostała na papierze) wzmacnia niewątpliwie stanowisko tych wszystkich, którzy domagają się utrzymania obecnego stanu rzeczy. Francuskie ubezpieczenie społeczne może się pochlubić dobrymi wynikami w wielu działach i dziedzinach mimo, że wprowadzone zostało w możliwie najmniej korzystnych warunkach zewnętrznych. Robotnicza opozycja przeciw naruszeniu zasad ustawy utrudnia bar-

dzo dokonanie proponowanej ostatnio z różnych stron jej rewizji, a w sprzyjających warunkach politycznych może rewizję tę uniemożliwić w zupełności. To też byłyby zupełnie jednostronne i przedwczesne wszelkie niekorzystne dla samej istoty ubezpieczenia społecznego wnioski, jakie mógłby ktoś próbować wyciągnąć z obecnej sytuacji w dziedzinie ubezpieczeń społecznych we Francji. St.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W NIEMCZECH W 1931 R.

Niemiecki Urząd Statystyczny ogłosił w organie swoim („Wirtschaft und Statistik“ 1932 r. Nr. 8) ogólne wyniki finansowej działalności ubezpieczeń społecznych w 1931 r.

Zestawienie dochodów i wydatków niemieckich ubezpieczeń społecznych w 1931 r. i porównanie ich z roku 1930. zawiera następująca tablica (w tysiącach marek niemieckich):

RODZAJE UBEZPIECZEN	Rok	D O C H O D Y				W Y D A T K I		
		Składki	Subwencje państwowe	Dochody z kapitałów i inne dochody	Razem	Świadczenia	Koszty administracji	Razem
Ubezpieczenie na wypadek choroby	1930	2.053.9	21.0	65.0	2.139.9	1.834.1	162.3	2.010.0
	1931	1.540.0	2.7	65.0	1.607.7	1.470.0	144.0	1.617.7
„ od wypadków	1930	404.3	—	19.0	423.3	364.8	58.4	429.2
	1931	351.0	—	19.0	370.0	355.1	53.9	414.7
„ emerytalnych robotników	1930	986.3	445.4	98.3	1.530.0	1.409.4	61.9	1.475.4
	1931	819.2	418.1	88.2	1.325.5	1.450.5	68.0	1.522.5
„ pracowników umysłowych	1930	385.2	—	162.6	547.8	210.7	12.9	224.8
	1931	343.5	—	179.6	523.1	249.3	13.7	263.1
„ górników	1930	151.5	29.3	21.3	202.1	229.5	9.6	240.4
	1931	120.2	68.0	9.1	197.3	212.0	8.7	222.2
„ na wypadek braku pracy	1930	1.061.7	591.2	7.0	1.659.9	1.678.6	—	1.799.9
	1931	1.373.3	213.4	37.8	1.624.5	1.406.8	—	1.530.6
RAZEM	1930	5.042.9	1.086.9	373.2	6.503.0	5.727.1	305.1	6.179.7
	1931	4.547.2	702.2	398.7	5.648.1	5.143.7	288.3	5.570.8

Jak wynika z powyższych danych panujący kryzys gospodarczy dotkliwie dotknął wszystkie instytucje ubezpieczeniowe, przedewszystkiem zmniejszając ich dochody. Bezpośrednią przyczyną zmniejszenia dochodów był rozwój bezrobocia, powszechne obniżanie płac osób ubezpieczonych, wreszcie redukcje dopłat z funduszy państwowych. W porównaniu do stanu w 1930 r. dochody instytucji ubezpieczeń społecznych wynosiły w 1931 r. w cyfrach względnych (1930=100):

Ubezpieczenie na wypadek choroby	— 75.
„ od wypadków przy pracy	— 87.
„ emerytalne robotników	— 87.
„ „ prac. umysłowych	— 95.
„ górników	— 98.
„ na wypadek braku pracy	— 98.

Przeciętne ogólne dochody obniżyły się w 1931 r. porównaniu do stanu w 1930 r. o 13,1%, poszczególne zaś rodzaje dochodów obniżyły się o następujące kwoty: dochód ze składek o 496 milj. mk., dopłaty z funduszy państwowych — o 384 milj. mk. Jedynie w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy dochody ze składek, dzięki znacznemu podwyższeniu

wysokości składki, nie tylko nie obniżyły się ale nawet przekroczyły poziom z 1930 r.

Ogółem wydatki ubezpieczeń społecznych obniżyły się w 1931 r. W porównaniu do 1930 r. o 10%, w niektórych jednak działach wzrosły. Wykazuje to następujące zestawienie (1930 = 100):

Ubezpieczenie na wypadek choroby	— 80.
„ od wypadków przy pracy	— 97.
„ emerytalne robotników	— 103.
„ „ prac. umysłowych	— 117.
„ górników	— 92.
„ na wypadek braku pracy	— 85.

We wszystkich działach ubezpieczeń z wyjątkiem ubezpieczenia pracowników umysłowych i ubezpieczenia na wypadek braku pracy, wydatki przekraczały dochody, mianowicie deficyt wynosił:

	milj. mk. dochodów
Ubezpieczenie na wypadek choroby	— 10 — 0,6%
„ od wypadków przy pracy	— 44,7 — 12,1%
„ emerytalne robotników	— 197,0 — 14,9%
„ górników	— 24,9 — 12,1%

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

J. BLOCH I Z. KOPANKIEWICZ: „UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE” (TOM II KODEKSU PRACY). Warszawa 1932 — str. 766, + X.

W ostatnich dniach czerwca ukazał się w druku zbiór przepisów o ubezpieczeniach społecznych w opracowaniu adwokatów J. Blocha i Z. Kopankiewicza, wydany jako drugi tom, cięższego się dużą wziętością „Kodeksu Pracy”.

Zapowiadane od szeregu miesięcy wydawnictwo powyższe było — rzecz można — przedmiotem ogólnego zaciekawienia w sferach fachowych zwłaszcza po niezbyt przychylnem przyjęciu podobnej pracy jednego z adwokatów prowincjonalnych, ogłoszonej pod koniec roku ubiegłego.

Otrzymałmy dzieło niewątpliwie poważne. Nie jest ono podręcznikiem do nauki ubezpieczeń społecznych ani pracą o charakterze badawczo - naukowym. Drugi tom „Kodeksu Pracy” został podobnie jak tom I, dotyczący ustawodawstwa pracy w znaczeniu ściślejszym, pomyślany i opracowany dla celów praktycznych. Mamy tu zebrany prawie cały materiał ustawodawczy z dziedziny ubezpieczeń społecznych. Brak tylko w dziele pp. Blocha i Kopankiewicza Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej, która obowiązuje dotąd na G. Śląsku, a częściowo również w woj. poznańskim i pomorskim oraz odnośnych uzupełniających przepisów polskich jakoteż norm specjalnych, dotyczących ubezpieczenia górników. Jakkolwiek zebranie i wydanie wszystkich przepisów ubezpieczeniowych i ubezpieczeń dotyczących byłoby niewątpliwie przyjęte z dużym uznaniem, to jednak zważywszy podane przez autorów argumenty, nie można się dziwić, iż nie chcieli wziąć na siebie tak poważnego ryzyka, jakieby stąd dla nich wynikało.

Całość pracy jest podzielona na 4 części:

- 1) ubezpieczenie pracowników umysłowych;
- 2) ubezpieczenie na wypadek choroby;
- 3) ubezpieczenie od wypadków;
- 4) zabezpieczenie na wypadek bezrobocia.

Osobną część stanowią ustawy dodatkowe.

Oprócz właściwych tekstów ustawowych i tekstów ustaw uzupełniających podano teksty rozporządzeń wykonawczych i statutów instytucji, tezy Ministerstwa Pracy i Op. Społ., ocenę skutków wypadku i t. p.

Część p. t. „Ustawy dodatkowe” obejmuje tekst rozporządzenia Prezyd. Rzplitej z dnia 29 listop. 1930 r. o organizacj. i funkcjon. instyt. ubezp. społ. oraz szereg innych przepisów bądź wydanych w ostatnich miesiącach bądź też dotyczących więcej aniżeli jednego działu ubezpieczeń, a wreszcie przepisy specjalne.

Tom zawiera wreszcie „Suplement” (dlaczego nie „uzupełnienie”?) i skorowidze, oddzielne dla każdego działu ubezpieczeń.

Omawiając część kodyfikacyjną pracy pp. Blocha i Kopankiewicza, należy wyrazić żal, że autorzy publikując szereg przepisów ubocznie lub pośrednio tylko dotyczących ubezpieczeń społecznych, nie ogłosili natomiast wielu przepisów jaknajściślej związanych z poszczególnymi działami ubezpieczeń. Brak n. p. obowiązujących norm, dotyczących orzecznictwa w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych i ubezpieczenia na wypadek choroby, a duże ułatwienie stanowiłoby też podanie rozporządzenia Prezydenta Rzplitej, z dnia 22.III.1928 o postępowaniu administracyjnym, które jest obecnie podstawą postępowania władz administracyjnych w zakresie orzecznictwa w sprawach ubezpieczeń społecznych.

Poważną usterkę tej części wydawnictwa stanowi niezaw-
sze niestety wierne podanie obowiązujących tekstów, co utrudnia w pewnej mierze korzystanie z dzieła.

Wiele miejsca należałoby poświęcić pracy autorów, zmierzającej do zaopatrzenia przepisów odpowiednimi komentarzami. Wprawdzie uwagi ich mają jedynie wyjaśniać — jak to podkreślają autorzy w przedmowie — kwestje wątpliwe lub niejasne z pominięciem natomiast uwag krytycznych, nie mniej jednak posiadają one duże znaczenie dla wartości i celu pracy, aczkolwiek — rzecz inna — można mieć wątpliwości co do trafności uwag autorów w poszczególnych kwestiach. Podnoszenie jednak tych momentów jak i dyskusja z tem związana przekraczałyby rozmiary recenzji.

Obok własnych uwag autorów, zamieszczono w dziale objaśnień bardzo bogaty materiał orzeczniczy (Sądu Najwyższego i N. T. A.), doprowadzony niemal do końca półroczu roku bieżącego oraz wyjaśnienia urzędowe, niestety w dziale ubezpieczenia pracowników umysłowych, jeśli chodzi o wyjaśnienia Ministerstwa Pr. i Op. Sp. dość stosunkowo skąpe i przede wszystkim nieuwzględniające, zresztą bez winy autorów, bogatej już działalności Ministerstwa w dziedzinie orzecznictwa.

Orjentację wśród postanowień, dotyczących poszczególnych zagadnień, ułatwiają odsyłacze, w które tekst jest obficie zaopatrzony.

Praca pp. Blocha i Kopankiewicza jest pierwszym naprawdę poważnym opracowaniem całości kształtu przepisów o ubezpieczeniach społecznych. Sposobem i wartością wykonania zbliża się ona do podobnych wydawnictw zagranicznych, a staje w rzędzie dobrych tego rodzaju publikacji z innych bardziej znanych i opracowanych przez komentatorów działów prawa w Polsce.

Duża znajomość przedmiotu, rutyna oraz wielka staranność w opracowaniu komentarzy i zaopatrzeniu ich w orzecznictwo korzystnie wyróżniają dzieło pp. Blocha i Kopankiewicza. Pieczołowitość, z jaką autorzy potraktowali nieraz nawet drobniejsze kwestje, musi wzbudzić uznanie. Nie można się nawet opędzić wrażeniu, iż autorzy chcieli dać czytelnikom, decydującym się w dzisiejszych czasach na nabycie wydawnictwa, maximum tego, co dać było można.

I chociaż, podobnie jak i w innych dziełach ludzkich, są również i w omawianej pracy pewne usterki, to jednak jest ona niewątpliwie znacznym wzbogaceniem polskiej literatury prawniczej w tej dziedzinie.

Wydaje się, iż byłoby największym uznaniem dla autorów za poniesiony przez nich trud, gdyby każdy z korzystających z ich dzieła ułatwił im w miarę możliwości zapoznanie się z brakami i wadami wydawnictwa, umożliwiając w ten sposób usunięcie ich w następnym wydaniu, które zapewne ukaże się już w niedługim czasie.

J. Z.

PROJEKT REFORMY SPOSOBU OBLICZANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Okres przeżywanego przez ubezpieczenia społeczne kryzysu finansowego jest również okresem, podczas którego coraz częściej ukazują się projekty reformy tych ubezpieczeń. Sprawa reformy ubezpieczeń społecznych jest szczególnie często omawiana w niemieckiej literaturze fachowej. Niektóre z projektów posiadają niejednokrotnie dużą wartość i są niezwykle oryginalne. Szczególnie oryginalnym projektem jest

wysunięty niedawno przez prof. Lehmana projekt reformy finansów niemieckich*).

Do zagadnienia reformy ubezpieczeń w Niemczech podchodzi autor od strony gospodarczej, traktując ubezpieczenia jako jeden ze środków polityki ekonomicznej Państwa. Motywem, który skłonił autora do wysunięcia swej koncepcji, była wyłącznie troska o poprawę niekorzystnej sytuacji gospodarczej Niemiec drogą:

- 1) zwalczania bezrobocia;
- 2) zmniejszenia popytu na kredyt zagraniczny.

Analizując przyczyny bezrobocia dochodzi autor do wniosku, że bezrobocie jest konsekwencją mechanizacji, która znów pochodzi stąd, że w kalkulacji przemysłowej robocizna wynosi więcej niż cena wykorzystania kapitału produkcyjnego; innymi słowy, ponieważ maszyną się taniej pracuje, dlatego istnieje naturalna tendencja do zastępowania nią żywego robotnika. Tendencji tej sprzyja w wysokim stopniu dotychczasowy ustrój finansowy ubezpieczeń społecznych, polegający na tem, że składkę pobiera się proporcjonalnie do zarobku i w ten sposób jeszcze się podraża już drogą i mniej wydajną robocizną.

Podrożenie robocizny składką ubezpieczeniową w Niemczech z punktu widzenia kalkulacji handlowej oblicza autor według danych z 1929 r. na 25%. Według autora nie jest istotną rzeczą, że pewną część składki opłaca robotnik. Jedynie miarodajną dla kalkulacji jest według Lehmana ogólna suma faktycznie wypłaconej robocizny, do której przedsiębiorstwa dopłacają 25% na ubezpieczenia. Jest to bardzo poważne obciążenie i uciążliwość jego daje się odczuć przede wszystkim w konkurencji przedsiębiorstwa mającego duże wydatki na robociznę wobec przedsiębiorstwa zmechanizowanego, w którym robocizna gra podrzędniejszą rolę. Na szeregu przykładów przedstawia autor wpływ obciążenia składką ubezpieczeniową na wysokość zysków w przedsiębiorstwach pracujących intensywnie za pomocą robocizny, które nazywa on „*arbeitsintensiv*” i w przedsiębiorstwach zmechanizowanych, operujących przede wszystkim kapitałem przemysłowym („*kapitalintensiv*”). Ponieważ w przedsiębiorstwach niezmechanizowanych pozycja wydatków na robociznę jest o wiele wyższa niż w przedsiębiorstwach zmechanizowanych, a składka pobierana jest proporcjonalnie do wypłaconej kwoty na robociznę, dlatego też w konsekwencji koszt własny produkcji fabryk niezmechanizowanych jest znacznie wyższy niż koszt własny przedsiębiorstw zmechanizowanych, co w konsekwencji prowadzi do niższych zysków w przedsiębiorstwach niezmechanizowanych i bezpośrednio przyczynia się do zwiększenia inwestycji w przedsiębiorstwach niedostatecznie zmechanizowanych, w rezultacie czego następują redukcje pracowników itd. Celem przeciwdziałania temu zjawisku, autor proponuje odpowiednią zmianę systemu obliczania składki ubezpieczeniowej w ten sposób, aby wzamian obliczania składki w wysokości proporcjonalnej do wypłaconych płac zastosować obliczanie składki w stosunku do wielkości kapitału, używanego w danym przedsiębiorstwie dla celów produkcyjnych

Taka zmiana systemu obliczania składki spowodowałaby, że przedsiębiorstwa zmechanizowane obciążone byłyby w większej mierze ciężarami na utrzymanie ubezpieczeń społecznych, przedsiębiorstwa zaś niezmechanizowane zostałyby znacznie odciążone, i wskutek tego powstałaby możliwość roz-

woju również warsztatów pracy mniej zmechanizowanych w większym stopniu opartych na pracy rąk ludzkich. Z drugiej strony wskutek zmniejszenia się rentowności przedsiębiorstw zmechanizowanych usunięto również tendencję do nadmiernego inwestowania kapitału w urządzeniach technicznych, co pociągnęłoby za sobą znaczne zmniejszenie popytu na kredyt.

Celem realizacji powyższej koncepcji, konieczne jest: 1) ustalenie w poszczególnych przedsiębiorstwach wysokości kwoty, którą autor nazywa kapitałem produkcyjnym (inwestycyjnym), od której możnaby było obliczyć wysokość składki na ubezpieczenia, należałoby: 2) ustalenie odpowiedniego współczynnika, według którego od tak ustalonej masy kapitałowej, mogłaby być opłacana *sui generis* składka, a ściśle już mówiąc danina na rzecz ubezpieczeń społecznych.

Jeśli chodzi o pierwsze zagadnienie, autor podkreśla, że za podstawę do wymiaru składki należy brać te kapitały, które przedsiębiorstwa pośrednio lub bezpośrednio biorą z rynku finansowego dla celów produkcji. Praktycznie najłatwiej byłoby ustalić tę wielkość na podstawie analizy bilansu. Należałoby bowiem wziąć pod uwagę sumę ogólną pasywów danego przedsiębiorstwa łącznie z jego kapitałem własnym. W pasywach bowiem uwewnętrznia się najdokładniej liczbowo, jakie kapitały dane przedsiębiorstwo pośrednio względnie bezpośrednio wzięło z rynku kapitałowego. Od sumy pasywów należałoby odjąć uwidocznione w aktywach należności od dłużników, ponieważ ta pozycja finansowa uwidoczniła już jest w bilansie (pasywach) innego przedsiębiorstwa, aby w ten sposób usunąć możliwość podwójnego opodatkowania danego kapitału na rzecz ubezpieczeń społecznych.

Pozatem należałoby odliczyć od pasywów wartość uwidocznionych w aktywach udziałów w innych przedsiębiorstwach, pozycji papierów wartościowych, ponieważ również i ten kapitał uwidocznił się w pasywach innych jednostek gospodarczych. Zagadnienie ukrytych rezerw, za pomocą których możnaby było odpowiednio zmniejszać podstawę wymiaru składki, nie przedstawia — zdaniem autora — poważniejszych trudności. Już w chwili obecnej, przy obliczaniu podatków majątkowych, urzędy skarbowe podciągają pod opodatkowanie ukryte rezerwy, które prędzej czy później wyjdą zawsze na światło dzienne.

Trudniejsze nieco zagadnienie przedstawia sprawa oszacowania ziemi. Zdaniem autora należałoby również odciągnąć od ogólnej masy pasywów wartość, jaką przedstawia ziemia. Sam bowiem proces nabycia danego obszaru ziemi nie ma jeszcze z ogólnego gospodarczego punktu widzenia żadnego wpływu na sam proces produkcji. Kapitał bowiem wypłacony sprzedawcy za nabyty obszar gruntu jeszcze nie jest wciągnięty do procesu produkcji. Należałoby jedynie uważać za kapitał produkcyjny ten kapitał, jaki zużyty został na inwestycje porobione na danym obszarze ziemi. Autor zdaje sobie jednak sprawę z trudności rozdzielenia wartości ziemi bez żadnych ulepszeń od wartości ziemi po dokonanych inwestycjach.

Z powyższem jednak zagadnieniem, które pozostawia w gruncie rzeczy nieuregulowane, załatwia się autor w ten sposób, że proponuje, aby ze względu na trudną sytuację gospodarczą rolnictwa niemieckiego, przy ustaleniu podstawy wymiaru składki ubezpieczeniowej, odciągana była wartość ziemi od ogólnej masy pasywów.

Jeśli chodzi o ustalenie podstawy wymiaru składek w bankach i innych instytucjach zajmujących się handlem pieniężnym, autor proponuje uwzględnić uwidocznioną jedynie po stronie aktywów wartość nieruchomości i wszystkich in-

*) Nr. 4 i 6 z b. r. „*Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung*”. Prof. Dr. Lehmann: *Die Verteilung des Sozialaufwandes nach der Kapitalverwendung der Betriebe anstatt nach den Löhnen. Grundsätze und praktische Durchführung.*

nych urzędzeń służących Bankowi do rozwijania i załatwiania swej działalności.

Z całego szeregu przykładów przytoczonych przez autora dla ustalenia podstawy wymiaru składki ubezpieczeniowej w zależności od poszczególnych dziedzin działalności gospodarczej wymienia jedynie kilka najistotniejszych. Zresztą i sam autor nie wyczerpuje dostatecznie wszystkich możliwości i wariantów.

Problem ustalenia współczynnika obliczania składki na rzecz ubezpieczeń społecznych od tak obliczonego kapitału produkcyjnego, autor rozwiązuje w następujący sposób. Na podstawie obliczeń statystycznych, dotyczących wysokości ogólnego dochodu społecznego, stosując odpowiedni czynnik kapitalizacyjny, wyprowadza on a priori ogólną wartość kapitałów, przeznaczonych na cele czysto produkcyjne. Od tak ustalonej kwoty odlicza następnie wartość kapitału, jaki przedstawia ziemia i inne jeszcze pozycje nie stojące w bezpośrednim związku z samym procesem produkcyjnym. Otrzymałszy ogólną masę kapitałową, od której w myśl jego projektu należałoby obliczyć daninę na rzecz ubezpieczeń społecznych i przyjmując z drugiej strony, według stanu z końca 1929 r. (wszystkie wogóle obliczenia robi autor na podstawie 1929 r.) zapotrzebowanie roczne ubezpieczeń społecznych na świadczenia, wyprowadza autor żądany współczynnik, jaki należałoby stosować przy obliczeniu składki na rzecz ubezpieczeń społecznych.

Potwierdzenie słuszności projektowanej reformy widzi autor już w ostatnich poczynaniach rządu niemieckiego, który zwolnił od opłaty składek ubezpieczeniowych pewne gałęzie przemysłu np. przemysł węglowy. Przez krok ten, zdaniem autora, rząd niemiecki uznał, że dany przemysł jest zbyt obciążony składkami ubezpieczeniowymi i dlatego rozłożył ciężar opłacania tych składek na skarb państwa.

Przeprowadzanie zaprojektowanej przez autora reformy systemu obliczania składek na rzecz ubezpieczeń społecznych, pociągnęłoby za sobą również reformę całego systemu ubezpieczeń społecznych. W związku z tem powstaje pytanie, czy ubezpieczenia społeczne nie straciłyby swego charakteru ubezpieczeniowego, stając się raczej urządzeniem o charakterze zaopatrzeniowym. W dotychczasowym bowiem systemie świadczenie dla ubezpieczonego pozostaje w ścisłym związku i jest w pewnej mierze funkcją składki ubezpieczeniowej, pobieranej od zarobku. Przez zniesienie dotychczasowej podstawy wymiaru składki tem samem należałoby przypuszczać, że musiałby ulec zmianie również system obliczania świadczeń ubezpieczeniowych, ustępując miejsca świadczeniom jednolitym niezróżniczkowanym co do wysokości. Autor jednakże nie dopatruje się w reformie swej tego rodzaju skutków dla systemu obliczania świadczeń ubezpieczeniowych. Uznając wyższość renty proporcjonalnej nad rentą jednolitą, autor uważa, że nawet przy zrealizowaniu jego systemu pobierania składek nic nie stoi na przeszkodzie utrzymaniu renty proporcjonalnie wzrastającej. Zmieniłyby się jedynie warunki. Zamiast bowiem obliczać, jak to dotychczas ma miejsce, rentę w zależności od opłaconych składek, możnaby ją obliczać na podstawie przypuśćmy zaświadczeń pracodawcy, stwierdzających, że dany robotnik przez taki a taki okres czasu pozostawał w zatrudnieniu i otrzymywał w danej wysokości wynagrodzenie. Zresztą jest to sprawa już dalsza nie przedstawiająca jednak specjalnych trudności.

Mimo wszystko jednak autor nie uważa za wskazane aby system obliczenia składki - daniny ubezpieczeniowej w zależności od wysokości kapitału produkcyjnego miał być zastoso-

wany we wszystkich działach ubezpieczeń. W dziedzinie ubezpieczenia wypadkowego uważa autor, że zwalenie ciężaru ponoszenia kosztów utrzymania tego ubezpieczenia na przedsiębiorstwa, pracujące intensywnie za pomocą kapitałów, mogłoby stanowić jedynie nieuzasadnioną premję dla warsztatów pracy, przedstawiających duże niebezpieczeństwo dla pracy i stanowić tem samem przeszkodę przeciwko wprowadzaniu do tych warsztatów urzędzeń bezpieczeństwa. Tak samo z pewnych względów uważa autor za bardziej wskazane utrzymanie w zakresie ubezpieczenia chorobowego składki proporcjonalnej do zarobku.

Przedstawiony w ogólnych zarysach projekt finansowania ubezpieczeń społecznych, stanowiłby niewątpliwie całkowitą przewartościowanie w strukturze ubezpieczeń społecznych. Myśl rzucona przez autora jest niezaprzeczenie bardzo oryginalna. Nie jest ona coprawda tego rodzaju projektem, który mógłby być natychmiast zrealizowany i wprowadzony w życie. Sam projekt został jedynie ogólnie naszkicowany, brak w nim odpowiedzi na liczne wątpliwości, jakie mogłyby się nasunąć przy wykonaniu tego planu. Zresztą sam autor zdaje sobie z tego sprawę i traktuje swój projekt jako pewnego rodzaju koncepcję i materiał do dalszej dyskusji.

R. G.

LEKARZE A UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE.

Nawiązując do przesilenia ekonomicznego, jakie dotknęło ostatnio świat lekarski, redaktor czasopisma „Zdrowie” Dr. M. Kacprzak zauważa w artykule wstępnym Nr. 5 — 6 tego czasopisma z roku bież., iż „ten okres przełomowy może przyczynić się do radykalnej zmiany w ustosunkowaniu się lekarzy do lecznictwa społecznego”. Dopiero „załamanie się tego lecznictwa (a groźba taka wisi!) — pisze Dr. Kacprzak — może przekonać ogół lekarzy, jak błędne było jego stanowisko, bo z całą pewnością zniesienie Kas Chorych, lub zmniejszenie zakresu ich działalności dzisiaj ogromnie pogłębiłoby kryzys lekarski”.

Autor przypomina zarzuty, stawiane ubezpieczeniowemu społeczeństwu w dziedzinie lecznictwa oraz poddaje krytycznej ocenie zapatrywanie, jakoby ubezpieczeniowemu społeczeństwu były przyczyną zła, które gnębi stan lekarski. Istotnym powodem, który wpłynął ujemnie na położenie lekarzy, są, wg. autora, ogromne zmiany, jakie zaszły w dziedzinie życia gospodarczego i stosunków społecznych w okresie powojennym.

Ponieważ rozwinięte w tym czasie ubezpieczenia społeczne, obejmujące opiekę lekarską, wprowadziły dość znaczne zmiany w organizacji dotychczasowego lecznictwa, a zwłaszcza w stosunku między lekarzem a pacjentem, przeto ubezpieczeniowemu społeczeństwu przypisuje się winę.

Dr. Kacprzak analizuje sprawę najważniejszą, t. j. sprawę zmiany sposobu wynagrodzenia lekarzy. Dla przeważającej większości lekarzy sprawa wyższa, przyjęta i utrzymywana dotąd w praktyce prywatnej, jest b. przykra. Z tem jednak wiąże się również inne zagadnienie: co ma uczynić chory, który nie może zapłacić za usługę. Czy ma być wówczas pozbawiony opieki lekarskiej, czy też prosić o nią, jako o miłosierdzie?

„Na takim stanowisku stać dziś nie możemy” — zaznacza autor. „W kulturalnym społeczeństwie każdy obywatel winien mieć prawo do chleba (pracy) i prawo do pomocy w chorobie. Stając na tem stanowisku, rozłoczenie opieki nad najbardziej upośledzonymi warstwami ludności należy traktować jako obowiązek dobrze zorganizowanego społeczeństwa. Zadanie to włożone zostało na ubezpieczenia społeczne, które w założeniu swem nie obejmują warstw uprzywilejowanych. Skoro zaś ubezpieczenia zapewniają opiekę lekarską szerokim warstwom ludności

ci niezamożnej, robotniczej i skromnie wynagradzanej inteligencji, to drogą zupełnie naturalną zwiększają one zapotrzebowanie na pracę lekarzy i powinny ją stawiać na znacznie wyższym poziomie, niż wolna praktyka. Rachunek prywatny w grę tu już nie wchodzi, a to ogromnie wzajemny stosunek lekarza i pacjenta ułatwia i umożliwia leczenie zawsze, jeżeli ono jest potrzebne i takie, jakie jest potrzebne. To co dawniej było przywilejem niewielu, obecnie stało się dostępne dla wszystkich. Z tem walczyć trudno i ze względów społecznych i ze względu na bezowocność wysiłku".

Autor zwraca dalej uwagę, iż, jeżeli pomoc lekarska, oparta na ubezpieczeniach działa wadliwie i wywołuje narzekania, to nie idea ubezpieczeń jest winna, lecz organizacja. Wiele tu zawinił ogół lekarski, który zamiast przyjąć tę ideę, zamiast skierować twórczy wysiłek na aparat ubezpieczeniowy, godził w jego fundamenty.

Dopiero obecnie ogół lekarski poczyna zżywać się stopniowo z ideą lecznictwa społecznego i odczuwać jego potrzebę.

Wyrazem takich tendencji w odpowiednio uświadomionej formie są propozycje „British Medical Association” i niemieckich lekarzy specjalistów. O ile drugi projekt wkracza w dziedzinę fantazji i przedstawia raczej pewne żądania polityczno-zdrowotne, aniżeli realny program służby zdrowia, o tyle wnioski poważnej organizacji lekarzy angielskich stanowią niezwykle ważny przyczynek, umożliwiający poznanie, jak kształtuje się świadoma myśl ludzi, powołanych do czuwania nad zdrowiem społeczeństwa angielskiego.

Lekarze angielscy domagają się zorganizowania opieki lekarskiej dla ogółu ludności, obejmującej zarówno zapobieganie chorobom, jakoteż udzielanie pomocy jednostkom chorym.

Za podstawę zorganizowania opieki proponują dotychczasowy system ubezp. na wyp. choroby, który okazał się dodatnim i może stać się obecnie najbardziej właściwym sposobem rozwiązania tak ważnej sprawy. Chodziłoby jeszcze o to, aby ubezpieczenie powyższe rozszerzyć na dalsze kategorie osób, jak np. osoby gospodarczo uzależnione od ubezpieczonych, osoby samodzielnie zarobkujące, o ile ich dochód roczny nie przekracza pewnych ściśle określonych kwot, biednych i t. d.

Akceptując program lekarzy angielskich, Dr. Kacprzak stara się w końcu wyciągnąć właściwy praktyczny wniosek z całości kształtu omówionego przez się zagadnienia. Wniosek ten przedstawia się w skróceniu jak następuje: „...wszystkie kraje kulturalne zmierzają ku upowszechnieniu opieki lekarskiej, obejmującej coraz szersze warstwy ludności i drogą ubezpieczeń społecznych i drogą organizacji rządowej i samorządowej. Walka z tem dążeniem wydaje się i nieuzasadnioną i dość bezowocną. Teoretyczne rozważania przemawiają całkowicie na korzyść tego dążenia tak ze strony społecznej, jak i z punktu widzenia zawodu lekarskiego. Dość bogate już i niekoniecznie ujemne doświadczenie wielu państw winno być ocenione obiektywnie i należyte wysiłki...”.

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA

1 CZERWCA — 31 SIERPNI 1932 R.

1. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 12 maja 1932 r. o wprowadzeniu jednolitego mianownictwa chorób i przyczyn zgonów (Dz. U. R. P. Nr. 48, poz. 452).

2. Rozporządzenie Prez. Rzplitej z dn. 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych

w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. R. P. Nr. 52, poz. 493).

3. W Nr. 53 Dziennika Ustaw z dn. 28 czerwca 1932 r. ogłoszono pod pozycjami 510 — 523 siedem konwencji z Austrią, dotyczących rozrachunku w dziedzinie dawnych wspólnych ubezpieczeń społecznych, oraz oświadczenia rządowe w sprawie wymiany dokumentów ratyfikacyjnych wspomnianych konwencji. Co do treści konwencji patrz Nr. 8 i 11 „Przeгляdu Ubezpieczeń Społecznych” z roku 1930.

4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 25 czerwca 1932 r. w sprawie rodzajów przedsiębiorstw i zakładów pracy państwowych i samorządowych oraz kategorii zatrudnionych w nich robotników, podlegających obowiązkowi zabezpieczenia na wypadek bezrobocia (Dz. U. R. P. Nr. 57, poz. 546).

5. Obwieszczenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1932 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 555).

6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1932 r. w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Spraw Wojskowych, Skarbu, Przemysłu i Handlu i Komunikacji o postępowaniu przy przyznawaniu i wypłacaniu zarobków dla bezrobotnych (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 556).

7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1932 r. w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Spraw Wojskowych, Skarbu, Przemysłu i Handlu i Komunikacji o sposobie ściągania wkładek na rzecz Funduszu Bezrobocia (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 557).

8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6-go lipca 1932 r. w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Spraw Wojskowych, Skarbu, Rolnictwa i Reform Rolnych, Przemysłu i Handlu i Komunikacji w sprawie zwolnienia od obowiązku zabezpieczenia na wypadek bezrobocia niektórych kategorii robotników (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 558).

9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6 lipca 1932 r. w sprawie robotników sezonowych, podlegających obow. zabezp. na wyp. bezrobocia (Dz. U. R. P. Nr. 58, poz. 559).

10. Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej*):

z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks Karny (Dz. U. R. P. Nr. 60, poz. 571) z dnia 11 lipca 1932 r. Prawo o wykroczeniach (Dz. U. R. P. Nr. 60, poz. 572);

z dnia 11 lipca 1932 r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny i prawo o wykroczeniach (Dz. U. R. P. Nr. 60, poz. 573).

11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lipca 1932 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe” i o zaopatrzeniu pozostałych po tych pracownikach wdów i sierot oraz o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. U. R. P. Nr. 61, poz. 574).

12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych (Dz. U. R. P. Nr. 62, poz. 580**).

13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r. o wyłączeniu niektórych rodzajów świadczeń pienięż-

*) Zagadnieniu stosunku nowego prawa karnego do ubezpieczeń społecznych poświęcimy specjalny artykuł w jednym z najbliższych numerów Przeglądu (Red.).

**) Nowe przepisy egzekucyjne omówimy w następnym numerze. (Red.).

nych z pod egzekucji urzędów skarbowych (Dz. U. R. P. Nr. 62, poz. 581).

14. Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z dnia 12 lipca 1932 r. o wprowadzeniu nazwy „Minister Opieki Społecznej” i „Ministerstwo Opieki Społecznej” (Dz. U. R. P. Nr. 64, poz. 597).

15. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 23 sierpnia 1932 r. o zapobieganiu skutkom trudności płatniczych w rolnictwie (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 652).

16. Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z dnia 23 sierpnia 1932 r., zmieniające niektóre przepisy prawa o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. R. P. Nr. 73, poz. 661).

17. Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z dnia 23 sierpnia 1932 r., zmieniające niektóre przepisy postępowania karnego (Dz. U. R. P. Nr. 73, poz. 662).

18. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 sierpnia 1932 r. w sprawie zmiany niektórych postanowień rozporządzenia z dnia 22.XII.1927 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 75, poz. 678)

KOMUNIKAT

NAGRODA KONGRESU GENEWSKIEGO

Polski Komitet Medycyny Pracy zawiadamia kolegów o ustanowieniu nagrody, której regulamin brzmi, jak następuje:

Art. 1. Komitet Organizacyjny VI Międzynarodowego Kongresu w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób zawodowych (VI Congrès International des Accidents et des Maladies du Travail), który się odbył w Genewie w r. 1931, ustanawia jedną nagrodę w sumie tysiąca franków szwajcarskich dla autora najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat następujący:

„Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation d'un accident du travail” (Wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadku przy pracy).

Art. 2. Do udziału w konkursie dopuszczeni są lekarze wszystkich krajów.

Art. 3. Nagroda zostanie przyznana w czasie następnego kongresu, który odbędzie się w r. 1935 w Brukseli.

Art. 4. Rękopisy odbite na maszynie w dwóch egzemplarzach winne być nadesłane pod adresem Sekretarza Generalnego Kongresu, Dr. Yersin, 3, Rue de la Monnaie, Genève, przed 31 grudnia r. 1934. Winne one być napisane w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim.

Art. 5. Autor zachowuje prawo własności do swej pracy lecz zobowiązuje się ogłosić ją w ciągu roku następującego po przyznaniu nagrody.

Art. 6. Jury stanowi Biuro Komitetu Organizacyjnego Kongresu Genewskiego.

Art. 7. Rękopisy należy przesłać bez podpisu, ale zaopatrzone w godło powtórzone na kopercie listu zapieczętowanego, zawierającego nazwisko, adres i tytuły autora.

SPROSTOWANIE

W artykule „Ogólne uwagi krytyczne o projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym”, zamieszczonym w Nr. 7 „Przeгляdu Ubezpieczeń”, wkradły się następujące błędy:

na str. 199, szpalta 1, wiersz 10 od góry, zamiast 1.1 powinno być 1.7;

na str. 200, szpalta 2, wiersz 29 od dołu, zamiast czysty, powinno być czyżby;

na str. 201, szpalta 1, wiersz 8 od góry, zamiast 18, powinno być 15;

na str. 202, szpalta 1, wiersz 9 od dołu, zamiast razem powinno być roczne;

na str. 202, szpalta 1, wiersz 3 od dołu, zamiast 39, powinno być 30;

na str. 202, szpalta 2, wiersz 12 od góry, zamiast 12, powinno być 132;

na str. 204, szpalta 2, wiersz 6 od dołu, zamiast dziesięciokrotnego, powinno być dwukrotnego.

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

Redaktor odpowiedzialny: St. Balcerski.

Redakcja: St. Balcerski i J. Zieliński.

Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZWIĄZEK KAS CHORYCH

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