

9

przeegląd  
ubezpieczeń  
społecznych

organ instytucji  
ubezpieczeń  
społecznych

rok wydawn. VII  
warszawa 1932

=wrzesień=

## S P I S R Z E C Z Y:

<b>Dr. H. W.:</b> Zasadnicze uwagi w sprawie organizacji scalenia ubezpieczeń społecznych . . . . .	257
<b>Roman Garlicki:</b> Sytuacja finansowa i środki zaradcze w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy pracowników umysłowych . . . . .	259
<b>Jan Zawadzki:</b> Ogólne uwagi krytyczne o projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem . . . . .	265
<b>Orzecznictwo i opinie prawne</b> . . . . .	272
<b>Kronika:</b>	
Kryzys a Kasy Ch. w r. 1931 . . . . .	277
Projekt nowelizacji rozp. Prez. R. P. o ubezpieczeniu prac. umysł. . . . .	279
Wzrost wydatków na świadczenia w ubezpieczeniu na wypadek choroby w Anglii i jego przyczyny . . . . .	282
Rozporządzenie Rady Ministrów o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych . . . . .	285
<b>Książki i czasopisma:</b>	
Scalenie czy odrębność ubezpieczeń pracowników umysł. i ubez. inwalidzkiego . . . . .	286

### TABLE DE MATIÈRES

<b>Dr. H. W.:</b> Aperçus sur l'organisation des assurances sociales unifiées . . . . .	257
<b>R. Garlicki:</b> La situation financière de l'assurance-chômage des employés et les mesures tendant à y remédier . . . . .	259
<b>J. Zawadzki:</b> L'examen critique du projet de la loi sur les assurances sociales . . . . .	265
<b>Jurisprudence et Interprétation</b> . . . . .	272
<b>Chronique:</b>	
La crise et les caisses-maladie en 1931 . . . . .	277
Projet des modifications du décret sur l'assurance sociale des travailleurs intellectuels . . . . .	279
L'augmentation des dépenses pour les prestations d'assurance en Angleterre . . . . .	282
L'ordonnance du Conseil des Ministres sur l'exécution administrative des autorités du Trésor d'État . . . . .	285
<b>Littérature:</b>	
L'assurance séparée des travailleurs intellectuels ou son unification avec l'assurance-invalidité . . . . .	286

### I N H A L T

<b>Dr. H. W.:</b> Grundgedanken über die Organisation der vereinheitlichten Sozialversicherung . . . . .	257
<b>R. Garlicki:</b> Die Finanzlage der Arbeitslosenversicherung der Angestellten und Verhütungsmassnahmen . . . . .	259
<b>J. Zawadzki:</b> Allgemeine kritische Betrachtungen über den Entwurf des Gesetzes über Sozialversicherung . . . . .	265
<b>Rechtsprechung und Auslegung</b> . . . . .	272
<b>Chronik:</b>	
Die Krise und Krankenkassen im J. 1931 . . . . .	277
Der Entwurf der Reform der Angestelltenversicherung . . . . .	279
Die Erhöhung des Aufwandes auf die Versicherungsleistungen in England und ihre Ursachen . . . . .	282
Die Verordnung des Ministerrates über das Vollstreckungsverfahren der Finanzbehörden . . . . .	285
<b>Bücher und Schriften:</b>	
Die besondere Angestelltenversicherung oder ihre Zusammensetzung mit der Invalidenversicherung . . . . .	286

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-  
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

M I E S I Ę C Z N I K

R O K VII

WARSZAWA  
WRZESIEŃ  
1932 R.

ZESZYT 9

Dr. H. W.

## ZASADNICZE UWAGI W SPRAWIE ORGANIZACJI SCALENIA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH\*)

Niebawem Sejm będzie decydował o organizacji ubezpieczeń społecznych. Jest to zagadnienie o budżecie rocznym pół miljarda, a więc nader poważne, które nie da się wyminąć przy porządkowaniu gospodarki państwowej i społecznej.

Zagadnienie to musi być bardzo przemyślane, i obliczone na długi szereg lat, szczególnie gdy chodzi o ubezpieczenie długoterminowe. Nie może ono być ciągle korygowane, nowelizowane, reorganizowane, zawieszane, lub przerywane, lecz musi trwać, a skonstruowane tak, by ubezpieczony miał pewność, że odpisywane z jego pracy oszczędności i stałe ograniczanie poziomu osobistej gospodarki w celu zabezpieczenia go w niemocy (doraźnej jak i kresowej) — nie będą próżną z jego kieszeni ofiarą, lekkomyślnie marnowaną w niepewnej lokacie, rozrzutnej administracji lub przesadnych świadczeniach.

Nie wdając się w szczegóły obliczeń finansowych, należy się bardzo poważnie i obiektywnie zastanowić przede wszystkim nad organizacją administracji ubezpieczeń społecznych.

Bo zła, skomplikowana, często zmienna, wielotorowa administracja, lub rozszczępiona tak, że nad komórką wykonawczą będzie postawionych kilka hierarchicznie niezależnych organów, lub też i tak, że pod organem normatywnym, dysponującym, będzie w tej samej miejscowości kilka komórek wykonawczych, funkcje swe dublujących, lub nie działających synchronicznie — może stać się powodem ruiny finansowej ubezpieczenia społecznego, bądź przyczyną przeciążenia gospodarczego kapitału świadczeniami gotówkowymi i rzeczowymi, wreszcie po-

wodem wielkiego niezadowolenia i ustawicznej krytyki zarówno ubezpieczonych jak ubezpieczających.

Nadto przyczyni się ona do powstania olbrzymiego aparatu nadzorczego, co powiększy kosztą prowadzenia ubezpieczalni, i do obarczenia drobiazgową, mało produkcyjną pracą władze nadzorcze, rządowe przede wszystkim.

A wtedy, ipso facto — odpowiedzialność spadnie w oczach ogółu na rząd: — dogodne to dla administracji ubezpieczeniowej, a szkodliwe bardzo dla samej idei ubezpieczenia, która wynikać winna z samopomocy, samowystarczalności zaradczej, a nie z narastającego u nas nałogu myślenia, że niańka i mamka — ma być wszędzie — skarb państwa.

Ideałem powinno być ubezpieczenie powszechne, nietylko pracobiorców, z których niejedyn później zostanie pracodawcą, ale i pracodawców, z których — jakżeż często — ten i ów bywa kościelnym dziadem.

Jest pewnikiem, który nie powinien podlegać wątpliwościom, że właśnie w sprawie ubezpieczenia społecznego scalenie dyrektyw i koordynacja funkcji muszą być jaknajściślejsze, niemal matematyczne; — że nadzór zwierzchni odpowiedzialnego ministra nie może się rozproszkować między liczne zakłady ubezpieczeniowe, działające w kierunku obsłużenia jakiejś zawodowej grupy (np. robotników, czy ziemian, czy kupców, czy pocztowców, czy bankowców, czy kolejarzy), czy jakiejś kasty społecznej (np. pracowników umysłowych, czy osób duchownych, czy wojskowych, czy może tylko urzędników państwowych, komunalnych i t. d.).

Nadzór winien mieć do czynienia z jedną normatywną instytucją ubezpieczeniową, obejmującą całość (Izba, Zakład), a ta znów winna rozporządzać i kontrolować szeregi komórek wykonawczych dla funkcji ubezpieczeń społecznych — a mianowicie — Kasy Ubezpieczeń Społecznych.

Osobowość prawną, wynikającą z Ustawy i opartą o statut winna być reprezentowana w nor-

\*) W obecnym numerze „Przeglądu” publikujemy dwa artykuły, poświęcone projektowi przyszłej organizacji ubezpieczeń społecznych w Polsce. Przeznaczając na omówienie tego zagadnienia więcej miejsca, pragniemy przyczynić się do wszechstronniejszego oświetlenia problemu. Ze swej strony zaznaczamy jednak, iż wyrażone w poszczególnych artykułach opinie należy uważać za osobisty pogląd autorów, za który, podobnie jak i za układ artykułu, sami ponoszą odpowiedzialność.

matywnej części (Izbie, Zakładzie), a wykonawstwo czynne na zasadzie regulaminu — będzie wtedy powierzone, poruczone, zlecone Kasom właściwym dla terenu i Inspektoratom Kontrolnym, wyraźnie dla terenu, a nie dla tej czy innej grupy w terenie.

Wniosek z powyższego, że Zakład czy Izba Ubezpieczeń — na całą Polskę w Stolicy, Inspektoraty w częściach kraju, a Kasy — lokalne, zależnie od potrzeb i zaludnienia.

Motywy takiego postawienia sprawy organizacji wynikają z faktu — jednakich zadań normatywnych u góry, i indystryjnych funkcji wykonawczych — w terenie — u dołu.

U góry — znajdujemy funkcje polegające na: a) zabezpieczeniu lokaty funduszy ubezpieczenia długoterminowego — a więc rent emerytalnych i inwalidzkich, b) obrotach funduszami ubezpieczeń krótkoterminowych — a więc zasiłków za okresy niezawinionego braku pracy i świadczeń rzeczowych z powodu choroby, macierzyństwa i pogrzebu. Funkcje te są jednakie, czy to dla Zakładów Pracowników Umysłowych, czy fizycznych, czy mieszanych, jak w ubezpieczeniu urzędników i służb państwowych, komunalnych, czy samorządowych.

Nie spotyka się argumentu dość poważnego, któryby uzasadniał konieczność egzystencji kilku Zakładów niezależnych, a dla tych samych celów i to w centrali Państwa jednocześnie jednak czynnych.

Rozrzutność materialna i polypragmatyzacja stanie się wnet oczywistą, konkurencje wzajemne i postronne wpływy (np. z powodu wyników egzekucji skarbowej) — będą źródłem nieufności, niezadowolenia w zarządach i wśród ubezpieczonych. A za lat kilka trzeba będzie ubezpieczenie społeczne reorganizować — w atmosferze nienawiści i zabiegów o stan posiadania interesów personalnych czy kastowych, w atmosferze cięższej, niż się ją wyczuwa obecnie.

Można zrozumieć, że dla grupy pracowników instytucji ubezpieczeniowych — jest interesem mnogość zakładów, mnogość kast i resortów; — dla świata jednak ubezpieczonych ta mnogość stałaby się prawdziwą udręką techniczną i stratą znaczną czasu i środków. Już dziś są wdowy po inwalidach, które od roku nie mogą się doczekać wypłaty rent wdowich, bo papiery leżą lub wędrują bez końca, a co będzie, gdy i ubezpieczony będzie musiał wędrować od zakładu do zakładu, od wypadkowego robotniczego do wypadkowego umysłowego, gdy powstanie spór, czy czeladnik fryzjerski staje się pracownikiem umysłowym, gdy zarzuca golenie, a stawia bańki i pijawki?

Nie można zgłębić zrozumieć, poco nasze społeczeństwo stwarza sobie ogromne straty finansowe w łączeniu obcych ubezpieczeniowych pojęć i określeń w dziedzinie, gdzie rozstrzygającym i jedynie słusznym elementem jest tylko oszczędzany odsetek od zarobków, czas pracy lub bezrobocia, no i czasem subwencja?

Można zrozumieć ugrupowania ubezpieczonych według ryzyka, zarobku, wieku, stanu rodzinnego, ale w żaden logiczny, rozumny sposób nie można

dowieść jakiegokolwiek pożytku (chyba jedynie kompromis z przesądem lub manją rozbieżności) ugrupowań zawodowych lub towarzyskich w dziedzinie, gdzie świadczenia winny być równe, sprawiedliwe, jednakowoż i celowe dla wszystkich ubezpieczonych, według ustawowej proporcji do zarobków, czasu i orzeczenia, w dziedzinie, gdzie składki ubezpieczeniowe nie powinny przepadać, dlatego, że w ugrupowaniu zawodowym czy kastowym (urzędnicy, bankowcy i t. p.) podobałoby się pracodawcy (Magistratowi, Dyrekcji, władzy) — pracobiorcę zwolnić — na miesiąc przed 10-cio lub 15-to leciem!

Jest właśnie największym interesem pracobiorców — Ubezpieczalnia jedna, samorządowa, o własnej ustawie i statucie, — jakoby Ubezpieczeniowy Bank, do którego pracodawcy i ubezpieczeni wpłaciliby składki, niezależnie i niezawisłe — od zawodu i hierarchji. Państwo — niech wykonuje nadzór, niech czasem wspomaga (jak i gminy) subwencją, ale niech nie zabiera, nie anuluje wpłaconych oszczędności.

Co za interes dla człowieka pracy — fizycznej, umysłowej, urzędniczej, czy prywatnej — raz należeć do jednego Zakładu, w razie choroby do drugiego, w razie bezrobocia do trzeciego, w razie wypadku do czwartego, w okresie szukania pracy — znów do innego, w razie dymisji za młodu — do żadnego. Przecie taka organizacja ubezpieczenia urągać może zdrowemu rozsądkowi, musi nastrojać wielu antypaństwowo i antyspołecznie, przeciwstawia sobie, bez sensu, bez potrzeby, — ludzi pracy umysłowej a fizycznej, poto chyba, by kopać przepaść i hodować waśń na miejsce solidarności i zgody w istotnie wspólnej sprawie.

Równie źleby się działo, jeśli na terenie wykonywania ubezpieczenia — powstałyby rozliczne komórki świadczeniowe. Gdyby każdy zakład miał swoje kasy. W jednej leczonoby umysłowców, w drugiej robotników, w trzeciej kolejarzy, w czwartej bankowców. To samo z orzecznictwem. To samo z pośrednictwem pracy, wypłatą emerytur, rent inwalidzkich! Przypominać to może takie urządzenia pocztowe, gdzie w jednym gmachu znaczki by się kupowało, w drugim nadawało polecane listy, w trzecim polecane paczki, w czwartym poczta tylko dla oficerów, w piątym tylko dla podoficerów, w szóstym tylko poste-restante, w siódmym tylko dla matek, w ósmym dla rozwódek, wreszcie gdzieś dla małoletnich uczniaków, a osobno dla młodocianych robotników.

Czyż istotnie kultura polska jest jeszcze na tym poziomie, że przy okienku ubezpieczalni nie może się spotkać nauczyciel szkoły ze swym byłym uczniem, oficer z inżynierem kolejowym, kasjer banku z woźnym Ministerstwa?

Odnosi się wrażenie, że sprawa organizacji ubezpieczeń społecznych (to jest dysponowanie co roku kwotą około pół miljarda złotych grosza publicznego), nie jest rozpatrywana pod wskazanym kątem powszechności, jednolitości, scalenia, nie jest pojmowana jako wspólny dla ubezpieczeń społecznych Bank, o bezpieczeństwie pupilarnem i nadzorze

skoncentrowanym; przeciwnie, — sądząc z niektórych tendencji — sprawa ta rozbija się może na liczne podwórka parafjalnych interesów, przemycanych w powodzi biurokratyzmu kancelaryjnego i uzgadniających konferencyj mniej lub więcej suto opłacanych administratorów, — bez określonej odpowiedzialności wobec od Annasza do Kaifasza bląkających się, **przymusowo** ubezpieczonych.

Jeszcze jest czas zastanowić się, i stworzyć istotne scalenie ubezpieczeń, bardziej wolne od kompromisu z rutyną i tradycją obecną, które idee ubez-

pieczeń społecznych depopularyzują, więcej — bo demoralizują.

Inaczej zawrócić należy z drogi ubezpieczenia społecznego, przymusowego, a wejść na tory ubezpieczenia dobrowolnego. Niech zainteresowani łączą się i ubezpieczają sami, na własne ryzyko dowolnie przemysłanych ubezpieczeniowych kombinacyj.

Ale przymusowe ubezpieczenie winno być scalone, społeczne, o charakterze możliwie powszechnem. Bez uprzywilejowanych kast i udzielnych księstw.

## ROMAN GARLICKI

# SYTUACJA FINANSOWA I ŚRODKI ZARADCZE W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK BRAKU PRACY PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH\*)

Ubezpieczenie pracowników umysłowych na wypadek braku pracy rozpoczynało swą działalność z dn. 1. I. 1928 r. w warunkach wyjątkowo korzystnych, nie tylko bowiem trafiało na okres dobrej konjunktury, ale przejmowało od razu rezerwy, nagromadzone w poprzednich równie pomyślnych latach w dziale pracowników umysłowych Funduszu Bezrobocia. Rezerwy te, wynoszące około 8 mil. zł., stanowiły poważny zawiązek funduszu rezerwowych tego działu ubezpieczeń. W latach 1928 i 1929 fundusze te wykazały mocny wzrost. Wydatki na świadczenia wyniosły w 1928 r. zaledwie 9%, w 1929 r. — 22% dochodów. Ten tak niski poziom wydatków na świadczenia w pierwszych latach działalności wynikał nie tylko z pomyślnej sytuacji rynku pracy, ale w znacznym stopniu niewątpliwie i z tej okoliczności, że świadomość przysługujących uprawnień i umiejętność ich wykorzystywania nie były jeszcze wśród ogółu pracowników umysłowych rozpowszechnione, uzyskanie zaś świadczeń wobec przeciętnie krótszych okresów bezrobocia i lepszych ogólnych warunków nie było nieraz — jak obecnie — kwestją bytu.

Rok 1930 przyniósł już gruntowną zmianę w sytuacji. Wydatki na świadczenia osiągnęły w tym roku 17,5 milj. zł., co wynosiło 73% dochodów, które w tym roku osiągnęły swoje maksimum — 22 milj. zł. Przypis składek w 1930 r. wynosił 19,5 milj. zł., w stosunku do składek świadczenia wyniosły zatem 79%.

Wprawdzie rok 1930 w całości przyniósł jeszcze przewyżkę dochodów nad wydatkami i wzrost funduszu rezerwowych według wartości bilansowej o 4,7 milj. zł., to jednak już w tym roku okazały się pewne oznaki deficytu. Mianowicie na rok ten przypadł wzrost zaległości składowych u pracodawców o 2,7 milj. zł., faktyczne zatem wpływy ze składek wyniosły 16,8 milj. zł., a więc o 700.000 zł. mniej, niż wydatki na świadczenia. Wyrównanie tego niedoboru i faktyczny wzrost rezerw o 2 milj. zł. pokryte zostały z dochodów z majątku.

\*) p. „Przegląd Ubezpieczeń” Nr. 6 str. 179 i Nr. 8 str. 245.

Istotnie na drugą połowę 1930 r. przypada właściwy moment przełomowy, moment, gdy miesięczny wydatek na świadczenia zaczął przewyższać miesięczny przypis składek. Przeciętny miesięczny wydatek, (wliczając koszty administr.), przypadający na jedną osobę, pobierającą świadczenia, wynosi około 46% przeciętnej płacy podstawowej, a więc równa się 23-krotnej przeciętnej składce miesięcznej. Stan równowagi zachodzi zatem, gdy liczba pobierających zasiłki równa się 1/23 t. j. 4,3% liczby czynnych ubezpieczonych. W końcu 1929 r. stosunek ten wynosił 1,9% — w końcu 1930 r. już 5,1%, a zatem równowaga już była zwichnięta!

Rok 1931 przyniósł stałe pogarszanie się sytuacji z miesiąca na miesiąc. Z jednej strony wzrost liczby pobierających zasiłki z 13 tys. w styczniu do blisko 26 tys. w grudniu, a więc wzrost dwukrotny, z drugiej zaś zmniejszanie się liczby zatrudnionych i podstawy wymiaru składki (zarobków bieżących), podczas gdy świadczenia wymierzano od zarobków, wypłacanych w ciągu okresu rocznego, licząc wstecz, a więc naogół od zarobków wyższych. Stosunek pobierających zasiłki do czynnych ubezpieczonych wynosił w końcu roku 10,2%. Suma dochodów bilansowych wyniosła 21 milj. zł. (wzrost zaległości 2,9 milj. zł. — dochody faktyczne ok. 18 milj. zł.), wydatków zaś — 31 milj. zł. Rok 1931 zamknięty został niedoborem 10 milj. zł., to jest okragło 1/3 wydatków nie znajdowała już pokrycia w bieżących dochodach.

O ile rok ubiegły cechował stały wzrost liczby pobierających zasiłki, o tyle w ciągu pierwszego półrocza roku bieżącego obserwujemy stabilizację wydatków na poziomie z grudnia roku ubiegłego. Liczba pobierających zasiłki pozostaje w granicach około 25 tys. czyli 10% czynnych ubezpieczonych, miesięczne wydatki na świadczenia wynoszą około 3,5 milj. zł., suma wydatków na świadczenia w 1-szem półroczu b. r. wyniosła 21 milj. zł., a razem z kosztami administracyjnymi wydatki wynoszą blisko 22 milj. zł.

Natomiast w porównaniu z rokiem ubiegłym nastąpiło pogorszenie w dziedzinie wpływów. Dochody w r. 1931 wyniosły 21 milj. zł. — w 1-szem półroczu

r. bież. tylko 8.400 tys. zł., faktyczne zaś wpływy — 7.800 tys. zł. Wzrost zaległości składkowych dzięki zastosowaniu energicznych metod egzekucyjnych został w dużej mierze pohamowany (680 tys. zł. w ciągu półrocza), zmniejszyły się natomiast znacznie dotychczasowe wpływy z lokat i zmniejszył się przypis składek. Wpływy miesięczne wynosiły w tym czasie ok. 1.300.000 zł. — wydatki 3,5 milj. zł. — niedobór miesięczny 2,2 milj. zł. Niedobór za 1-sze półr. b. r. wyniósł 13,5 milj. zł., czyli 61% wydatków, w porównaniu z rokiem ubiegłym zwiększył się dwukrotnie.

Dotychczasowe niedobory ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy pokryte zostały z funduszy rezerwowych. Wskutek różnic w napięciu bezrobocia, nieznajdujących pełnego wyrównania w corocznym rozrachunku z art. 101 rozp. Prez. o ubez. prac. um., stan tych funduszy jest w poszczególnych Zakładach w stosunku do ich obciążenia z tytułu świadczeń niejednakowy. Wynikające stąd różnice w obecnym położeniu finansowym poszczególnych Zakładów nie mają jednak ważniejszego znaczenia, w dalszym zatem przedstawieniu sprawy będę nadal dla jasności ujęcia traktował wszystkie Zakłady UPU jako całość.

Najwyższy stan rezerw przypadał na koniec 1930 roku. Wynosiły one wówczas bilansowo 39 milj. zł. Z sumy tej na lokaty właściwe przypadało 26 milj. zł., a mianowicie 18,5 milj. zł. na gotówkę i bezterminowe wkłady w instytucjach finansowych i 7,5 milj. zł. na papiery wartościowe. Dalsze 8,5 milj. zł. stanowiły zaległości składkowe, sięgające częściowo jeszcze lat 1926/27, z pozostałych 4 milj. zł. około 1 milj. zł. przypadał na aktywa nieuruchamialne (udział w gmachach administracyjnych, ruchomości i t. p.) niewchodzące właściwie w rachubę, jako możliwe pokrycie niedoborów.

Właściwe lokaty działu ub. na wyp. braku pracy zostały już w całości upłynnione i zużyte. Na 1. VII. b. r. pozostawało w gotówce i lokatach około 2 milj. zł., co stanowi niezbędną minimalną rezerwę kasową.

Jako jedyna już pozycja aktywów tego działu ubezpieczenia pozostawały zatem z początkiem bieżącego półrocza zaległości składkowe pracodawców w sumie około 13,5 milj. zł. Zaległości te, jak już wspominałem, powstały głównie w latach poprzednich, częściowo i przedkryzysowych, dla poszczególnych przedsiębiorstw stanowią one nieraz wielomiesięczne należności. Tego typu zaległości nie mogą być oczywiście obecnie nawet przy zastosowaniu jaknajenergiczniejszych środków wyegzekwowane i liczyć się trzeba z tem, że poważny ich odsetek będzie musiał być odpisany na straty. Zaległości te są jednak dziś jedynym zabezpieczeniem świadczeń. Z tego względu Związek ZUPU jeszcze w kwietniu b. r. uznał za konieczne zastawienie tych zaległości w dziale emerytalnym, który na ich poczet wypłaci działowi ub. na wypadek braku pracy zaliczkę. Ze względu na prawdopodobieństwo częściowej nieściągalności maksymalną wysokość tej zaliczki ustalono na 60% bilansowej sumy zaległości. Zaliczka ta wynieść może zatem około 8 milj. zł. Razem z wszystkimi innymi uruchamialnymi aktywami rozporządzać będą zatem Zakłady na 2-gie półrocze b. r. rezerwami w wysokości około 10,5 milj. zł. Jeśli więc stosunki nie ulegną zmianie i niedobór pół-

roczny wyniesie i w 2-gim półroczu około 14 milj. zł., to już w listopadzie niedobór nie będzie mógł być pokryty z rezerw własnych, do końca zaś roku zabraknie około 4 milj. zł.

Najgorzej przedstawia się sytuacja w Zakładzie warszawskim, w którym już w znacznej części zużyto zaliczki na poczet zaległości i gdzie już w październiku zabraknie rezerw. W Zakładach prowincjonalnych sytuacja jest nieco lepsza, w najpomyślniej sytuowanym Zakładzie królewsko-huckim rezerwy własne (wraz z zaliczką) mogą wystarczyć do marca 1933 r.

W najogólniejszym zarysie sytuacja finansowa ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy przedstawia się w II półroczu b. r. następująco:

przewidywany faktyczny dochód ze składek 7,5 milj. zł., przewidywane wydatki 22 milj. zł., niedobór — 14,5 milj. zł.; po zużyciu rezerw własnych brak około 4 milj. zł. na pokrycie wydatków.

Na rok przyszły — żadnego pokrycia dla spodziewanego niedoboru.

Jaki będzie ten niedobór — nie wiemy. W dzisiejszym stanie nauk ekonomicznych istotne przyczyny, decydujące o powstaniu, rozmiarze i ustaniu bezrobocia, pozostają nieznane. Nieliczne wnioski, na które możemy sobie pozwolić, potwierdzają przypuszczenia przewlekania się bezrobocia wśród pracowników umysłowych. Odsetek pracowników umysłowych wśród ogółu bezrobotnych wykazuje stale tendencję wzrostową. Z 7% w początku 1931 r. podniósł się do 13% w końcu ubiegłego roku i przekroczył 15% z końcem I-czego półrocza b. r. Wahania się i zmniejszenia liczby zarejestrowanych bezrobotnych w najmniejszym stopniu dotyczą pracowników umysłowych. Kryzys obecny potwierdza w pełni fakt stosunkowo dłuższego bezrobocia wśród pracowników umysłowych, będący głównym motywem wyodrębnienia tego działu ubezpieczenia. Przedsiębiorstwa redukują swój sztab pracowniczy, biurowy i techniczny, na ostatku, dlatego bezrobocie wśród pracowników umysłowych powstaje nieco później, ale raz przystosowawszy się do nowych warunków, przedsiębiorstwa znów na ostatku dopiero przystępują do rozbudowy tego sztabu, zmniejszenia zatem liczby bezrobotnych pracowników umysłowych oczekiwać można dopiero po ustaleniu się lepszej konjunktury, przejściowe zaś wahania pozostają bez wpływu.

W tych warunkach Zakłady UPU i ich Związek powołane zostały do wypowiedzenia swej opinii o środkach, umożliwiających dalszą działalność ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Niżej omówione uchwały Związku w tej sprawie są obecnie przedstawione Rządowi, sprawa ta będzie niewątpliwie przedmiotem obrad Sejmu w ciągu najbliższej sesji.

Jedna droga ratunku została zgóry wykluczona. Ze strony Rządu złożone zostało oświadczenie, że jakkolwiek pomoc Skarbu Państwa, czy to w formie dotacji czy pożyczki jest niemożliwa. Jakkolwiek przykre, oświadczenie to nie powinno wywoływać zastrzeżeń. Wprawdzie we wszystkich systemach ubezpieczenia na wypadek bezrobocia m. in. i w naszym zabezpieczeniu robotniczym udział Skarbu Państwa bądź w formie stałego uzupełniania składek, bądź zaliczkowego pokrywania niedoborów jest jedną z głównych podstaw finansowych i pod tym względem nasze ubezpie-

czenie pracowników umysłowych stanowi wyjątek, to jednak wziąć trzeba pod uwagę, że obowiązki państwa w zakresie opieki nad pozostającymi bez pracy nie wyczerpują się przez udzielenie pomocy instytucjom ubezpieczeniowym. Wobec koniecznego ograniczenia świadczeń ubezpieczeniowych tak co do czasu trwania, jak i warunków powstania w miarę przedłużającego się kryzysu, coraz większa liczba bezrobotnych znajduje się poza zakresem działalności ubezpieczenia. Według oficjalnych danych, liczba korzystających ze świadczeń wynosi obecnie około 50% liczby zarejestrowanych bezrobotnych pracowników umysłowych, wśród robotników znaczna większość bezrobotnych nie korzysta już ze świadczeń. Wszelkie zatem sumy, jakie w budżecie państwowym mogą być poświęcone na akcję opieki nad bezrobotnymi, winny być użyte z uwzględnieniem przede wszystkim tych w najgorszym już położeniu znajdujących się bezrobotnych. W tych warunkach dyskusja o ciążącym na Państwie obowiązku utrzymania w pełnym zakresie działalności instytucji ubezpieczeniowych staje się czysto teoretyczna.

W ramach koniecznej samowystarczalności finansowej ubezpieczenia, pozostawały do rozważenia trzy możliwości: czasowej pomocy kredytowej, podwyższenia dochodów i ograniczenia wydatków.

Dla ustroju finansowego ubezpieczenia na wypadek braku pracy ma zagadnienie pomocy kredytowej znaczenie najistotniejsze.

Jeśli ubezpieczenie na wypadek bezrobocia ma dawać trwałe gwarancje w ramach samodzielności gospodarczej, a niema być tylko formą działalności opiekuńczej państwa, opartą na ogólnych źródłach budżetowych i do nich stale dostosowywaną, musi opierać się na znacznych rezerwach finansowych. Dekret z 1927 roku przewidywał konieczność zebrania funduszu rezerwowego w wysokości przeciętnych rocznych wydatków. Przewidywania te okazały się niedostateczne. Gdyby fundusz rezerwowy zebrany był w granicach wydatków z lat 1928 — 1930, to już w końcu 1931 r. zostałby wyczerpany. Z doświadczeń obecnych wynikałoby wniosek, że w latach dobrej konjunktury powinny być zbierane fundusze w nieograniczonej wysokości. Fundusze te, w odróżnieniu od rezerw ubezpieczeń długoterminowych, nie mogą być inwestowane trwałe, muszą one być w całości lokowane w sposób łatwo uruchamialny, a więc przede wszystkim, jako bezterminowe wkłady gotówkowe. Jeśli się zważy, że trudności w wycofaniu wkładów są pierwszym objawem nadchodzącego kryzysu, to już okazuje się konieczność związania i z tego względu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia z jakąś silniejszą organizacją finansową. W każdym razie gromadzenie nadmiernych rezerw w tych warunkach musi się uważać za gospodarczo szkodliwe. Z drugiej strony, nie opierając się nawet na cyklicznej teorii kryzysów, możemy przypuszczać, że w następującym po kryzysie okresie poprawy lub choćby stabilizacji konjunktury, powstanie znów nadwyżka dochodów nad wydatkami, nadwyżka, która wszak w 1929 r. wyniosła 12 milj. zł. (licząc tylko dochody ze składek). Wobec niemożności ustalenia zgóry właściwej wysokości potrzebnych rezerw i szkodliwości gospodarczej gromadzenia nadmiernych rezerw jako jedyne wyjście pozostaje

uzyskanie zaliczek na poczet ewentualnych przyszłych nadwyżek. Ma się rozumieć zaliczki te muszą obracać się w granicach możliwych przyszłych nadwyżek, nawet więc uzyskanie pomocy kredytowej nie może zwalniać od konieczności zastosowania innych środków, zmniejszających niedobory ubezpieczenia w czasie kryzysu.

Pomoc kredytowa Skarbu Państwa w formie zaliczek mogłaby w obecnej sytuacji wchodzić w rachubę tylko o tyle, o ile Skarb rozporządzałby rezerwami pieniężnymi pozabudżetowymi. Wobec braku tego warunku, a co za tem idzie, stwierdzonej przez Rząd niemożności udzielenia pomocy kredytowej z źródeł skarbowych, z konieczności nasunęło się zagadnienie pomocy kredytowej z działu ubezpieczenia emerytalnego, w którym mimo kryzysu następuje dalsze gromadzenie rezerw.

Wprowadzie w myśl ustawy oba działy ubezpieczenia złączone są tylko organizacyjnie z pozostawienia całkowitej gospodarczej i finansowej odrębności, jednak pod naciskiem konieczności życiowych wytworzyła się w czasie kryzysu wzajemna ich zależność gospodarcza, odpowiadająca przedstawionym wyżej potrzebom ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Oparcie ubezpieczenia na wypadek braku pracy o ubezpieczenie emerytalne, jako finansowo silniejszą instytucję, ujawniło się najpierw w sposobie upłynnienia funduszy rezerwowych, które przejęte zostały poprostu przez dział emerytalny. Upłynnienie to na zewnątrz przedstawiało się zatem tylko jako zwolnienie tempa dalszych lokat działu emerytalnego, uniknięto zaś konieczności wycofywania wkładów lub sprzedaży papierów. Drugą fazą jest wyżej wspomniane zastawienie zaległości składekowych. Te operacje finansowe różnią się jednak zasadniczo od udzielenia pożyczki na rachunek przyszłych nadwyżek, o ileby pożyczka taka nie miała innych realniejszych gwarancji, prócz nadziei raczej niż ścisłych przewidywań. Pożyczka ta musiała wywołać jaknajsilniejsze zastrzeżenia, ponieważ jednak nieuzyskanie żadnej pomocy kredytowej było równoznaczne z ogłoszeniem cięściowej niewypłacalności Zakładów U. P. U. w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy, Związek Zakładów musiał w swych planach ratunkowych uwzględnić pożyczkę z działu ubezpieczenia emerytalnego, wprowadzie tylko jako środek przejściowy, do czasu uzyskania rezultatów innych reform, względnie uzupełniający, o ileby mimo tych dalszych reform niedobór nie był całkowicie usunięty. Wysokość pożyczki w tych granicach szacuje się na rok bieżący na blisko 5 milj. zł. Sprawa pomocy kredytowej w ogólności a należytych gwarancji dla pożyczek z działu emerytalnego w szczególności pozostaje w tej chwili nadal otwartą.

Kwestja zwiększenia dochodów czyli ściślej podwyższenia składki musiała we wszystkich rozważaniach wysunąć się na plan pierwszy choćby z tego względu, że dekret jako jedyną normę w razie niewystarczalności składki 2-procentowej przewiduje podwyższenie jej do 3 proc. płacy podstawowej przy zachowaniu ogólnych norm rozdziału składki między pracodawców i pracowników. Rząd jednak uznał jakiegokolwiek zwiększenie obciążenia zakładów pracy za niedopuszczalne w obecnej sytuacji go-

spodarczej, bezpośrednio więc wykorzystanie uprawnień ustawowych zostało wykluczone. Tem samym jednak zagadnienie podwyższenia dochodów nie mogło zostać wyeliminowane, gdyż pozostałe środki — obniżenie świadczeń — nie mogą same wystarczyć dla usunięcia niedoborów, trzeba by bowiem w tym celu obniżyć świadczenia o 60 proc., co odebrałoby im wszelką realną wartość. W tej sytuacji Związek, a właściwie zasiadający w Radzie przedstawiciele pracowników, zdecydowali się na heroiczny wniosek o podwyższenie przypadającej na pracowników części składki o 2 proc. płacy podstawowej z tem, że w 2 najwyższych grupach zarobkowych składka będzie wymierzana od pełnej płacy podstawowej (640 zł. i 720 zł.), a nie jak dotąd tylko od 560 zł. Podwyższenie składki w tych rozmiarach zwiększy dochody o 16,5 milj. zł. czyli o 110 proc. i wystarczy na pokrycie około 60 proc. niedoboru według stanu obecnego. Składka, przypadająca na pracownika, wynosić będzie od 2,8% w najniższych do 3,2 proc. w nawyższej grupie zarobkowej, a więc będzie wyższa od składki w ubezpieczeniu niemieckim (obecnie po 2,75 proc. na pracownika i pracodawcę). Składka pracodawcy pozostanie niezmienną i wynosić będzie od 1,2 proc. przy najniższych do 0,8 proc. przy najwyższych zarobkach.

Tak znaczne podwyższenie składki pracownika nie wydaje mi się najwłaściwszym i najtrafniejszym środkiem. Podkreśloną ze strony Ministerstwa Opieki Społecznej zasadę niepowiększania obciążeń społecznych należałoby rozszerzyć również i na zarobki pracownicze, które dziś wymagają opieki ze strony Państwa niemniejszej niż warsztaty pracy. Położenie w deklaracji rządowej nacisku na obciążenie przedsiębiorstw jest niewątpliwie wynikiem zdecydowanego stanowiska organizacji pracodawców w tej sprawie. Ocena, czy zwiększenie obciążenia o 3,75 milj. zł. rocznie, tyle bowiem przypadłoby na pracodawców w razie podwyższenia składki w ustawowo dopuszczalnych granicach, miałyby istotny ujemny wpływ na warunki wytwórczości, jest niezmiernie trudna. Pracodawcom jednak bezwątpienia chodzi tu przede wszystkim o samą zasadę niepowiększania obciążeń, z której nierozzerwalnie wypływa postulat obniżenia świadczeń do wysokości wpływów. To stanowisko zasadnicze podkreślane było nieraz w autorytatywnych enuncjacjach (p. Przegląd Gospodarczy Nr. 16 i 17 z r. bież.). Podkreślanie jednak tej zasady właśnie na odcinku ubezpieczenia na wypadek braku pracy wydaje się oparte na błędzie logicznym. Jest oczywiście, że w tym dziale ubezpieczenia wydatki w okresie kryzysu muszą przewyższać wpływy, z tego powodu tworzy się przecież fundusze rezerwowe. Zagadnienie równowagi finansowej w tym dziale polega na właściwym rozłożeniu obciążeń między okresy kryzysu i okresy stabilizacji konjunktury, a nie na każdorazowym dostosowywaniu świadczeń do wpływów, w tym bowiem wypadku byłoby uzasadnione żądanie podwyższenia świadczeń ponad normy ustawowe w okresach pomyślnych.

Wydaje się, że gdyby nie związek między zasadą niepowiększania obciążeń a postulatem obniżenia świadczeń, obrońcy pierwszej zasady mogliby

wskazać możliwość podwyższenia składki na ubezpieczenie na wypadek braku pracy bez podwyższania ogólnej wysokości obciążeń socjalnych, a mianowicie przez skompensowanie tej podwyżki w drodze odpowiedniego obniżenia składek na inne działy ubezpieczenia. Wzory w tym kierunku istnieją. Cała wielka reforma ubezpieczenia chorobowego w Niemczech, przeprowadzona w ostatnich latach, miała na celu umożliwienie zwiększenia składki na ubezpieczenie na wyp. braku pracy przez zmniejszenie składki na ubezpieczenie chorobowe. Analogiczne przerzucenie składki w naszych stosunkach w odniesieniu do pracowników umysłowych wydaje się szczególnie uzasadnione. W dobie kryzysu ubezpieczenie na wypadek braku pracy ma dla pracowników tych bezwzględne znaczenie relatywnie większe od ubezpieczenia chorobowego, na które składka jest czterokrotnie wyższa. Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym opiera się na takim przerzuceniu składki, ale tylko w odniesieniu do robotników, otrzymujących wzamian ubezpieczenie inwalidzkie. Natomiast zmniejszenie obciążeń socjalnych, wynikające ze zmniejszenia składki na ubezpieczenie chorobowe pracowników umysłowych, nie jest wyrównane jakimkolwiek zwiększeniem uprawnień tej grupy. Wydaje się zresztą, że zmniejszenie składki pracowników umysłowych na ubezpieczenie chorobowe mogłoby być przeprowadzone niezależnie od ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wobec bowiem rozwoju innych gałęzi ubezpieczeń odpada dla tej grupy impuls do wykorzystywania świadczeń kasowych w razie utraty zarobków, co w odniesieniu do robotników stanowi o znacznym odsetku świadczeń. Środek ten, który ewentualnie mógłby mieć tylko przejściowe zastosowanie, pogorszyłby niewątpliwie sytuację finansową Kas, położenie jednak obecne wymaga zastosowania ześrodkowania wszelkich sił w celu utrzymania niezmiernie społecznie doniosłego ubezpieczenia na wypadek braku pracy.

Przechodzimy do ostatniej grupy zagadnień, to jest ograniczenia wydatków. Ograniczenie to dotyczy może tylko świadczeń, gdyż koszty administracyjne, wynoszące za 1-sze półrocze b. r. 900.000 zł., t. j. 4,1% wydatków, nie mogą już być więcej skomprimowane. Natomiast wśród wydatków na świadczenia znajduje się pozycja, wzbudzająca zastrzeżenia, a mianowicie składki na ubezpieczenie chorobowe pobierających świadczeń. Wydatek ten wynosi około 10% wydatków na zasiłki. Według przybliżonych obliczeń, przeprowadzonych zresztą na podstawie niekompletnych danych, wydatki Kas Chorych na świadczenia tej grupy osób wynoszą około 20% sumy wpłaconych wkładek. Projekt nowelizacyjny Związku zawiera postulat zastąpienia systemu ubezpieczenia bezrobotnych w Kasach Chorych przez zapewnienie im pomocy leczniczej za pośrednictwem Kas za zwrotem kosztów rzeczywistych oraz zasiłków pieniężnych ze strony Zakładu na czas choroby. Wobec jednak niedostatecznych obliczeń postulat ten nie będzie mógł być zrealizowany jako natychmiastowy środek zaradczy, ewentualnych więc oszczędności z tego tytułu, mogących wynieść do 8 proc. wydatków na świadczenia

(11 proc. niedoboru) nie można było w projektowanej reformie uwzględnić.

Nie zapuszczając się w szczegóły wspomnianych obliczeń, a biorąc pod uwagę tylko okoliczności, że pobierający zasiłek z powodu braku pracy nie ma żadnego interesu w uzyskiwaniu zasiłków z powodu niezdolności do pracy, a Kasa Chorych ma interes w nieuznawaniu tej niezdolności, tembardziej, że nie pozbawia przez to chorego równoważnych świadczeń pieniężnych, musi się przyjść do przekonania że składka ustawowa jest w tym wypadku za wysoka i mieści w sobie ukrytą subwencję dla Kasy Chorych. Należy mieć nadzieję, że zła sytuacja finansowa ubezpieczenia na wypadek braku pracy przyczyni się do szybkiego racjonalnego unormowania tej kwestji.

Ograniczenie najważniejszej pozycji wydatków, t. j. zasiłków pieniężnych może być rozpatrywane pod trzema względami: jako ograniczenie zakresu osób uprawnionych do świadczeń, jako skrócenie okresu zasiłkowego i wreszcie jako obniżenie wymiaru świadczeń.

Kwestja ograniczenia zakresu uprawnionych do świadczeń wysuwała się na pierwszy plan przy wszystkich reformach oszczędnościowych w ubezpieczeniu robotniczym na wypadek bezrobocia, w Anglii, Niemczech, a ostatnio i u nas. Ograniczenia te dotyczyły pracowników, zatrudnionych jako pracownicy najemni, tylko dorywczo i pobocznie, dalej osób, dla których praca najemna nie jest głównym środkiem utrzymania, wreszcie młodocianych, mających ustawowe prawo do alimentacji ze strony rodziców. Jednakże tego rodzaju reformy mogą mieć większe znaczenie tylko w odniesieniu do robotników, gdzie tego typu formy zarobkowania występują masowo wśród drobnych rolników i t. p. W ubezpieczeniu pracowników umysłowych już same warunki ubezpieczenia wyłączają zatrudnionych dorywczo lub pobocznie. Pozatem wprowadzenie ograniczeń, opartych na stanie majątkowym lub warunkach gospodarczych pracownika wymaga stosowania ścisłej, niezmiernie trudnej i kosztownej kontroli. Kontrola ta w odniesieniu do pracowników umysłowych jest nieporównanie trudniejsza niż wobec robotników, żyjących w większych skupieniach i w bardziej wyrównanych warunkach. Opłacalna byłaby ona tylko o tyle, o ile możnaby liczyć na masowe wyniki, jak to ma miejsce tylko w odniesieniu do robotników. Z tych względów ograniczenia tego typu zostały z rozważań nad reformą wyeliminowane.

Pozostało zagadnienie pracowników sezonowych. Zagadnienie to, w ustawie całkowicie pominięte, wypłynęło w praktyce Zakładów w związku z pobieraniem zasiłków przez nauczycieli w czasie letnich wakacji szkolnych. Jest to jednak pytanie, czy okres wakacyjny można uznać za sezon martwy czy raczej za okres urlopowy, w czasie którego należy się wynagrodzenie. Zwalnianie personelu nauczycielskiego z końcem roku szkolnego bez prawa do wynagrodzenia za miesiące wakacyjne i kierowania go do Zakładów po zasiłki, w czym niestety przodują kuratorja, jest raczej *sui generis* wykorzystaniem sytuacji prawnej niż gospodarczym zjaw-

iskiem sezonu martwego. Pod wrażeniem może tego specyficznego wypadku przyjęty został wniosek, wykluczający całkowicie prawo do zasiłków w czasie sezonów martwych, przyczem określenie kategorii pracowników sezonowych i czasu trwania sezonów martwych nastąpić ma w drodze rozporządzeń ministerjalnych. Trudno dziś ocenić rezultaty, jakie z wniosku powyższego wyniknąć mogą. Zagadnienie pracy sezonowej pracowników umysłowych nie było dotychczas bliżej badane. Wśród robotników bezrobotnych odsetek pracowników sezonowych dochodzi w miesiącach zimowych do 50 proc., dla pracowników umysłowych oczywiście musi on być znacznie mniejszy, choć prawdopodobnie wzrasta i on w czasie kryzysu. Wysuwają się tu trudności, na jakich kryterjach oprzeć pojęcie pracownika sezonowego, czy wyłącznie na zawodzie obiektywnym jak u robotników, czy też i na subiektywnym, czy więc n. p. buchalter zatrudniony w czasie kampanji w cukrownictwie może być za pracownika sezonowego uważany. Ze względów społecznych wykluczenie od zasiłków w czasie sezonów martwych może być stosowane tylko o tyle, o ile zarobki w czasie sezonu pracy obejmują w swej kalkulacji i możność utrzymania się w czasie sezonów martwych. Wobec braku tych warunków corocznie następowało w naszym ubezpieczeniu robotniczym przyznawanie w drodze rozporządzeń prawa do zasiłków w okresie sezonu martwego (15.XII — 1.III). Ostatnia nowelizacja zniosła wogóle ograniczenia w dziedzinie świadczeń dla pracowników sezonowych, wyrównanie zaś ryzyka nastąpiło przez podwyższenie w dwójnasób składki za tych pracowników. W Niemczech wyrównanie to następuje przez obniżenie zasiłków dla tej grupy bezrobotnych. Wśród pracowników umysłowych są kategorie pracowników wybitnie sezonowych, t. zn. niezatrudnionych stale w ciągu całego roku i wykorzystujących nadmiernie świadczenia, dla których jednak nie możnaby określić sezonów martwych (np. muzycy). Wyrównanie ryzyka mogłoby być tu przeprowadzone przez ograniczenie okresów zasiłkowych (np. do 3 miesięcy w ciągu roku). W tych warunkach przyjęty przez Związek wniosek wydaje się zbyt daleko idący i zbyt upraszczający zagadnienie, by mógł znaleźć szersze zastosowanie. Oszczędności z tego wniosku płynące szacuje się zaledwie na 1 proc. wydatków na świadczenia, t. j. ok. 400 tys. zł.

Również na 1 proc. wydatków szacuje się oszczędności z wniosku następnego, ograniczającego okres zasiłkowy przy ponownem bezrobociu. Dotychczas dla uzyskania prawa do pełnego okresu zasiłkowego wymagane było, by, o ile poprzednio okres ten nie był w pełni wykorzystany, pracownik miał przynajmniej trzy miesiące ubezpieczenia bezpośrednio za sobą. W ten sposób można było przez większą część roku korzystać z zasiłków. Obecnie dla uzyskania prawa do pełnych świadczeń ma być wymagane przebycie 6 miesięcy w nowem zatrudnieniu, w przeciwnym razie pracownik ma mieć prawo tylko do niewykorzystanej poprzednio reszty okresu zasiłkowego. Pewne nieznaczne oszczędności może przynieść trzeci wniosek, uchylający wypłatę świadczeń zagranicę, z wyjątkiem pewnych obszarów granicznych (G. Śląsk).

Omówione wyżej wnioski są uzasadnione przede wszystkim względami na racjonalizację ubezpieczenia i dlatego były uwzględnione również i w ogólnych wnioskach nowelizacyjnych Związku, efekt finansowy ich jest jednak drobny. Znacznie większy efekt finansowy mogłyby przynieść czysto formalne obostrzenia warunków uzyskania świadczeń, uzasadnione tylko względami finansowymi. Rozważane były dwa takie wnioski — o skreślenie statutowego przedłużenia okresu zasiłkowego do 9 miesięcy dla posiadających 2 lata nieprzerwanego ubezpieczenia i o przedłużenie okresu wyczekiwania z 6 do 9 miesięcy. Oszczędności z wniosku pierwszego szacowano na 19 proc. wydatków, wniosek drugi pozbawiłby praw do świadczeń około 13 proc. obecnie uzyskujących to prawo bezrobotnych.

Oba wnioski te zostały odrzucone. Związek stanął na stanowisku, że zastosowane być mogą dziś tylko restrykcje generalne, dotyczące bądź ogół pracujących (podwyżka składki) bądź ogół korzystających ze świadczeń (obniżka zasiłków). Natomiast zmniejszanie zakresu działalności ubezpieczenia, tak osobowego jak i czasowego i zwiększanie przez to odsetka bezrobotnych, pozbawionych wszelkiej pomocy, jest w warunkach dzisiejszych wprost niemożliwe.

Szczególnie jeśli chodzi o kwestję skreślenia statutowego przedłużenia okresu zasiłkowego należy zaznaczyć, że wbrew informacjom Przeglądu Gospodarczego wprowadzenie tego przepisu nie nastąpiło wskutek pomyślnej sytuacji finansowej, przepis ten bowiem wszedł w życie równocześnie niemal z ustawą. Przedłużenie to ma uzasadnienie nie finansowe a właśnie społeczne, uwzględnia bowiem długotrwałość nieprzerwanego bezrobocia wśród pracowników umysłowych. Konieczność jego utrzymania jest właśnie dziś szczególnie zaakcentowana, ogół bowiem uprawnionych wykorzystuje w pełni nawet przedłużony okres zasiłkowy i niestety — po wyczerpaniu świadczeń pozostaje w większości nadal bez pracy.

Jako jedyna w myśl przyjętych zasad możliwa do zastosowania restrykcja generalna pozostało obniżenie wymiaru zasiłków. Uchwały Związku w kierunku tym poszły daleko, dopuszczają bowiem obniżenie zasiłków przeciętnie o 16 proc. z zastosowaniem progresji. Przy niższych zarobkach obniżka wynosi 5 proc., wymiar więc zasiłku rodzinnego spada z 40 do 38 proc. płacy podstawowej, w najwyższych grupach zarobkowych obniżka wynosić ma 32 proc., wymiar zasiłku spadnie zatem z 40 do 27,2 proc. płacy. Zasiłki nie mogą być jednak obniżone poniżej obecnej minimalnej stopy 30 zł.

Oszczędności wynikłe z tej obniżki szacuje się na 6.700.000 zł., co stanowi 16 proc. wydatków a 23,3 proc. niedoboru. Obniżenie zasiłków może ponadto pośrednio wpłynąć na dalsze zmniejszenie wydatków. Obecnie bowiem zasiłki z powodu braku pracy były naogół wyższe od rent inwalidzkich, pracownicy zatem, zredukowani z powodu choroby, starają się wykorzystywać najpierw te zasiłki a potem dopiero zgłaszają wnioski o rentę. Obecnie motyw ten odpadnie i ubezpieczenie emerytalne będzie w większej mierze wchodzić w miejsce ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Rola ubezpieczenia

emerytalnego jest w tym zakresie doniosła, brak uprawnień do świadczeń rentowych na terenie Zakładu warszawskiego niewątpliwie w znacznej mierze przyczynił się do tego, że sytuacja tego Zakładu jest gorsza niż w b. zakładach dzielnicowych.

Wszystkie zamierzone reformy proponuje Związek wprowadzić jako zarządzenia przejściowe, których ważność mogłaby być w drodze rozporządzeń przedłużana z roku na rok w razie potrzeby i w granicach tej potrzeby.

Ogólny efekt zamierzonych reform, rozpatrywany na tle stosunków z pierwszego półrocza b. r., jest następujący:

podwyższenie składki . . . . .	16.480.000 zł.
obniżenie zasiłków . . . . .	6.730.000 zł.
ograniczenie zakresu uprawnionych	840.000 zł.

Razem . . . . . 24.050.000 zł.

Wobec spodziewanego, również na tle tych stosunków, niedoboru rocznego w wysokości 28.870.000 zł. pozostanie niedobór 4.800.000 zł., który będzie musiał być pokryty z pożyczek w dziale emerytalnym, stanowiących w pewnej części (ok. 850.000 zł.) zaliczkę na poczet narastających zaległości składkowych.

Rozpatrując całość wniosku nie można oprzeć się wrażeniu, że podejmowane były one w poczuciu niemożności opanowania bezrobocia pracowników umysłowych w całej jego rozciągłości. Z troski o losy nieobjętych ubezpieczeniem bezrobotnych wpływały naczelnne zasady reformy — samowystarczalność ubezpieczenia i niezmnieszanie jego zakresu działalności.

Rozpatrując całość wniosku nie można oprzeć się wrażeniu, że podejmowane były one w poczuciu niemożności opanowania bezrobocia pracowników umysłowych w całej jego rozciągłości. Z troski o losy nieobjętych ubezpieczeniem bezrobotnych wpływały naczelnne zasady reformy — samowystarczalność ubezpieczenia i niezmnieszanie jego zakresu działalności.

Czy reformy zamierzone są wystarczające? O ile natężenie bezrobocia zmniejszy się choćby nieznacznie — tak, o ile zwiększy się — zupełnie nie. I tu właśnie ujawnia się największa wada przyjętych wniosków. Są one nieelastyczne. Dalej ilościowo reform tych pogłębiać już nie można. Warunki ubezpieczenia pogorszone zostały do ostatecznych granic. Dalsze obciążenie zarobków pracowniczych lub obniżenie zasiłków nie wydaje się możliwe. Dlatego też dzieła ratowania ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych nie można uważać za skończone. Obok zagadnienia zwiększenia składki na ten dział ubezpieczenia w ramach obecnych obciążeń socjalnych za najważniejszą i najpilniejszą uważam sprawę zapewnienia stałej pomocy kredytowej. Jest niemożliwym, by nad nami wisiała wciąż niepewność, czy każdy następny miesiąc nie przyniesie całkowitej niemożności wypłaty świadczeń. Wydaje się, że w dzisiejszych warunkach rezerwy finansowe działu emerytalnego jako źródła kredytu nie będą mogły być niestety wyeliminowane. Tem ważniejszą staje się sprawa opracowania ustawowych gwarancji dla tych pożyczek. Powinny one opierać się na ustawowym zabezpieczeniu możliwości choćby znacznego podwyższenia składek w okresie stabilizacji konjunktury dla umożliwienia zwrotu pożyczek, muszą one obejmować również i gwarancję ze strony Państwa, opartą jeśli nie na bieżących to na przyszłych dochodach i rezerwach skarbowych.

## OGÓLNE UWAGI KRYTYCZNE O PROJEKCIE USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM \*)

### Organizacja ubezpieczenia.

Zagadnienie organizacji w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, jak wogóle każdej organizacji jest zagadnieniem bardzo ważnym, ale zarazem trudnym do rozwiązania. „Dobra organizacja bicz z piasku skręci” tak opowiadają i dużo w tem powiedzeniu jest racji. Dobra organizacja ubezpieczenia społecznego zapewnia regularny i całkowity wpływ należnych składek, zapewnia szybkie i sprężyste załatwianie roszczeń ubezpieczonych o świadczenia, czyni wreszcie samą ideę ubezpieczeń społecznych popularną w masach. Zła organizacja, będąc kosztowna, wywołuje równocześnie jedynie protesty, skargi i rozgoryczenie.

Wymogami dobrej organizacji są między innymi taniość administracji, autonomia i mała ilość instytucyj przeprowadzających ubezpieczenia. Gospodarka instytucyj ubezsp. powinna być tania, ponieważ wszelkie koszty administracyjne to są „koszty martwe” i oszczędność na wydatkach administracyjnych daje możność bądź podwyższenia świadczeń, bądź zniżenia składek, słuszniejsze jest jednak, jako bardziej celowe, podwyższenie świadczeń. Autonomia, czyli samorząd instytucyj, jest kardynalną zasadą dobrej organizacji, ponieważ wzbudza zainteresowanie losami instytucyj wśród czynników, dla których zostały one powołane do życia, co daje gwarancję dbałej i troskliwej gospodarki funduszami społecznymi, jak również — daje gwarancję sprawiedliwego wymiaru świadczeń. Nieznaczna zaś ilość instytucyj, przeprowadzających ubezpieczenie pociąga za sobą taniość administracji, ułatwia orientację ubezpieczonych, a pracodawcom spełnianie zadań, nałożonych ustawą. Zobaczymy, czy tym wymogom odpowiada omawiany projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym?

Rezygnując ze scalenia rzeczowego (materiałnego) ubezpieczenia, projekt całą uwagę zwrócił na scalenie organizacyjne, przyczem zauważyć należy, że w tym kierunku już była znacznie ułatwiona praca dzięki postanowieniom rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych z dnia 29 listopada 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81). Przepisy, dotyczące organizacji kas ubezpieczeń społecznych (dzisiejsze Kasy Chorych), są z bardzo małymi zmianami dosłownie wzięte z wymienionego wyżej rozporządzenia Prezydenta.

Projekt (p. uzasadnienie str. 61) miał do wyboru albo wziąć za podstawę scalenia instytucje lokalne, obejmujące niewielkie terytoria, lub instytucje centralne ubezpieczenia długoterminowego, „poszedł jednak drogą pośrednią, łącząc w jedną całość organizacyjną instytucje lokalne (t. j. Kasy Chorych) z centralną i przekazując część zadań scalonego ubezpieczenia instytucjom lokalnym, część zaś instytucji centralnej”. Koncepcja oryginalna, wymagająca przy opracowaniu

wiele nakładu pracy, a nawet talentu organizacyjnego, zwłaszcza jeśli się zważy, że scaleniu organizacyjnemu podlega też i odrębne dotychczas organizacyjnie ubezpieczenie pracowników umysłowych.

O ileby udało się, z małymi nawet zmianami, przeprowadzić takie scalenie organizacyjne, i o ileby życie to sankcjonowało, wówczas nastąpiłoby bardzo znaczne obniżenie kosztów administracyjnych ubezpieczenia, zwłaszcza ubezpieczenia długoterminowego wobec likwidacji wielu istniejących zakładów.

Nasuwa się tedy pytanie, czy zreorganizowane już w myśl przepisów rozporządzenia Prezydenta z dnia 29 listopada 1930 r. Kasy Chorych, które mają w przyszłości być temi podstawami scalenia, jako Kasy ubezpieczeń społecznych, podołają swym zadaniom — i to nie byle jakim, albowiem prócz wykonywania ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa będą wykonywały, dla innych działów ubezpieczenia, o ile Minister Opieki Społ. im to poruczy, czynności dotyczące: 1) ustalania obowiązku ubezpieczenia oraz utrzymywania w ewidencji osób ubezpieczonych, 2) ustalania uprawnień do kontynuowania ubezpieczenia, 3) wymierzania i pobierania składek ubezpieczeniowych, 4) przyznawania i wypłacania świadczeń, 5) utrzymywania w ewidencji i kontroli osób, otrzymujących świadczenia. Gdyby to były Kasy istniejące do niedawna, wśród których na ogólną liczbę 243 Kas w 131 Kasach, a więc w większości, ilość ubezpieczonych nie osiągała cyfry 5000, a nawet w 36 Kasach ubezpieczonych było mniej niż 2000 osób, to można byłoby mieć bardzo poważne wątpliwości; obecne jednak zreorganizowane Kasy, których jest 61, z pośród których zaledwie dwie Kasy mają ubezpieczonych mniej niż 10.000 (Lida 8960 i Kowel 9720), a 20 Kas od 10.000 — 20.000 ubezpieczonych, reszta zaś Kas t. j. 39 mają ponad 20.000 ubezpieczonych (p. Wiadomości Kas Chorych, organ Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych Nr. 6 z dn. 15.III.1932 r. str. 634 i 635), mogą dawać gwarancję, że zadaniom swym nałożonym ustawą sprostają, ponieważ to są już poważne instytucje ubezpieczeniowe.

Z czynności poruczanych Kasom najbardziej mogłyby budzić wątpliwości i obawy, czy będą dobrze wypełniane, czynności wymienione wyżej w punktach 1 i 4, a dotyczące ewidencji nie tyle ubezpieczonych, co ewidencji ubezpieczenia poszczególnych ubezpieczonych, jak również przyznawania świadczeń. Idzie przecież o to, by pewnych czynności nie wypełniać podwójnie, jak to mogłoby się zdarzyć, gdyby Kasy ubezpieczeń społecznych prowadziły własną ewidencję, a Zakład ubezsp. społ. prowadziłby ogólną ewidencję przebiegów ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych w całym Państwie; podobnież t. j. podwójnie prowadzona jest ewidencja w Czechosłowacji, co pociąga za sobą duże niepotrzebne koszty, gdyż jak widać z artykułu D-ra E. Giebartowskiego p. t. „Ubezpieczenie na wypadek choroby oraz ubezpieczenie robotnicze inwalidzkie w Czechosłowacji” (Przegląd Ubezsp. Społ.

\*) p. „Przegląd Ubezpieczeń” Nr. 7, str. 198.

Nr. 6, 1932 r. str. 172) z 4580 pracowników Kas Chorych zajętych w służbie wewnętrznej (dane z 1929 roku) 964 osoby, a więc przeszło 1/5 część personelu ułatwiały jedynie czynności ewidencyjne. Do tej liczby dodać należy poważną ilość personelu zatrudnionego w Centralnym Zakładzie Ubezpiecz. Społ., a prowadzącego też ewidencję, rozumie się ogólną, i choć liczby autor artykułu wymienionego wyżej nie podaje, atoli z liczby ogólnej 600 pracowników Zakładu, przypuszczać należy, że prawdopodobnie nie mniej jak 1/3 część pracowników wypełnia ewidencyjne czynności, gdyż liczba „wykazów przebiegów” w 1929 r. w centralnej karcotece wynosiła 5425316. Zapewne do podobnie kosztownego, bo podwójnego, prowadzenia ewidencji ubezpieczenia zmuszony był Centralny Zakład Ubezpiecz. Społ. okolicznością, że Kasy Chorych w Czechosłowacji są rozbite nie scalone (istnieją tam Kasy rolnicze, fabryczne i t. p.), wskutek czego zachodzi bardzo częsta fluktuacja członków (ubezpieczonych), wymagająca utrzymywania centralnej ewidencji wszystkich ubezpieczonych.

Wskutek zreorganizowania Kas Chorych u nas powyższe fakty nie będą miały miejsca, atoli nie należy mieć złudzeń, by całkowitą ewidencję przebiegów ubezpieczenia mogły prowadzić, zwłaszcza w pierwszych latach istnienia ubezpieczenia, Kasy Ubezpieczeń Społecznych i należy przypuszczać, że ewidencję osób uprawnionych do świadczeń t. j. tych ubezpieczonych, którzy przebyli okres wyczekiwania (200 tygodni składkowych), będzie musiał prowadzić Zakład ubezpieczeń społecznych, a to zarówno dla celów kontrolnych, jak i matematyczno-statystycznych. Niemniej i przyznawanie świadczeń w całej rozciągłości nie będzie mogło być powierzane Kasom — renty inwalidzkie i wypadkowe powinny być przyznawane w Zakładzie lub przez specjalne biura rentowe Zakładu i dla tego też wśród organów Zakładu ubezpiecz. społ. są wymienione Komisje rentowe. Rozumie się są to domniemanie, ale oparte na poważnych praktycznych danych, ponieważ projekt te sprawy traktuje ogólnikowo, a nawet z pewnych przepisów widać, że kwestja ta nie jest przesądzona. Przekonywa o tem samo ujęcie redakcyjne „Min. Pr. i Opieki Społ. może poruczyć Kasom”, następnie przepisy art. 57 ust. 4 projektu, gdzie mowa jest o tworzeniu oddziałów, a jeszcze bardziej uzasadnienie (str. 62): „Zakład będzie posiadał na początek 4 oddziały lokalne w Warszawie, Lwowie, Poznaniu i Królewskiej Hucie, w skład których wejda częściowo istniejące w tych miastach obecne Zakłady ubezpieczeń”. Liczba oddziałów lokalnych będzie mogła być stopniowo zwiększana w ten sposób, aby w przyszłości mogły powstać oddziały we wszystkich siedzibach województw”.

Gdyby powyższa cytata z uzasadnienia urzeczywistniła się, świadczyłoby to nie tylko o niezdecydowaniu, lecz wogóle przekreślono by scalenie u podstaw (w Kasach) pewnych ważnych czynności ubezpieczeniowych, a byłaby mowa jedynie o scaleniu organizacyjnym u góry t. j. Zakładów ubezpieczeń długoterminowych w jeden zakład, któryby przytem miał pewien nadzór nad Kasami ubezpiecz. społ. i koordynował ich czynności w zakresie ubezpieczenia chorobowego. Inne znów przepisy projektu (art. 45 i 56 ustępy ostatnie) przewidują wypełnianie przez Kasy czynności wyżej

wymienionych — jednym słowem chwiejność i obawa i to nieuzasadnione, gdyż, jak wyżej już twierdziłem, Kasy ubezpieczeń społ. w dzisiejszej swej formie organizacyjnej nie budzą wątpliwości i obaw, by nie podołały nawet tak poważnym zadaniom. Pocóż więc tworzenie oddziałów Zakładu — wystarczą dla spraw rentowych (i to nie wszystkich) biura rentowe założone przy większych Kasach ubezpiecz. społ.

Organami Kas ubezpieczeń społecznych będą: rada zarządzająca, dyrekcja, komisje świadczeniowe i komisja rewizyjna. Jak widać organa te odpowiadają w zupełności organom dzisiaj istniejących Kas Chorych z wyjątkiem komisji rozjemczej, którą przewidywał jako organ Kasy dekret Prezydenta z d. 29.XI.1930 roku, a którą projekt nie traktuje jako organu Kasy i to zupełnie słusznie, ponieważ organ, który ma na celu rozstrzyganie sporów między ubezpieczonym a Kasą nie powinien i nie może być organem Kasy, a czemś stojącym na uboczu.

Ustęp drugi art. 25 projektu przedstawia pewne novum. W Kasach, w których liczba ubezpieczonych pracowników rolnych przekracza 3000 osób, lub 1/5 ogółu ubezpieczonych tworzy się komisję rolną, działającą na prawach rady zarządzającej w zakresie ustalania planu leczniczego dla pracowników rolnych. Komisja ta może także uchwalać zmianę wysokości składki, uchwały jej w tym zakresie wymagają zatwierdzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej. A więc powstaje Kasa specjalna dla pracowników rolnych w Kasie ogólnej, co konsekwentnie prowadzi do prowadzenia odrębnej rachunkowości dla nich (art. 229), a także i ewidencji, choć projekt o tem nie wspomina. Zamiast więc scalania mamy rozdzielanie żywego organizmu jednej Kasy. Jest to skutkiem niezawodnie ustalenia odrębnej składki za ubezpieczenie pracowników rolnych. Logicznie rzecz biorąc czemu nie stworzono odrębnego działu w Kasie ubezpiecz. społ. dla pracowników umysłowych? Przecież i dla nich ustalono odrębną składkę. Pomysł ten organizacyjny jest nieracjonalny i w wysokim stopniu psuje harmonję organizacyjną.

Nowem także zjawiskiem, co prawda już przewidzianem w dekreście Prezydenta o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpiecz. społ., jest powoływanie nominatów do głównego organu Kasy t. j. do rady zarządzającej. — Wprawdzie w uzasadnieniu (str. 63), gdzie mowa jest o nadzorze, powiedziano, że podstawy samorządności instytucji ubezpiecz. społ. nie są naruszone; w rzeczywistości jest jednak inaczej, bo już fakt powoływania nominatów do ciał kierowniczych instytucji jest wyraźnym ograniczeniem autonomji tychże instytucji. Samorządność bowiem instytucji wszelkich opiera się na tym niezbitym fakcie, że zarządzają instytucją organa wybierane przez zainteresowane grupy społeczne, a tem samem dające gwarancję zupełną, że potrafią strzec spraw tych grup społecznych. A cóż przedstawiają nominaci, kogo reprezentują, czy ponoszą jaką odpowiedzialność za sprawowanie swych czynności? W myśl przepisów projektu nominaci, których mianuje Minister Pracy i Opieki Społecznej, są to osoby „które wykazały się teoretyczną lub praktyczną pracą na polu ubezpieczeń społecznych” — a więc mają to być fachowcy. Ustawodawstwo przedwojenne dotyczące Kas Chorych w państwach zaborczych instytucji nominatów - fachowców nie znało, nie

zna ich także i polska ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z d. 19.V.1920 r., a nawet powojenna z 1924 r. czechosłowacka ustawa o ubezpieczeniu społecznym do zarządów Kas Chorych nominatów nie wprowadza, choć wprowadza ich i to w poważnej liczbie (40 proc.) do Zarządu Centralnego Zakładu ubez. społ. z tem jednak ograniczeniem, że nominatów-fachowców powołuje się po połowie z pośród ubezpieczonych i pracodawców. Projekt takiego zastrzeżenia nie przewiduje, wnioskować więc należy, że nominatami będzie przeważnie, a może wyłącznie, żywioł biurokratyczny, urzędniczy. I jeszcze jedno jest niezrozumiałe: projekt przewiduje powoływanie nominatów do rad zarządzających Kas, liczących trwale więcej niż 75000 obowiązkowo ubezpieczonych. Dlaczego właśnie tylko do dużych Kas powoływani będą nominaci - fachowcy, przecież właśnie takie duże instytucje ubezpieczeniowe dają gwarancję, że potrafią się same rządzić, mając bowiem siedziby w dużych miastach, ośrodkach życia umysłowego, w zarządach mogą mieć i będą napewno miały jednostki wybitne z pośród ubezpieczonych i pracodawców, pocóż więc im dawać doradców o wątpliwej wartości fachowej? Czyż bowiem w Polsce obecnie znajdzie się poza działaczami społecznymi z pośród ubezpieczonych i pracodawców, którzy i tak wejdą do zarządów Kas z wyboru, aż 56 fachowców — tyle osób trzeba będzie mianować do rad zarządzających sześciu dużych Kas ubez. społ. (Warszawa, Łódź, Sosnowiec, Poznań, Lwów i Kraków) i do komisji i rady Zakładu Ubez. Społ. w Warszawie, nie licząc już nominatów do komisji rozjemczych, rentowych i t. p.? Wątpić nie można, że nominatami uszczęśliwionoby także i mniejsze, wogóle wszystkie, Kasy ubez. społ., tylko stała temu na przeszkodzie ta okoliczność, iż nie znalazłoby się tyle odpowiednich osób, przy liczbie bowiem 61 Kas należałoby powołać przynajmniej 200 nominatów. — Projekt tedy ustala, że rady zarządzające Kas, gdzie będą nominaci, mają mieć skład następujący: 10 ubezpieczonych, 6 pracodawców i tyluż nominatów, ogółem 22 osoby. Następnie projekt, chcąc zapewnić udział w rządach Kasą także i pracownikom umysłowym, ustala, że wśród ubezpieczonych pracownicy umysłowi i robotnicy tworzą dwie odrębnie głosujące grupy wyborcze. Udział przedstawicieli pracowników umysłowych w radzie odpowiadać winien stosunkowi liczebnemu tych pracowników do robotników wśród ubezpieczonych w danej Kasie z tem zastrzeżeniem, że pracownikom umysłowym winien przypaść co najmniej jeden mandat. Przepis ten wykazujący niewątpliwie dobrą wolę w stosunku do pracowników umysłowych, zadowolnić ich nie będzie w stanie, bo udział ich w radzie zarządzającej i tak będzie bez znaczenia i wpływu, jeden bowiem mandat, lub 2 na 12, lub 15, czy 22 (tyle bowiem członków będą liczyły rady zarządzające) nie może odgrywać żadnej roli. Lepiej więc było nie stwarzać pewnej iluzji wpływu na rządy w Kasie i zostawić jak było dotychczas, a nie wywoływać niezaspokojonych apetytów.

Przy omawianiu sprawy nominatów w radach Kas napomknąłem, że jest to ograniczenie autonomji, atoli przepisy art. 38 projektu wyliczające zadania rady zarządzającej dobitnie świadczą o tem, że wogóle autonomja Kas nie istnieje: na dziesięć punktów tam wy-

szczególnionych w ośmiu wypadkach uchwały rady wymagają zatwierdzenia Państwowego Urzędu Ubezpieczeń i tylko sprawy wymienione w punkcie 9 i 10 należą do niezaprzeczalnej atrybucji rady, jest to wybór komisji świadczeniowych i decydowanie w sprawach nakładania kar na członków rady i to w myśl regulaminu rady, zatwierdzanego przez państwowy urząd ubezpieczeń. Jak widać z powyższego, nie wielka to jest autonomja, nie może rada mieć nawet wpływu na mianowanie i zwalnianie wyższych urzędników Kasy, bo to należy do uprawnień czynnika biurokratycznego — dyrektora, który stoi na czele Kasy.

Dyrekcja jest organem wykonawczym Kasy ubez. społ. i składa się z dyrektora i naczelnego lekarza, wzgl. ich zastępców. Uprawnienia dyrekcji, właściwie dyrektora Kasy są bardzo duże (art. 45), rada zarządzająca przeważnie *przyjmuje* do wiadomości (miesięczne plany finansowe przedkładane przez dyrektora, tudzież jego sprawozdania miesięczne), a nawet tak się zdarzyć może, że chociaż do uprawnień rady należy powoływanie i zwalnianie dyrektora z zastrzeżeniem zatwierdzenia wyboru przez władzę nadzorczą, jednak „w razie dwukrotnej odmowy ze strony państwowego urzędu ubezpieczeń zatwierdzenia zgłoszonych przez radę kandydatów, Minister Pracy i Opieki Społ. mianuje dyrektora, względnie lekarza naczelnego z pośród kandydatów, zgłoszonych w drodze konkursu”. Widzimy więc jak wielkie znaczenie ma czynnik biurokratyczny i jak ograniczona jest autonomja przedstawicieli grup zainteresowanych w ubezpieczeniu.

Powołanie lekarza naczelnego Kasy do dyrekcji jest prawdopodobnie ustępstwem, poczynionem organizacjom lekarskim, ale nie może być uważane za konieczność organizacyjną, bez której Kasa należycie nie mogłaby funkcjonować. Wiadomem jest powszechnie, że Kasy Chorych zagranicą tej inowacji nie znają, a przecież funkcjonują nienajgorzej. Obawiać się nawet można, że takie połączenie funkcji administracyjnych z czysto lekarskimi odbiło się może szkodliwie na leczniczej polityce Kas ubez. społ. Lekarz powinien być tylko lekarzem, a administracyjną działalność należy pozostawić innym czynnikom, z czego jednak znów nie wynika, by lekarz naczelny nie miał głosu wprost decydującego w sprawach czysto lekarskich.

Komisje świadczeniowe nasuwają również uwagi. Przedewszystkiem wybór ich na 2 i pół roku, podczas gdy czasokres urzędowania rady Kasy trwa 5 lat. Jest to niezrozumiałe, zwłaszcza, że dopiero po dłuższym urzędowaniu członkowie wybieralnych organów instytucji zapoznają się dobrze i z ustawą i wogóle z tem wszystkiem, co stanowi niezbędny warunek owocnej ich pracy. Dlatego też możliwość zmiany osób w chwili gdy zaczęli dobrze pracować jest niewskazana ze względu na sprawne i skuteczne funkcjonowanie danego organu. Komisje świadczeniowe wybiera rada zarządzająca z pośród swych członków lub z grona innych ubezpieczonych, posiadających bierne prawo wyborcze i to w ten sposób, że członkowie rady—pracodawcy i ubezpieczeni—wybierają oddzielnie z każdej grupy (pracodawców i pracowników) po jednym wzgl. po 2 członków komisji, a przewodniczącego i jego zastępcę wybiera cała rada. Komisje świadczeniowe wykonywują nadzór z ramienia rady nad czynnościami

dyrektora wzgl. urzędnika, działającego w jego imieniu w zakresie przyznawania świadczeń, udzielanych przez Kasę ubezp. społ., wobec czego zadania Komisji są następujące: 1) uchwalanie zasad wytycznych dla lekarza naczelnego i dyrektora w zakresie przyznawania świadczeń i 2) orzekanie w poszczególnych sprawach o świadczenia, zastrzeżonych dla komisji regulaminowo. I tutaj właśnie uwidoczni się jedna z licznych niekonsekwencji: z jednej strony wszystko się robi, aby czynnikowi fachowemu, biurokratycznemu dać maximum znaczenia i możliwości działania, z drugiej strony, jak w danym wypadku, daje się czynnikowi niekompetentnemu—laikom—prawo udzielania wiążących wytycznych dla fachowców lekarza i dyrektora.

Przepisy o komisji rewizyjnej, składającej się z 5 osób: 3 pracodawców i po jednym robotniku i pracowniku umysłowym, nie budzą wątpliwości i uwag nie nasuwa poza tą jedyną, że pracodawcom daje się przewagę w komisji, większość niczem nieuzasadnioną.

Odwołania od orzeczeń Komisji świadczeniowej i dyrektora w sprawach świadczeń, oraz od orzeczeń w sprawach nakładanych kar rozstrzyga Komisja rozjemcza Kasy ubezp. społ. Komisja ta składa się z 7 członków: 3 ubezpieczonych, 3 pracodawców oraz przewodniczącego, mianowanego przez Państwowy Urząd Ubezpieczeń, który to urząd mianuje także i zastępcę przewodniczącego. Komisja rozstrzyga w kompletach złożonych z przewodniczącego i 2 członków (jednego pracodawcy i ubezpieczonego). Jeśli rozpatrywane są sprawy pracowników umysłowych lub rolnych, w komisji musi brać udział pracownik umysłowy, lub pracodawca rolny. To ostatnie jest niezrozumiałe i budzi poważne zastrzeżenia, o ile to nie jest jedynie pomyłka drukarska: zamiast wyrazu „pracownik” wstawiono omyłkowo „pracodawca”. A może to nie omyłka, albowiem i w art. 26 projektu, gdzie jest mowa o odrębnym przedstawicielstwie pracowników umysłowych w radzie Kasy jest także wzmianka tylko o pracodawcach rolnych, którzy tworzą odrębną grupę wśród pracodawców i muszą mieć przynajmniej w radzie jeden mandat (jak pracownicy umysłowi), a o robotnikach rolnych niema absolutnie wzmianki. Niech bierze udział w komisji pracodawca rolny, ale powinno być zastrzeżone, że bierze udział także i przedstawiciel pracowników rolnych.

O ile w Kasy ubezp. społ. zamienia się łatwo dziesięć Kasy chorych, ponieważ organizacyjnie nie będą się różniły, pozostając i nadal samodzielnie instytucjami ubezpieczenia chorobowego i spełniając za zwrotem kosztów dla innych działów ubezpieczenia społecznego jedynie funkcje poruczone przez władzę nadzorczą, to Zakłady ubezp. długoterminowego znikną zupełnie, przekształcając się w jeden Zakład ubezpieczeń społecznych w Warszawie. Projekt to scalenie organizacyjne ubezpieczenia długoterminowego pracowników fizycznych i umysłowych bardzo sztucznie skomponował. Zakład wykonywa czynności w zakresie ubezp. pracowników umysłowych, ubezpieczenia emerytalnego robotników, ubezpieczenia wypadkowego, a w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa „koordynuje, uzupełnia i usprawnia działalność Kas ubezp. społ. oraz prowadzi wspólną dla wszystkich działów ubezpieczeń ogólną działalność profilaktyczną i leczniczą”. Organami Zakładu są:

1) rada zarządzająca, 2) prezydium rady zarządzającej, 3) komisja zarządzająca dla poszczególnych działów ubezpieczeń, 4) komisje rentowe, 5) dyrekcja, 6) naczelny matematyk, 7) komisja rewizyjna.

Rada składa się z 20 członków: 9 członków (w projekcie omyłkowo podano liczbę 11 w art. 59) wybieranych przez odrębne zgromadzenia wyborcze pracodawców, robotników i pracowników umysłowych, a to 4 robotników, 2 pracowników umysłowych i 3 pracodawców (1 przedstawiciel pracodawców rolnych), 2 nominatów mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej i 9 członków prezydium (przewodniczący i ich zastępcy trzech komisji ubezpieczeniowych). Członkowie rady, niewchodzący w skład prezydium, nie mogą być członkami komisji.

Dla poszczególnych działów ubezpieczeń istnieją w Zakładzie trzy komisje zarządzające, wybierane oddzielnie przez zgromadzenie wyborcze: 1) Komisja ubezpieczeń pracowników umysłowych, 2) Komisja ubezpieczenia emerytalnego robotników, 3) Komisja ubezpieczeń na wypadek choroby i od wypadków. Skład tych komisji nie jest jednolity, a mianowicie Komisja ubezp. pracowników umysłowych składa się z 22 członków, w tem 10 przedstawicieli pracowników umysłowych, 6 pracodawców i 6 nominatów; Komisja ubezpieczeń robotników (ubezp. emerytalne) składa się z 26 członków, w tem 12 robotników, 7 pracodawców i 7 nominatów; Komisja ubezpieczeń na wypadek choroby i od wypadków składa się z 18 członków łącznie z prezesem Zakładu, w tem 6 robotników, 3 pracowników umysłowych, 5 pracodawców i 4 nominatów.

Z powyższej organizacji wynika, że organicznego zespolenia wszystkich działów ubezp. społ. niema, że formalnie istnieje jeden zakład, ale właściwie jest to mechaniczne połączenie samoistnych działów ubezpieczenia, a łącznikiem między poszczególnymi komisjami i radą Zakładu jest prezydium, będące jednocześnie trzonem rady, i organem koordynującym działalność poszczególnych komisji ubezpieczeń oraz wykonyującym z ramienia rady nadzór nad dyrekcją. Twierdzenie powyższe o samoistności organizacyjnej poszczególnych działów ubezpieczenia znajduje też uzasadnienie w przepisach art. 71 projektu: Komisje ubezpieczeń w myśl art. 69 uchwalają wnioski na radę zarządzającą atoli o ile „w sprawach preliminarzy budżetowych, sprawozdań rocznych, zamknięć rachunkowych Zakładu, planu lokat kapitałów, wspólnych lokat funduszy, oraz koordynowania uchwał poszczególnych komisji ubezpieczeń rada względnie prezydium poweźmie uchwały *ubrew wnioskom*, uchwalonym przez którąkolwiek komisję ubezpieczeń — przewodniczący tej ostatniej (komisji) może w ciągu trzech dni zgłosić sprzeciw do Ministra Pr. i Op. Społ., któremu przysługuje zarówno prawo unieważniania sprzecznych ze sobą uchwał i zwrócenia sprawy do ponownego rozpatrzenia jakoteż prawo swobodnego uznania bądź uchwały rady *bądź też uchwały komisji ubezpieczeń za prawomocną decyzję Zakładu*”.

Powyższy przepis wymownie świadczy o tem, że komisja zarządzająca pewnego działu ubezpieczeń nie jest organem podrzędnym, podwładnym organu wspólnego dla wszystkich działów ubezpieczeń, jakim jest rada Zakładu, lub prezydium, a prawie organem równorzędnym, ponieważ w razie sprzecznych uchwał

obu organów — ma możliwość odwołania się do władzy nadzorczej z prośbą o rozstrzygnięcie sporu; właściwie więc istnieje równość stron. A gdy uwzględnimy jeszcze przepisy art. 238 projektu, które stanowią, że „zobowiązania jednego z działów ubezpieczeń nie mogą być pokrywane z funduszków innych działów”, udzielanie z funduszków jednego działu pożyczek innemu działowi może być dokonywane jedynie w trybie, przewidzianym dla lokat Zakładu“, to dochodzimy do wniosku, że właściwie to są odrębne Zakłady, choć nie mają odrębnej osobowości prawnej, i nie należy się obawiać, że jakiś dział ubezpieczenia zostanie przez drugi pokrzywdzony.

Już wyżej nadmieniałem, że zakres działania prezydium Zakładu jest bardzo znaczny i ważny i to tem bardziej, że rada zarządzająca Zakładem zbiera się normalnie rzadko, raz bowiem na cztery miesiące, tak iż faktycznie prezydium będzie kierowało sprawami Zakładu, a gdy się zważy, że w skład prezydium wchodzi trzech nominacji, z których jednego — prezesa Zakładu mianuje na wniosek Rady Ministrów Prezydent Rzeczypospolitej, że zastępcą prezesa jest jeden z nominatów mianowanych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, to widać z tego, jak ograniczona jest w tej koncepcji organizacyjnej autonomia Zakładu. Jeszcze bardziej uderza w oczy iluzoryczność samodzielności Zakładu z przepisów art. 64, określającego kompetencje rady zarządzającej Zakładem: ze wszystkich zadań, jakie są nałożone ustawą, rada ma prawo samodzielnie *jedynie koordynować uchwały komisji ubezpieczeniowych*, inne bowiem uchwały rady wymagają zatwierdzenia władzy nadzorczej, a gdy to jej się nie uda, wówczas działają przepisy poprzednio cytowanego art. 71 projektu i wkracza władza nadzorcza. Być może, że takie ujęcie sprawy wynika z charakteru scalenia organizacyjnego, bezwzględnie mechanicznego i żeby to jakoś utrzymać w spójni należało wprowadzić nominatów, będących tym „kitem scaleniowym“, jak również trzeba było przewidzieć, tak daleko idącą ingerencję władzy nadzorczej, jak to wynika z przepisów art. 71 projektu. Ze sposobu mechanicznego scalenia organizacyjnego wynika także, że jest w projekcie przewidziane zbyt wiele organów Zakładu, wskutek czego znów powstaje wiele komplikacji i sprzeczności.

Jak wyżej wymieniłem, jest aż 7 organów, z których pięć jest wspólnych dla wszystkich działów ubezpieczenia: rada zarządzająca, prezydium, dyrekcja, komisja rewizyjna i naczelny matematyk; dwa zaś organa są organami każdego z poszczególnych (trzech) działów ubezpieczeń, jest to komisja ubezpieczeń i komisja rentowa.

Z organów wspólnych dyrekcja kolegjalna składająca się z siedmiu członków (naczelny dyrektor, dwóch dyrektorów, trzech dyrektorów działów ubezpieczeń i naczelny lekarz) jest po prezydium organem najważniejszym. Liczna w swym składzie może być mało sprężystą i wywoływać starcia między dyrektorami poszczególnych działów ubezpieczeń, a naczelnym dyrektorem, który będzie ich zwierzchnikiem. Cemu dyrekcja nie miałaby się składać tylko z prezesa Zakładu — będącego również przewodniczącym dyrekcji i 4 dyrektorów odrębnych działów ubezpieczenia (wypadki, chorobowe, pracowników umysłowych i emerytalne robotnicze); wprawdzie i wówczas byłaby pię-

ciosobowym ciałem, ale mając prezesa Zakładu na czele mogłaby sprężystiej i bez tarć funkcjonować. Lekarz naczelny Zakładu nie powinien być członkiem dyrekcji dla tych samych powodów, o których mówiłem już rozpatrując sprawę składu dyrekcji Kas ubezpieczeń. Lekarz naczelny i matematyk mogliby i powinni nawet brać udział w posiedzeniach dyrekcji, jak również innych organów Zakładu, ale tylko z głosem doradczym. To są fachowcy, których opinia powinna być wysłuchana przy debatach związanych z kwestjami leczniczymi, czy też asekuracyjno - matematycznymi, jednak to nie przesądza jeszcze, że są oni dobrymi administratorami, jakimi bezwątpienia powinni być członkowie dyrekcji tak ogromnego Zakładu.

Jesli już kwestja dyrekcji nasunęła uwagi powyższe, to jeszcze większe zastrzeżenia budzić musi nadanie naczelnemu matematykowi charakteru odrębnego organu Zakładu. W żadnej z istniejących ustaw ubezpieczeniowych nie spotyka się podobnego postanowienia. Zdarza się najwyżej, że matematycy są członkami dyrekcji Zakładów, jak ma to miejsce np. w Centralnym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w Czechosłowacji (prof. Schönbaum wybitny matematyk ubezpieczeniowy), choć nawet i to nie jest koniecznością organizacyjną, o czym już wyżej wzmiankowałem. Z przepisów art. 84 projektu, traktującego tę sprawę nie wynika konieczność tworzenia specjalnego organu. Konsekwentnie należałoby i z naczelnego lekarza stworzyć taki organ, ponieważ znaczenie czynnika lekarskiego w ubezpieczeniu społecznym — chorobowym, czy też długoterminowym — rentowym jest nie mniej ważne, niż znaczenie czynnika asekuracyjno-technicznego, a może nawet ważniejsze, gdyż matematyka na podstawie prawdopodobieństw oblicza wkładkę ubezpieczeniową, której podstawy życie nieraz i to poważnie koryguje i ustala, lekarz zaś opinujący o czemś istotnym, co już zaszło, o stopniu niezdolności do pracy ubezpieczonego, a tem samem o uprawnieniu do świadczeń, może swą opinią bardzo poważnie wpłynąć na stan finansowy ubezpieczenia.

Komisja rewizyjna składa się z 8 osób, w tem 4 pracodawców, 2 robotników, jednego pracownika umysłowego, wybieranych w ten sam sposób, jak członkowie rady i komisji oraz z jednego nominata-fachowca, mianowanego przez Ministra Opieki Społecznej. Prócz sztuczności kompozycyjnej składu komisji nasuwają się następujące uwagi: dlaczego komisja jest wybierana na cztery lata, gdy okres urzędowania innych władz trwa lat pięć, kto więc będzie rewidował czynności Zakładu w piątym roku działania władz? Prócz tego czy nie lepiej, gdy się mechanicznie łączy różne działy ubezpieczenia, dla każdego działu stworzyć specjalną komisję rewizyjną i w ten sposób zapewnić tej komisji lepszą i owocniejszą możliwość pracy; jedna bowiem komisja dla wszystkich działów ubezpieczenia, często nie orientująca się dokładnie w różnorodności przepisów ustawowych, będzie badała czynności tylko powierzchownie, co nie jest zadaniem komisji rewizyjnej, powołanej właśnie do gruntownego zbadania gospodarki i wszelkich innych czynności danej instytucji.

Do komisji rentowych, składających się z przewodniczącego lub jego zastępcy, mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej, oraz dwóch przedstawi-

cieli ubezpieczonych (robotników lub pracowników umysłowych) i jednego przedstawiciela pracodawców, można w całości zastosować te spostrzeżenia, jakie poczyniłem przy omawianiu komisji świadczeniowej Kasy ubezp. społ.

Sztuczność kompozycji scalenia organizacyjnego ubezpieczeń długoterminowych, o której wyżej była mowa, wywołuje skutki następujące: przewlekłe załatwianie spraw, brak łączności organizacyjnej między Zakładem ubezp. społ., a Kasami ubezp. społ. choć przecież instytucje te zmuszone będą na zasadzie przepisów ustawowych do ciągłej współpracy, możliwość starć między poszczególnymi organami Zakładu, niejasność wreszcie, a nawet sprzeczność poszczególnych przepisów projektu.

Każdy wniosek, który ma wejść pod obrady rady zarządzającej Zakładu przechodzi taką przewlekłą procedurę: wniosek opracowuje i zgłasza na właściwą komisję ubezpieczeń dyrektor danego działu, następuje uchwała komisji, później sprawę rozpatruje ponownie dyrekcja (art. 81 punkt 2), która przedstawia sprawę prezydjum (art. 66 punkt 1), które znów „rozpatruje” ów wniosek i wreszcie decyduje uchwałą o wniosku rada, lub następuje ingerencja władzy nadzorczej w myśl przepisów art. 71. — Ale nawet i sprawy mniejszej wagi, nie wymagające uchwały rady, niezbyt szybko mogą być załatwione np. uchwalenie regulaminu czynności komisji rentowych danego działu. Opracowuje regulamin biuro, dyrektor danego działu przedstawia właściwej komisji ubezp., następuje uchwała komisji, znów rozpatruje dyrekcja i przedstawia na posiedzeniu prezydjum, które regulamin uchwała (art. 66 p. 4), no i wreszcie zatwierdza regulamin Minister Op. Społ.

Przepisy art. 56 projektu wskazują na to, że łączności organizacyjnej między Kasami a Zakładem niema i że mogą zdarzyć się okoliczności, gdy będzie musiała wkroczyć władza nadzorcza. Wprawdzie w ustępie pierwszym wymienionego artykułu jest powiedziane ogólnikowo, że „prawomocne uchwały, powzięte w granicach kompetencji Zakładu, unormowanych ustawą niniejszą i statutem Zakładu, wiążą wszystkie Kasy ubezpieczeń społecznych”, atoli ustęp trzeci tegoż artykułu ma brzmienie następujące: „o ile sposób wykonywania przez Kasy ubezp. społ. czynności, wymienionych w art. 22 ust. 1 p. 2 (czynności poruczone Kasom i wykonywane na rzecz ubezp. długoterminowego) uniemożliwia sprawne działanie Zakładu Ubezp. Społ., prezydjum winno na podstawie przeprowadzonej przez dyrekcję szczegółowej kontroli, udzielić Kasie specjalnych zarządzeń co do sposobu i terminu wykonywania tych czynności. Zarządzenia te jednak wiążą organa Kasy dopiero po zatwierdzeniu przez władzę nadzorczą”.

Na możliwość starć między organami Zakładu wskazują przepisy cytowanego już niejednokrotnie art. 71 oraz art. 82 ust. 2, gdzie jest mowa, że w czasie sprzecznych uchwał dyrekcji i jakiegokolwiek komisji ubezpieczeń naczelny dyrektor ma wnieść sprawę na posiedzenie rady względnie prezydjum Zakładu.

Wskutek dużej ilości organów, których działalność wzajemnie się zajeżdża i wskutek braku organicznego zespolenia organizacji w projekcie pełno jest sprzecznych przepisów jak również niekonsekwencji, z których przykładowo kilka przytoczę. W art. 56 art. 3 jest

mowa, że zarządzenia Kasom wydaje prezydjum i są wiążące dla Kas po zatwierdzeniu przez władzę nadzorczą, w art. zaś 45 ust. ostatni jest znów powiedziane, że w przypadkach przewidzianych w art. 56 ust. 3 dyrektor Kasy ubezp. społ. związany jest zarządzeniami komisji ubezp. na wypadek choroby i od wypadków i odpowiedzialny za ich ściśle wykonanie w oznaczonym terminie. Niewiadomo więc, kto ma właściwie wydawać zarządzenia, czy prezydjum, czy komisja ubezpieczeń i czy są one prawomocne dopiero po zatwierdzeniu przez władzę nadzorczą?

Są w art. 55 przepisy ujęte w 3 punktach (9, 10, 11), a dotyczące Kas ubezp. społ. i sprawy tam poruszone załatwiają aż trzy organy: rada Zakładu, prezydjum i komisja ubezp. na wypadek choroby. Ustalanie ramowych przepisów służbowych dla pracowników Kas ubezp. społ. (punkt 9 art. 55) należy do kompetencji rady. Ustalanie dla Kas ubezp. społ. ogólnych i jednolitych zasad, dotyczących sposobu prowadzenia rachunkowości, sporządzenia sprawozdań i budżetów, ustalanie jednolitych metod prowadzenia statystyki (art. 55 p. 10) należy do kompetencji prezydjum. Sprawy wymienione w p. 10 art. 55 są może ważniejsze, niż sprawy wymienione w punkcie 9 tegoż artykułu, czemu więc nie należą do kompetencji rady a prezydjum? Czemu wreszcie uchwały w sprawach objętych p. 9 podlegają zatwierdzeniu władzy nadzorczej, a sprawy objęte punktem 10 nie są zatwierdzane przez władzę nadzorczą? To są pytania, które się nasuwają krytycznemu czytelnikowi projektu i na takie odpowiedzi w projekcie nie znajduje. — O lustracji Kas ubezp. społ. (p. 11 art. 55) decyduje znów komisja ubezp. na wypadek choroby (art. 70 p. 2) i dlaczego komisja, a nie prezydjum — organ wspólny, gdy Kasy mają prowadzić przecież czynności powierzone i dla innych działów ubezpieczeń? Oto tylko kilka niekonsekwencji względnie sprzeczności projektu, gdyż na omawianie szersze tej sprawy nie zezwalają zupełnie ramy artykułu.

A jednak nawet idąc po linii wytycznej projektu można było bardziej „organicznie” zbudować i scalić organizację ubezpieczenia długoterminowego. Spróbuję naszkicować, rozumie się, tylko w grubszych zarysach, organizację jednego Zakładu ubezp. społ., zachowując przytem zasadnicze tendencje projektu, jak np. udział nominatów w organach Zakładu.

Rada zarządzająca — organ wspólny, wybrana przez zarządy Kas ubezp. społ. (tak jak jest w czechosłowackiej ustawie), z pośród swych członków w oddzielnych kurjach wyborczych, w składzie następującym: 10 robotników, 8 pracowników umysłowych i 9 pracodawców (odpowiednia ilość pracodawców rolnych), prócz członków wybranych do rady wchodzi 9 nominatów (25 proc.), wśród których prezes Zakładu mianowany przez Prezydenta Rzplitej, wiceprezes mianowany przez Radę Ministrów i 7 nominatów mianowanych przez Ministra Op. Społecznej — ogółem tedy rada składa się z 36 członków. Z rady dla działów ubezpieczeń (jak w projekcie) wyłaniają się komisje ubezpieczeń w składzie po 12 członków każda, w tem 6 pracowników, 3 pracodawców i 3 nominatów. Prezes wzgl. wiceprezes Zakładu jest przewodniczącym każdej komisji jak również dyrekcji, składającej się prócz prezesa z czterech dyrektorów (po jednym dla każde-

go działu), jednemu z nich według swego uznania, prezes powierza prowadzenie spraw ogólnych, których będzie niewiele, gdyż komisje będą miały uprawnienia rady, w zakresie swego działu ubezpieczeń, dyrektorowie działów będą samodzielni. Prezes też mianuje wyższych urzędników na wnioski odnośnych dyrektorów, niższych i średnich urzędników mianuje dyrektor każdego działu w ramach etatu stanowisk. Naczelny lekarz i matematyk biorą udział w posiedzeniach rady i dyrekcji z głosem doradczym, podlegają władzy bezpośredniej prezesa Zakładu jak i dyrektorowie i są mianowani przez radę na wniosek prezesa. Prezes koordynuje działalność poszczególnych komisji i czuwa nad działalnością całego Zakładu. Dyrektorowie są zwierzchnikami podległego mu personelu. Powyżej naszkicowany projekt organizacji zapewne nie usunie całkowicie wad konstrukcyjnych organizacji Zakładu, przedstawionej w projekcie, atoli — mam nadzieję — zmniejszy do minimum.

### *Przepisy majątkowe i finansowe.*

Kasy ubezpiecz. społ. dzielą wpływy ze składek, odsetek zwłoki i kar na dwa działy: ogólny i rolny, odpowiednio do wpływów uzyskanych z ubezpieczenia pracowników rolnych i pozostałych pracowników: w podobny sposób i w stosunku do wzajemnej wysokości, dzielą się odpisy na fundusz rezerwowy i fundusze specjalne, jak również kwoty, podlegające przekazaniu do Zakładu ubezpiecz. społ. i t. d. Koszty administracyjne i ogólne Kasy pokrywa się z wpływów obu działów w stosunku, ustalonym przez Ministra Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrami Rolnictwa oraz Przemysłu i Handlu. Widzimy więc konsekwentne rozbięcie funduszy Kasy na dwa działy, dążenie do stworzenia samowystarczalnego ubezpieczenia robotników rolnych, co zresztą wynikać musiało z ujęcia organizacyjnego tej sprawy. Niezrozumiałem jest tylko jedno, skąd w kwestji Kas ubezpiecz. społ. przychodzi do głosu Minister Rolnictwa, a jeszcze bardziej nie można pojąć udziału w tej sprawie Ministra Przemysłu i Handlu.

Na pokrycie strat i nadzwyczajnych wydatków Kasy tworzą się fundusze rezerwowe. Na fundusz rezerwowy odpisuje się z wpływów corocznych Kasy nie mniej, niż 2 proc. składek, wysokość zresztą odpisu ustala statut Kasy. Gdy fundusz ten osiągnie wysokość ustaloną w statucie (20—40 proc. przeciętnych wpływów rocznych Kasy tytułem składek w ciągu ostatnich trzech lat obrachunkowych), wówczas obniża się odpisy do wysokości 1 proc. rocznych składek. Dysponować funduszem rezerwowym może rada Kasy jedynie po zatwierdzeniu odnośnej uchwały przez Państwowy Urząd Ubezpieczeń. Prócz tego na cele inwestycyjne tworzą Kasy fundusze specjalne, jak również przekazują 2—3 proc. rocznych wpływów Zakładowi ubezpiecz. społ. na utworzenie specjalnego funduszu, przeznaczonego na udzielanie kredytu krótkoterminowego i subwencji Kasom, które znajdują się w ciężkim położeniu majątkowym. Minister Opieki Społ. wreszcie może w porozumieniu z Ministrami Rolnictwa i Przemysłu i Handlu zarządzić w drodze rozporządzenia „stosowanie przez Kasy ubezpiecz. społ. za pośrednictwem Zakładu ubezpiecz. społ. wzajemnego wyrównywania części (maximum 1/3) ponoszonych przez siebie w ciągu roku wydatków na świadczenia ustawowe”.

Przepis ostatnio wymieniony jest rzeczą dobrą i nową w dziedzinie ubezpiecz. chorobowego, wprowadzając wzajemną reasekurację Kas (wspólne ponoszenie ryzyk), co zazwyczaj miało dotychczas miejsce w dziedzinie ubezpiecz. rentowych — długoterminowych, nawet żałować należy, że projekt tej kwestji jak i wielu innych nie przesądza ostatecznie i daje możliwość jedynie częściowego (tylko 1/3 wydatków) pójsicia w tym kierunku i to uzależniając wprowadzenie w życie odnośnych przepisów od zgody innych resortów rządowych, zgoła mało mających wspólnego z polityką społeczną. Wprawdzie taka przymusowa reasekuracja jest ograniczeniem autonomji instytucji ubezpieczeń w dziedzinie finansowej, ale ta autonomia i tak została bardzo ograniczona na rzecz Zakładu ubezpiecz. społ., co wynika i z przepisów wyżej podanych, a jeszcze bardziej z przepisów art. 236, w którym mieści się postanowienie, nakazujące Kasom płynne fundusze Kasy, przekraczające dwumiesięczne normalne wydatki Kasy i to wszelkie fundusze (rezerwowe, fundusze specjalne) przekazywać Zakładowi ubezpiecz. społ., jako wkłady terminowe, których wysokość oprocentowania ustala komisja ubezpieczeń chorobowego i wypadkowego w drodze uchwał zatwierdzonych przez Ministra Opieki Społ. Fundusze zaś płynne, nie przekraczające dwumiesięcznych wydatków, Kasy mogą lokować jako lokaty bezterminowe jedynie w instytucjach kredytowych wskazanych przez Zakład ubezpiecz. społ. O ile więc w zakresie organizacji ubezpiecz. niema łączności prawie zupełnie między Zakładem ubezpiecz. społ. a Kasami ubezpiecz. społ., to natomiast w dziedzinie finansowej uderza wprost w oczy zupełna zależność finansowa Kas od Zakładu, który jest jakby przymusowym bankiem Kas.

O odrębności funduszy i zobowiązań każdego z działów ubezpieczeń, które przeprowadza Zakład ubezpiecz. społ. wspomniałem już, gdy była omawiana sprawa organizacji Zakładu, z innych zaś przepisów nasuwających uwagi wymienić należy przepisy art. 245 ust. 2 i 3. Przepisy ustępu 2 wym. artykułu dotyczą wprowadzić się mającego dopiero, nowego ubezpieczenia emerytalnego robotników i są następujące: najmniej 25 proc. funduszu rezerwowego lokuje się w państwowych papierach procentowych, jednakże w dwóch latach najbliższych podlega ulokowaniu w tych papierach 90 proc., a w dalszych trzech latach 80 proc. corocznego przyrostu funduszu rezerwowego. Poczynając zaś od 1937 r. co najmniej 40 proc. przyrostu funduszy Zakładu (jak wynika z brzmienia ustępu trzeciego art. 245) lokuje się w nieruchomościach własnych, według specjalnych planów robionych na pięcioletnie okresy.

W przepisach powyższych uderza przede wszystkim tendencja do upaństwowienia, że tak powiem, ubezpieczenia, wyrażona w obowiązku lokowania większości rezerw, przynajmniej w pierwszych latach istnienia ubezpieczenia, w papierach państwowych, z drugiej znowu strony przepis ostatni wymownie świadczy o tem, że akcja budowlana, już obecnie dość intensywnie prowadzona przez Zakłady ubezpiecz. długoterminowego, ma być jeszcze intensywniej prowadzona od 1937 r. począwszy, chociaż dotychczasowe jej wyniki bynajmniej nie zadowolniły ubezpieczonych, dla których akcja ta przecież jest prowadzona.

## NADZÓR PAŃSTWOWY

Nie precyzując przepisów szczegółowo, jak np. czyni to pokrewna ustawa czechosłowacka, projekt pozostawia bardzo wiele pola na działalność normatywną władzy nadzorczej, od tego nawet uzależnia samo scalenie u podstaw. Jeżeli np. Minister Opieki Społ. nie poruczy Kasom wypełniania czynności dla innych działów ubezpieczenia, jeżeli utworzone zostaną liczne oddziały Zakładu ubezp. społ., to przecież scalenie u dołu nie będzie, a będzie jedynie scalenie u góry w jednym Zakładzie ubezpieczeń długoterminowych.

Rozpatrując przepisy projektu, dot. nadzoru, dochodzi się do wniosku, że nadzór ten nie będzie polegał, jak to być powinno, na ocenie aktów działalności instytucji ubezpieczeniowych po ich dokonaniu i to wyłącznie z punktu legalności, lecz nadzór ten, zresztą o bardzo rozległej skali, polega przeważnie i przede wszystkim na wkraczaniu władzy państwowej już przed działalnością organów instytucji w ocenę przyszłej działalności z punktu widzenia celowości. Stąd też pochodzą przepisy dotyczące mianowań, zatwierdzania osób na stanowiskach kierowniczych, preliminarzy budżetowych i t. p. Rodzaj i charakter tego nadzoru wymownie świadczy o braku zaufania państwowej władzy nadzorczej do tych czynników społecznych, które będąc zainteresowane w ubezpieczeniu, powinny wyłącznie dzierżyć w swych rękach ster rządów instytucji ubezpieczeń. Z tego li tylko punktu widzenia można np. oceniać powoływanie nominatów do ciał kierujących instytucji.

Naczelnym nadzór nad wszystkimi instytucjami ubezpieczeń sprawuje Minister Op. Społ., a bezpośredni nadzór nad Kasami ubezp. społ. wykonują pań-

stwowe urzędy ubezpieczeń, których ilość i właściwość terytorjalną ustala Minister Op. Społ.

Do władzy nadzorczej między innymi należy: czuwanie nad przestrzeganiem przez podległe instytucje przepisów ustaw, statutów i regulaminów; zatwierdzanie statutów i regulaminów, zatwierdzanie powołań i zwolnień dyrektorów, naczelników lekarzy i naczelnego matematyka, unieważnianie lub zawieszanie uchwał organów instytucji, sprawdzanie przez delegatów w każdym czasie załatwiania spraw i prowadzenia rachunkowości w instytucjach, zwoływanie wszelkich organów instytucji na posiedzenia nadzwyczajne, rozwiązywanie poszczególnych organów kolegjalnych instytucji, ustanawianie komisarzy lub specjalnych tymczasowych organów kolegjalnych, zatwierdzanie preliminarzy budżetowych, zamknięć rachunkowych i sprawozdań rocznych, lokaty funduszków, zaciąganie pożyczek i t. p.

Nadzór ten jest odpłatny, w ciągu bowiem lat czterech od dnia wejścia w życie ustawy pobierana będzie od Kas i Zakładu ubezp. społ. na częściowe pokrycie kosztów nadzoru nad temi instytucjami specjalna opłata, która nie może przewyższać  $\frac{1}{2}\%$  (pro mille) podstawy wymiaru składek, należnych Kasom i Zakładowi. Niezależnie od tej opłaty Zakład ubezp. społ. i Kasy ponoszą wydatki, związane z czynnościami delegatów władzy nadzorczej do centralnych lub lokalnych organów tych instytucji. Wydatki te oznacza Minister Op. Społ. Obiektywnie lecz zarazem krytycznie rozpatrując przepisy projektu, dotyczące nadzoru państwowego, odczuwa się pewien żal, że w odrodzonej Polsce w dziedzinie ubezpieczeń społ. t. j. w dziedzinie polityki społecznej opartej na solidarności grup społecznych i zaufania istnieje i ma nadal istnieć tak rozległy nadzór ze strony władz państwowych.

## ORZECZNICTWO I OPINJE PRAWNE

### USTAWA O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY Z DNIA 19 MAJA 1920 R. (DZ. U. R. P. Nr. 44, POZ. 272).

Z wyroku N. T. A. z dnia 1 kwietnia 1932 r. L. Rej. 4307/30 w sprawie ze skargi firmy S. Z. na orzeczenie Urzędu Woj. Stanisławowskiego w przedmiocie ubezpieczenia C. W. w Pow. Kasie Chorych w Nadwórnej.

*„Skuteczność przewidzianego w art. 4 ustawy z 19 maja 1920 r. prawa zwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia nie jest uzależniona od tego, czy żądanie zwolnienia było zgłoszone za pośrednictwem pracodawcy oraz na piśmie“.*

„...Przechodząc do kwestji rzekomego zażądania przez W. zwolnienia go od obowiązku ubezpieczenia, należy ze względu na zawarte w zaskarżonym orzeczeniu stwierdzenie, że W. nie wniósł — jak się w tem orzeczeniu wyrażono — na ręce pracodawcy podania o zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia, zaznaczyć, że w ustawie z 19 maja 1920 r., a w szczególności tak-

że w jej art. 4 nie uzależniono skuteczności przewidzianego w tym przepisie zwolnienia od ubezpieczenia od tego, aby żądanie tego zwolnienia zgłoszone było za pośrednictwem pracodawcy. Jeżeli wobec tego W. zgłoszenia tego dokonał z pominięciem skarżącej firmy, to okoliczność ta sama przez się nie mogłaby pozbawić tego zgłoszenia skuteczności prawnej.

W kwestji, czy W. postanowienie swoje co do uwolnienia się od obowiązku ubezpieczenia zakomunikował w rzeczywistości Kł. Ch., stwierdzić należy, że w ustawie z 19 maja 1920 r. nie określono sposobu zwolnienia na zasadzie art. 4 teje ustawy od obowiązku ubezpieczenia. W § 7 statutu Kasy Ch. w Nadwórnej postanowiono wprowadzić, że osoby, które chcą uzyskać zwolnienie się od obowiązku ubezpieczenia w myśl ustępu pierwszego art. 4, winny wnieść podanie do Zarządu Kasy i dołączyć dowody, uzasadniające prawo do żądania zwolnienia. Gdy jednak przepis ten nie zawiera żadnej sankcji, uznać należy, że zakomunikowanie Zarządowi Kasy Chorych postanowienia danej osoby co do zwolnienia się na zasadzie powyższego art. 4 może nastąpić skutecznie także w inny spo-

sób, odpowiadający celowi, a zatem także przez ustne złożenie odpowiedniego oświadczenia przed Zarządem Kasy lub przed jego właściwymi organami (urzędnikami) — oczywiście z zastrzeżeniem, że osoba, której to oświadczenie dotyczy, odpowiada wymogom, określonym w art. 4”.

**Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z dnia 11 marca 1932 r. L. I. C. 1753/31.**

1. *W powództwie wytoczonym w trybie art. 161<sup>11</sup> U. P. C. w przedmiocie uchylenia klauzuli egzekucyjnej zarzuty przeciwko słuszności żądań uwzględnionych na mocy klauzuli egzekucyjnej, mogą być zgłaszane w obu instancjach i zgłoszenie nowych zarzutów w skardze apelacyjnej nie stanowi zmiany zasady powództwa.*

2. *Kasie Chorych przysługuje prawo poszukiwania swych należności w drodze klauzuli egzekucyjnej tylko na zasadzie wykazu zaległości, potwierdzonego przez Zarząd Kasy.*

**Z uzasadnienia:**

„Zważywszy:

że Rada Gminna Gminy N. wystąpiła przeciwko Pow. Kasie Chorych w Tomaszowie Mazowieckim o uchylenie klauzuli egzekucyjnej, wydanej przez Sąd Okręgowy w Łodzi 15 grudnia 1928 roku;

że Sąd Okręgowy w Łodzi powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny wyrok pierwszej instancji zatwierdził; w uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny przytoczył między innymi argument, iż w skardze powodowej Rada Gminna żądała uchylenia klauzuli z tego powodu, iż pracownicy Urzędu Gminnego nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, wobec czego kwestjonowanie w skardze apelacyjnej samego tytułu (rachunku), który został opatrzone klauzulą, należy uznać za niedopuszczalne, jako stanowiące zmianę zasad powództwa;

że w skardze kasacyjnej powód żąda uchylenia wyroku, zarzucając Sądowi, iż z obrazą art. 161<sup>11</sup>, 332 i 747 U. P. C. zbyt rygorystycznie stosując wymogi art. 332 i 747 U. P. C., kwestjonowanie rachunku Kasy Chorych w drugiej instancji uznał za zmianę żądań powodowych; 2) z obrazą art. 53 ust. II ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19.V.1920 uznał za dostateczny do stwierdzenia należności Kasy rachunek, zatwierdzony przez kierownika Ambulatorjum Oddziału Kasy; 3) z obrazą art. 54 ust. II tejże ustawy zasądził należność Kasy Chorych z 24 proc. zamiast 6 proc.; 4) z obrazą art. 76 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu uznał kierownika ambulatorjum Oddziału Kasy za władzę kompetentną do nakładania kar; 5) z obrazą art. 339 U. P. C. podpisania przez wójta skargi apelacyjnej nie uznał za zastępujące złożenie wyciągów z ksiąg, prowadzonych przez Gminę;

że pierwszy zarzut skargi kasacyjnej jest słuszny, powództwo bowiem, wytoczone w trybie art. 161<sup>11</sup>, stanowi nietyle samodzielne roszczenie, co obronę przeciwko żądaniom pozwanego, uwzględnionym przez klauzulę; wobec tego słusznie twierdzi skarżący Urząd Gminy, że zarzuty przeciwko słuszności żądań uwzględnionych na mocy klauzuli egzekucyjnej, mogą być

zgłaszane w obu instancjach i zgłoszenie nowych zarzutów w skardze apelacyjnej nie stanowi zmiany zasady powództwa;

że słuszny jest i drugi zarzut skargi kasacyjnej, w myśl bowiem art. 53 ust. II ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby Kasie Chorych przysługuje prawo poszukiwania swych należności w drodze klauzuli egzekucyjnej na zasadzie wykazu zaległości, potwierdzonego przez Zarząd Kasy, w wypadku zaś został zaopatrzony klauzulą wykaz zaległości, podpisany przez kierownika Oddziału bez potwierdzenia Zarządu;

że przytoczone uchybienia są o tyle istotne, że winny skutkować uchylenie zaskarżonego wyroku bez potrzeby rozważania pozostałych zarzutów skargi kasacyjnej;

z tych zasad Sąd Najwyższy wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z powodu obrazu art. 53 ust. II ustawy z dn. 19.V.1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z art. 711 U. P. C. uchyla”.

**UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH, ROZPORZĄDZENIE PREZ. RZECZYPOSPOLITEJ Z DNIA 24 LISTOPADA 1927 ROKU (DZ. UST. Nr. 106, POZ. 911).**

**Dyrektywa Związku Zakładów U. P. U. w sprawie jednolitego stosowania art. 56 ust. ost. rozp. Prez. o ubezp. prac. um., uchwalona na posiedzeniu Rady Zarządzającej Związku w dn. 15/IV 1932 r.**

*XXIV. Uprawnienie do zasiłku w razie braku pracy przedawnia się zgodnie z art. 56 z upływem 6 miesięcy od powstania tego uprawnienia t. j. od dnia, w którym ziszczyły się wszystkie niezbędne warunki powstania tego uprawnienia, a mianowicie:*

- 1) *przebycie okresu wyczekiwania (art. 16 ust. 2 i 3 w związku z art. 111 i 112),*
- 2) *pracownik jest zdolny do pracy,*
- 3) *pozostaje bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia.*

*Prawo podjęcia zasiłku za poszczególne miesiące pozostawania bez pracy (art. 47 ust. 2) ulega przedawnieniu na zasadzie przepisów ogólnych, dotyczących przedawnienia świadczeń perjodycznych (art. 2277 kod. cyw. Nap., § 1480 kod. cyw. austr., § 197 kod. cyw. niemieckiego, art. 694 prawa cywilnego obowiązującego na obszarze ziem wschodnich).*

*W wypadku zajścia okoliczności, przewidzianych w art. 50 przedawnienie zgłoszenia roszczeń o zasiłek względnie prawa do poszczególnych zasiłków nie biegnie w czasie trwania skutków prawnych, przewidzianych w tym artykule.*

**Uzasadnienie.**

W myśl art. 56 ust. ost. roszczenie o zasiłek w razie braku pracy przedawnia się z upływem 6-ciu miesięcy, poczynając od chwili powstania uprawnienia.

W myśl art. 46 prawo do świadczeń powstaje w razie ziszczenia się wszystkich warunków, od których przepisy uzależniają uzyskanie tego prawa.

Prawo do świadczeń z powodu braku pracy powstaje, gdy pracownik zdolny do pracy, a pozostający

bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia w sposób przepisany zgłosił swoje roszczenie (art. 17).

Przedawnienie, określone w art. 56 ust. ost. dotyczy terminu zrealizowania ostatniego z warunków powstania prawa do świadczeń, przed którego spełnieniem się istnieją tylko uprawnienia do świadczeń, zależne od spełnienia się wszystkich pozostałych warunków powstania prawa. Przedawnienie zatem biegnie od chwili powstania *uprawnienia*, a więc od dnia utraty zajęcia, jeżeli w dniu tym pracownik był zdolny do pracy i pozostawał bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia, lub od późniejszej chwili powstania tych warunków. Z upływem 6 miesięcy od wyżej określonego terminu pracownik nie może z powodu przedawnienia zgłosić swego roszczenia (art. 17 ust. 1 p. 3) *uprawnienie* jego do zasiłku nie może przeto zostać przekształcone na prawo do tego świadczenia.

Wobec ustalenia zasady, iż zajście okoliczności, wstrzymujących świadczenia w myśl art. 50 przed stwierdzeniem prawa do świadczeń uniemożliwia powstanie prawa przez czas trwania tych okoliczności — przedawnienie prawa zgłoszenia nie może biec w czasie trwania takich okoliczności.

Od zgłoszenia roszczenia o zasiłek jest, jak wskazano, uzależnione powstanie prawa do zasiłku. Od terminu, w którym zostało zgłoszenie skutecznie, uzależniają przepisy chwilę powstania tego prawa. W myśl art. 47 ust. 1 prawo do zasiłku rozpoczyna się od dnia utraty zajęcia, o ile zgłoszenie tego roszczenia nastąpiło w sposób przepisany w ciągu miesiąca od dnia utraty zajęcia, o ile zaś zgłoszenie nastąpiło w czasie późniejszym — od pierwszego dnia tego miesiąca kalendarzowego, w którym zgłoszenie zostało skutecznie.

Prawo do zasiłku z powodu braku pracy ustaje w myśl ust. 1 art. 57 z upływem sześciu miesięcy od dnia jego powstania. Ust. 2 art. 57 przewiduje możliwość przedłużenia okresu zasiłkowego o dalsze 3 miesiące.

Stwierdzić należy, że pracownik z chwilą uzyskania prawa do zasiłku nie nabywa bezwarunkowego prawa do zasiłku na wyżej wskazany okres.

Sprawę istnienia prawa do poszczególnych miesięcznych zasiłków na wypadek braku pracy w okresie ustalonym w art. 57 reguluje art. 47 ust. 2 w związku z art. 56 ust. 1 p. 1.

Art. 47 ust. 2 przewiduje, że prawo do zasiłku przysługuje tylko za pełne miesiące pozostawania bez pracy, w ciągu których prawo do zasiłku istniało.

Przepis powyższy nie stwarza jakiegos odrębnego prawa do miesięcznych zasiłków, niezależnego od ogólnego prawa do zasiłku na okres zasiłkowy ustalony w art. 57, lecz jest jedynie rozwinięciem zasady ustalonej w art. 56 ust. 1 i p. 1, że prawo do świadczeń trwa tak długo, jak długo istnieją wszystkie warunki wymagane do przyznania świadczenia.

Pracownik, który uzyskał prawo do zasiłku z powodu braku pracy obowiązany jest w myśl przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 54, poz. 459) wykazywać, że prawo do zasiłku w miesiącu, za który się o zasiłek zgłasza, istniało, a więc, że przez pełny miesiąc (niekoniecznie kalendarzowy), gdyż może

być wstrzymanie świadczeń w myśl art. 50) pozostawał bez pracy.

Stwierdzenie tej okoliczności uzasadnia dopiero prawnie żądanie pracownika wypłaty mu zasiłku za dany miesiąc pozostawania bez pracy. Podjęcie zasiłku nie może jednak nastąpić przed dniem, ustalonym dla wypłaty zasiłku. Od tego terminu biec przeto zacznie dopiero przedawnienie, termin ten z reguły pokrywać się będzie z dniem stwierdzenia istnienia prawa do zasiłku za dany miesiąc (§ 28 rozp. Min. Pracy i Op. Społ. z dnia 13 czerwca 1930 r.).

Wobec tego, że rozporządzenie Prez. Rzplitej o ubezp. prac. umysł. nie zawiera szczególnego przepisu, normującego okres przedawnienia prawa podjęcia zasiłku za poszczególne miesiące, należy w tej sprawie, w myśl zdania I-szego art. 56 ust. 2, zastosować przepisy obowiązujących ustaw cywilnych.

### **Z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Pierwszej z 15 marca 1932 r. L. I. C. 2531-32.**

1. *Magazynier tylko wtedy winien być zaliczony w poczet pracowników umysłowych w rozumieniu rozp. Prez. Rzpl. z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. poz. 323), jeżeli oprócz czynności, wpływających z dozoru nad magazynem, spełnia również czynności rachunkowe, związane z obrotem magazynu, a więc prowadzi książki, dotyczące przedmiotów, znajdujących się w powierzonym mu składzie<sup>1)</sup>.*

2. *O charakterze pracownika decyduje wyłącznie zakres czynności, wykonywanych przez tegoż na mocy umowy.*

### **Z uzasadnienia:**

„...aczkolwiek magazynier ponosi odpowiedzialność za przedmioty, znajdujące się w magazynie, t. j. składzie towarów, względnie produktów rolnych, to jednak odpowiedzialność ta wynika wyłącznie z dozoru nad powierzonymi magazynierowi przedmiotami, nie zaś z zarządu, połączonego z kierownictwem administracyjnym, względnie technicznym, który charakteryzuje pracę pracowników umysłowych, objętych punktem 1 art. 2 rozporządzenia z dn. 16 marca 1928 r. (Dz. U. poz. 323);

że magazynier tylko wtedy winien być zaliczony w poczet pracowników umysłowych w rozumieniu rozp. z dn. 16 marca 1928 r. o ile oprócz czynności, wpływających z dozoru nad magazynem czyli składem towarów, względnie produktów rolnych, spełnia czynności rachunkowe, związane z obrotem, dokonywanym temi przedmiotami, t. j. sporządza wykazy, specyfikacje, remanent i t. p., a więc prowadzi książki, dotyczące przedmiotów, znajdujących się w powierzonym mu składzie;

że jak to słusznie zarzuca pozwany w swej skardze, okoliczność, iż powód osobom, przywożącym do młyna zboże, wydawał kwity, wypełniając je wagą zboża, którą sprawdzał, nie mogła stanowić o za-

<sup>1)</sup> Powyższa część orzeczenia może być analogicznie stosowana do rozporządzenia Prez. Rzpl. z 24.XI.1927 r. o ubezp. pracowników umysłowych (Dz. U. poz. 911), gdyż odnośne postanowienia są identyczne w obu rozporządzeniach. (Red.)

liczeniu powoda w poczet pracowników umysłowych, albowiem, jak już wyjaśnił Sąd Najw. w orzeczeniu z dn. 4 września 1930 r. w sprawie Nr. 1460/30 (Zbiór Orzeczeń Nr. 155/30), prawie każda praca fizyczna wymaga pewnych czynności o charakterze pracy umysłowej, co, samo przez się, nie może być podstawą do uznania pracownika za umysłowego, powód zaś, jak to ustalił Sąd Okręgowy, ksiąg rachunkowych nie prowadził;

że wreszcie, wbrew wnioskowi Sądu Okręgowego, bez znaczenia była w danym przypadku powołana w zaskarżonym wyroku okoliczność, iż z pism pozwanego wynikało uznawanie przez tegoż charakteru pracy powoda, którą Sąd uznał za pracę umysłową, albowiem o charakterze pracownika decyduje wyłącznie zakres czynności, wykonywanych przez tegoż na mocy umowy;

że skoro Sąd Okręgowy zaliczył powoda, do kategorii pracowników umysłowych bez podstaw do takiego zaliczenia stosownie do wymogów art. 2 rozp. z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. poz. 323), wniosek zaś co do charakteru pracy powoda, oparł na błędnych przesłankach, zaskarżony wyrok z powodu obrazy art. 2 powołanego rozporządzenia oraz art. 142 U. P. C. ulega uchyleniu bez potrzeby rozważania pozostałych zarzutów skargi kasacyjnej powzanego, dotyczących wysokości uwzględnionych przez Sąd roszczeń, objętych powództwem...";

#### **UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW W B. ZABORZE AUSTRIACKIM I ROSYJSKIM. USTAWA (AUSTR.) Z DNIA 28.XII.1887 R. I USTAWA Z DNIA 30.I.1924 R. (DZ. U. NR. 16, POZ. 148).**

**Z wyroku N. T. A. z dnia 4 marca 1932 r. L. Rej. 4002/30 w sprawie ze skargi Towarzystwa Oświatowego imienia C. Z.-P. na orzeczenie Ministerstwa Pracy i Op. Społ. w przedmiocie obowiązku ubezpieczenia od wypadków.**

1. *Zysk jako cel zakładu pracy nie ma b e z p o s r e d n i o znaczenia dla obowiązku ubezpieczenia od wypadków, a może mieć znaczenie tylko dla kwestji, czy pewien zakład pracy należy do kategorii zakładów, przedsiębiorstw i t. p., wyszczególnionych w § 1 ustawy z dnia 28 grudnia 1887 r. Dz. U. P. Nr. 1 z 1888 r. w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 413), a z istoty swej obliczonych na zysk; zysk więc jako cel zakładu pracy ma tylko p o s r e d n i o znaczenie istotne dla obowiązku ubezpieczenia od wypadków.*

2. *Istotą gospodarstwa rolnego, o którym mówi § 1 ustawy z dnia 28 grudnia 1887 r. Dz. U. P. Nr. 1 z 1888 r. w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 413), jest uprawa ziemi celem uzyskiwania z niej płodów roślinnych, przeznaczonych do własnego zużycia przez prowadzącego gospodarstwo lub na zbyt. Wszelkie inne cele są tu bez znaczenia.*

Powody:

Zakład Ubezpieczenia od wypadków — Oddział w Warszawie — orzeczeniem z dnia 21 września 1928 r. L. prot. 66552/27 uznał gospodarstwo rolne w Ch., pro-

wadzone przez Tow. Ośw. imienia C. P.-Z., za przedsiębiorstwo, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków. Urząd Wojewódzki w Warszawie orzeczeniem z dnia 25 listopada 1929 r. L. P. U. III. I.-315 nie uwzględnił sprzeciwu Tow. Ośw. im. C. P.-Z. przeciwko powyższemu orzeczeniu Zakładu Ubezpieczenia, a Ministerstwo P. i Op. Społ. orzeczeniem z 12 marca 1930 r. L. 8437/U. II., wydanem w załatwieniu odwołania, wniesionego przez wymienione wyżej Towarzystwo, zatwierdziło orzeczenie Urzędu Wojew., zaznaczając w motywach, że według § 1. ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. (poz. 413 Dz. Ust.) i art. 9 ustawy z dnia 30 stycznia 1924 (poz. 148 Dz. Ust.) kwestja czy gospodarstwo rolne podlega obowiązkowi ubezpieczenia swoich pracowników, uzależniona jest jedynie od tego, czy obszar danego gospodarstwa obejmuje ponad 30 ha i że obszar wspomnianego wyżej gospodarstwa w Ch. obejmuje 62 ha.

Na to orzeczenie Ministerjalne wniosło Towarzystwo Ośw. imienia C. P.-Z. skargę do N. T. A.

Skarżące Towarzystwo, powołując się na swój statut wywodzi, że zadaniem jego jest krzewienie i popieranie oświaty w duchu etyki chrześcijańskiej, że z działalności jego nie są przewidziane żadne zyski, gdyż przychody Towarzystwa przeznaczone są wyłącznie do spełniania wymienionego wyżej zadania, że gospodarstwo rolne w Ch., o które chodzi, jest integralną częścią szkoły gospodarczej, prowadzonej przez Towarzystwo, że to gospodarstwo nie jest prowadzone dla osiągnięcia zysków, lecz służy wyłącznie celom pedagogicznym powyższej szkoły i że § 1. ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w brzmieniu ustalonem w art. 4 ustawy z dnia 7 lipca 1921 r. ma na względzie tylko gospodarstwo rolne zwykłe, a więc prowadzone w zamiarze osiągnięcia zysku. W związku z tą ostatnią kwestją skarżące Towarzystwo powołuje się na wyrok N. T. A. z dnia 12 grudnia 1927 r. L. Rej. 1132/25 w sprawie skargi Zakładu Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie na orzeczenie Ministerstwa P. i Op. Społ. z dnia 16 stycznia 1925 r. L. 3153/VIII w przedmiocie personelu Kasy Oszczędności m. Tarnowa.

N. T. A. rozważył co następuje:

W § 1. ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w brzmieniu ustalonem w art. 4 ustawy z dnia 7 lipca 1921 r. uzależniono obowiązek powyższego ubezpieczenia nie od tego, czy dany zakład pracy jest obliczony na zysk, lecz jedynie od tego, czy należy on do jednej z wymienionych w tym przepisie kategorii przedsiębiorstw, zakładów pracy i t. p. Kategorie te różnią się od siebie między innymi tem, że jedne z nich obejmują przedsiębiorstwa, zakłady pracy i t. p., obliczone z istoty swojej na zysk (n. p. kategoria przedsiębiorstw przemysłowych), inne zaś takie przedsiębiorstwa, zakłady pracy i t. d., które mogą być, lecz z istoty swojej nie muszą być obliczone na zysk (np. łamania lodu). Wobec tego przy rozstrzyganiu pytania, czy pracownicy poszczególnego zakładu pracy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, okoliczność, czy zakład ten jest obliczony na zysk, bezpośrednio dla obowiązku ubezpieczenia nie ma istotnego znaczenia, a może mieć znaczenie, tylko dla kwestji, czy dany zakład pracy należy do kategorii zakładów, przedsiębiorstw i t. p., wyszczególnionych w § 1, a z istoty swojej obliczonych na

zysk, a temsamem tylko *pośrednio* znaczenie istotne dla obowiązku ubezpieczenia. Wywody te nie pozostają w rozbieżności z powołanym w skardze wyrokiem N. T. A. z dnia 12 grudnia 1927 r. L. Rej 1132/25, gdyż przedmiotem rozważań N. T. A. w tym wyroku jest jedynie kwestja czy do istoty zakładów prowadzonych w sposób przemysłowy, które według § 1. wspomnianej wyżej ustawy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pracowników, należy moment zysku i czy kasa oszczędnościowa m. Tarnowa jest przedsiębiorstwem obliczonem na zysk.

W myśl § 1, o którym mowa, poddano obowiązkowi ubezpieczenia między innymi robotników i urzędników, zatrudnionych w gospodarstwach rolnych. Istoty tych gospodarstw bliżej nie określono. Przyjąć wobec tego należy, że ustawodawca mówiąc o tych gospodarstwach ma je na myśli w ich naturalnym znaczeniu, a zatem w znaczeniu powszechnie używanem. W tem znaczeniu gospodarstwo rolne obejmuje przedewszystkiem uprawę ziemi celem uzyskiwania z niej płodów roślinnych, przeznaczonych do własnego zużycia przez prowadzącego gospodarstwo lub na zbyt. Obojętnem jest przytem, czy obok powyższego celu ma uprawiającą ziemię także cel inny, jak naprzykład w niniejszej sprawie, według twierdzenia skarżącego Towarzystwa kształcenie uczennicy szkoły gospodarczej. Okoliczność wobec tego, że statut skarżącego Towarzystwa nie przewiduje żadnych zysków materialnych z działalności tego Towarzystwa, gdyż wszystkie jego przychody przeznaczone są wyłącznie dla krzewienia oświaty i kultury, sama przez się nie stanowi podstawy do odmówienia gospodarstwu w Ch. cech gospodarstwa rolnego, ponieważ — jak wyżej zaznaczono — istotną cechą gospodarstwa rolnego jest tylko uprawa ziemi dla celów wyżej wskazanych. Gdy zaś skarżące Towarzystwo nie przeczy, że obok celów pedagogicznych ma na względzie także powyższy cel natury gospodarczej, N. T. A. nie mógł dopatrzeć się nielegalności w uznaniu gospodarstwa w Ch. za gospodarstwo rolne.

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

**Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 14-go listopada 1931 r.**

*Niewidomego nie zawsze należy uważać za inwalidę w rozumieniu § 1255 Ordynacji Ubezpieczeniowej.*

Wyciąg z uzasadnienia:

Pozwany Zakład odrzucił wniosek powoda o przyznanie mu renty inwalidzkiej uzasadniając swą odmowę tem, że powód jako niewidomy od roku 1879 jest od tegoż czasu inwalidą i po myśli § 1236 Ord. Ubezp. wolny był od ubezpieczenia obowiązkowego, jak również nie wolno mu się było dobrowolnie ubezpieczać.

Dlatego też wszelkie składki, które opłacił są, zdaniem pozwanego Zakładu, nieważne.

Powód wniósł przeciw temu orzeczeniu odwołanie.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń stanął na stanowisku, że skoro powód wykonywał pracę i zarabiał tak samo, jak inny osobnik fizycznie i umysłowo zupełnie zdrowy, przeto inwalidą nie był, a ponieważ ma przepi-

szą ilość znaczków renta mu przysługuje i wyrokiem z dnia 12 maja 1931 r. żadaną rentę mu przyznał.

Od tego wyroku wniósł pozwany Zakład rewizję domagając się jego uchylenia i przywrócenia mocy prawnej orzeczeniu z dnia 24 marca 1929 r.

Powód postawił wniosek na nieuwzględnienie rewizji.

Senat Orzekający nie podziela zapatrywań wyłuszczonych przez rewizję.

W myśl § 1236 wolny jest od ubezpieczenia inwalida. W myśl § 1255 Ord. Ubezp. za inwalidę uważany może być ten, kto nie jest w stanie zarobić przynajmniej 1/3 części tego, co zarabiają osoby zdrowe, położeniem społecznym i wykształceniem mu odpowiadające.

Ponieważ zaś, co jest niespornem, powód pracował w Stowarzyszeniu Niewidomych w Królewskiej Hucie, otrzymywał za pracę normalne wynagrodzenie, przeto inwalidą nie był i do opłacania znaczków był obowiązany.

Z aktów wynika dalej, że Stowarzyszenie Niewidomych opłaciło przynajmniej składki znajdujące się w kartach kwitowych nr. 1 i 2. Ponieważ tam jest więcej niż 100 składek, a powód wogóle wykazał 297 składek, to Wyższy Urząd Ubezpieczeń zupełnie słusznie ustalił, że powód przebył przewidziany w § 1278 Ord. Ubezp. okres wyczekiwania. Ponieważ nie jest sporne, że prawo do świadczeń po myśli § 1280 Ordynacji Ubezpieczeniowej jest utrzymane i powód inwalidą w myśl § 1255 Ord. Ubezp., to zaczepiony wyrok przyznający mu rentę inwalidzką jest zgodny tak z treścią aktów jak z przepisami prawnymi w tym względzie obowiązującymi.

Również postępowanie nie wykazuje istotnych wad.

Wniesionej rewizji brak tedy przyczyn rewizyjnych z § 1697 Ordynacji Ubezpieczeniowej i dlatego jej nie uwzględniono.

**Orzeczenie Senatu Orzekającego Wojewódzkiego Urzędu Ubezpieczeń w Katowicach z dnia 18-go listopada 1930 r.**

*Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dnia 24 listopada 1927 r. niema zastosowania do wypadków, w których przyznano rentę przed 1 stycznia 1928 r.*

Wyciąg z uzasadnienia:

Pozwany Zakład odmówił wnioskowi powoda o przyznanie mu renty inwalidzkiej z tem uzasadnieniem, że powód pobiera już rentę z ubezpieczenia pracowników umysłowych wraz ze wzrostem rentowym z ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, dlatego też żądana obecnie renta mu nie przysługuje.

Wniesione przez powoda przeciw temu orzeczeniu odwołanie zostało z tej samej przyczyny oddalone wyrokiem Wyższego Urzędu Ubezpieczeń z dnia 6 maja 1930 r.

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

Zastępca pozwanego Zakładu wniósł na nieuwzględnienie rewizji.

Rewizja powoda jest nieuzasadniona.

Zgodnie z treścią aktów oraz przepisami prawa zacepiony wyrok ustala, że powodowi przysługiwał wybór jednej z 2 rent, t. j. jużto renty z ubezpieczenia pracowników umysłowych, jużto z ubezpieczenia inwalidzkiego z odnośnym wzrostem rentowym.

Wyboru tego powód dokonał w protokole z dnia 23 lipca 1927 r. oświadczając, że jego życzeniem jest, żeby otrzymywał emeryturę z ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych z doliczeniem wzrostu rentowego z ubezpieczenia inwalidzkiego. Zgodnie też z jego wyborem przyznano powodowi od 1 maja 1927 r. rentę emerytalną wraz z wzrostem z ubezpieczenia inwalidzkiego. Wybór ten po myśli § 1254a Ord. Ubezp. nie może być zmieniony i powód jest nim związany i obec-

nie, zwłaszcza, że powód nie może się pod tym względem powołać na dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Dekret ten nie ma bowiem zastosowania do ubezpieczenia inwalidzkiego obowiązującego na Górnym Śląsku, więc nie może mieć żadnego wpływu na zobowiązania pozwanego Zakładu wobec powoda, ani też nie może uzasadniać roszczenia powoda do pełnej renty inwalidzkiej.

Zacepiony rewizją wyrok odpowiada zatem treści aktów oraz przepisom prawa materialnego w tym względzie obowiązującego, a ponieważ również i postępowanie nie wykazuje istotnych wad, przeto wniesionej rewizji brak przyczyn z § 1697 Ord. Ubezp. i dlatego jej nieuwzględniono.

## KRONIKA

### KRYZYS A KASY CHORYCH W R. 1931

Wyniki tymczasowego opracowania „rachunków działalności” 243 Kas Chorych w r. 1931 dają zobrazowanie stosunków panujących w sferze ubezpieczenia chorobowego w tym roku, a przez porównanie ze stanem z r. 1930 rzucają światło na zmiany, jakie pod wpływem warunków ogólnych zaszły w działalności Kas Chorych. Przedewszystkiem zmieniła się liczba ubezpieczonych. W r. 1930 liczba ubezpieczonych, jako przeciętna roczna, wynosiła 2.292.786. W r. 1931 za przeciętną roczną należy uważać cyfrę 2.137.158. A więc liczba ubezpieczonych zmniejszyła się o 155.628 osób. Równoległe do tego, ale ze znacznym pogłębieniem, zmieniła się na niekorzyść najważniejsza pozycja w dochodach Kas Chorych, mianowicie składki członkowskie. Wynosiły one:

1930 r.	272.775.520 zł. 56 gr.
1931 r.	236.067.164 zł. 05 gr.

Przypis składek nie odpowiada rzeczywistym wpływom z tego źródła. Tak, w r. 1930 na podstawie specjalnego badania skonstatowaliśmy, że efektywne wpływy ze składek wyniosły 96,1 proc. przypisu, bowiem wpłynęło w tym roku nie 272.775.520 zł. 56 gr., lecz tylko 262.247.884 zł. 36 gr. Na podstawie powyższego możemy wnosić, że w r. 1931 wpływy ze składek członkowskich stanowiły nie więcej jak 230 milj. zł. Dochody inne, jak kary, zwroty za leczenie, czynsze za wynajem lokali i t. p. dały w r. 1931 sumę 21.784.790 zł. 59 gr., co w stosunku do nominalnych składek czyni 9,2 proc.

Niedobór w Kasach Chorych zwiększył się w porównaniu z r. 1930. Wynosił on:

1930 r.	11.168.475 zł. 27 gr.
1931 r.	18.088.550 zł. 65 gr.

Cyfry przytoczone dowodzą, że w związku z przeżywanym kryzysem ekonomicznym sytuacja Kas Chorych stała się ciężka. Przyjmując dane za rok 1930 za 100 znajdujemy, że

	składki	niedobór
r. 1930	100	100
r. 1931	86	162

Niewątpliwie, ogólny kryzys gospodarczy odbił się dotkliwie na ubezpieczeniu chorobowym. Tem się tłumaczy, dla-

czego Ministerstwo Opieki Społecznej wydało cały szereg zarządzeń, mających na celu opanowanie sytuacji w Kasach Chorych.

Jest rzeczą ciekawą, w jakim stopniu redukcja dochodów odbiła się na pozytywnej działalności Kas Chorych, przede wszystkim w dziale świadczeń? W r. 1931 ogółem wydatki na świadczenia wyniosły 199.015.354 zł. 09 gr. Suma ta dzieli się na poszczególne pozycje w sposób następujący:

zasiłki pieniężne	47.789.451 zł. 96 gr.
zwroty gotówkowe	116.887 „ 07 „
pomoc lekarska	62.773.738 „ 75 „
środki apteczne i opatrunkowe	35.360.985 „ 23 „
koszty leczenia w szpitalach	42.921.038 „ 14 „
profilaktyka i propaganda	3.420.041 „ 46 „
przewóz chorych i lekarzy	6.633.211 „ 49 „

W porównaniu z r. 1930 suma kosztów powyższych świadczeń jest mniejsza o 31.952.354,10 zł. Jest to niemal identycznie tyle, ile wynosi zmniejszenie przypisu składek w r. 1931 w porównaniu z r. 1930. Wnosićby można, że redukcja dochodów w Kasach Chorych odbiła się przede wszystkim na świadczeniach. Jednak należytą ocenę zjawisk da dopiero porównanie liczb z r. 1931 i 1930 w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego:

	1930	1931
zasiłki pieniężne	27 zł. 42 gr.	22 zł. 37 gr.
zwroty gotówkowe	} 30 „ 23 „	0 „ 05 „
pomoc lekarska		29 „ 38 „
środki apt. i opatr.	18 „ 67 „	16 „ 54 „
koszty lecz. w szpit.	19 „ 74 „	20 „ 08 „
profil. i propaganda	1 „ 13 „	1 „ 60 „
przewóz chor. i lek.	3 „ 54 „	3 „ 10 „
<b>ogółem świadczenia</b>	<b>100 „ 73 „</b>	<b>93 „ 12 „</b>

Widzimy, że w r. 1931 koszt wyżej wymienionych świadczeń zmniejszył się w porównaniu z r. 1930 na 1 ubezpieczonego o 7 zł. 61 gr., ale w głównej mierze w pozycji zasiłków pieniężnych, inne działy świadczeń zostały prawie bez zmiany, a nawet świadczenia w formie leczenia szpitalnego b. nieznacznie podniosły się.

Zwracając się do innych wydatków Kas Chorych, przede wszystkim zatrzymamy się na kosztach administracji. W r. 1930 administracja, w wydatkach osobowych i rzeczowych, kosztowała łącznie 27.123.843 zł. 51 gr., w roku 1931 — 26.306.712 zł. 82 gr., Kasy więc formalnie zaoszczędziły na administracji 817.130 zł. 69 gr. Efekt jednak tego objawu zmniejszy się, jeżeli odnośne pozycje przeliczymy w stosunku na 1 ubezpieczonego, albowiem koszty administracji na 1 ubezpieczonego wyniosły:

w r. 1930 11 zł. 83 gr.  
w r. 1931 12 zł. 30 gr.

Ze stanowiska ścisłości naukowej zaznaczyć wypada, że cyfry powyższym nie można przypisywać zbyt kategorię znaczenia, a to ze względu na wadliwy dotąd system rejestracji ubezpieczonych. Z drugiej strony zarządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej, dotyczące t. zw. scalenia Kas Chorych, mającego na celu usprawnienie administracji, a więc jej potaniecie, mogą wydać owoce dopiero w latach późniejszych, choćby już w r. 1932, gdyż rok 1931, jak wiadomo, był okresem reorganizacji a więc okresem próbnym. W każdym bądź razie twierdzić można, że w kosztach administracji w r. 1931 jeszcze się nic na lepsze nie zmieniło, utrzymały się bowiem one na poprzednim poziomie.

Zastanawiającą jest rubryka kosztów „ogólnych”. Wchodzi tu: składki organizacyjne, straty na nieściągalnych wierzytelnościach, odsetki od długów, remonty i instalacje i t. p. Koszty ogólne:

Rok	razem	index	na 1 ubez.
1930	10.561.257,55	100	4 zł. 60 gr.
1931	20.428.253,25	193,4	9 zł. 55 gr.

Tak znaczny skok w kosztach ogólnych zwraca uwagę. Z poczynionych badań nad poszczególnymi częściami składowymi kosztów ogólnych wynika, że lwia część tej pesymistycznej pozycji zajmują „straty na nieściągalnych wierzytelnościach” (składkach, karach i t. p.). Tak, w 24 Kasach Woj. Warszawskiego straty na wierzytelnościach stanowiły 48 proc. kosztów ogólnych. Na tym samym terenie w r. 1930 zaledwie 10,7 proc. Tu więc mamy rozwiązanie zagadki, a zarazem stwierdzenie trudności w likwidowaniu wierzytelności, jakie dało się zauważyć w ostatnim roku.

W związku ze znacznymi różnicami pod względem gospodarczym poszczególnych dzielnic Polski przypuszczamy, że Kasy różnych okręgów w zmiennym napięciu odczuwają kryzys ekonomiczny i stąd spodziewamy się niejednakowych zmian w działalności Kas Chorych w porównaniu z r. 1930. Celem zorientowania się w tych stosunkach, załączamy tabelę składek, świadczeń i t. d. w podziale w/g województw, a w dalszej analizie posługujemy się grupami województw celem uwypuklenia różnic między dzielnicami. Zobaczmy, czy przypuszczenia są słuszne.

II-a. Na 100 zł. w r. 1930 przypada w r. 1931<sup>1)</sup>:

Grupy województw	Składki	Świadczenia	Administracja	Koszty ogólne
Centralne	88	85	96	196
Wschodnie	84	85	99	198
Zachodnie	83	84	97	233
Południowe	88	88	99	170
Śląsk Cieszyński	81	76	103	145

I. Składki, świadczenia, koszty administracji i koszty ogólne w Kasach Chorych w r. 1931.

Grupy	Województwa	Składki	Świadczenia	Koszty administracji	Koszty ogólne
Centralne	Warszawskie	55.419.006 88	48 860.453 77	5.516.561 09	3.301.043 81
	Łódzkie	31.044.767 67	26.336.848 88	3.099.485 16	3.110.887 30
	Kieleckie	25.176.747 10	20.952.642 16	2.568.689 00	1.520.753 96
	Lubelskie	6.251.857 00	4.823.063 00	863.086 67	677.127 27
	Białostockie	5.660.405 63	4.425.603 86	808.820 77	586.815 86
Wschodnie	Wileńskie	4.819.092 36	3.776.722 31	641.683 58	494.322 70
	Nowogródzkie	1.715.638 89	1.313.509 76	270.530 62	417.038 41
	Poleskie	2.377.877 31	1.917.150 12	393.272 03	225.080 07
Zach.	Wołyńskie	3.602.323 08	2.781.327 09	544.972 40	564.303 65
	Poznańskie	32.819.054 64	29.901.814 80	3.481.571 20	2.052.788 39
Południowe	Pomorskie	13.623.473 50	11.529.243 49	1.539.015 82	1.863.549 85
	Krakowskie	21.039.634 99	16.095.483 74	2.394.277 57	1.208.280 48
	Lwowskie	18.945.810 93	15.402.907 55	2.207.760 85	2.513.341 31
	Stanisławowskie	5.279.579 13	4.386.230 98	854.534 40	1.219.532 66
Śląsk	Tarnopolskie	3.270.356 60	2.518.868 12	545.294 02	385.382 53
	Śląsk Cieszyński	5.021.508 34	3.993.484 46	577.157 64	288.005 00

<sup>1)</sup> Tabliczka ta winna następować po tablicy II. (Red.).

II. Składki, świadczenia, administracja i koszty ogólne Kas Chorych w r. 1930 i 1931 w/g rozmieszczenia terytorjalnego.

Grupy województw		Składki		Świadczenia		Koszty administracji		Koszty ogólne	
Centralne	1930	140.958.487	73	124.620.123	68	13.446.754	55	4.689.011	48
	1931	125.552.784	28	105.398.611	67	12.856.642	69	9.196.628	20
Wschodnie	1930	14.920.499	50	11.475.062	75	1.864.340	91	854.760	17
	1931	12.514.931	64	9.788.709	28	1.850.458	63	1.700.744	83
Zachodnie	1930	55.622.517	62	49.269.191	53	5.182.587	25	1.682.722	57
	1931	46.442.528	14	41.431.058	29	5.020.587	02	3.916.338	24
Południowe	1930	55.084.209	95	43.435.080	25	6.092.191	23	3.135.637	50
	1931	48.535.411	65	38.403.490	40	6.001.866	84	5.326.536	98
Śląsk Cieszyński	1930	6.189.805	76	5.234.581	41	537.969	57	199.125	83
	1931	5.021.508	34	3.993.484	46	557.157	64	288.005	00
Razem	1930	272.775.520	56	234.034.039	62	27.123.843	51	10.561.257	55
	1931	238.067.164	05	199.015.354	10	26.286.712	82	20.428.253	25

Bez względu na dzielnice Polski koszty administracji Kas Chorych, jak skonstatowaliśmy wyżej, nie zmniejszają się, bądź zmniejszają się w b. nieznacznych granicach, z wyjątkiem Śląska Cieszyńskiego, gdzie nawet zwiększyły się; wszędzie koszty ogólne ulegają ogromnemu skokowi wzwyż, zwłaszcza w woj. Zachodnich; składki ulegają powszechnemu zmniejszeniu, równoległe do czego następuje niemal w identycznym stosunku redukcja świadczeń. Kryzys gospodarczy, jako zasadnicza przyczyna destrukcji budżetów, a co zatem idzie, i działalności Kas Chorych, z jednakową siłą uderzył we wszystkie dzielnice Polski. Nawet, wyodrębniając okręgi Warszawski i Łódzki, jako charakterystyczne pod względem struktury ekonomicznej, nie odnajdujemy szczególnych różnic, wcześniej nienotowanych.

Na 100 zł. w r. 1930 przypada w r. 1931 w woj. Warsz. i Łódzk.:

składki . . . . .	88,9
świadczenia . . . . .	85
administracja . . . . .	97
koszty ogólne . . . . .	200,5

Jeżeli są jakieś bardzo lokalne ogniska kryzysu, to rozprzyskują się na szerszych obszarach w jedno i to samo pesymistyczne tło.

Mimo, że nad światem, a tem samem i nad Polską przeszła jedna z najstraszniejszych burz kryzysu gospodarczego, Kasy Chorych w Polsce wykazały dużą siłę odporności. Stwierdzone cyframi objawy depresji są niczem w porównaniu z obrazem zniszczenia w innych dziedzinach życia społeczno-gospodarczego. Próba była ostra, może nie całkowicie jeszcze zakończona, lecz gmach ubezpieczenia chorobowego ostał się i spełnia jedno z najdonioślejszych zadań społecznych, choć, rzecz prosta, w ciężkich warunkach. Jeżeli się zważy, że najważniejszy dział pracy Kas Chorych: świadczenia — pozostał w tym samym stosunku do składki, co i poprzednio; mimo uszczuplonych i zdeorganizowanych budżetów, to jasnym się staje, że struktura działalności Kas Chorych wbrew potędze kryzysu została nienaruszona.

Prof. Leon Wańciszkowski.

PROJEKT NOWELIZACJI ROZP. PREZ. RZPLITEJ O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

Trwające już od dłuższego czasu prace Związku Zakładów nad opracowaniem wytycznych projektu nowelizacji rozp. Prez. Rzplitej o ubezp. prac. um. zakończone zostały uchwałą Rady Zarządzającej, powziętą na posiedzeniu w dn. 12 i 13 lipca b. r. Uchwalony przez Radę projekt nowelizacji został opracowany przez specjalną Komisję, złożoną z członków Rady. Komisja ta odbyła 12 posiedzeń, w ciągu których rozpatrzyła w 2-czytaniach zgłoszone wnioski. Uchwalone wnioski Związek przedstawił Minist. Op. Sp., celem ew. wykorzystania przy pracach Rządu w tym zakresie.

Ustalając zakres prac nowelizacyjnych Komisja uznała, że zamierzona nowelizacja powinna uwzględnić wyłącznie konieczność zapewnienia racjonalnej realizacji zasad, celów i zadań, określonych w rozp. Prez. o ubezp. prac. um., natomiast w drodze tej nowelizacji nie powinny, o ile to nie będzie związane z powyższą zasadą, ulec zmianie podstawowe zasady ubezpieczenia tak w zakresie obowiązku ubezpieczenia, jak i konstrukcji świadczeń. Powyższe stanowisko Komisji zostało przez Radę zaakceptowane. Należy przytem zaznaczyć, że Rada, uchwalając wnioski nowelizacyjne, nie kierowała się doraźnymi i przemijającymi potrzebami bieżącymi ubezpieczeń prac. um., wywołanymi kryzysem, a które szczególnie wyraźnie i w sposób jaskrawy wystąpiły w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy, lecz brała pod uwagę jedynie konieczność racjonalizacji ubezpieczeń w ramach wyżej podanych, stosownie do wyników działania rozp. Prez. o ubezp. prac. um. w ciągu 4 lat od chwili wejścia jego w życie. Natomiast stanowisko Rady w sprawie doraźnych środków zaradczych w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy wyrażone zostało w uchwale Rady z dn. 30/VIII b. r., opublikowanej w Nr. 8 „Przeglądu Ubezpieczeń” (str. 245).

Ze względu na rozmiary wytycznych projektu nowelizacji podajemy niżej uchwałę Rady jedynie w obszernym streszczeniu, zaznaczając, że cytowane niżej artykuły oznaczają artykuły rozp. Prez. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Rada

Zarządzająca w uchwale swej proponuje przeprowadzenie następujących zmian\*) w odpowiednich postanowieniach rozp.

1) Przyznanie praw do świadczeń pod pewnymi warunkami pracownikom, którzy utracili jedno lub więcej z kilku posiadanych u różnych pracodawców zajęć oraz pracownikom, którzy w czasie otrzymywania zasiłków objęli zajęcie z wynagrodzeniem niższym niż zasiłek, przyczem zasiłek ulegałby zmniejszeniu o wysokość otrzymywanego wynagrodzenia (art. 17 i 33).

2) Zastąpienie ubezpieczenia w kasach chorych pracowników, otrzymujących zasiłki z powodu braku pracy, udzielaniem w razie potrzeby pomocy leczniczej przez Zakład U. P. U. na własny koszt (art. 20 i 36).

3) Ograniczenie wysokości zapomogi na podróż do zwrotu kosztów przejazdu tylko do granicy Państwa (art. 21 i 37).

4) Pozbawienie z wyjątkami dla obszarów granicznych prawa do zasiłków osób pozostających bez pracy, wyjeżdżających zagranicę, a wzamian za to uprawnienie Zakładów do przyznawania tym osobom odpraw najwyższej jednak w wysokości 3-miesięcznego zasiłku (art. 17 i 39).

5) Uznanie zatrudnienia, objętego przed wyczerpaniem okresu zasiłkowego a trwającego krócej niż 6 miesięcy za zajęcie przejściowe, po którego utracie następuje wznowienie poprzednio przyznanych świadczeń aż do ich wyczerpania (art. 16, 17, 50).

6) Zawieszenie na okres sezonu martwego praw pracowników sezonowych do świadczeń z powodu braku pracy (art. 17).

7) Przedłużenie o okres obowiązkowej służbowej wojskowej lub zastępującej ją ochotniczej okresu rocznego, w ciągu którego wymagane jest przebycie co najmniej 6 miesięcy dla uzyskania praw do świadczeń oraz niewliczanie tego okresu do okresu, po upływie którego w myśl art. 57 ustają prawa do świadczeń i do okresu przedawnienia terminu zgłoszenia roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy (art. 16, 56, 57).

8) Zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników (obywateli polskich) oficjalnych polskich placówek zagranicznych (art. 2 ust. 2).

9) Podwyższenie wymaganej maksymalnej wysokości funduszu rezerwowego ubezpieczenia na wypadek braku pracy do wysokości przypisu składek w ciągu ostatnich 3 lat (art. 102 ust. 2 i 116).

10) Zawieszanie praw do świadczeń z powodu braku pracy:

a) na czas aresztu prewencyjnego oraz na czas kary utraty wolności,

b) jeżeli ubezpieczony otrzymał od pracodawcy odszkodowanie za rozwiązanie umowy o pracę — na taki okres czasu, jakiemu odpowiada otrzymane odszkodowanie według ostatnio pobieranego wynagrodzenia,

c) na czas korzystania z pomocy leczniczej z mocy art. 61, połączonej z umieszczeniem w zakładzie leczniczym,

d) na czas niezdolności do pracy z powodu choroby, uprawniającej do korzystania z zasiłków pieniężnych z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby,

e) na czas zajęcia przejściowego,

f) na czas ćwiczeń i obowiązkowej służby wojskowej lub zastępującej ją ochotniczej służby,

\*) W wykazie niżej podanym pominięto wnioski, mające charakter wyłącznie interpretacyjny.

g) na okres 3 miesięcy po utracie zajęcia przez ustąpienie dobrowolne bez ważnej przyczyny (art. 51),

h) na czas od 1 do 6 miesięcy, jeśli ubezpieczony uchyla się od poddania się zarządzeniu wydanemu na podstawie art. 65.

Utratę prawa do świadczeń z powodu braku pracy przez ubezpieczonego poczynawszy od powstania przyczyny, która tę utratę spowodowała:

a) na okres 3 miesięcy po utracie zajęcia z własnej winy (art. 51),

b) na okres 3 miesięcy, jeśli ubezpieczony nie przyjął odpowiedniego zajęcia,

c) na okres czasu, w ciągu którego pracownik nie stosował się do przepisów o kontroli,

d) niezależnie od zastosowania art. 60, jeśli ubezpieczony udziela nieprawdziwych wyjaśnień lub podaje nieprawdziwe dane w celu uzyskania nienależnych świadczeń (art. 50).

11) Prawo do świadczeń z powodu braku pracy ustaje z chwilą uzyskania praw do renty ubezpieczonego (art. 57).

12) Przedłużenie okresu wyczekiwania na okres przejściowy do 9 miesięcy składkowych, przebytych w ciągu ostatnich 18 miesięcy kalendarzowych, nieuwzględnianych przy wymiarze poprzednio przyznanych świadczeń (art. 16).

13) Ograniczenie praw do świadczeń dla ubezpieczonego, który żyje we wspólnym gospodarstwie z pracodawcą i pozostaje do niego w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa (art. 17).

14) Ustalenie, że roszczenie o świadczenia z powodu braku pracy przedawnia się z upływem 6 miesięcy od chwili utraty zajęcia, a prawo podjęcia zasiłku oraz zapomogi na podróż — z upływem 3 miesięcy od terminu płatności zasiłku lub zapomogi (art. 56).

15) Statutowe przedłużenie okresu zasiłkowego może być uzależnione od innych jeszcze warunków (wiek, stan rodzinny) poza warunkiem posiadania dłuższego okresu ubezpieczenia bez korzystania z zasiłków z powodu braku pracy (art. 57)

16) Upoważnienie Rady Ministrów, o ile stan funduszu w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy na to pozwoli, do przedłużenia okresu zasiłkowego ubezpieczonym, którzy a) posiadają 60 miesięcy składkowych, b) ukończyli 60 lat życia, c) pozostają bez pracy w warunkach uprawniających ich do świadczeń z powodu braku pracy (art. 34 i 57).

17) Uzależnienie prawa do jednorazowej odprawy od posiadania 12 miesięcy składkowych, zaliczonych do ubezpieczenia w myśl art. 111 i obniżenie odpraw do połowy ich dotychczasowej wysokości, z tem zastrzeżeniem, że minimalna wysokość odprawy dla ubezpieczonego, wdowy lub sieroty powinna się równać rocznej płacy podstawowej najniższej grupy zarobkowej i że obniżenie wysokości jednorazowej odprawy nie będzie miało zastosowania do dn. 31/XII 1933 do ubezpieczonych, którzy nie posiadają 60-miesięcznego okresu wyczekiwania jedynie z powodu nieistnienia obowiązkowego ubezpieczenia w b. dz. rosyjskiej lub też niepodlegania obowiązkowi ubezpieczenia przed dniem 1/I.28 r. w b. dz. niemieckiej i austriackiej (art. 16, 30, 44).

18) Zniesienie rozróżnienia między rentą starczą i inwalidzką oraz ustalenie, że prawo do renty ubezpieczonego poza wypadkami, określonymi obecnie w rozp. Prez. przysługuje również w razie korzystania z pomocy leczniczej z mocy art. 25 i w okresie do dn. 31/XII.34 r. w razie pozostawania bez pracy po wyczerpaniu świadczeń na wypadek braku pracy i po ukończeniu 60 lat życia, na czas posiadania warunków uprawniających do korzystania ze świadczeń na wypadek braku pracy (art. 15 B p. 1 i 2, 22, 24).

19) Obniżenie wysokości kwoty zasadniczej renty do 30% podstawy wymiaru z tem zastrzeżeniem, że wzrost renty rozpoczynałby się po przebyciu okresu wyczekiwania (art. 38).

20) Stosowanie według zasad dotychczasowych redukcji renty w stosunku do wszystkich osób, otrzymujących rentę ubezpieczonego, z wyjątkiem osób, posiadających 360 miesięcy składkowych i otrzymujących rentę po ukończeniu 65 lat życia oraz osób posiadających 480 (mężczyźni) lub 420 miesięcy składkowych (kobiety) i otrzymujących renty po ukończeniu 60 (mężczyźni) lub 55 roku życia (kobiety) (art. 53, 54).

21) Złagodzenie warunków zwrotu składek kobietom wychodzącym zamaż (art. 68).

22) Ustalenie, że w razie śmierci osoby uprawnionej do jednorazowej odprawy po zgłoszeniu przez nią swoich roszczeń nie mają zastosowania przepisy art. 126 (o spadkobranium sum należnych zmarłemu ubezpieczonemu), natomiast prawo do odbioru należnej sumy przechodzi na członków rodziny uprawnionych do jednorazowej odprawy w kolejności ustalonej w art. 30. W razie braku tych członków rodziny przyznaje osobom, które pokryły koszty pogrzebu, prawa do ich zwrotu do wysokości należnych sum, o ile inna instytucja nie była obowiązana do ich pokrycia (art. 30 i 126).

23) Prawo do renty ubezpieczonego powstaje od dnia zgłoszenia roszczenia lub od wcześniejszej utraty zatrudnienia lub ustania świadczeń pieniężnych z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby lub braku pracy, o ile istniały w tym czasie warunki uzasadniające prawo do renty, lub też od dnia późniejszego powstania tych warunków. Prawo do renty nie może być przyznane za okres dłuższy niż rok, licząc wstecz od dnia zgłoszenia roszczenia o rentę. O ile zgłaszający roszczenie jest uprawniony do zasiłku z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, prawo do renty powstaje od dnia utraty prawa do tego zasiłku (art. 46, 48, 49).

24) Osobom umieszczonym na koszt Zakładu w zakładzie leczniczym z mocy art. 25 lub 61 i otrzymującym renty, renta zostaje zmniejszona dla posiadających na utrzymaniu członków rodziny o połowę, dla pozostałych o 5/6, osobom zaś, posiadającym co najmniej 6 miesięcy składkowych a nieposiadającym prawa do wynagrodzenia od pracodawcy lub pozostającym bez pracy, nieuprawnionym do zasiłków kas chorych Zakład wypłaca zasiłki pieniężne, które dla osób posiadających na utrzymaniu członków rodziny wynoszą 30%, dla pozostałych zaś osób 10% płacy podstawowej, będącej podstawą wymiaru zasiłków z powodu braku pracy (art. 41 i 62).

25) W razie umieszczenia przez Zakład na swój koszt w zakładzie leczniczym osoby, uprawnionej do zasiłku pieniężnego z ubezpieczenia na wypadek choroby, przejmuje Zakład wobec chorego wszystkie obowiązki kasy chorych w zakresie zasiłków pieniężnych, natomiast kasa obowiązana jest wypłacać Zakładowi zasiłki pieniężne, do których chory był uprawniony przez czas niezdolności do pracy (art. 61).

26) Współdziałanie kas chorych z Zakładami w zakresie udzielania pomocy leczniczej z mocy art. 61 opiera się na zasadzie zwrotu Zakładom przez kasy zryczałtowanych kosztów opieki lekarskiej, lekarstw i innych środków leczniczych w granicach statutowego zakresu pomocy leczniczej danej kasy (art. 61).

27) Obowiązek ubezpieczenia gaśnie z chwilą osiągnięcia przez ubezpieczonego 480 miesięcy składkowych oraz z chwilą powstania prawa do renty ubezpieczonego. W pierwszym wypadku uprawnienia do świadczeń pozostają w mocy bez względu na postanowienia art. 8 (art. 7 i 24).

28) O ile pracownik zatrudniony u kilku pracodawców otrzymuje przynajmniej z jednego zajęcia wynagrodzenie po-

nżej 60 zł., wówczas podlega ubezpieczeniu w grupie zarobkowej, odpowiadającej sumie otrzymywanych wynagrodzeń (art. 14 i 105).

29) Wszelkie wpłaty pracodawców z tytułu składek zalicza się na oba działy ubezpieczenia równomiernie za wszystkich pracowników, o ile pracodawca przy dokonywaniu wpłaty nie wskazał za jakiego pracownika składkę wnosi. Zaliczenie wpłat następuje przede wszystkim na pokrycie składek za miesiące, zaliczone w myśl art. 111, a następnie za miesiące podlegające zaliczeniu w myśl art. 112, w obu wypadkach poczynając od miesięcy chronologicznie najwcześniejszych (art. 106).

30) W wypadku niezgłoszenia przez pracodawcę ustania obowiązku ubezpieczenia we właściwym czasie, Zakład liczy pracodawcy 5% przypisanych składek na koszty administracyjne (art. 105 i 106).

31) Przyznanie osobom, które były poprzednio ubezpieczone na podstawie rozp. Prez. o ubezp. prac. um. a objęły zatrudnienie w charakterze robotników na obszarach, na których nie działa emerytalne ubezpieczenie robotników, prawa żądania zwrotu składek w pełnym wymiarze po przebyciu co najmniej 18 miesięcy w nowym zatrudnieniu. O ile osoby te zwrotu składek nie zażądały, wówczas okres zatrudnienia w charakterze robotnika nie wlicza się do okresu przerwy w ubezpieczeniu przewidzianej w art. 113 oraz do 5-letniego okresu, przewidzianego w art. 116 ust. 3 i do terminu złożenia oświadczenia (art. 118).

32) Decyzje Zakładu U. P. U. o obowiązku ubezpieczenia są w zakresie kwalifikacji pracownika wiążące dla instytucji, przeprowadzających analogiczne ubezpieczenie robotników (art. 118 i 119).

33) W razie wniesienia odwołania od decyzji Zakładu o nieistnieniu obowiązku ubezpieczenia, pracodawca ma prawo skutecznie potrącenia części składki, przypadającej na pracownika i obowiązany jest wpłacać do Zakładu potrącone kwoty, stanowiące nadwyżkę ponad część składki, przypadającej od pracownika do instytucji ubezpieczenia robotniczego (art. 106, 118, 119).

34) Prawomocność decyzji Zakładu o obowiązku ubezpieczenia jest konieczna dla przyznania świadczeń. W razie sporu o obowiązek ubezpieczenia, świadczenia na wypadek braku pracy są wypłacane zaliczkowo co najwyżej do wysokości i na warunkach obowiązujących w instytucji, którą słała się właściwą w razie zmiany decyzji Zakładu w drodze odwoławczej (art. 118, 119, 129).

35) Na żądanie pracodawcy lub pracownika Zakład obowiązany jest wydać podlegającą tokowi instancji decyzję o obowiązku ubezpieczenia danego pracownika (art. 106).

36) Ustalenie przebiegu ubezpieczenia t. j. ilości zaliczonych do ubezpieczenia miesięcy składkowych i wysokości wynagrodzenia, stanowiącego podstawę wymiaru składek i świadczeń, uskutecznia Zakład w terminach i w sposób ustalony w rozp. Ministra O. S. (art. 106).

37) Znosi się obowiązek pracodawcy i pracownika zawiadamiania Zakładu lub pracodawcy o zmianach w stosunkach rodzinnych pracownika (art. 106).

38) Odwołania od decyzji Zakładu do instancji orzekających powinny być wnoszone do tych instancji za pośrednictwem Zakładu, który może nie przysyłając odwołania instancji orzekającej sam zmienić swoją decyzję.

Termin wniesienia odwołań od decyzji Zakładu, dotyczących świadczeń emerytalnych wynosi 3 miesiące, od wszystkich innych decyzji 14 dni (art. 164).

39) Zakład może zmieniać swe uprawnione decyzje w wypadkach, przewidzianych w rozp. Prez. o postępowaniu administracyjnym w stosunku do władz administracyjnych, przyczem za decyzję Zakładu uważane jest również przyjęcie zgłoszenia do ubezpieczenia (art. 129).

40) Świadczenia wypłacane przez Zakłady U. P. U. nie podlegają podatkowi dochodowemu (art. 117).

41) Okres, w ciągu którego mogą być nabywane lata poprzedniej służby, przedłuża się o 3 lata (art. 156).

42) Zakładowi przysługuje prawo w wypadkach rozbieżności w opinjach lekarskich oraz we wszystkich wypadkach, w których lekarz Zakładu lub organ przyznający świadczenia uznają za wskazane zarządzić na własny koszt zbadanie zgłaszającego rozszczenie przez wyznaczoną przez Zakład komisję lekarską i umieszczenie również na własny koszt w zakładzie leczniczym celem przeprowadzenia obserwacji (art. 124).

43) Do czasu wydania ustawy o organach orzeczniczych ubezpieczeń społecznych, spory o obowiązek ubezpieczenia, o wysokość składki i zaliczenie miesięcy składkowych, rozstrzygają na całym obszarze Rzplitej wojewodowie, w drugiej instancji Minister O. S., spory zaś o świadczenia sądy okręgowe i właściwe dla tych sądów instancje apelacyjne i kassacyjne (art. 164).

44) Podwyższa się minimalny wymiar kar grzywny przewidzianych w art. 134—137 do 20 zł. (art. 134), 15 zł. (art. 136) i 10 zł. (art. 135 i 137).

45) Osoby, otrzymując zaopatrzenie emerytalne z tytułu poprzedniego zatrudnienia, określonego w art. 5 p. 4—6, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia. Z tytułu tego ubezpieczenia nabywają jednak tylko prawo do kwoty wzrostu renty za cały czas ubezpieczenia. Warunek okresu wyczekiwania nie ma zastosowania do tych osób. (art. 5 p. 2 i 38).

46) Prawo dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia emerytalnego przysługuje ubezpieczonym, których obowiązkowe ubezpieczenie ustało z jakiegokolwiek powodu z wyjątkiem niezdolności do wykonywania zawodu i którzy posiadają w chwili ustania obowiązkowego ubezpieczenia co najmniej 60 miesięcy składkowych, na warunkach następujących:

1) składka za dobrowolne kontynuowanie ubezpieczenia wynosi 10%, 2) zgłoszenie dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia dopuszczalne jest w ciągu 18 miesięcy po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia lub po ustaniu okresu pobierania zasiłków z powodu braku pracy, 3) zaleganie z opłatą składki dopuszczalne jest w ciągu 6 miesięcy od chwili jej płatności, w razie zalegania przez dłuższy okres czasu ustaje prawo dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia, 4) składki powinny być opłacane, licząc od pierwszego miesiąca kalendarzowego, następującego bezpośrednio po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia lub też po ustaniu prawa do świadczeń z powodu braku pracy, niezależnie od daty zgłoszenia dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia, 5) pozostałe warunki dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia pozostawia się bez zmiany (art. 9).

47) Do ubezpieczenia emerytalnego na warunkach ubezpieczenia obowiązkowego mogą przystąpić na własne żądanie następujący pracownicy, którzy nie przekroczyli 40 roku życia:

1) pracownicy przedsiębiorstw scenicznych i orkiestralnych nie mających stałej siedziby, 2) samodzielni nauczyciele, nie zatrudniający sił pomocniczych, 3) pracownicy przedstawicielstw dyplomatycznych i konsularnych państw obcych oraz międzynarodowych komisji, będący obywatelami polskie-

mi, z tytułu tego zatrudnienia, o ile nie zawarto odpowiednich międzynarodowych porozumień.

Pracownicy wyżej wymienieni dokonują sami zgłoszeń do ubezpieczenia i sami opłacają składki. Zaliczenie do grupy zarobkowej następuje na podstawie rzeczywistego zarobku, najniżej jednak do grupy zarobkowej C.

Zaliczeniu do ubezpieczenia podlegają jedynie miesiące, za które składka została zapłacona i przytem o ile w ciągu roku było opłaconych co najmniej 8 miesięcy kalendarzowych, po przebyciu zaś okresu wyczekiwania co najmniej 4 miesiące. Prawo zapłaty składki za poszczególne miesiące przedawnia się w ciągu 3 lat, ustaje jednak w razie zajścia okoliczności, uprawniających do świadczeń emerytalnych.

Minister O. S. może w drodze rozporządzenia przyznać prawo do ubezpieczenia emerytalnego na warunkach wyżej wymienionych poszczególnym kategoriom osób, wykonywujących czynności, wymienione w art. 3 rozp. Prez. o ubezpiec. prac. um. a nie pozostających w zatrudnieniu.

### WZROST WYDATKÓW NA ŚWIADCZENIA W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY W ANGLJI I JEGO PRZYCZYNY.

Jak we wszystkich krajach, w których istnieją ubezpieczenia społeczne daje się zauważyć i w Anglii znaczny wzrost wydatków w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Wydatki te zwiększyły się od 1923 r. z 24,546,800 funtów na 32,324,800 funtów. Szczególny wzrost wykazują wydatki na zasiłki chorobowe i zasiłki inwalidzkie (które wypłacają instytucje ubezpieczeniowe po wyczerpaniu 26 tygodniowego okresu zasiłków w chorobie). Świadczą o tem następujące cyfry:

R o k:	Zasiłki chorobowe:	Zasiłki inwalidzkie:
	w f u n t a c h	s z t e r l i n g ó w
1923	8,672,400	4,257,700
1924	9,844,600	4,658,900
1925	10,347,700	5,074,200
1926	12,572,300	6,148,900
1927	13,075,000	7,135,000
1928	11,327,200	6,132,900

Dla zbadania przyczyn tego zjawiska angielskie Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło szereg kolejnych badań. Pierwsze badania dotyczą okresu 1921—1927; wyniki jego ogłoszone zostały w sprawozdaniu z 31 Maja 1930 (Report on an Examination of the Sickness and Disablement Experience of a Group of Approved Societies). Badanie objęło około 455,000 ubezpieczonych, w tem 219,000 mężczyzn, 172,000 kobiet samotnych i 64,000 kobiet zamężnych, i wykazało, że w ciągu wymienionego wyżej okresu 7-letniego ilość tygodni zasiłkowych wzrosła:

Przy zasiłkach chorobowych:  
dla mężczyzn o 41%  
dla kobiet samotnych o 60%  
dla kobiet zamężnych o 106%.

Przy zasiłkach inwalidzkich:  
dla mężczyzn o 85%  
dla kobiet samotnych o 98%  
dla kobiet zamężnych o 159%.

Ciekawy obraz daje nam następująca tablica:

R o k:	M ęż c z y ż n i:			K o b i e t y s a m o t n e:			K o b i e t y z a m ęż n e:		
	Na 100 ubezpiecz. przypada:		Przeciętny okres zasiłk. w tygodn.	Na 100 ubezpiecz. przypada:		Przeciętny okres zasiłk. w tygodn.	Na 100 ubezpiecz. przypada:		Przeciętny okres zasiłk. w tygodn.
	Tygodni zasiłk.	Osób pobier. zasiłk.		Tygodni zasiłk.	Osób pobier. zasiłk.		Tygodni zasiłk.	Osób pobier. zasiłk.	
	z a s i ł k i c h o r o b o w e:								
1921	67	14	4,8	73	12	6,1	135	19	7,1
1922	78	18	4,4	89	15	5,8	176	25	7,0
1923	76	17	4,5	92	15	6,0	199	27	7,2
1924	86	20	4,3	106	19	5,7	238	36	6,9
1925	87	21	4,1	113	20	5,5	262	37	7,0
1926	97	20	4,8	114	19	5,9	268	36	7,5
1927	95	23	4,8	120	21	5,6	282	38	7,3

z a s i ł k i i n w a l i d z k i e:

1921	38	1,5	25,4	55	1,9	28,7	76	3,3	23,4
1922	46	1,8	25,2	63	2,2	28,0	85	3,6	23,9
1923	52	2,0	26,3	72	2,6	28,2	106	4,5	23,4
1924	59	2,2	26,5	81	2,9	28,1	123	5,4	22,7
1925	61	2,2	27,1	94	3,3	28,3	147	6,9	21,4
1926	68	2,5	27,3	106	3,7	28,9	174	8,1	21,6
1927	73	2,6	27,7	115	3,9	29,1	204	9,2	22,2

Interesujące pod względem psychologicznym jest zestawienie (za rok 1927) tych osób, które wyczerpały 26 tygod-

niowy okres zasiłków w chorobie i po przejściu na niższy zasiłek inwalidzki odzyskują zdolność do pracy:

W i e k	M ęż c z y ż n			K o b i e t s a m o t n.			K o b i e t z a m ęż n y c h		
	Pobierało zasiłki inwalidzki	Przestało pobierać		Pobierało zasiłek inwalidzki	Przestało pobierać		Pobierało zasiłek inwalidzki	Przestało pobierać	
		cyfry absol.	%		cyfry absol.	%		cyfry absol.	%
16—34	697	425	61	1088	603	55	1266	916	75
35—49	684	362	53	557	322	58	921	571	62
50—64	639	377	40	605	243	40	438	178	41
Razem	2320	1164	50	2250	1168	52	2585	1665	64

W jak krótkim czasie przejście na zasiłek inwalidzki powoduje ustanie niezdolności do pracy — wykazują następujące cyfry. Na 1164 mężczyzn 18,5% przestało pobierać zasiłek nie później, niż po tygodniu; 49,9% nie później, niż po 4 tygodniach; 67,7% nie później, niż po 8 tygodniach.

Na 1168 kobiet zamężnych 16,7% przestało pobierać zasiłek nie później, niż po tygodniu; 48,7% nie później, niż po 4 tygodniach; 68,8% nie później, niż po 8 tygodniach.

Na 1665 kobiet zamężnych 16,7% przestało pobierać zasiłek nie później, niż po tygodniu; 51,1% nie później, niż po 4 tygodniach; 72,3% nie później, niż po 8 tygodniach.

Porównanie tych cyfr z wynikami za następne lata daje nam w r. 1928 nieznaczny poprawę, w 1929 taki sam stan, jak w 1927, a w r. 1930 znowu lekki spadek wydatków, niewystar-

czający jednak, aby zagadnieniu temu odjąć groźny i niepokojący charakter.

Dla zbadania przyczyn zwiększonego zapotrzebowania świadczeń przeprowadzono dalszą dwukrotną kontrolę, a mianowicie: 1) przebadanie wszystkich wypadków niezdolności do pracy, które zostały w r. 1929 przekazane lekarzom zaufania, 2) kontrola ponownych badań, które w pewnym wyznaczonym dniu 1930 r. przeprowadzone zostały przez lekarzy zaufania. Różnica polega głównie na tem, że pierwsza kontrola objęła tylko wypadki, uznane w swoim czasie za wątpliwe, w drugim zaś wszystkie wypadki, odnoszące się do pewnej daty, bez wyboru.

Kontrola z r. 1929 obejmowała w pierwszym rzędzie zbadanie wszystkich wypadków, przebadanych przez lekarzy zaufania, a następnie specjalne zbadanie części (około 1/6) tych wy-

padków. Aby zrozumieć znaczenie osiągniętych wyników, należy zapoznać się z techniką kontroli, wykonywanej przez lekarzy zaufania instytucji ubezpieczeniowych. Jednocześnie z przekazaniem danego wypadku lekarzowi zaufania, lekarz, leczący chorego, otrzymuje wezwanie do nadesłania pisemnego sprawozdania o przebiegu choroby i obecnym stanie pacjenta oraz oświadczenia, czy nie został on już (t. j. przed dniem otrzymania wezwania), wzgl. czy nie zostanie przed dniem wyznaczonym na przebadanie uznany za zdolnego do pracy. W tym samym czasie chory otrzymuje polecenie, aby przed terminem badania zgłosił się jeszcze raz do łączącego go lekarza.

Ogólna kontrola z r. 1929 dała następujące wyniki:

liczba przebadanych	380.326
liczba chorych, uznanych za zdolnych do pracy przez lekarza po otrzymaniu wezwania	59.746 (14.4%)
liczba chorych, którzy nie zgłosili się wcale do badania	72.147 (19.0%)
liczba chorych uznanych za zdolnych do pracy po przebadaniu	74.361 (19.5%)

Liczby powyższe wskazują, że w 201.254 wypadkach t. j. w 53% ogólnej liczby świadczenia zostały wstrzymane; liczba osób, które uchyliły się od badania lub zostały uznane za zdolne do pracy wynosi 126.893 t. j. prawie 2/3 tych wszystkich, którym zaprzestano wypłacać zasiłki. Ścisła kontrola objęła 88.903 wypadki, które podzielono na grupy zależnie od chorób i od trwania niezdolności do pracy. Stwierdzono, że wstrzymanie świadczeń po przebadaniu przez lekarza zaufania najczęstsze jest (69%) przy krótkotrwałej niezdolności do pracy (poniżej 6 tygodni) a procent ten spada przy dłuższych niezdolnościach, do pracy.

Przeprowadzona w następnym roku druga kontrola miała zupełnie inny charakter. Dotyczyła ona tych członków pewnej ilości Kas Chorych, którzy w dniu 5 maja 1930 pobierali zasiłek chorobowy lub inwalidzki przynajmniej od 14 dni. Materiał zebrany obejmował 29.516 osób. Z liczby tej 1058 osób zostało pomiędzy 5 maja a dniem kontroli uznane za zdolne do pracy przez leczących lekarzy. 4.901 przestało pobierać świadczenia z powodu niestawienia się do kontroli lub stwierdzenia zdolności do pracy przez lekarza zaufania. Aby ocenić te cyfry należy wziąć pod uwagę, że z pod kontroli wyjęte były te osoby, których niezdolność do pracy trwała krócej niż 14 dni, a doświadczenie uczy, że właśnie w tych wypadkach przebadanie powoduje najczęściej wstrzymanie świadczeń.

Ostatnia kontrola zajęła się z kolei wynikami przebadania przez lekarzy zaufania pacjentów poszczególnych lekarzy. W tym celu lekarze podzieleni zostali na okręgi, a w każdym okręgu ustanowiono biuro kontroli, które ustalało co kwartał liczbę chorych, skierowanych w danym okręgu do lekarzy zaufania oraz liczbę wypadków, w których zasiłki zostały wstrzymane z powodu niestawienia się pacjenta lub uznania go za zdolnego do pracy.

W ośmiu największych okręgach kontrola objęła w okresie od października 1928 r. do września 1930 r. wszystkich tych lekarzy, których pacjenci przekazani byli w liczbę, przekraczającej 50 osób, lekarzom zaufania; liczba tych lekarzy wynosiła 1141, a liczba ubezpieczonych 2.321.557.

Lekarze zaufania zbadali w okresie objętym kontrolą 184.512 chorych, z których 53% uległo wstrzymaniu zasiłków.

Procent pacjentów, którym zasiłki zostały wstrzymane waha się dla poszczególnych lekarzy od 20 do 80. Ci lekarze, u których procent przekraczał 48 — a było takich około 2/3 ogólnej liczby — uznani zostali za podejrzanych o niedość staranne badanie pacjentów.

W końcu roku 1930 lekarze zaufania przeprowadzili wśród tych lekarzy ankietę co do przyczyn zbyt liberalnego uznawania przez nich niezdolności do pracy. W odpowiedzi na ankietę poszczególni lekarze oświadczyli:

- 1) że spełniali żądania pacjentów z obawy przed ich utratą,
- 2) że nie uważają się za uprawnionych do uznania za zdolnego do pracy pacjenta, który skarży się na bóle, pomimo braku wszelkich objawów chorobowych,
- 3) że stwierdzenie niezdolności do pracy powinno być przekazane lekarzom zaufania,
- 4) że powodowali się litością ze względu na trudności w znalezieniu pracy przez ich pacjentów.

Oświadczenia te w znacznym stopniu potwierdzają ogólne mniemanie, że w znacznej ilości wypadków świadectwa niezdolności do pracy wydawane są bez dostatecznych podstaw.

Wyniki wszystkich tych badań skłoniły angielskie Ministerstwo Zdrowia do opracowania przy współdziałaniu Zjednoczonej Komisji Ubezpiec. Społ. memoriału o niezdolności do pracy w ubezpieczeniu społecznym (Memorandum on Certification of Incapacity for Work-Giving the Results of Recent Investigations as to the Causes of Increase of Claims to Sickness and Disablement Benefit).

Memoriał ten podaje jako możliwe przyczyny wzrostu zasiłków:

- 1) wzmocnienie się chorób powodujących niezdolność do pracy,
- 2) większa skłonność ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń,
- 3) pobieranie zasiłków przy braku niezdolności do pracy.

Pierwszą z tych przyczyn memoriał odrzuca stanowczo, gdyż ogólny stan zdrowia ludności nie pogorszył się w takim stopniu, aby powodować tak daleko idące skutki.

Zwiększona tendencja do korzystania ze świadczeń, wynikająca z większego uświadomienia ubezpieczonych i rozwoju higieny prawdopodobnie odegrała pewną rolę we wzroście wydatków na świadczenia, jednakże główną odpowiedzialność za obecną tendencję ubezpieczenia w Anglii ponoszą niewątpliwie lekarze.

Stwierdzone zostało bowiem, że największa ilość osób, które nie zgłaszają się do kontroli należy do tych kategorii ubezpieczonych, które wykazują najwyższy wzrost zasiłków. Jednocześnie stwierdzono, że uzasadnione pobieranie zasiłków nie wzrasta w tym samym czasie równomiernie do zwiększenia się liczby osób bezprawnie otrzymujących świadczenie. Duże rozbieżności między wynikami kontroli u poszczególnych lekarzy wzmacniają jeszcze przypuszczenie, że tu należy szukać głównej przyczyny zła.

Stwierdzając to, memoriał zaznacza, że niewłaściwe wydawanie świadectwa o niezdolności do pracy nie jest wynikiem błędnej diagnozy lecz niedoceniań przez lekarzy znaczenia takich świadectw oraz samego charakteru ubezpieczeń społecznych.

Nie podnosząc z tego tytułu zarzutów przeciwko ogółowi lekarzy, memoriał zastanawia się nad sposobami usunięcia obecnego stanu rzeczy.

Między innymi proponuje: wydanie instrukcji dla lekarzy w sprawie wystawiania świadectw niezdolności do pracy, wezwania instytucji ubezpieczeń społecznych do wzmocnienia kontroli, zwrócenia szczególnej uwagi na zachorowywania, które w normalnych warunkach powinny być krótkotrwałe, przekazywanie wszystkich wątpliwych wypadków lekarzom za-

ufania i t. p. Za konieczne uważa również memoriał prowadzenie dla poszczególnych lekarzy statystyki pacjentów, uznanych za zdolnych do pracy przez lekarzy zaufania i stosowania kar pieniężnych w stosunku do niesumiennych lekarzy. Dla ułatwienia kontroli zmiana lekarza winna być dopuszczalna jedynie przy końcu kwartału.

Miarodajne czynniki angielskie spodziewają się, że uda się im stworzyć ściśle współdziałanie instytucji ubezpieczeniowych i lekarzy w kierunku obniżania nadmiernych wydatków na zasiłki, które zagrażają równowadze finansowej tych instytucji.

Leontyna Frankowska

## ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW O POSTĘPOWANIU EGZEKUCYJNEM WŁADZ SKARBOWYCH

W wykonaniu ustawy z dn. 10/III b. r. o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe Rada Ministrów wydała rozporządzenie w dn. 25/VI b. r. o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych, opublikowane w Dzienniku Ustaw z dn. 22/VII b. r. Nr. 62 poz. 580.

Jak już podano w „Przeglądzie Ubezpieczeń” (Nr. 4 z b. r. str. 121) ustawa o przejęciu egzekucji administracyjnej przez władze skarbowe postanawia, że do przymusowego ściągania wszelkiego rodzaju należności pieniężnych, które mogą być ściągane na podstawie obowiązujących przepisów w trybie administracyjnym, właściwe są wyłącznie urzędy skarbowe. Powyższy przepis dotyczy również instytucji ubezpieczeń społecznych, tak że ustawa pozbawiła je innych sposobów ściągania zaległych składek, przewidzianych w odpowiednich ustawach ubezpieczeniowych.

Rozporządzenie Rady Ministrów, opierając się na upoważnieniu ustawy normuje całokształt postępowania egzekucyjnego władz skarbowych oraz określa sposoby wymierzania i wysokość kosztów egzekucyjnych. Rozmiar rozporządzenia pozwala na podanie jego treści w streszczeniu, ograniczonym tylko do najważniejszych zasad i postanowień, w szczególności zawartych w części pierwszej rozporządzenia (przepisy ogólne).

Rozwijając przepisy ustawy rozporządzenie Rady Ministrów postanawia, że egzekucja w trybie administracyjnym jest dopuszczalna tylko z ruchomością oraz z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych niezabezpieczonych na nieruchomości lub na wierzytelności hipotecznej. Ograniczenie w ten sposób zakresu egzekucji administracyjnej sprawia, że rozporządzenie równocześnie przekazuje na drogę sądową przeprowadzanie egzekucji z nieruchomości łącznie z przedmiotami mającymi przymiot prawny rzeczy nieruchomości. Również tylko w drodze sądowej dopuszczalna jest egzekucja z wierzytelności pieniężnych i praw majątkowych zabezpieczonych na nieruchomości lub wierzytelności hipotecznej.

Egzekucja należności, określonych w ustawie powinna być przeprowadzona w myśl rozporządzenia przede wszystkim w trybie administracyjnym, a przekazana na drogę sądową dopiero wtedy, gdyby środki egzekucyjne, przeprowadzone w trybie administracyjnym, okazały się bezskuteczne lub według słusznego mniemania nie odniosłyby skutku. Warunki i sposób zastosowania przez władze sądowe przepisów postępowania cywilnego do egzekucji sądowej należności, ustalonych ma określić osobne rozporządzenie; do czasu wydania tego rozporządzenia będzie miało odpowiednie zastosowanie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 13/VIII 1930 r. o warunkach i sposobie zastosowania przez władze sądowe przepisów postępowania cywilnego do egzekucji należności administracyjnych (Dz. U. R. P. Nr. 59 poz. 481). W razie

zbiegu egzekucji administracyjnej i sądowej egzekucję przeprowadzać będzie sąd, któremu zostanie przekazany administracyjny tytuł wykonawczy, łącznie z protokołami dokonanych czynności.

Egzekucję należności administracyjnych powierza rozporządzenie urzędowi skarbowym, w pewnym zakresie izbom skarbowym, ogólne zaś kierownictwo, nadzór oraz pieczę nad ściśm i jednolitem wykonywaniem przepisów egzekucyjnych przez urzędy i izby skarbowe — Ministrowi Skarbu.

Właściwymi do przymusowego ściągania należności w trybie administracyjnym są urzędy skarbowe, w granicach swego terytorjalnego zakresu działania, które wykonywają swe czynności przy pomocy organów egzekucyjnych, t. j. sekwestratorów skarbowych lub innych funkcjonariuszów, którym zleci przeprowadzenie czynności egzekucyjnych.

Urząd skarbowy wszczyna egzekucję na podstawie wniosku wierzyciela (instytucje ubezpieczeń społecznych), wskazującego imię, nazwisko i adres zobowiązanego, należność poszukiwaną i sposób egzekucji. Do wniosku powinien być załączony tytuł wykonawczy, z zaznaczeniem, że dojrzał on do egzekucji.

Tytuł wykonawczy stanowią w myśl rozporządzenia decyzje (orzeczenia, zarządzenia), nakazy płatnicze oraz wykazy zaległości, wydane przez władze lub instytucje do tego powołane. Tytuł powinien być zaopatrzone w poświadczenie wierzyciela, że według przepisów obowiązujących tytuł ten jest w drodze egzekucji wykonalny, o ile jednak wierzyciel nie jest władzą publiczną, wówczas poświadczenie takie ma uskutecznić urząd skarbowy. To ostatnie zastrzeżenie nie dotyczy instytucji ubezpieczeń społecznych, gdyż są one uznane przez rozporządzenie za władzę publiczną, w zakresie swych funkcji publiczno-prawnych, określonych w przepisach szczególnych ustaw i rozporządzeń, podobnie jak i organy samorządu terytorjalnego i gospodarczego.

Po przesłaniu urzędowi skarbowemu wniosku wraz z tytułem wykonawczym wierzyciel nie ma już wpływu na czynności egzekucyjne, przysługuje mu tylko, podobnie zresztą jak i zobowiązanemu, prawo obecności przy tych czynnościach, jak również prawo żądania, aby przy czynnościach egzekucyjnych obecni byli świadkowie. Wyeleminowanie wpływu wierzyciela na tok czynności egzekucyjnych jest przeprowadzone tak daleko, że urząd skarbowy może zawieszać w pewnych wypadkach egzekucję bez porozumiewania się z wierzycielem. Mianowicie w myśl rozporządzenia urząd skarbowy może na prośbę zobowiązanego po dokonaniu zajęcia zawiesić egzekucję, jeżeli zobowiązany wniósł podanie o odroczenie płatności lub rozłożenie na raty należności, a urząd skarbowy przedstawił wierzycielowi wniesione podanie z wnioskiem przychylnym. Następnie jeśli w toku egzekucji okaże się, że bezwzględne ściągnięcie należności spowoduje niewątpliwą ruinę gospodarczą zobowiązanego, urząd skarbowy, po należytem zbadaniu jego położenia ekonomicznego, może z urzędu lub na prośbę zawiesić egzekucję albo ją tymczasowo ograniczyć do kwoty, której ściągnięcie nie spowoduje wspomnianego skutku, względnie częściowo lub w całości uchylić zajęcie, o zarządzeniach swych w powyższym zakresie powinien urząd zawiadamiać wierzyciela.

Poza zwolnieniem z pod egzekucji szeregu rodzajów mienia (np. sprzętu, żywności i t. p., stypendja, zasiłki pieniężne z tytułu ubezpieczeń społecznych i t. p.) oraz mienia osób, które nie podlegają jurysdykcji lub właściwości władz krajowych w myśl prawa międzynarodowego rozporządzenie wyłącza z pod działania egzekucji mienie Skarbu Państwa. Egzekucja przeciwko Skarbowi Państwa odbywać się będzie mogła

w ten tylko sposób, że urząd skarbowy przysyłać będzie wniosek o przeprowadzenie egzekucji wraz z tytułem wykonawczym władzy, powołanej do zarządzenia wypłaty, celem uiszczenia poszukiwanej należności. Analogicznie normuje rozporządzenie sprawę stosowania egzekucji przeciwko monopolom państwowym, posiadającym osobowość prawną oraz przedsiębiorstwom państwowym „Polskie Koleje Państwowe” i „Polska Poczta, Telegraf i Telefon”, natomiast egzekucja należności, przypadających od innych przedsiębiorstw państwowych, posiadających odrębną osobowość prawną, odbywa się na zasadach ogólnych. W stosunku do związków samorządu terytorjalnego rozporządzenie stanowi, że egzekucja należności od tych związków podlega ograniczeniom, wypływającym z obowiązujących w tym względzie przepisów prawnych, na obszarach zaś, na których niema odpowiednich przepisów specjalnych, egzekucja z majątku i dochodów związku komunalnego odbywa się po każdorazowym porozumieniu z władzą nadzorczą danego związku komunalnego. Ograniczenie powyższe nie ma zastosowania do przedsiębiorstw samorządu terytorjalnego, które posiadają odrębną osobowość prawną.

Od decyzji urzędu skarbowego, o ile w myśl rozporządzenia środek odwoławczy nie jest wyłączony, służy zobowiązanemu i wierzycielowi odwołanie do izby skarbowej, której decyzja jest ostateczna. Wydatkami w egzekucyjnym postępowaniu władz skarbowych obciąża rozporządzenie zobowiązanego, jeśli jednak od zobowiązanego nie mogą być ściągnięte, to wówczas obowiązany jest pokryć je wierzyciel, przyczem urząd skarbowy może nawet żądać zaliczki na te wydatki. Koszty egzekucyjne podlegają przymusowemu ściągnięciu łącznie z egzekwowaną należnością.

Koszty egzekucyjne pobierane są przez urzędy skarbowe według załączonej do rozporządzenia tabeli, w której w zależności od kwoty należności ustalona jest wysokość opłat za poszczególne czynności egzekucyjne, jak upomnienie, zapłata należności do rąk organu egzekucyjnego, zajęcie ruchomości, zajęcie wierzytelności pieniężnych i innych praw majątkowych, rozpisanie licytacji lub sprzedaży z wolnej ręki, przeprowadzenie licytacji lub sprzedaży z wolnej ręki. Opłaty te wahają się od 1.50 zł. za każdą z wymienionych wyżej czynność egzekucyjną, przy należnościach nieprzekraczających 39.99 zł. do 10 zł. za upomnienie, 250 zł. za zapłatę należności do rąk organu egzekucyjnego, do 1000 zł. za zajęcie ruchomości, do 250 zł. za zajęcie wierzytelności pieniężnej i innego prawa majątkowego oraz za rozpisanie licytacji lub sprzedaży z wolnej ręki, wreszcie do 1000 zł. i więcej (od sum ponad 100.000 zł. pobierana jest opłata w wysokości

1000 zł. i ponadto po 10 zł. od każdego pełnego tysiąca należności ponad 100 000 zł.) za przeprowadzenie licytacji lub sprzedaż z wolnej ręki. Poza powyższymi opłatami do kosztów egzekucyjnych rozporządzenie zalicza jeszcze wydatki poniesione na ogłoszenia w gazetach, wynagrodzenie świadków i biegłych, wynagrodzenie osób trzecich za otwarcie drzwi i schowków, przewóz, przechowanie i dozór zajętych rzeczy i t. p.

Streszczone dotychczas postanowienia rozporządzenia Rady Ministrów mieszczą się w pierwszej jego części. Część druga rozporządzenia zawiera szczegółowe przepisy normujące tryb przeprowadzania egzekucji (zajęcia i sprzedaży ruchomości oraz egzekucji z wierzytelności pieniężnych i innych praw majątkowych). W przepisach tych rozporządzenie w szczególności ustala kolejność zajmowania ruchomości różnego rodzaju w zależności od ich przeznaczenia, reguluje sprawę szacowania i nadzorowania zajętych ruchomości, określa terminy i sposób przeprowadzania licytacji ruchomości oraz tryb zajmowania wierzytelności pieniężnych i innych praw majątkowych.

Część III rozporządzenia zawiera przepisy, dotyczące zabezpieczenia należności przed terminem ich płatności. Zabezpieczenie może przeprowadzić urząd skarbowy na podstawie tytułu wykonawczego na wniosek wierzyciela w tych wyjątkowych wypadkach, gdy istnieje niebezpieczeństwo co do otrzymania zaspokojenia w razie zwłoki. Dalsze przepisy tej części rozporządzenia określają czynności urzędów skarbowych, dokonywane przy zabezpieczeniu należności.

Przepisy przejściowe rozporządzenia stanowią, że czynności egzekucyjne wszczęte przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, będą prowadzone nadal przez władze i organa egzekucyjne właściwe według rozporządzenia i w myśl jego przepisów. Rozporządzenie weszło w życie od dnia 1/VIII b. r. na całym obszarze Rzplitej z wyjątkiem miast, będących siedzibami urzędów wojewódzkich, w których weszło w życie w dn. 1/IX b. r. oraz Warszawy, Łodzi i Lwowa, w tych miastach weszło w życie od dn. 1/X b. r.

Uzupełnienie rozporządzenia Rady Ministrów stanowi instrukcja zainteresowanych Ministrów wydana w dniu 23 lipca b. r. na podstawie § 127 tego rozporządzenia i ogłoszona w Monitorze Polskim (Nr. 169 z dn. 26/VII.1932 r.). Instrukcja ta podaje wzór wniosku egzekucyjnego, wzór zawiadomienia urzędu skarbowego przez wierzyciela o odroczeniu płatności należności, rozłożenia jej na raty lub o innych czynnościach wierzyciela, które wstrzymują egzekucję, następnie wzór zawiadomienia o zmniejszeniu należności oraz wzór sprawozdania urzędu skarbowego o nieściągalności należności.

## KSIĄŻKI I CZASOPISMA

### SCALENIE CZY ODREBNOŚĆ UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH I UBEZPIECZENIA INWALIDZKIEGO.

(„Die Grundfragen der Neugestaltung der Sozialversicherung“ — Die Reichversicherung, Zeszyt 7).

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym, przewidujący, jak wiadomo, scalenie ubezpieczeń przeciw różnym ryzykom (choroby, macierzyństwa, wypadku przy pracy, starości, inwalidztwa wreszcie i śmierci), pomija natomiast w zupełności, zresztą celowo i świadomie, scalenie z sobą ubezpieczenia

przeciw kilku z wymienionych ryzyk (starości, inwalidztwa i śmierci) dwóch oddzielnych kategorii pracowniczych, a mianowicie pracowników umysłowych i robotników.

Dyskusja na temat wzajemnego stosunku dwóch powyższych działów emerytalnych, istniejąca właściwie od samego początku wprowadzenia odrębnego ubezpieczenia pracowników umysłowych przeciwko trzem wyżej wymienionym ryzykom, nie ustała jednak dotąd w zupełności i toczy się jeszcze w chwili obecnej zagranicą, a przedewszystkiem w Niemczech.

Zwracają tu zwłaszcza na siebie uwagę ciekawe, a ujęte

w sposób bardzo obiektywny obszerne wywody zamieszczone w artykule D-ra Knolla p. t. „Główne zagadnienia reformy („Neugestaltung“) ubezpieczeń społecznych“, opublikowanym w miesięczniku „Die Reichsversicherung“, półurzędowym organie ubezpieczeniowym Ministerstwa Pracy Rzeszy (Nr. 7 z r. 1932).

Dr. Knoll, wyższy urzędnik Ministerstwa Pracy Rzeszy, nie wypowiada się w sporze co do scalenia z sobą ubezpieczenia inwalidzkiego względnie ubezpieczenia pracowników umysłowych ani pro ani contra, grupując tylko bardzo sumiennie i bardzo bezstronnie argumenty, przytaczane przez przedstawicieli obu przeciwnych poglądów.

Dr. Knoll stwierdza, że nie brak w chwili obecnej w Niemczech wpływowych i reprezentujących poważny autorytet ubezpieczeniowy jednostek, które występują zdecydowanie za zniesieniem odrębnego ubezpieczenia pracowników umysłowych. Należą tu nie tylko zwolennicy idei zastąpienia ubezpieczenia społecznego zaopatrzeniem i przedstawiciele radykalnych tendencji scaleniowych, ale również i politycy społeczni tego typu, co Schäffer i Lutz Richter.

Przeciwnicy odrębnego ubezpieczenia funkcjonariuszy prywatnych, podkreślają w pierwszym rzędzie, że zawdzięcza ona swą egzystencję głównie czynnikom politycznej natury, a przede wszystkim dążnościom ku oddzieleniu społecznemu i politycznemu warstwy pracowników umysłowych od robotników fizycznych. Jeżeli tak rozumiany cel odrębnego ubezpieczenia pracowników umysłowych nie został właściwie w Niemczech osiągnięty, to główną przeszkodę do zespolenia z sobą obu tych gałęzi jednego i tego samego ubezpieczenia stanowi, zdaniem przeciwników odrębności tego ubezpieczenia, jedynie i wyłącznie wyolbrzymione poczucie stanowe wyższych zawodowo i intelektualnie grup pracowniczych i brak u nich poczucia solidarności z klasą robotniczą.

Dr. Knoll na marginesie powyższego rozumowania zaznacza, że jeżeli trudno zaprzeczyć, że intencje autorów ustawy z r. 1911 szły w kierunku osiągnięcia w drodze tej ustawy określonych celów politycznych, to jednak nie możnaby przyjąć — podobnie jak przy ocenie bismarkowskiej reformy ubezpieczeniowej — jakoby nie istniały poważne względy rzeczowe, przemawiające za wyodrębnieniem tego ubezpieczenia; świadczy o tem jednomyślna akcja za wprowadzeniem tej ustawy w szerokich kołach pracowników umysłowych i jednomyślnie jej uchwalenie przez Reichstag.

Powyższej argumentacji przeciwników odrębności ubezpieczenia pracowników umysłowych przeciwstawiają się poważne i zasługujące na baczną uwagę momenty, przemawiające za utrzymaniem tego ubezpieczenia w dotychczasowej jego formie.

W pierwszym rzędzie zasługuje tu na podkreślenie argument, związany wprawdzie tylko z chwilową sytuacją ubezpieczeń społecznych i to zwłaszcza w Niemczech, ale nie pozbawiony może w dużej mierze aktualności również i poza ich granicami. Sytuacja ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych przedstawia się w chwili obecnej w Niemczech zupełnie odmiennie. Ubezpieczenie pracowników umysłowych nie posiada wprawdzie pełnego pokrycia dla przyszłych swych świadczeń, ale obecnie pozbawione jest jeszcze jakichkolwiek kłopotów finansowych. Ubezpieczenie inwalidzkie narusza już obecnie swe rezerwy, które zwłaszcza na skutek wojny i inflacji są niezbyt pokaźne, tak, że mimo obniżenia świadczeń, przyszłość tego działu ubezpieczeń społecznych przedstawia się bardzo ponuro. Nic dziwnego, że na tem tle robotnicy występują za wcieleniem do ubezpieczenia inwalidzkiego ubezpieczenia pracowników umysłowych, że natomiast pracownicy

umysłowi sprzeciwiają się temu energicznie, podkreślając, że połączenie obu tych działów ubezpieczeń społecznych nie uratuje ubezpieczenia inwalidzkiego, ale groziłoby poważnymi niebezpieczeństwami dla ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Do powyższego argumentu dołącza się również drugi argument, mniej związany z chwilową konjunkturą gospodarczą i finansową.

Ubezpieczenie pracowników umysłowych dąży do zapewnienia pracownikom umysłowym świadczeń wyższych, dostosowanych do wyższego poziomu życia i większych potrzeb pracowników umysłowych. Warstwa ta godzi się na obciążenie jej wyższymi składkami i na pozbawienie ubezpieczenia udziału finansowego państwa, dążąc we własnym zakresie do: 1) zapewnienia wyższego i lepiej dostosowanego do potrzeb tej warstwy wymiaru świadczeń oraz 2) złagodzenia warunków korzystania ze świadczeń.

Wchodzą tu w grę różnice ujęte już odpowiednio w pozytywnym ustawodawstwie, bądź też związane z istotą zagadnienia, chociaż nie mają bezpośrednich odpowiedników w szczegółowych postanowieniach, a wreszcie różnice, wytworzone przez życie. Tak np.:

1) Początkowo ubezpieczenie pracowników umysłowych różniło się od ubezpieczenia inwalidzkiego robotniczego tem, że przewidywało udzielanie renty starczej już z chwilą osiągnięcia 65 roku życia, podczas gdy wiek dla renty starczej ubezpieczenia inwalidzkiego wynosił 70 lat. Obecnie różnice w tym punkcie wyrównały się w zupełności, tak, że pozostała już wyłącznie rozbieżność tylko co do starczej renty t. zw. warunkowej, którą przewiduje ubezpieczenie pracowników umysłowych dla bezrobotnych pracowników umysłowych już z chwilą osiągnięcia przez nich 60 roku życia, podczas gdy ubezpieczenie inwalidzkie świadczenia tego nie przewiduje.

2) Ubezpieczenie pracowników umysłowych zapewnia rentę wdowią bez względu na niezdolność do pracy wdowy. Wprawdzie w międzyczasie ubezpieczenie inwalidzkie obok renty dla wdowy niezdolnej do pracy wprowadziło również rentę dla wdowy, która osiągnęła 65 rok życia, co zmniejszyło w pewnej mierze różnice między dwoma temi gałęziami ubezpieczenia emerytalnego, ale różnica ta choć w węższym zakresie istnieje jednak dotąd nadal.

3) W zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego kształtowały oba te działy ubezpieczeń społecznych w sposób odmienny obok renty wdowej również i rentę sierocą, przyczem analogicznie przedstawiał się dodatek na dzieci. Tendencja do uprzystępnienia dzieciom pracownika umysłowego szkolnictwa średniego i wyższego bez jakiegokolwiek dla nich uszczerbku materialnego z tego tytułu, znalazła wyraz w tem, że ubezpieczenie funkcjonariuszy prywatnych udzielało początkowo renty sieroczej aż do 18 roku życia (w ubezpieczeniu inwalidzkim 15 rok życia). Przez pewien czas dawała się zauważyć dążność ku wyrównaniu tej różnicy przez dociągnięcie w tym punkcie ubezpieczenia inwalidzkiego do ubezpieczenia pracowników umysłowych; po wojnie też została dokonana częściowa rewizja w tym kierunku świadczeń sierocych ubezpieczenia inwalidzkiego. Ewolucja świadczeń sierocych przybrała jednak nieoczekiwany obrót w rozporządzeniu nadzwyczajnym z 8 grudnia 1931 r., które zrównało z sobą w tym punkcie zupełnie oba działy ubezpieczeń emerytalnych, ale nie przez podniesienie ubezpieczenia inwalidzkiego do poziomu ubezpieczenia pracowników umysłowych, lecz odwrotnie przez obniżenia ubezpieczenia drugiego do poziomu pierwszego; w chwili obecnej renty sierocę i dodatki dla dzieci przysługują w obu działach ubezpieczeń społecznych łącznie do 15 roku

życia, co wywołało szczególnie ostrą krytykę w zastosowaniu do ubezpieczenia pracowników umysłowych.

4) Szczególne znaczenie posiada pozatem różnica pomiędzy samem pojęciem inwalidztwa w obu tych gałęziach ubezpieczenia emerytalnego. Biorąc pod uwagę szczególne trudności zmiany pracy i zawodu w stosunku do starszych i mniej zdolnych do pracy pracowników umysłowych, przyznaje im ubezpieczenie rentę inwalidzką już z chwilą utraty zdolności do wykonywania dotychczasowego ich zawodu. Dostosowanie w tym zakresie ogólnego robotniczego ubezpieczenia inwalidzkiego do ubezpieczenia pracowników umysłowych wydaje się w chwili obecnej mniej realne niż kiedykolwiek przedtem.

5) Wreszcie nie możnaby pominąć dużej różnicy, jaka zachodzi, co do wysokości kwoty zasadniczej, która w ubezpieczeniu pracowników umysłowych jest znacznie wyższą, niż w ubezpieczeniu inwalidzkim.

Niezależnie od oceny sytuacji finansowej obu tych działów ubezpieczeń społecznych oraz od różnic pomiędzy ich świadczeniami, podkreśla się niejednokrotnie, że poddanie pracowników umysłowych obowiązkowi ubezpieczenia w ogólnem ubezpieczeniu, obejmującym wszystkich pracowników, pozbawiłoby ich jakiegokolwiek wpływu na funkcjonowanie tego ubezpieczenia (np. na stosowanie leonictwa).

O odrębnem poczuciu solidarności pracowników umysłowych świadczy fakt, że ubezpieczenie to funkcjonuje jako odrębne w Niemczech, Austrii, Węgrzech, Czechosłowacji, Polsce, Belgji, Jugosławji, Luksemburgu oraz we Francji (Alzacja i Lotaryngja). Nawet w Z. S. S. R. istnieje wyodrębnienie w zakresie ubezpieczeń społecznych ubezpieczenia pracowników umysłowych, które coprawda idzie tu w przeciwnym kierunku niż we wszystkich innych państwach; pracownicy umysłowi stanowią tu bowiem grupę pracowników, których prawa uregulowane są najgorzej (najdłuższy czas wyczekiwania i najniższe świadczenia).

Odrębne warunki egzystencji pracowników umysłowych i robotników fizycznych przejawiają się również w bardzo różnem ukształtowaniu budżetu domowego pierwszych i drugich. Badania wykazują daleko idące różnice między potrzebami robotników i pracowników umysłowych, nawet w tym wypadku, gdy posiadają oni te same dochody.

Nie możnaby wreszcie pominąć odrębnego politycznego nastawienia obu tych grup, które coprawda w Niemczech, zdaniem Dra Knolla, na tle obecnych warunków politycznych nie występuje tak wyraźnie jak w innych państwach. O tem, jak silne jest przywiązanie pracowników umysłowych do odrębnego ich ubezpieczenia świadczy fakt, że ugrupowania pracowników umysłowych zorganizowane w stronnictwie socjalistycznym w Niemczech nigdy nie wypowiedają się zdecydowanie za matychmiastowem wcieleniem ubezpieczenia prac. umysłowych do ogólnego ubezpieczenia robotniczego. Herman

Müller w przemówieniu wygłoszonym na Kongresie w Hamburgu w r. 1928, wyrażając nadzieję, że „przyjdzie czas, gdy ubezpieczenie pracowników umysłowych dla dobra ich samych wpłynie do ogólnej rzetelności powszechnego ubezpieczenia”, podkreślił jednak energicznie, że „nie można w żadnym wypadku domagać się od pracowników umysłowych, by pod hasłem ujednostajnienia ubezpieczenia zrezygnowali z korzyści, jakie przysługują im w zakresie ubezpieczeń emerytalnych w chwili obecnej tembardziej, że połączenie z sobą w jedną całość obu tych działów ubezpieczenia emerytalnego nie uzdrowiłoby jeszcze samo przez się ubezpieczenia inwalidzkiego (tak, jakby sobie tego należało życzyć”.

Przeciwno tendencjom unifikacyjnym przemawia wreszcie **rozwój zastępczych Kas dla pracowników umysłowych w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby** oraz znaczny wzrost liczby pracowników umysłowych ubezpieczonych w Kasach zastępczych, co sprawia, że z pewną przesadą można już mówić o Kasach zastępczych jako o odrębnem ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników umysłowych.

Nie wdając się w ocenę zasadniczych rozbieżności zapatrywań co do zachowania odrębności pracowników umysłowych względnie ściślejszego zespolenia ich z wszystkimi innymi grupami pracowników najemnych, które to rozbieżności zapatrywań posiadają charakter raczej polityczny i różnie w światopoglądzie niż społeczno-ubezpieceniowy, Dr. Knoll wyraża jednak ze swej strony opinię, że usunięcie odrębnego ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych byłoby pożałowania godne z tego względu, że jest ono w chwili obecnej właściwie jedynym działem ubezpieczeń społecznych, w którym społeczna idea ubezpieczeniowa została przeprowadzona w całej rozciągłości. Dr. Knoll podkreśla tu szczególnie pełną samowystarczalność ubezpieczenia funkcjonariuszów prywatnych, które odbywa się bez jakiegokolwiek pomocy ze strony państwa i które — co zatem idzie — mogło urzeczywistnić w jaknajszerszym zakresie zasadę pełnego samorządu ubezpieczeniowego

## SPROSTOWANIE

W Nr. 8 (sierpniowym) b. r. zauważono następujące błędy drukarskie:

We francuskim tekście spisu rzeczy na 2-iej stronie okładki podano dwa razy tytuł jednego z artykułów w dziale „Kronika”. Ponadto w spisie rzeczy podano „r. 1930” zamiast „1931” przy sprawozdaniu austrij. Zakł. Ub. Prac. Um.

Na str. 239, druga szpalta, zamiast wierszy 20—18 od dołu, począwszy od: „6499/30” aż do słów „braku pracy” włącznie, powinien być tytuł: „Ubezpieczenie pracowników umysłowych. — Rozp. Prez. R. P. z dnia 24 listopada 1927 r. (Dz. U. Nr. 106, poz. 911)”.

### 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.

## KONKURS

na stanowisko dyrektora Kasy Chorych w Białymstoku, która działalnością swą obejmuje powiaty administracyjne: Białostocki, Bielski, Wołkowyski i Wysoko - Mazowiecki.

Kandydaci na to stanowisko winni wykazać, że:

- 1) posiadają obywatelstwo polskie,
- 2) czynią zadość warunkom przepisany w art. 25 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 635).

Wynagrodzenie za pracę na tem stanowisku będzie ustalone przy zawieraniu umowy służbowej.

Nadanie stanowiska nastąpi na zasadach rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16.III.1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 323), z tem, że w razie zadawalającej pracy na tem stanowisku, nastąpi zawarcie dalszej umowy stosownie do postanowień przepisów służbowych.

Podanie udokumentowane uwierzytelnionemi odpisami świadectw należy składać w Kasie Chorych w Białymstoku w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko dyrektora Kasy Chorych w Białymstoku” — do godziny 12-ej w południe dnia 25 października 1932 r.

Do podania należy dołączyć dokładny opis życia (curriculum vitae) ze szczegółowem uwzględnieniem pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi, należy uważać za nieuwzględnione.

Białystok, dn. 7 października 1932 r.

Komisarz Zarządzający Kasą Chorych  
w Białymstoku  
(—) St. Rawski