PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Pokolenie nasze znalazło w sobie odwagę, aby podjąć dzieło trudne lecz niezbędne: odrobienia w ciągu niewielu lat ogromnego zacofania, które jest jednym z głównych źródeł przeżywanych przez nas trudności. Aby usunąć całkowicie zaniedbania wieków, nie wystarczy ośmiu lat. Dla przezwyciężenia wiekowego zacofania trzeba dłuższego, wytężonego i planowego wysiłku całego narodu. Walka o wykonanie wielkich planów narodowych, o rozwój przemysłu, jako dźwigni wszystkich dziedzin gospodarki narodowej — jest dziś najważniejszym zadaniem.

(Z programu wyborczego Frontu Narodowego)

Nr 10 1952

POLSKIE WYDAWNICTWA GOSPODARCZE

TREŚĆ:

O wykorzystanie rezerw roboczych w instytucjach ubezpieczenia społecznego — St. Balcerski 285

Ogólnokrajowa narada rentowa w Poznaniu — J. P. 288

Mobilizujące zobowiązanie — J. Brem (Zabrze) 288

Wstępny program zabezpieczenia społecznego — R. G. 289

XVIII posiedzenie Tymczasowej Rady ZUS — St. K. 290

Nowa konwencja o ubezpieczeniu społecznym — W. Luchowski . . 292

WYKŁADNIA I PRAKTYKA

Obliczanie okresu zasiłku chorobowego — F. Łuczyński 294

Uwagi o orzecznictwie inwalidzkim — A. W. 296

O uprawnieniu do nadwyżki zasiłku pogrzebowego pozostałej po pokryciu rzeczywistych kosztów pogrzebu — E. Szeremeta 297

Niezdolność do pracy pod ziemią w rozumieniu Karty Górnika — T. Wasylecki 298

Szczególne przypadki obliczania przeciętnego zarobku jako podstawy wymiaru renty emerytalnej — P-k 299

Zakres świadczeń ubezpieczeniowych dla pracowników powołanych do służby wojskowej — St. St. 301

ZAPYTANIA I WYJAŚNIENIA Z PRAKTYKI UBEZPIECZENIOWEJ 302

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA — OKÓLNIKI ZUS 305

NASZA PRACA ZAWODOWA I SPOŁECZNA

Zadania komisji socjalno-ubezpieczeniowych w zakresie zapobiegania przyczynom absencji chorobowej — M. Brojewski 307

Pożyteczne wydawnictwo 308

Jak pracują organa związkowe w niektórych zakładach pracy — F. W. 309

Zaniedbanie za które ponoszą winę rady zakładowe — mb 310

Jeszcze o zmianie asygnaty na dopłatę zasiłku — E. Szeremeta . . . 310

Nowy klub korespondentów PUS 311

PROBLEMY — STUDIA — MATERIAŁY

Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy o normach minimalnych zabezpieczenia społecznego — W. L. 312

Robotnicy w Niemczech Zachodnich walczą o samorząd w ubezpieczeniach społecznych — J. S. 315

O zabezpieczeniu społecznym w krajach kapitalistycznych — J. S. . . 316

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Rok XX PAŹDZIERNIK 1952 Nr 10

O wykorzystanie rezerw roboczych
w instytucjach ubezpieczenia społecznego

Z referatu Naczelnego Dyrektora ZUS St. Balcerskiego na naradzie rentowej w Poznaniu

Tow. Bierut, w swoim referacie na VII Plenum KC PZPR rozwinął hasła Frontu Narodowego i określił jego istotę. Nauki tow. Bieruta są wytycznymi, z których również każdy zakład pracy musi czerpać wskazówki dla swojej działalności, dla usuwania z niej błędów i braków, scharakteryzowanych i skrytykowanych w referacie.

Jednym z głównych wskazań, które powinniśmy przenieść na nasz odcinek pracy, są wskazania związane z zagadnieniem siły roboczej. Szybki, niespotykany w naszych dziejach rozwój przemysłu powoduje rosnące zapotrzebowanie przemysłu na siły robocze.

Wśród sposobów poszukiwania sił roboczych wymienić należy ujawnianie i mobilizowanie rezerw w siłach roboczych, jakie są ukryte w poszczególnych zakładach pracy. Tow. Bierut mówi w swym referacie: *„trzeba w nowej sytuacji pracować po nowemu, trzeba ... wydać bezwzględną walkę marnotrawstwu siły roboczej w zakładach i w pełnej mierze wykorzystać wewnętrzno - zakładowe rezerwy"*.

Zastanówmy się więc czy nie posiadamy nadmiernej liczby pracowników w stosunku do prawidłowo ustalonych potrzeb, jaka jest wydajność pracy i czy wykorzystane zostały wszelkie środki dla jej stałego podnoszenia.

ZUS był pierwszą w naszym kraju instytucją, która wprowadziła normy pracy dla pracowników umysłowych. Na odcinku tym mamy już z górą przeszło sześcioletnie doświadczenie, które pozwoliło przełamać przesąd, pokutujący dość powszechnie jakoby pracy umysłowej nie można było normować. Normy pracy były już kilkakrotnie rewidowane, ostatnio w grudniu roku ubiegłego

W pierwszym kwartale br. przeciętna wydajność pracy dla wszystkich komórek rentowych wynosiła 113,5%, w czerwcu zbliżyła się do 125%. W tym miesiącu na 882 pracowników zatrudnionych w komórkach rentowych i wykonujących czynności normowane 38,3% osiąga wydajność w granicach ponad 100 do 125%, zaś 46,1% przekracza normę powyżej 125%, a więc ponad granicę odpłatną w postaci premii.

Wyniki te świadczą o dobrej postawie naszych pracowników, o ich socjalistycznym stosunku do pracy rozwijającym się na bazie dobrze pojętego współzawodnictwa.

Niektóre jednak oddziały wloką się jeszcze w ogonie nie nadążając za oddziałami przodującymi na tych czy innych odcinkach.

Dobre wyniki wydajności pracy trzech młodych oddziałów (Olsztyn, Lublin, Bydgoszcz), które stawiają pierwsze kroki na odcinku przyznawania rent, winny stać się czynnikiem mobilizującym dla oddziałów w Warszawie, Krakowie i Łodzi, które nie realizują zadań, jakie Plan 6-letni stawia przed całym naszym społeczeństwem na odcinku zwiększenia wydajności pracy.

Na odcinku wypłaty rent obserwuje się w drugim kwartale 1952 r. zwiększenie wydajności pracy pracowników komórek wypłat rent; w kwietniu 1952 r. wynosiła ona 112,3%, a w czerwcu — 122,4% normy. Nie wszystkie jednak oddziały pracują tu jednakowo, w czerwcu br. rozpiętość wynosiła od 85,8% w Zielonej Górze do 140,2% w Warszawie.

Aby stopień wykonania norm mógł być wskaźnikiem właściwej obsady personalnej, normy muszą być w prawidłowy sposób ustalone. Czas przeznaczony na wykonanie określonej czynności powinien odpowiadać czasowi istotnie potrzebnemu, określonemu przy tym w taki sposób, aby pobudzał pracownika do szukania wszelkiego rodzaju usprawnień w pracy i mobilizował go do podnoszenia wydajności.

We wspólnej odezwie Zarządu Głównego ZZPIS i Centrali ZUS w sprawie podejmowania zobowiązań z okazji wyborów do Sejmu i XIX Zjazdu WKP(b) podane zostało między innymi wezwanie o podejmowanie zobowiązań co do zmniejszenia czasu poszczególnych norm. Załogi naszych wy-

działów rentowych podjęły tę inicjatywę. Pragnę tu podkreślić zobowiązanie Oddziału ZUS w Zabrzu, który równocześnie wezwał do współzawodnictwa w tej dziedzinie wszystkie pozostałe oddziały.

Ten oddolnie powstający ruch w kierunku rewizji norm pracy, wzmożenia wydajności, nie zwalnia jednak kierownictwa zarówno w oddziałach jak i w Centrali od tego, aby na fali wzrastających zobowiązań i zgodnie z nimi przeprowadzić rewizję norm. Trzeba stale przeciwdziałać powstawaniu marnotrawstwa siły roboczej, zmniejszać liczbę pracowników tam, gdzie zmniejsza się ilościowy zakres działania, a pracować tą samą ilością pracowników tam, gdzie rośnie ilość załatwianych spraw.

Wśród niektórych towarzyszy również i z kierownictwa centrali i oddziałów ZUS pokutuje jeszcze błędny pogląd, że system normowania pracy i premiowania ma służyć jedynie do podwyższania zarobków pracowników a pomija całkowicie stronę wychowawczą: rozwój socjalistycznego stosunku do pracy przez walkę o wzrost wydajności. Tego rodzaju poglądy są nie tylko błędne ale i szkodliwe, muszą one być najszybciej usunięte z naszego środowiska.

Niezależnie od zagadnienia zaostrzania norm od dawna już istnieje i występuje z coraz pilniejszą koniecznością sprawa rewizji systemu normowania obecnie zbyt rozdrobnionego na poszczególne elementy czynności. Dyrekcja podjęła ten temat i prosi o współpracę przez nadsyłanie wniosków.

Poszukiwanie ukrytych rezerw sił roboczych musi również zwrócić naszą uwagę na szukanie dalszych uproszczeń i usprawnień w naszej pracy, które przyniosły dotychczas bardzo znaczne oszczędności w etatach a ponadto ułatwiły pracę, podniosły wydajność i w sumie poważnie obniżyły koszty administracji.

Pole do dalszych prac upraszczających i usprawniających stanowią przede wszystkim prace manipulacyjne i rachunkowe, a więc rejestratur oraz komórek rent.

Z zagadnieniem wydajności pracy łączy się bezpośrednio i jak najściślej ruch współzawodnictwa pracy. Ruch ten jest przecież jednym ze środków dobrowolnego podnoszenia wydajności pracy drogą podejmowania zobowiązań. W ten sposób wraz z osiąganiem celu wychowawczego, którym jest umacnianie socjalistycznego stosunku do pracy, współzawodnictwo pracy przynosi poważne osiągnięcia w zakresie właściwej gospodarki siłą roboczą.

Jednym z ważnych tematów we współzawodnictwie w komórkach rentowych jest skracanie przeciętnego czasu załatwiania roszczeń rentowych.

Dla ZUS jako całości czas trwania załatwienia roszczenia od daty jego zarejestrowania do daty aprobaty w sekcjach rentowych przedstawiał się w poszczególnych okresach i rodzajach roszczeń następująco:

	XI 1951	IV 1952	VI 1952
emerytalne powszechne	40 dni	41 dni	38 dni
z KG i brackie	48 dni	55 dni	48 dni
wypadkowe	61 dni	58 dni	59 dni

Że czas ten może ulec dalszemu i to znacznemu skróceniu dowiódł Oddział Gdański, który ze wszystkich oddziałów ma najlepszy czas trwania załatwiania roszczeń (w czerwcu przeciętna dla wszystkich roszczeń — 14 dni).

Przykład Oddziału Gdańskiego dowodzi, że obniżenie czasu załatwienia roszczenia poniżej jednego miesiąca jest zupełnie realne. Centrala przeprowadziła specjalną obserwację metod pracy Oddziału Gdańskiego i stwierdza, że osiągnięte przez ten Oddział wyniki Gdańsk zawdzięcza wciągnięciu całego zespołu do współzawodnictwa, przy czym współzawodniczyli między sobą poszczególni referenci co do skrócenia czasu załatwienia roszczenia.

Wprowadzona okólnikiem 148/52 obserwacja czasu załatwienia roszczeń od daty wpływu do ZUS do daty wysłania przekazu winna być skutecznym narzędziem dla kierownictwa oddziałów do dalszego skracania czasu załatwienia roszczeń rentowych. Zadanie to powinno ożywiać wszystkich pracowników komórek rentowych. Przede wszystkim na podstawie osiągniętych wyników w tym zakresie oceniana będzie praca oddziałów i ich kierownictwa.

Biorąc pod uwagę istotne znaczenie współzawodnictwa w zakresie skracania przeciętnego czasu załatwiania roszczeń rentowych a także nawiasem mówiąc i zasiłkowych, należy wzmóc akcję w kierunku zwiększenia ilości osób podejmujących zobowiązania tego typu jak i stawiać w podejmowanych zobowiązaniach coraz bardziej mobilizujące zadania.

Podstawowym błędem w ruchu współzawodnictwa, z którego wynikają inne, jest niedostateczny jeszcze współudział czynnika administracyjnego w niektórych oddziałach w prawidłowym, systematycznym i ciągłym kierowaniu ruchem współzawodnictwa. Całość obowiązków czynników administracyjnych streszcza się w zerwaniu z żywiołowością w podejmowaniu zobowiązań, odrywającą tematykę zobowiązań od bieżących zadań i planów i w przejściu na planowość w ruchu współzawodnictwa. Trzeba przy tym pamiętać, że prawidłowy rozwój ruchu współzawodnictwa opierać się musi na prowadzonej w porozumieniu z ogniwami związkowymi stałej akcji polityczno-wychowawczej, która wprowadzi momenty ideowe do tego ruchu i powiąże go z rozwojem naszego kraju, z budową podstaw socjalizmu.

Dzięki wprowadzeniu norm pracy w komórkach rentowych, wykonujących ubezpieczenie brackie i z Karty Górnika, dokonaniu całego szeregu usprawnień organizacyjnych, połączeniu oddziałów obwodowych w miastach wojewódzkich z oddziałami wojewódzkimi, jak również w znacznym stopniu dzięki stałemu podnoszeniu się wydajności pracy, stan personelu w komórkach rentowych w czerwcu br. wynosił ogółem 912 osób, czyli prawie tyle ile przed rokiem wynosił stan pracowników ZUS bez Sp. Brackiej. Mimo więc b. znacznego wzrostu portfelu rentowego o renty brackie i normalnego przyrostu rent powszechnych, liczba pracowników nie uległa zmianie.

Ciągle jeszcze jednak zdarza się, i to dość często, planowanie zbyt wysokich etatów w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Plany obsady personalnej

powinny być z całą dokładnością ustalane w taki sposób, aby zaplanowana liczba etatów, stanowiła bodziec dla kierownictwa do poszukiwania usprawnień i uproszczeń.

W związku z pełnym wykorzystaniem siły roboczej trzeba zwrócić uwagę na problem szkolenia nowych pracowników, wśród których przeważa młodzież. Na tym odcinku mamy poważne zaniedbania. Jak je usunąć uczy nas tow. Bierut mówiąc: *„Zagadnienie szkolenia bez oderwania od pracy, wyuczenia zawodu i podniesienia kwalifikacji stają się w stosunku do młodzieży zagadnieniami szczególnie palącymi i ważnymi"*. Idąc w tym kierunku powinniśmy opracować odpowiednie metody szkolenia przywarsztatowego.

Na ogół jakość załatwień i styl pracy w Oddziałach stopniowo wzrasta, istnieją jednak niedociągnięcia w pracy wszystkich niemal oddziałów polegające na typowych objawach biurokratyzmu.

Najbardziej istotnym objawem biurokratyzmu i najgroźniejszym jest niedbałe wydawanie orzeczeń, mało wnikliwe, nie oparte na całokształcie zgromadzonych dokumentów, a na poszczególnych fragmentach i przez to często błędne, krzywdzące ubezpieczonego. Wynika to także z niedbałości i fragmentaryczności w gromadzeniu dokumentów. Charakterystycznym objawem biurokratyzmu jest również stosunek oddziałów do skarg i zażaleń.

Ogólnie biorąc zauważa się jeszcze chęć ukrywania własnej winy w przypadku niewłaściwego załatwienia sprawy i tendencje do przerzucania odpowiedzialności na roszczących wzgl. na inne instytucje, oraz chęć ukrycia popełnionych błędów w długim chronologicznym opisie sposobu załatwiania sprawy. Pracownicy nasi nie zrozumieli jeszcze dostatecznie znaczenia krytyki i samokrytyki jako oręża do walki z bezdusznością, formalizmem i biurokratyzmem.

Pracujemy w instytucji, która jeszcze zachowała swój biurokratyczny charakter, nie podlegamy bezpośredniej kontroli społecznej, a więc kontroli tych, których obsługujemy, a tow. Bierut mówi: *„Aparat państwa ludowego wymaga tej kontroli nieustannie, codziennie, na każdym kroku, aby nie nabywał on złych narowów, aby tępić w nim wszelkie tendencje do lekceważenia potrzeb mas, aby nie uległ korupcji i demoralizacji"*.

Zgodnie z tym musimy wszyscy uznać prawo ubezpieczonych do kontroli naszej działalności, jako ich uprawnienia konstytucyjne i traktować skargi i zażalenia jako jedną z form tej kontroli. Musimy także uczyć się wykorzystywać skargi dla uzdrowienia pracy Zakładu. W szczególności zaś kierownicy muszą zrozumieć, że jak mówi tow. Bierut: *„Wytworzyła się nowa sytuacja, która wymaga nowych metod kierownictwa"*.

Musimy naszą pracę upolitycznić na każdym z jej odcinków. *„Upolitycznić naszą codzienną pracę* — mówi tow. Bierut — *należy przez jej nieustanne wiązanie z podstawowymi zadaniami budownictwa socjalistycznego, z naszą ideologią i programem, z zasadniczymi wytycznymi uchwał partyjnych, z podnoszeniem świadomości mas pracujących"*.

*

My pracownicy ubezpieczeń społecznych włączamy się wszyscy do Frontu Narodowego, który jest jednością działania wszystkich Polaków pragnących gospodarczego i kulturalnego rozkwitu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, szybkiego wzrostu jej siły oraz dobrobytu wszystkich ludzi pracy.

Stając w szeregach Frontu Narodowego musimy być gotowi oddać swe myśli, zapał i siły walce o zwycięskie wykonanie historycznych planów narodowych — planów uprzemysłowienia i wszechstronnego rozwoju Polski.

My szczególnie powinniśmy uświadomić sobie i ponieść w masy ubezpieczonych zapowiedź zawartą w Programie Frontu Narodowego, że urzeczywistnienie tego Programu, *„przyśpieszenie wykonania Planu Sześcioletniego oznacza poprawę zaopatrzenia emerytów, inwalidów, rencistów"*. Wiemy, że dotychczasowe nasze osiągnięcia gospodarcze pozwoliły już na wprowadzenie ubezpieczenia rodzinnego i wysokich rent dla górników, na podwyższenie i rozszerzenie świadczeń w przypadku choroby i połogu i szereg innych zmian służących poprawie sytuacji materialnej klasy robotniczej.

Nasz wkład w wykonanie Programu Frontu Narodowego jako pracowników ZUS to podnoszenie stałej wydajności pracy, to rozwijanie ruchu współzawodnictwa pracy, mnożenie szeregów racjonalizatorów i przodowników, to przestrzeganie wskazań władzy ludowej praworządności i socjalistycznej dyscypliny pracy, śmiała krytyka i samokrytyka, to walka z birokratyzmem, kumoterstwem i bezdusznym stosunkiem do człowieka.

St. Balcerski

URZECZYWISTNIENIE PROGRAMU FRONTU NARODOWEGO, PRZYSPIESZENIE WYKONANIA PLANU SZEŚCIOLETNIEGO OZNACZA: WZROST REALNYCH ZAROBKÓW ROBOTNIKA I INTELIGENTA, POPRAWĘ ZAOPATRZENIA EMERYTÓW, INWALIDÓW I RENCISTÓW – WZROST POZIOMU ŻYCIOWEGO CHŁOPA PRACUJĄCEGO – UMOCNIENIE I STAŁE ROZSZERZANIE ZDOBYCZY LUDU PRACUJĄCEGO, ZAGWARANTOWANYCH PRZEZ KONSTYTUCJĘ. OD NAS SAMYCH, OD NASZEJ ŚWIADOMOŚCI, OFIARNOŚCI I AKTYWNOŚCI ZALEŻĄ POSTĘPY NASZEGO BUDOWNICTWA.

(Program Wyborczy Frontu Narodowego)

Ogólnokrajowa narada rentowa w Poznaniu

W dniach 22 i 23 września br. około 100 pracowników ZUS obradowało nad aktualnymi zagadnieniami na odcinku rentowym. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Centrali i 26 Oddziałów ZUS, przyznających renty, liczni dyrektorzy oddziałów i kierownicy wydziałów. Obecny był również tow. Goliński z Wydziału Administracyjnego KC PZPR, przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Zarządu Głównego ZZPIS. Władze lokalne reprezentowali przedstawiciele KW PZPR i Prezydium MRN w Poznaniu.

Redakcję „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" reprezentował Redaktor Naczelny Jerzy Piotrowski.

Konferencja miała charakter ogólnopolskiej narady roboczej i poświęcona była przeniesieniu na odcinek działalności rentowej ZUS wskazań VII Plenum KC PZPR oraz X Plenum CRZZ. Porządek obrad obejmował analizę pracy oddziałów ZUS na odcinku rentowym, wyjaśnienia co do wykładni szeregu przepisów z zakresu prawa ubezpieczeniowego, ustalenie zasad co do roli lekarza orzekającego i czynnika administracyjnego w orzecznictwie rentowym, omówienie zagadnień dotyczących zasad i organizacji pracy przy wypłacie świadczeń rentowych oraz niektórych zagadnień organizacyjnych.

Analiza pracy oddziałów ZUS na odcinku rentowym stanowiła centralny temat konferencji i wywołała bardzo żywą dyskusję. Referat podsumowujący dotychczasowe wyniki i dający wytyczne dla dalszego kierunku działalności wygłosił Dyrektor Naczelny ZUS St. Balcerski, który przewodniczył obradom. Najważniejsze fragmenty tego referatu drukujemy na wstępie niniejszego numeru.

W obszernej dyskusji przedstawiciele oddziałów rozwijali podstawowe myśli referatu i uzupełniali go uwagami o doświadczeniach z własnych terenów pracy, wskazywali na trudności napotykane w pracy, mówili w jaki sposób z tymi trudnościami walczą lub prosili o pomoc w ich rozwiązaniu towarzyszy z innych środowisk. Mówili o wykorzystywaniu narad roboczych do walki z brakoróbstwem ubezpieczeniowym i do analizy skarg i zażaleń dla ujawniania błędów popełnianych w pracy, o potrzebie częstszej i bardziej systematycznej wymiany doświadczeń m. in. za pośrednictwem „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych". Dużo uwagi skupiło na sobie osiągnięcie przez Oddział Gdański najkrótszego czasu załatwiania roszczeń; na ogólny apel tow. Ratajczak z Gdańska przedstawił drogę, która doprowadziła do osiągniętych wyników, drogę skrupulatnej analizy organizacji i przebiegu wszystkich czynności, z których składa się opracowanie roszczenia rentowego. Wezwanie Zabrza o zaostrzenie norm spotkało się z pozytywnym przyjęciem, przy czym kilka oddziałów mogło stwierdzić, że na niektórych odcinkach przekracza już normy projektowane przez ten Oddział. Kilkakrotnie podniesiono w dyskusji skargi na niedostateczną współpracę rad narodowych z instytucjami ubezpieczeń, co hamuje prace przy rozpatrywaniu roszczeń. Towarzysze zwłaszcza z oddziałów śląskich podnosili, że zakłady pracy często niestarannie i lekkomyślnie wystawiają zaświadczenia o przebiegu pracy ubezpieczonych i nie dbają o należytą ewidencję, niezbędną do oceny uprawnień rentowych. Poruszono również sprawy bytowe, głównie nieuzasadnionego upośledzenia niektórych pracowników przy klasyfikowaniu ich do grup uposażeniowych, sprawy urlopów i inne.

Podsumowując dyskusję mógł dyr. Balcerski z pełnym przekonaniem stwierdzić, że wniosła ona wiele cennych momentów, że w sposób jasny wytyczyła zadania i metody ich realizacji.

Druga część obrad poświęcona była przede wszystkim wyjaśnieniu wątpliwości co do wykładni licznych norm ustawodawstwa emerytalnego, wypadkowego, brackiego i z Karty Górnika oraz co do postępowania szczególnie przy wypłatach rent. Na ponad 100 zapytań nadesłanych uprzednio przez oddziały udzielali odpowiedzi przedstawiciele Centrali ZUS (dyr. Niementowski, dyr. Łuczyński, kier. wydz. Wasylecki i in.).

O roli i wzajemnym stosunku lekarza orzekającego i czynnika administracyjnego w orzecznictwie rentowym mówił dyr. Niementowski.

Ważnym punktem obrad była sprawa udziału pracowników ZUS w kampanii wyborczej i w mobilizacji mas ubezpieczonych wokół haseł Frontu Narodowego.

Właściwe zestawienie zagadnień i czynny udział w obradach przedstawicieli oddziałów pozwalają sądzić, że konferencja poważnie przyczyni się do lepszej obsługi ubezpieczeniowej klasy pracującej i do rozwoju nowych i lepszych, socjalistycznych metod pracy ZUS.

Trzeba podkreślić, że oddział wojewódzki w Poznaniu, organizator konferencji, doskonale spełnił swe zadanie: uczestnicy mieli zapewnione dobre warunki pracy i pobytu. Ponadto po wytężonych obradach mogli skorzystać z bogatego wachlarza imprez artystycznych i rozrywkowych, udostępnionych im przez troskliwych gospodarzy.

J. P.

MOBILIZUJĄCE ZOBOWIĄZANIE

Załoga Oddziału Obwodowego ZUS w Zabrzu poddała krytycznej analizie dotychczasowe, ustalone przeszło przed rokiem, normy wydajności pracy i doszła do wniosku, iż w znacznej mierze utraciły one charakter mobilizujący.

Z tej racji oraz dla uczczenia wyborów do Pierwszego Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, XIX Zjazdu WKP(b) i 35 Rocznicy Wielkiej Rewolucji Październikowej załoga oddziału w Zabrzu podjęła następujące zobowiązanie:

1. *Zaostrzyć normy wydajności:*
   a) *w komórkach przyznawania i wypłaty rent przeciętnie o około 10%,*
   b) *w komórkach zasiłków przeciętnie o około 15%.*
2. *Zaostrzone normy wydajności stosować od 1 października 1952 r.*
3. *W komórkach o czynnościach nienormowanych usprawnić pracę i podnieść jej wydajność do tego stopnia, by wszystkie zadania wykonać w pełni przy zmniejszonej obsadzie osobowej możliwie o 10%.*
4. *Szkolić pracowników uspołecznionych zakładów pracy, zatrudnionych przy obliczaniu i wypłacie zasiłków, celem usunięcia usterek i błędów przy wykonywaniu tych czynności.*
5. *Przez szkolenie własnych pracowników podnieść kwalifikacje zawodowe jak i wzrost świadomości politycznej załogi, aby nadal przy zaostrzonych normach stale podnosić jakość pracy.*

Załoga Oddziału Obwodowego w Zabrzu wezwała wszystkich pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce do podjęcia analogicznych zobowiązań.

J. Brem (Zabrze)

Wstępny program zabezpieczenia społecznego

Projekt na Międzynarodową Konferencję organizowaną przez ŚFZZ

Szybko zbliża się termin Międzynarodowej Konferencji w sprawie zabezpieczenia społecznego i ubezpieczeń społecznych, zainicjowany przez Światową Federację Związków Zawodowych. Konferencja ta odbyć się ma w początkach przyszłego roku.

Prace przygotowawcze do Konferencji zostały już daleko posunięte. W Wiedniu odbyło się kilka posiedzeń Komitetu Przygotowawczego, na których opracowany został wstępny projekt ogólnego programu zabezpieczenia społecznego (opublikowany w czasopiśmie „Die Arbeit" Nr 5/52).

Wstępny program wiedeński daje wyraz przede wszystkim ogólnym celom i założeniom Konferencji. Na zakończenie sesji Komitetu Przygotowawczego sekretarz generalny ŚFZZ tow. Louis Saillant oświadczył: „Federacja Światowa zwraca się o współpracę przy przygotowaniu i zorganizowaniu Międzynarodowej Konferencji w sprawie ubezpieczeń społecznych i zabezpieczenia społecznego do wszystkich organizacji i wszystkich osób, które walczą o ideę zabezpieczenia społecznego i gotowe są w tym kierunku współdziałać, bez względu na ich zawód, ich pozycję społeczną i przekonania polityczne".

Celem głównym Konferencji jest więc osiągnięcie jedności świata pracy w tej tak zasadniczej sprawie i dlatego program wstępny formułuje postulaty zasadnicze w sposób uwzględniający możliwie szeroko różnorakie odchylenia w wielu dziedzinach, tradycyjne formy organizacyjne w różnych krajach i różnice w dotychczasowym stopniu rozwoju. Dla uniknięcia zarzutów narzucania pewnych koncepcji i dla ułatwienia pełnej swobody dyskusji organizatorzy wyraźnie podkreślają, że program wstępny ma tylko ułatwić dyskusję i że zaaprobowanie go nie jest bynajmniej warunkiem uczestnictwa w Konferencji.

Powstać może pytanie, czy wobec takiego charakteru programu będzie on mógł dać wyraz istotny aspiracjom klasy robotniczej. Obawa taka jest nie słuszna.

Zagadnieniem najważniejszym jest dziś utwierdzenie i upowszechnienie zdobyczy już choćby częściowo osiągniętych wobec wzmagającego się nacisku i coraz wyraźniejszej ofensywy zorganizowanego kapitału na prawa robotnicze, prowadzonej w warunkach stałego kurczenia się budżetów na cele pokojowe i stałego obniżania poziomu życia szerokich mas ludności pod naciskiem obłędnej „atlantyckiej" polityki zbrojeniowej.

Drugą okolicznością, nakazującą mobilizację jedności robotniczej wokół haseł programu wiedeńskiego jest oczywisty już dziś dla wszystkich fakt, że Międzynarodowa Organizacja Pracy przestała być wyrazicielem linii postępu społecznego a zeszła na pozycje agentury amerykańskich grup wielkokapitalistycznych w ich wojennej i antyrobotniczej polityce. Właśnie w dziedzinie zabezpieczenia społecznego przyjęcie na tegorocznej sesji MOP konwencji o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego, nie chroniącego klasy robotniczej w krajach bardziej zaawansowanych przed możliwością pogorszeń, nie zobowiązującej krajów bardziej zacofanych do realnych kroków naprzód i stanowiącej w wielu punktach pogorszenie w porównaniu ze stanem obecnym, dowodzi konieczności sformułowania własnego programu przez niezawisłe od kapitału i wolne organizacje robotnicze.

I.

Najważniejszą częścią programu wiedeńskiego jest rozdział pierwszy o ogólnych podstawach zabezpieczenia społecznego.

Wstępny postulat domaga się uznania prawa do zabezpieczenia społecznego dla wszystkich żyjących z pracy za prawo zasadnicze. Nie wszystkie konstytucje państw kapitalistycznych prawo to uznają.

Zakres zabezpieczenia powinien obejmować wszystkie ryzyka i choroby macierzyństwa, inwalidztwa, starości, wypadków przy pracy i chorób zawodowych, pełnego i częściowego bezrobocia, śmierci. Ponadto w ramach urządzeń zabezpieczenia społecznego winny się znaleźć zasiłki rodzinne i płatne urlopy.

Cechą charakterystyczną programu jest danie wyrazu zasadzie, że obok świadczeń w gotówce zabezpieczenie społeczne musi prowadzić akcję profilaktyczną w jak najszerszym zakresie i musi troszczyć się o dalszy los ofiar ryzyk pracy, w szczególności przez szkolenie i zapewnienie dalszego zatrudnienia częściowym inwalidom pracy.

W zakresie pomocy lekarskiej postulatem minimalnym jest bezpłatna pomoc lekarska dla wszystkich pracujących bez żadnych ograniczeń w czasie. Postulatem dalszym, do którego mają zmierzać dalsze wysiłki, jest objęcie bezpłatną publiczną pomocą lekarską wszystkich warstw ludności.

Jeśli idzie o zakres osobowy, to żąda się bezwarunkowego objęcia systemami zabezpieczenia nie tylko robotników przemysłowych, ale i robotników rolnych, sezonowych i chałupniczych oraz uczniów, a w dalszej kolejności samodzielnych chłopów i dzierżawców, rzemieślników, pracowników wolnych zawodów i innych pracowników samodzielnych.

Program wiedeński nie dopuszcza w zakresie zabezpieczenia i świadczeń jakichkolwiek różnic ze względu na zawód, narodowość, rasę, wyznanie, wiek i płeć.

Z zakazu różnic ze względu na zawód wynika wyraźna tendencja do możliwie jednolitego systemu zabezpieczenia społecznego. Program wstępny nie stoi jednak na stanowisku abstrakcyjnej linii teoretycznej, ale uwzględniając istniejące stosunki realne, dopuszcza zachowanie korzystniejszych uprawnień już osiągniętych przez pewne grupy zarobkowe oraz przewiduje możliwość wprowadzenia dla pewnych grup korzystniejszych uprawnień, gdy uzasadniają to szczególne warunki pracy tych grup.

W nabrzmiałej i ważnej sprawie robotników cudzoziemskich i wędrownych pkt 11 zasad ogólnych zawiera wyraźne sformułowanie, że ich „prawa do świadczeń nie mogą być pod żadnym względem ograniczone ze względu na pobyt w jakimkolwiek innym kraju, bez względu na jego długość".

Zasada, w myśl której do robotnika cudzoziemskiego wyjeżdżającego z kraju zatrudnienia nie mogą być stosowane żadne ograniczenia, w szczególności te ograniczenia, które rządy mogą stosować do własnych obywateli opuszczających swą ojczyznę, była zawsze konsekwentnie wysuwana i broniona na forum międzynarodowym przez Polskę. Została ona w pełni uwzględniona w umowie o ubezpieczeniu społecznym między Polską a Czechosłowacją.

Kraje kapitalistyczne tej jedynie słusznej zasadzie „zrównania terytoriów" przeciwstawiają zasadę „równego traktowania" własnych i obcych obywateli, pozwalającą na stosowanie do robotników obcokrajowców, wracających do ojczyzny, takich samych restrykcji, jakie dany rząd może stosować w stosunku do własnych obywateli wyjeżdżających zagranicę. Zasada ta utrudnia reemigrację.

Tę właśnie antysocjalną, krzywdzącą zasadę przyjęto w tegorocznej genewskiej Konwencji o normach minimalnych.

W sprawie finansowania zabezpieczenia społecznego program wiedeński zajmuje stanowisko zdecydowane i bezkompromisowe.

Koszty zabezpieczenia społecznego winny być pokrywane przez państwo lub pracodawców lub też łącznie przez państwo i pracodawców, stosownie do konkretnych warunków w każdym kraju. Nie mogą one opierać się na składkach pracowników najemnych.

W tej zasadniczej sprawie szukanie jakichkolwiek kompromisowych rozwiązań byłoby oczywistym skrzywieniem programu. Klasa robotnicza rozumie dobrze, że obciążenie pracownika składką ubezpieczeniową jest jednym ze sposobów przerzucania kosztów społecznych na barki szerokich mas i jedną z metod ochrony zysków kapitalisty, ciągnionych z wyzysku robotnika.

Należy tu wspomnieć, że Konwencja o normach minimalnych nie wykracza poza postulat podziału składki po 50% między pracodawcę i pracownika.

O ile w sprawie zasady samej program jest bezkompromisowy, o tyle w zakresie wskazań taktycznych dla jego realizacji autorzy projektu liczą się w pełni z realnymi trudnościami. Tam, gdzie robotnik jest obciążony częścią składki, tam należy przede wszystkim nie dopuścić do podwyższenia tego obciążenia i starać się stopniowo zmniejszać składkę pracowniczą aż do jej zupełnego zlikwidowania.

Równie zdecydowane, jak w sprawie składek, jest stanowisko projektodawców i w sprawie administrowania systemem zabezpieczenia. Pkt 8 programu zawiera żądanie złożenia zarządu w ręce samych zainteresowanych tj. uprawnionych do świadczeń, (w stosunku do robotników i pracowników umysłowych — w ręce związków zawodowych).

Bez uzyskania swobody decyzji w administrowaniu systemami ubezpieczeń społecznych zdobycz ta będzie dla klasy robotniczej zawsze tylko połowiczna, a możliwość obrony bardzo ograniczona. Program zaleca więc dążenie do stałego zwiększania udziału robotników i pracowników umysłowych w zarządzie zabezpieczenia społecznego na wszystkich szczeblach. W szczególności zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia, pochodzących z wyborów, przedstawicieli świata pracy do ciał kierowniczych, a więc do zarządów centralnych, gdzie bardzo często, jako przedstawiciele zainteresowanych, zasiadają różni nominaci rządowi, rzekomo reprezentujący zrzeszony świat pracy.

W sprawie świadczeń pieniężnych z tytułu braku zarobku postawiona jest zasada procentowego wymiaru świadczeń od pełnej kwoty zarobku z zachowaniem stawek minimalnych dla ochrony osób najniżej zarabiających. Punkt ten zwraca się przeto wyraźnie przeciw wszelkim systemom jednolitych stawek wymiaru rent i zasiłków, których celem jest prawie zawsze utrzymanie tych świadczeń na poziomie wsparć opiekuńczych, niezabezpieczających minimum egzystencji.

XVIII Posiedzenie Tymcz. Rady ZUS

XVIII posiedzenie Rady ZUS odbyło się dnia 13 września br. w celu przyjęcia zamknięć rachunkowych Zakładu za rok 1951. Zamknięcia rachunkowe zostały sporządzone stosownie do uchwały Rady Państwa z dn. 2 lipca br. ogłoszonej w Monitorze Polskim Nr A-69 poz. 985.

Sprawozdanie z działalności finansowo-gospodarczej oraz z wykonania zadań planowych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w roku 1951 złożył dyr. St. Pawlik.

Po omówieniu poszczególnych elementów referent wskazał na poważne przeszkody, jakie napotkano w trakcie wykonywania zadań planowych, w szczególności zaś na trudności w ściąganiu sum nieprawnie wypłaconych przez zakłady pracy tytułem zasiłków chorobowych i rodzinnych.

Jakkolwiek Centrala i oddziały ZUS nie tylko nie ustają w akcji instruktarzowej, szkoleniowej i kontrolnej lecz stale ją nasilają, to w dalszym ciągu obserwuje się częste wypadki wadliwych i nieprawidłowych wypłat zasiłków na terenie zakładów pracy. Zagadnienie to, wraz z obszernym materiałem dowodowym, Centrala Zakładu przedstawiła ponownie władzom nadzorczym i związkowym.

Prezydium Tymczasowej Rady Zakładu Ubezpieczeń Społecznych powołało Komisję spośród członków Rady w osobach ob. ob. Sadkowskiego, Sękulskiego i Marczewskiego, której zadaniem było przeanalizowanie sprawozdania z działalności finansowo-gospodarczej. Komisja ta brała udział w pracach nad sprawozdaniem. W imieniu Komisji ob. Sadkowski poddał ocenie przedstawione zamknięcia stwierdzając, że wydatki administracyjne świadczą o właściwej i prawidłowej gospodarce. Podkreślił on również właściwą gospodarkę etatami.

Tymczasowa Rada Zakładu powzięła jednogłośnie uchwałę stwierdzającą, że przedłożone zestawienia i dokumenty stanowią wystarczającą podstawę do podjęcia decyzji w przedmiocie zatwierdzenia zamknięć rachunkowych ZUS za rok 1951.

W okresowym sprawozdaniu Dyrektor Naczelny St. Balcerski omówił kształtowanie się liczby ubezpieczonych i ich przeciętnych

II.

Rozdział drugi programu, traktujący o poszczególnych świadczeniach zabezpieczenia społecznego, jest rozwinięciem i sprecyzowaniem zasad ogólnych.

Oczywiście propozycje przedstawione w pogramie nie mogą w niczym podważać osiągniętych już w poszczególnych krajach korzystniejszych warunków.

W zakresie zasiłków chorobowych program zawiera żądanie wypłacania zasiłku od pierwszego dnia choroby do terminu powstania prawa do renty inwalidzkiej oraz postulat przyznania zasiłku matkom w razie choroby dziecka.

W zakresie świadczeń na wypadek macierzyństwa postuluje się przedłużenie okresu zasiłkowego do 14 tygodni i zagwarantowanie opłacanych przerw w pracy dla matek karmiących.

W zakresie rent starczych żąda się obniżenia wieku uprawniającego do renty dla kobiet do 55 lat maksymalnie. Wymiary rent starczych i inwalidzkich nie powinny być niższe niż 50% zarobku. Wymiar i wypłata rent nie mogą być uzależnione od posiadania ewentualnych innych źródeł dochodu.

Zasiłki rodzinne powinny być wypłacane na wszystkie dzieci pracownika, poczynając od pierwszego, niezależnie od jego położenia materialnego. Wysokość zasiłku powinna wynosić około 10% zarobku na każde dziecko.

Najgroźniejszym ryzykiem dla klasy robotniczej krajów kapitalistycznych pozostaje nadal bezrobocie. Istnieje ono nie tylko w formie pełnego bezrobocia, lecz także jako bezrobocie częściowe, wynikające z zmniejszania liczby godzin pracy w poszczególnych przemysłach. Szczególną groźbę dla klasy robotniczej Zachodniej Europy stanowią usiłowania opanowania rynków europejskich m. in. poprzez tzw. plan Schumana. W konsekwencji tych usiłowań istnieje stale niebezpieczeństwo ograniczania lub zamykania produkcji w pewnych działach i krajach, przy czym lansuje się poglądy o konieczności przerzucania sił roboczych zlikwidowanych fabryk do innych gałęzi przemysłu, do rolnictwa itp.

W obliczu tych perspektyw wstępny program zabezpieczenia społecznego formułuje następujące postulaty:

a) zasiłek z powodu bezrobocia powinien wynosić 75% zarobku i powinien być wypłacany od pierwszego dnia bezrobocia przez cały okres,

b) wypłata zasiłku nie może być warunkowana gotowością przyjęcia zatrudnienia, nieodpowiadającego kwalifikacjom bezrobotnego,

c) w przypadku częściowego bezrobocia należy wypłacać zasiłek w wysokości 75% zarobku za wypadające godziny pracy, obliczone według ustawowych lub ogólnie przyjętych norm czasu pracy,

d) młodociani, którzy osiągnęli wiek zdolności do pracy, lecz nie mogą znaleźć zatrudnienia, są uprawnieni do zasiłku.

III.

Osobny rozdział programu poświęcony jest zagadnieniom zabezpieczenia społecznego w krajach i terytoriach kolonialnych, półkolonialnych i gospodarczo zależnych.

Program stwierdza, że wprowadzenie systemu społecznego zabezpieczenia jest dla ludności tych krajów pilną koniecznością. Zasadniczym warunkiem urządzeń socjalnych w tej grupie krajów musi być bezwzględne usunięcie wszelkich różnic i dyskryminacji na gruncie przynależności rasowej. Wszystkie świadczenia socjalne muszą być zagwarantowane na równych warunkach dla wszystkich pracowników bez względu na ich pochodzenie.

Ten program stanowi odcięcie się światowego niezależnego ruchu zawodowego od praktyk kapitału kolonialnego, który usiłuje wszędzie stworzyć szczególnie uprzywilejowane warunki dla pracowników z metropolii, pragnąc w ten sposób zapobiec powstawaniu solidarności między nimi a pracownikami krajowymi.

Drugim warunkiem ogólnym wszelkich systemów zabezpieczenia socjalnego w koloniach musi być zwolnienie pracowników od jakiegokolwiek udziału w pokrywaniu kosztów. Wobec niesłychanie niskiego poziomu zarobków w koloniach postulat ten jest konieczny.

Dla krajów kolonialnych i zależnych nie można obecnie jeszcze realnie ustalać wspólnego programu zabezpieczenia społecznego. Komitet Przygotowawczy Konferencji Międzynarodowej słusznie kładzie nacisk na konieczność opracowania dla każdego kraju odrębnego sformułowania postulatów i programu akcji. Programy te winny przewidywać natychmiastowe zaspokojenie najpilniejszych potrzeb i ustalać etapy realizowania pełnego systemu zabezpieczenia społecznego.

Urządzenia zabezpieczenia społecznego muszą tu w pierwszej linii obejmować zorganizowanie bezpłatnej pomocy lekarskiej w miejscu pracy, zwiększenie liczby szpitali, klinik i ambulatoriów, powiększenie liczby lekarzy i personelu pomocniczego. Konieczne jest dalej zapewnienie opieki nad matką i dzieckiem, zapewnienie bezpłatnej pomocy leczniczej w

---

zarobków, jako podstawy wymiaru składek, oraz ściągalność składek.

Dyrektor Naczelny podkreślił stały wzrost wydajności pracy całego zespołu pracowników Centrali i oddziałów oraz wagę podejmowanych zobowiązań. W szczególności zwrócił on uwagę na wzrost wydajności pracy w Dziale PZE, co dobrze świadczy o kwalifikacjach pracowników i ich poważnym stosunku do wykonywanych zadań.

Postępujące przejmowanie wypłat świadczeń przez zakłady pracy pozwala na likwidację ekspozytur i niektórych oddziałów obwodowych. Zamiast tych ostatnich pozostawia się terenowe wydziały świadczeń natomiast stronę finansową tj. planowanie, księgowość i wymiar składek przejmują właściwe oddziały wojewódzkie.

Oceniając prowadzoną przez oddziały ZUS akcję szkolenia pracowników zakładów pracy sprawozdawca podkreślił, że nie dała ona pełnych rezultatów z uwagi na słabą frekwencję i niedostateczną kontrolę uczestnictwa ze strony ogniw związkowych.

W dyskusji nad sprawozdaniem poruszono i wyjaśniono liczne sprawy m. in. czasu załatwiania roszczeń rentowych i wskaźnika dni zasiłkowych. Ciekawe informacje podał zebranym ob. Tagowski z terenu m. Łodzi i województwa łódzkiego o organizowanych tam naradach roboczych z udziałem lekarzy przemysłowych, radców zakładowych i rektora Akademii Medycznej, które były poświęcone głębokiej i wszechstronnej analizie wzrostu dni zasiłkowych.

Obrady prowadził prezes J. Stańczyk.

St. K.

okresie ciąży i porodu, dostarczanie wyprawek niemowlęcych i przyznanie matkom pracującym płatnych urlopów porodowych. Dla robotników najemnych pilne jest wprowadzenie systemu świadczeń pieniężnych.

*

Przedstawiony powyżej program wstępny staje się dziś we wszystkich krajach podstawą do dyskusji, mobilizującej szerokie masy dla sprawy obrony i rozbudowy postępu i bezpieczeństwa społecznego. Umożliwia on przeprowadzenie dyskusji z wszystkimi szczerze zainteresowanymi sprawą dalszego rozwoju zabezpieczenia społecznego.

Program ten, jak i program, który po swobodnej i wszechstronnej dyskusji będzie przyjęty na Konferencji Międzynarodowej, nie jest bynajmniej pomyślany jako program, który przez poszczególne kraje może być przyjęty lub odrzucony. Powinien on zgodnie z intencją jego autorów stać się podstawą, na której opracowane będą narodowe programy ubezpieczeń społecznych i zabezpieczenia społecznego we wszystkich krajach.

R. G.

Nowa konwencja o ubezpieczeniu społecznym

Jak doszło do uchwalenia tej konwencji i jak należy ją oceniać?

Odbyta w czerwcu br. konferencja Międzynarodowej Organizacji Pracy ujawniła fakt, że MOP stała się narzędziem w rękach grup wielkiego kapitału. Uchwalona na konferencji nowa konwencja nie chroni robotników w krajach gospodarczo rozwiniętych przed uszczuplaniem ich uprawnień i nie zapewnia realnej ochrony ubezpieczeniowej robotnikom w krajach zacofanych gospodarczo. Zamieszczony poniżej artykuł daje ogólną ocenę wyników konferencji; szczegółowe omówienie uchwalonej konwencji o normach minimalnych, drukujemy na końcowych stronach niniejszego numeru w dziale „Problemy — Studia — Materiały".

Odpowiedzią na reakcyjną postawę MOP będzie międzynarodowa konferencja w sprawie zabezpieczenia społecznego, którą organizuje w przyszłym roku Światowa Federacja Związków Zawodowych. W niniejszym numerze PUS na str. 289 podajemy obszerniejsze omówienie wstępnego projektu ogólnego programu zabezpieczenia społecznego, opracowanego przez komitet przygotowawczy tej konferencji.

Na 35-tej dorocznej sesji, odbytej w czerwcu 1952 roku w Genewie, Ogólna Konferencja Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjęła projekt nowej konwencji o ubezpieczeniu społecznym pod nazwą: konwencja o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego.

Nowa konwencja, przeprowadzając w zasadzie kodyfikację istniejących już konwencji MOP, przekracza jednocześnie zakres dotychczasowych konwencji o tyle, że: 1) obejmuje także świadczenia rodzinne (zasiłki rodzinne), których rozwój nastąpił właściwie dopiero po drugiej wojnie światowej, oraz 2) ustala minimalną wysokość świadczeń z poszczególnych rodzajów ubezpieczenia, którą to kwestię dotychczasowe konwencje pozostawiały całkowicie do swobodnego określenia przez ustawodawstwa narodowe.

Nowa konwencja nie uchyla dawnych konwencji i nie stanowi ich rewizji. Dawne konwencje pozostają nadal w mocy dla tych członków MOP, którzy je ratyfikowali i nie wypowiedzą ich stosowania w celu ratyfikowania nowej konwencji.

Jak doszło do konwencji o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego i jak należy ją oceniać?

Międzynarodowa Organizacja Pracy, powołana do życia w roku 1919, zawiodła nadzieje mas pracujących. Organizacja ta, zależna od centrów kierowniczych państw kapitalistycznych, nie zdołała wypracować wystarczających norm w zakresie międzynarodowej reglamentacji praw mas pracujących i ich ochrony przed wyzyskiem kapitalistycznym. Nie zdołała nawet wprowadzić w życie w szerszej mierze powziętych przez siebie uchwał, ustalających minimalne normy ochrony tych mas przed wyzyskiem kapitalizmu.

Wprowadzenie w życie przedwojennych uchwał Międzynarodowej Organizacji Pracy w zakresie ubezpieczeń społecznych, w drodze powszechnej ratyfikacji przyjętych projektów konwencji przez kraje członkowskie, przyniosłoby niewątpliwie, chociaż niewystarczające jeszcze, korzyści klasie robotniczej. Jednakże rządy państw kapitalistycznych nie kwapiły się z reguły z ratyfikowaniem konwencji MOP, chociaż na ogólnych konferencjach głosowały za ich przyjęciem. Dość zaznaczyć, że konwencję z roku 1934 o zasiłkach dla bezrobotnych, dającą poważne korzyści klasie robotniczej, ratyfikowało dotychczas tylko 6 krajów członkowskich, a konwencje (w liczbie 6) z roku 1933 o ubezpieczeniu na wypadek starości, inwalidztwa i śmierci doczekały się ratyfikacji do chwili obecnej tylko ze strony 8 krajów.

Tak więc dla krajów kapitalistycznych Międzynarodowa Organizacja Pracy stała się dobrym i wygodnym instrumentem do rozładowywania rewolucyjnych nastrojów mas pracujących przez wmawianie tym masom, że działalność ustawodawcza MOP stwarza w drodze ewolucji możliwości, jeżeli nie całkowitej, to jednak poważnej ochrony pracowników i ich rodzin przy ścierających się interesach kapitalistów i mas pracujących.

Gdy na przełomie lat 1943/1944 stało się jasne, że rachuby imperialistów na rozbicie Związku Radzieckiego całkowicie zawiodły i gdy Armia Czerwona, gromiąc machinę wojenną Hitlera, niosła, obok wyzwolenia ludów spod jarzma faszystowskiego, również hasła zwycięskiej idei rewolucyjnej, kapitaliści i ich poplecznicy w rządach oraz w oportunistycznych organizacjach robotniczych zwrócili ponownie uwagę na Międzynarodową Organizację, jako

na instrument rozładowujący nastroje rewolucyjne mas pracujących.

W roku 1944, a więc jeszcze przed zakończeniem wojny, 26-ta sesja Ogólnej Konferencji MOP, zwołana do Filadelfii w Stanach Zjednoczonych AP, przyjęła m. in. dwa zalecenia, wchodzące w zakres ubezpieczeń społecznych, a mianowicie:

1) zalecenie o zagwarantowaniu środków egzystencji przewidujące świadczenia pieniężne w razie choroby, macierzyństwa, inwalidztwa, starości i śmierci żywiciela rodziny, bezrobocia, wypadku w zatrudnieniu i choroby zawodowej, świadczenia rodzinne (zasiłki rodzinne), oraz

2) zalecenie dotyczące opieki leczniczej ludności aktywnej, przewidujące opiekę leczniczą w każdym przypadku potrzeby takiej opieki.

Przyjmując powyższe zalecenia podkreślano, że zalecenia te mogą i powinny być przekształcone w czasie późniejszym w konwencje, a więc w akty waloru prawnego.

We wstępnej motywacji tych zaleceń Ogólna Konferencja MOP podniosła, że jest rzeczą najwyższej wagi i już obecnie pożądaną, aby przyjęte zostały nowe zarządzenia dla zrealizowania gwarancji źródeł egzystencji w drodze unifikacji lub koordynacji systemów ubezpieczeń społecznych, rozszerzenie tych systemów na wszystkich pracowników i ich rodziny, nie wyłączając ludności wiejskiej i pracowników samodzielnych.

Koncepcja przyjęcia przez Międzynarodową Organizację Pracy generalnej konwencji o ubezpieczeniu społecznym, obejmującej wszystkie rodzaje ubezpieczeń w przeciwieństwie do dotychczasowych konwencji, które ustalały normy dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia, powstała w roku 1949 na posiedzeniu Biura Komitetu Ekspertów Ubezpieczeniowych MOP.

Komitet ten, wypowiadając się za ustanowieniem nowej konwencji generalnej, przyjął, iż nowa konwencja winna ustalić dwa poziomy norm, a mianowicie: normy minimalne dla krajów słabo rozwiniętych gospodarczo oraz normy wyższe dla krajów o wyższym rozwoju ekonomicznym.

Rada Administracyjna Biura Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjęła sugestię Komitetu Ekspertów i na posiedzeniu w marcu 1950 roku postanowiła wpisać na porządek dzienny Ogólnej Konferencji MOP w roku 1951 kwestię rozpatrzenia i ewent. przyjęcia nowej konwencji o zabezpieczeniu społecznym.

Wyłoniona na Konferencji Ogólnej w roku 1951 Komisja Ubezpieczeniowa, biorąc pod uwagę wielkość i wagę zagadnienia oraz niewystarczający czas dla jednoczesnego rozważenia zarówno norm minimalnych, jak i wyższych, postanowiła zalecić sesji plenarnej oddzielne traktowanie kwestii norm minimalnych i norm wyższych, a mianowicie w sposób następujący:

1) na sesji w roku 1951 Komisja rozpatrzy wstępnie kwestię norm minimalnych, definitywne zaś przyjęcie konwencji w tej mierze nastąpi na sesji w roku 1952,

2) kwestia norm wyższych zostanie rozpatrzona wstępnie dopiero na sesji w roku 1952.

Ogólna Konferencja MOP przyjęła definitywnie na tegorocznej sesji projekt konwencji o normach minimalnych zabezpieczenia społecznego. Kwestia norm wyższych nie została nawet wstępnie rozważona przez Komisję Ubezpieczeniową z braku czasu, a co najważniejsze odrzucony został wniosek o wpisanie tej kwestii na porządek dzienny sesji Ogólnej Konferencji w roku 1953.

W ten sposób zerwane zostało podstawowe założenie jednoczesnego ustalenia obu poziomów zabezpieczenia społecznego. Wszelkie zaś znaki wskazują na to, że odłożenie rozpatrzenia kwestii norm wyższych na czas bliżej nieokreślony było z góry zamierzone i tylko maskowane do chwili przyjęcia projektu konwencji o normach minimalnych.

Kapitaliści osiągnęli więc swój cel. Przyjęta bowiem została tylko konwencja o normach minimalnych, nie ma konwencji o normach wyższych zabezpieczenia społecznego. Masy pracujące nie mogą zatem powoływać się na akt Międzynarodowej Organizacji Pracy w walce o zabezpieczenie swej egzystencji.

Nasuwa się pytanie, dlaczego Międzynarodowa Organizacja Pracy, będąca w rzeczywistości ekspozyturą międzynarodowego kapitału imperialistycznego, zdecydowała się w ogóle na przyjęcie konwencji o normach minimalnych zabezpieczenia społecznego w dobie przygotowań krajów kapitalistycznych do wojny agresywnej i ataku w tych krajach na dotychczasowe zdobycze socjalne mas pracujących.

Odpowiedź jest nie trudna.

Ruch rewolucyjny w krajach kapitalistycznych wzmaga się i przybiera na sile, zagrażając coraz bardziej władzy i zyskom kapitalistów. Nowa więc konwencja ma służyć, między innymi manewrami kapitalistów, jako instrument do rozładowywania nastrojów rewolucyjnych przez wmawianie masom pracującym, że przyjęcie tej konwencji stwarza w drodze ewolucji możliwość zabezpieczenia pracowników i ich rodzin w przypadkach losowych.

Poza tym ustalenie tylko minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (pozornie dla krajów słabo rozwiniętych gospodarczo) bez jednoczesnego ustalenia norm wyższych daje kapitalistom do rąk poważny instrument w ataku na dotychczasowe zdobycze mas pracujących w zakresie ubezpieczeń społecznych w tych krajach kapitalistycznych, w których poziom ubezpieczeń jest już wyższy od przyjętych obecnie przez MOP norm minimalnych.

Kapitaliści i ich poplecznicy w rządach, wobec ustalenia w nowej konwencji możliwie najniższego poziomu zabezpieczenia społecznego, mogą śmiało występować z żądaniami obniżenia środków egzystencji mas pracujących na rzecz agresywnych zbrojeń, wskazując na to, że nawet Międzynarodowa Organizacja Pracy, w której udział biorą także przedstawiciele pracowników, uznała za wystarczający poziom zabezpieczenia społecznego, ustalony w nowej konwencji.

W. Luchowski

SPROSTOWANIA

Do artykułu wstępnego w nr 9/52 PUS na str. 258 w wierszu dziesiątym od dołu wkradł się błąd korektorski. W okresie pierwszych 3 lat Planu Sześcioletniego wydatki na zasiłki chorobowe wzrosły z 360 na 658 milionów zł.

Prostujemy również błąd w nagłówku tabel wydrukowanych w nr 9/52 na str. 276: tabele te podają wysokość zasiłku **dziennego** należnego w przypadku choroby, wzgl. połogu, a nie jak mylnie wydrukowano — rodzinnego.

WYKŁADNIA i PRAKTYKA

Obliczanie okresu zasiłku chorobowego

Uprawnienia w razie przerw w niezdolności lub występowania różnych chorób

Ubezpieczony ma prawo do zasiłku w razie przejściowej niezdolności do pracy, spowodowanej chorobą w zasadzie przez 26 tygodni [1]). W pewnych wypadkach okres ten może być przedłużony o dalszych 13 tygodni [2]).

Przepisy ustalające okresy uprawnień do zasiłku są dość lakoniczne i w praktycznych sytuacjach często budzą wątpliwości co do właściwego ich stosowania. Poniższy artykuł zmierza więc do wyjaśnienia tych wątpliwości na gruncie wykładni możliwie najsłuszniejszej pod względem prawnym i społecznym.

Miarodajne dla omawianego zagadnienia przepisy ustawowe są następujące.

Art. 95 ust. 1 pkt. 2 ustawy postanawia, że *„ubezpieczonemu przysługuje prawo do zasiłku chorobowego za każdy dzień niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt nie dłużej niż dwadzieścia sześć tygodni..."* [3]).

Art. 98 ustawy postanawia:

„Jeśli ubezpieczony stanie się powtórnie niezdolnym do pracy z powodu nawrotu tej samej choroby, drugie zachorowanie uważa się przy obliczaniu zasiłku za nową chorobę tylko wtedy, gdy przerwa w niezdolności do pracy, stwierdzona przez lekarza ubezpieczalni społecznej, wynosiła więcej niż 8 tygodni".

Na tle tych przepisów należy rozważyć następujące sytuacje, spotykane przy obliczaniu okresu uprawnień do zasiłku:

1) niezdolność do pracy trwa bez przerwy i z powodu tej samej choroby,

2) niezdolność trwa bez przerwy, lecz w tym samym czasie występują różne choroby,

3) niezdolność występuje z przerwami, lecz jest spowodowana tą samą chorobą,

4) niezdolność przebiega z przerwami i wywołana jest występowaniem różnych chorób.

Ponadto wymienione sytuacje mogą dotyczyć bądź ubezpieczonego, a więc pracownika pozostającego w stosunku pracy bądź byłego ubezpieczonego, z którym stosunek pracy został rozwiązany.

Przed dalszymi rozważaniami należy ustalić treść pojęcia „choroby", w szczególności zaś — kiedy mamy do czynienia z tą samą chorobą, a kiedy z nową chorobą.

Gdy lekarz w ciągu całego okresu leczenia wymienia jednakowe rozpoznanie zachodzi niewątpliwie ciągłość tej samej choroby. Lecz nie zawsze jest na odwrót tzn. nie zawsze występuje nowa choroba mimo, że zmienia się mianownictwo choroby, użyte przez lekarza (nr statystyczny choroby).

W praktyce zdarza się, że lekarz wymienia wprawdzie kolejno różne rozpoznania, lecz może to być skutkiem tego, że a) zmienił swój pogląd na rodzaj choroby, b) z kompleksu kilku objawów skupił swą uwagę naprzód na jednym, następnie zaś na innym, c) dalsze leczenie podjął inny lekarz, który inaczej określa stan choroby.

Pod chorobą w sensie artykułu 95 należy rozumieć pewien proces chorobowy, którego objawy i dolegliwości są jednego rodzaju lub też zmieniają się albo komplikują, lecz pozostają w bezpośrednim lub pośrednim związku z zasadniczą przyczyną albo zespołem, kompleksem przyczyn. Chociażby pewne stadia procesu chorobowego otrzymywały różne miana chorobowe, zalicza je się do jednej choroby w sensie art. 95, gdy stadia te są bądź następstwem poprzedniego stadium bądź zmianą stopnia nasilenia procesu chorobowego albo jednego ze współistniejących procesów chorobowych stanowiących zespół.

Takim pojęciem choroby należy operować obliczając 26 (ewent. 39) tygodniowy okres uprawnienia do pobierania zasiłku w jednej z czterech wymienionych wyżej sytuacji.

1. Gdy niezdolność trwa bez przerwy i jest spowodowana tą samą chorobą, zwłaszcza zaś gdy przez cały okres jest jednolite mianownictwo choroby, ustalenie okresu uprawnienia do zasiłku nie budzi wątpliwości. Okres zasiłku oblicza się nieprzerwanie od pierwszego dnia niezdolności, jeżeli trwa ona co najmniej trzy dni.

2. W sytuacji drugiego typu powstaje już jednak pytanie: czy okres nieprzerwanej niezdolności do pracy wolno dzielić na odrębne okresy z powodu kolejnego występowania w tym okresie różnych chorób? Inaczej mówiąc, czy w razie nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy należy liczyć nowy okres zasiłkowy (26 lub 39 tygodni) z chwilą pojawienia się nowej choroby?

Gdy w okresie nieprzerwanej niezdolności do pracy pojawi się rzeczywiście nowa choroba, nie pozostająca w żadnym związku z poprzednią, okres nieprzerwanej niezdolności do pracy ulega podziałowi z dniem ustania pierwszej choroby, jako przyczyny niezdolności. Po tym dniu należy liczyć nowy okres zasiłkowy, jeżeli chory ma prawo do zasiłku.

Np. robotnik po 2 latach nieprzerwanej pracy uległ wypadkowi w zatrudnieniu (np. okaleczeniu nogi). Wskutek choroby, wywołanej wypadkiem jest niezdolny do pracy wg orzeczeń lekarskich od 1.7. do 16.8.1952. Po tym dniu miał powrócić do pracy.

---

[1]) Art. 95 ustawy o ubezpieczeniu społecznym w brzmieniu ustalonym dekretem z 13.12.1946 (Dz. U.R.P. nr 2 z 1947 poz. 4).

[2]) Art. 2 ustawy z 1.3.49 (Dz. U.R.P. nr 18 poz. 109) oraz zarządzenie MPiOS z 8.8.1949 (Un 2132/27b-9).

[3]) Przypomnieć należy, że do okresu zasiłkowego zalicza się okres pobierania wynagrodzenia z zakładu pracy w czasie niezdolności do pracy. Okres zasiłkowy zmniejsza się więc o okres niezdolności do pracy, za który pracownik otrzymał wynagrodzenie. Np. pracownik był niezdolny do pracy w czasie od 1.3.52 do 30.9.52. Wynagrodzenie otrzymał za czas od 1.3.52 do 31.5.52. Uprawnienie do zasiłku ustaje z dniem 31.8.52, tj. po upływie 26 tygodni od daty powstania niezdolności do pracy.

W dniu 11.8.1952 zachorował na chorobę zakaźną, np. różę. Okres zasiłku z powodu niezdolności wywołanej różą należy liczyć od 17.8.1952. Warunkiem uprawnień do tego nowego zasiłku jest istnienie stosunku pracy w dniu 11.8.1952.

Jeżeli jednak choroba powodująca dalszą niezdolność ma związek z poprzednią chorobą lub zespołem chorobowym, okres przerwanej niezdolności nie ulega podziałowi i liczy się od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

I tak np. jeżeli pracownik przechodzi zapalenie płuc w następstwie przebytej operacji, to nie mamy do czynienia z nową chorobą (zapalenie płuc), lecz z ciągłością procesu chorobowego. Przypadek taki oceniać należy tak, jak przypadki wymienione w punkcie 1.

Dla uniknięcia nieporozumień należy podkreślić, że okresów uprawnienia do zasiłku połogowego (art. 105 ustawy) nie można zliczać z okresem uprawnienia do zasiłku z tytułu niezdolności do pracy wskutek choroby, chociażby ta ostatnia miała związek z ciążą i porodem. Zasiłek bowiem w przypadku choroby i zasiłek w przypadku macierzyństwa (połogu) są różnymi świadczeniami.

Np. ubezpieczona, która po okresie urlopu macierzyńskiego i pobierania zasiłku połogowego jest nadal niezdolna do pracy z powodu komplikacji natury ginekologicznej, ma prawo do zasiłku chorobowego przez 26 ewent. 39 tygodni od chwili zaprzestania wypłaty zasiłku połogowego.

Zasady, dotyczące nieprzerwanego okresu niezdolności do pracy, należy stosować również w stosunku do byłych ubezpieczonych, a więc w stosunku do pracowników, z którymi w okresie niezdolności wygasł stosunek pracy, z zastrzeżeniem jednak uwzględnienia skutków ew. rozwiązania stosunku pracy.

Jeżeli b. ubezpieczony rozpoczął pobieranie zasiłku w czasie istnienia stosunku pracy, który następnie uległ rozwiązaniu ma w dalszym ciągu prawo do zasiłku za czas nieprzerwanej niezdolności do pracy mimo nowego lekarskiego rozpoznania, gdy ma ono wyraźny związek z chorobą, która wywołała niezdolność do pracy w okresie istnienia stosunku pracy. W takim przypadku okres zasiłkowy nie ulega podziałowi i liczy się od pierwszego dnia nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Np. robotnik był niezdolny do pracy od 15.3 do 30.4.1952 z powodu ostrego zapalenia stawów i od 1.5.1952 z powodu ciężkiej niedomogi serca powstałej, jako następstwo pierwszej choroby. Ustawowy okres zasiłkowy należy obliczyć łącznie, wskutek czego 26 tygodniowy okres zakończy się z dniem 12.9.1952.

Jeżeli u b. ubezpieczonego w trakcie niezdolności do pracy występuje nowa choroba, nie pozostająca w wyżej określonym związku z chorobą, która zapoczątkowała niezdolność do pracy, okres zasiłkowy ulega przerwaniu. Należy wówczas rozpatrzyć, czy z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nową chorobą istnieje w ogóle prawo do dalszego zasiłku, co jest zależne od istnienia lub nieistnienia stosunku pracy w dniu stwierdzenia nowej choroby (wyjątek może stanowić choroba o dłuższym okresie wylęgania). Jeżeli prawo do zasiłku istnieje, okres zasiłkowy liczy się od nowa, od dnia stwierdzenia nowej choroby.

Np. robotnik, który pracował nieprzerwanie ponad rok, stał się niezdolny do pracy z powodu zapalenia płuc. W okresie rekonwalescencji uległ w dniu 25 maja wypadkowi uszkodzenia nogi przez samochód. W dniu tym istniał jeszcze stosunek pracy, mimo więc, że zachodzi nowa choroba, nie pozostająca w związku z poprzednią, istnieje uprawnienie do zasiłku, którego okres należy liczyć od dnia 25 maja. Gdyby robotnik ten pracował w ostatnim zakładzie pracy tylko przez kilka miesięcy i stosownie do tego jego stosunek do pracy był rozwiązany z dniem 28 marca, zasiłek z powodu niezdolności do pracy, wywołanej wypadkiem samochodowym, nie mógłby być przyznany (art. 117 ust. 1 i 6 ustawy o ubezp. społecznym) [4]).

3. Zagadnienie jak obliczać okres zasiłkowy, gdy niezdolność do pracy występuje z przerwami, lecz z powodu tej samej choroby, regulują przytoczone wyżej przepisy art. 98 ustawy: po przerwie w niezdolności do pracy każda nowa choroba uprawnia do nowego okresu zasiłkowego. Jednakże nawrót tej samej choroby ustawa uznaje za nową chorobę tylko wtedy, gdy rzeczywista przerwa w niezdolności do pracy była dłuższa niż 8 tygodni. Jeżeli przerwa była krótsza trzeba zliczać okresy zasiłkowe, wywołane tą samą chorobą.

Nadmienić trzeba, że zliczanie okresów ma praktyczne znaczenie dopiero wtedy, gdy ich suma przekracza 26 ewent. 39 tygodni.

Np. ubezpieczony jest niezdolny do pracy z powodu gośćca stawowego w czasie od 1.3. — 30.6.52 (122 dni) i od 16.8 — 25.10.52 (71 dni). Ponieważ niezdolność do pracy z powodu tej samej choroby trwa z przerwą krótszą niż 8 tygodni, uznaje się, że istnieje ciągłość choroby. Okresy niezdolności podlegają zliczeniu i wynoszą w sumie 193 dni, a więc przekracza o 11 dni 26-tygodniowy okres zasiłkowy. Uprawnienia do zasiłku ustają więc z dniem 14.10.1952 (jeżeli nie istnieje uprawnienie do przedłużenia okresu o 13 tygodni.

Trzeba jeszcze rozważyć zagadnienie, jak należy postąpić, gdy po przerwie w niezdolności do pracy krótszej niż 8 tygodni, zostaje rozpoznana jedna z tych różnych chorób, które były rozpoznane w poprzednim nieprzerwanym okresie niezdolności do pracy. W tych przypadkach należy zbadać, czy wspomniana choroba stanowi z chorobami poprzednimi pewien kompleks i jeżeli tak, należy nowy okres zliczyć z poprzednim, wychodząc z założenia, że nastąpił nawrót procesu chorobowego.

Czy zasadę zliczania okresów niezdolności do pracy, wywołanych nawrotami tej samej choroby, należy stosować także do b. ubezpieczonych? Inaczej mówiąc, czy należy ją stosować, gdy nawrót tej samej choroby następuje po rozwiązaniu stosunku pracy?

Np. ubezpieczony był niezdolny do pracy z powodu gośćca od 1.3 — 30.6.1952. Z dniem 31 maja rozwiązano z nim stosunek pracy. W czasie od 1.7 do 14.7.1952 nie pracował. Z dniem 15 lipca stał się ponownie niezdolny do pracy z powodu gośćca. Czy ten nowy okres niezdolności należy zliczyć z poprzednim i uznać, że

[4]) Zob. nr 3/52 PUS str. 71: „Uprawnienia do świadczeń chorobowych po rozwiązaniu stosunku pracy".

b. ubezpieczony ma w dalszym ciągu uprawnienia do zasiłku przez czas niezdolności wywołanej tą samą chorobą (gośćcem)?

Według postanowień art. 117 ust. 6 ustawy istnieje obowiązek dalszego udzielania świadczeń, których udzielanie rozpoczęto przed ustaniem stosunku pracy. W powiązaniu z przepisem art. 98, ustalającym zasadę, że przy nawrotach tej samej choroby następny okres zasiłkowy uważa się za dalszy ciąg poprzedniego okresu (pod warunkiem, że przerwa nie przekracza 8 tygodni) wspomniane postanowienia pozwalają przyjąć, że zasady art. 98 mają również zastosowanie do b. ubezpieczonych. W powyższym przykładzie b. ubezpieczony ma więc prawo do zasiłku również po dniu 15.7.1952.

4. Czy zlicza się przerywane okresy niezdolności do pracy, wywołane różnymi chorobami? Okresów takich nie zlicza się, a więc każdy okres oblicza się oddzielnie. Pod warunkiem przebycia okresu wyczekiwania każde ponowne oderwanie pracownika od warsztatu pracy, wywołane różnymi chorobami, daje prawo do nowego okresu zasiłkowego, jeżeli niezdolność do pracy trwa co najmniej trzy dni.

Istota rozważanego zagadnienia leży w umiejętności rozstrzygnięcia w konkretnych przypadkach, czy mamy do czynienia z nową chorobą lub też z tym samym zespołem chorobowym.

W licznych przypadkach rozstrzygnięcie to nie budzi wątpliwości, gdy miano choroby nie ulega zmianie lub gdy zachodzą sytuacje wymienione w niektórych przykładach podanych w artykule. W przypadkach wątpliwych trzeba sprawę poddać pod rozstrzygnięcie lekarza, zwracając mu uwagę na znaczenie orzeczenia.

Sprawy te nie powinny wywoływać poważniejszych zakłóceń w pracy : przysparzać poważniejszych trudności, gdyż zasiłki płacone za pełny okres 26 tygodni wynoszą nie więcej niż 0,3% ogółu wypłacanych zasiłków.

F. Łuczyński

Uwagi o orzecznictwie inwalidzkim

W nr. 9/52 PUS str. 263 omówione zostały wyniki statystycznego badania przyczyn inwalidztwa wśród pracowników, ubezpieczonych w ZUS. W związku z powyższym nasuwa się szereg uwag i spostrzeżeń, dotyczących praktyki orzecznictwa inwalidzkiego.

Pracownicy, którzy nie ukończyli 65 roku życia otrzymują rentę inwalidzką na podstawie wyników badania lekarskiego, ustalającego przyczynę i stopień inwalidztwa.

Określenie przyczyny inwalidztwa natrafia niekiedy na trudności. Zdarza się bowiem, że inwalida nie cierpi na jedną wyraźnie określoną chorobę, a występuje u niego cały zespół schorzeń, najczęściej współdziałających z sobą i w wyniku ogólnym osłabiających siły chorego do tego stopnia, że czyni go inwalidą. Natomiast żadne z tych schorzeń nie występuje w takim stopniu, żeby samo było przyczyną inwalidztwa. W takim przypadku uznanie jednej z przyczyn za „główną" zależy w dużym stopniu od indywidualnej oceny i od nastawienia lekarza orzekającego. I wymaga z jego strony sporo trudu.

Lekarz niekiedy jednak pozbawia się kłopotu trudnej decyzji wydaniem orzeczenia: „upośledzenie ogólne organizmu". Otóż to jest wyjście najgorsze, decyzja nie właściwa. Upośledzenie ogólne, jako przyczyna inwalidztwa, powinno być podawane tylko w przypadkach, gdy w ogóle nie stwierdza się wyraźnej przyczyny upadku sił inwalidy a nie w przypadkach, gdy jest ich kilka.

W ogólnej liczbie decyzji, przyznających rentę inwalidzką było decyzji uzasadnionych „upośledzeniem ogólnym organizmu" (w %):

W oddziale ZUS	w roku 1950	w I półr. 1951
razem	7,5	5,2
Warszawa . .	16,1	10,7
Chorzów . . .	11,2	10,0
Gdańsk	6,9	2,5
Kraków . . .	1,5	0,8
Łódź	0,2	0,3
Poznań	6,6	3,9
Wrocław . . .	12,2	7,8

Istniejące różnice w częstości orzekania „upośledzeń ogólnych" na różnych obszarach kraju nie dowodzą, że istnieją tak duże różnice w częstości występowania tej przyczyny inwalidztwa. Wskazują one raczej na istniejące dotąd różnice w orzecznictwie w poszczególnych oddziałach ZUS. W razie ujednostajnienia zasad orzecznictwa omawiany odsetek „upośledzeń ogólnych" na obszarze całego kraju wyrówna się.

Podane wyżej trudności w ustalaniu czy określaniu przyczyny inwalidztwa sprawiają, że lekarz uwalnia się niekiedy od nich, orzekając inwalidztwo bez określenia przyczyny tego inwalidztwa.

Decyzje, w których nie podano przyczyny inwalidztwa wynosiły w ogólnej liczbie decyzji, przyznających rentę (w %):

W oddziale ZUS	w roku 1950	w I półr. 1951
razem	3,9	3,5
Warszawa . .	2,1	1,7
Chorzów . . .	7,0	5,6
Gdańsk	0,8	2,0
Kraków . . .	1,5	0,8
Łódź	3,9	4,0
Poznań	2,0	1,7
Wrocław . . .	10,5	8,7

Teoretycznie w ogóle nie powinno być decyzji rentowych bez podania przyczyny inwalidztwa. Przykład Oddziału ZUS w Krakowie dowodzi, że w praktyce wypadki niepodania tej przyczyny można ograniczyć do nieznacznego odsetka. W każdym razie luki w decyzjach oddziałów w Chorzowie, Wrocławiu i Łodzi są trudne do usprawiedliwienia.

*

Obraz przyczyn inwalidztwa pracowników, zawierający dane pełne i jasne oraz zgodne ze stanem faktycznym, posiada doniosłą wartość praktyczną dla celowego organizowania akcji zapobiegającej powstawaniu przyczyn wywołujących inwalidztwo. Stąd należy dążyć do tego, ażeby lekarz, orzekając inwalidztwo pracownika, starał się określać, pomimo napotykanych trudności, wyraźnie i jednoznacznie „główną" przyczynę powstania tego inwalidztwa.

A. W.

O uprawnieniu do nadwyżki zasiłku pogrzebowego

pozostałej po pokryciu rzeczywistych kosztów pogrzebu

Na tle roszczeń o wypłatę reszty (nadwyżki) z zasiłku pogrzebowego, tj. różnicy pomiędzy rzeczywistymi kosztami pogrzebu a wysokością przysługującego po zmarłym ubezpieczonym zasiłku pogrzebowego, nasuwają się w praktyce b. poważne wątpliwości. Ma to miejsce szczególnie w przypadkach, gdy małżonek pozostały po zmarłym ubezpieczonym nie pozostawał z nim we wspólnym gospodarstwie lub nie był przez niego utrzymywany do chwili śmierci.

Praktyka w tym zakresie nie jest jednolita.

Przepis art. 108 ust. 2 ustawy z 28.3.1933 jest przedmiotem różnorodnej interpretacji, tym samym odmiennych załatwień i decyzji Oddziałów ZUS i także Komisji Odwoławczych Ubezpieczeń Społecznych.

Sprawy te są również rozpatrywane w trybie przewidzianym dla skarg i zażaleń.

W związku z tym przepis art. 108 ust. 2 w/w ustawy wymaga, zwłaszcza po zmianie wprowadzonej ustawy z 1.3.1949 (Dz. U.R.P. nr 18 poz. 109), nowej szczegółowej wykładni.

Rozpatrzmy zagadnienie na tle konkretnej sytuacji, której stan faktyczny przedstawia się następująco:

Z zasiłku pogrzebowego po pokryciu kosztów pogrzebu pozostała reszta (nadwyżka) w kwocie 649.32 zł, do której zgłosiła roszczenie żona nie zamieszkująca ze zmarłym we wspólnym gospodarstwie ani też nie utrzymywana przez niego. Zgłaszająca roszczenie wdowa na dwa lata przed śmiercią męża podjęła zatrudnienie i z tytułu (własnego) swego zatrudnienia pobierała i pobiera w dalszym ciągu zasiłek rodzinny na córkę z nią zamieszkałą i przez nią utrzymywaną.

Oddział ZUS załatwił roszczenie wdowy odmownie i nie wypłacił różnicy pomiędzy rzeczywistymi kosztami pogrzebu a wysokością przysługującego po ubezpieczonym zasiłku. Decyzję swoją oddział uzasadnił tym, że według art. 108 ust. 2 ustawy z 28.3.1933 należy przede wszystkim pokryć koszty pogrzebu, a pozostałą nadwyżkę można wypłacić małżonkowi i dzieciom wówczas, gdy do chwili śmierci ubezpieczonego żyli z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub byli przez niego utrzymywani.

Wdowa wniosła odwołanie do Komisji Odwoławczej, która zatwierdziła decyzję oddziału ZUS, odmawiającą wypłaty nadwyżki pozostałej z zasiłku pogrzebowego.

Czy powyższe decyzje są słuszne?

Stanowisko Oddziału ZUS i Komisji Odwoławczej znajduje wytłumaczenie w gramatycznej wykładni ustawy z 28.3.1933, która w art. 108 ust. 2 wyraźnie mówi: *„Z zasiłku pogrzebowego pokrywa się przede wszystkim koszty pogrzebu. Jeżeli pozostaje nadwyżka, to uprawnionymi do jej otrzymania są z kolei małżonek, dzieci i wnuki, albo też osoby, wymienione w art. 112 ust. 3, jeżeli do chwili śmierci ubezpieczonego żyli z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub byli przez niego utrzymywani"*.

Ze słów „żyli", „byli utrzymywani" wynika, że wymóg wspólnego gospodarstwa lub utrzymywania musi być spełniony zarówno w odniesieniu do małżonka, dzieci i wnuków, jak i pozostałych członków rodziny. Jeżeli ten warunek nie miałby obejmować małżonka, dzieci i wnuków lecz tylko osoby wymienione w artykule 112 ust. 3, wówczas ustawodawca użyłby słów: „żyły", „były utrzymywane".

Taka interpretacja art. 108 ust. 2 przemawia za słusznością decyzji Oddziału ZUS i Komisji Odwoławczej.

Rodzi się tu jednak wątpliwość, czy interpretacja taka art. 108 ust. 2 jest właściwa i czy w omawianym przypadku przepis tego artykułu powinien być stosowany?

Zasiłek pogrzebowy z art. 108 ustawy z 28.3.1933 stracił ten charakter, który miał przed wejściem w życie ustawy z 1.3.1949 (Dz. U.R.P. nr 18 poz. 109).

Ustawa z roku 1949, podwyższając zasiłek pogrzebowy po zmarłym ubezpieczonym z 3-tygodniowego do 7-mio tygodniowego ostatniego zarobku ubezpieczonego, podkreśla jednocześnie, że *„podwyższony zasiłek pogrzebowy zastępuje zapomogę pośmiertną"*. Opierając się na tym postanowieniu można przyjąć, że obecny zasiłek w części przekraczającej 3-tygodniowy zarobek obejmuje dawną zapomogę. A zatem pozostała po pokryciu kosztów pogrzebu nadwyżka z zasiłku pogrzebowego ma charakter dawnej zapomogi pośmiertnej a nie zasiłku na koszta pogrzebu.

Przy takim postawieniu zagadnienia należy, wyciągając logiczne konsekwencje z ustawy z 1.3.1949, stosować do pozostałej z zasiłku pogrzebowego nadwyżki zasady przewidziane dla wypłaty zapomogi pośmiertnej.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 28.3.1933 w art. 150 i art. 166 oraz rozporządzenie Prezydenta R.P. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z 24.11.1927 w art. 30a ustalają jednolicie kolejność osób uprawnionych do zapomogi pośmiertnej, a mianowicie: przede wszystkim uprawniony do jej otrzymania jest małżonek, w razie jego śmierci dzieci, gdy nie ma dzieci, pozostała rodzina.

Powyższe przepisy nie uzależniają prawa do zapomogi ani od prowadzenia wspólnego gospodarstwa do chwili śmierci b. ubezpieczonego ani też od pozostawania na jego utrzymaniu.

W reasumcji przeprowadzonego rozumowania czy wywodu narzuca się zatem logiczny wniosek, że nadwyżkę (resztę) pozostałą z zasiłku pogrzebowego po pokryciu kosztów pogrzebu należy wypłacać pozostałemu przy życiu małżonkowi i w takim przypadku, kiedy on nie pozostawał ze zmarłym we wspólnym gospodarstwie ani nie był przez niego utrzymywany.

Centrala ZUS, wychodząc z założenia pokrywającego się z w/w wnioskiem, poleciła w konkretnej podanej na wstępie sytuacji wypłacić, pomimo odmiennej decyzji Komisji Odwoławczej, żonie zmarłego pozostałą z zasiłku pogrzebowego resztę w kwocie 649.32 zł.

Emil Szeremeta

Niezdolność do pracy pod ziemią w rozumieniu KG

Uwagi na tle interpretacji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z 18.I.51

Prawo do renty z Karty Górnika uzależnione jest w myśl § 3 ust. 1 lit. a uchwały Prezydium Rządu z 10. 1. 1951 w sprawie wysokości świadczeń emerytalnych dla górników zatrudnionych pod ziemią (Monitor Polski Nr A-5 poz. 64) między innymi od warunku powstania niezdolności do pracy pod ziemią.

Bliższe określenie pojęcia „niezdolności do pracy pod ziemią" ustala pkt 15 pisma Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z 18.I.51 — Znak: Upu 16c-/51, w myśl którego: *„Za niezdolnego do pracy pod ziemią w rozumieniu § 3 ust. 1 lit. a uważa się takiego pracownika, który jest niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy pod ziemią, do której kopalnia chce go użyć. W stosunku do osób, które były lub są zatrudnione w charakterze dozoru — za podstawę oceny niezdolności przyjmuje się tę właśnie pracę. Dla oceny niezdolności do pracy pod ziemią osób, których ostatnia praca była pracą równorzędną (§ 1 ust. 2 uchwały) bierze się za podstawę pracę pod ziemią, wykonywaną ostatnio przed przejściem do pracy równorzędnej"*.

Analiza pojęcia niezdolności do pracy pod ziemią ujętego w powyższy sposób jest dość trudna. Ustawodawca nie określił: jakie przyczyny fizjologiczne mają wywoływać niezdolność do pracy pod ziemią i w jakim stopniu powinno nastąpić obniżenie sprawności organizmu, aby uznać pracownika za niezdolnego oraz jakie mają być skutki gospodarcze tej niezdolności i jaka ma być proporcja pomiędzy obniżeniem sprawności organizmu a skutkami gospodarczymi.

Na pojęcie niezdolności do pracy pod ziemią w rozumieniu Karty Górnika (określone w/w pismem MPiOS) składają się jak zresztą na każde pojęcie niezdolności w ubezpieczeniu emerytalnym i brackim, dwa czynniki: gospodarczy i zdrowotny.

1.

Decydująca rola przy ustalaniu niezdolności do pracy pod ziemią w rozumieniu KG przypada czynnikowi gospodarczemu.

Czynnik ten wyraża się w tym, że pracownik, który jest zatrudniony i faktycznie wykonuje pracę na dole kopalni nie może w rozumieniu Karty Górnika być uznany za niezdolnego do pracy pod ziemią nawet wówczas, gdyby z lekarskiego punktu widzenia niezdolność taka została stwierdzona.

Wynika to z następującego ustępu w/w pisma MPiOS z 18.1.51: „za niezdolnego do pracy pod ziemią w rozumieniu § 3 ust. 1 lit. a (uchwała Prezydium Rządu z 10.1.51) uważa się takiego pracownika, który jest niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy pod ziemią, do której kopalnia chce go użyć". A zatem jeżeli kopalnia ofiaruje pracownikowi jedną z lżejszych prac pod ziemią, która może być wykonywana przy jego zmniejszonej zdolności do pracy, wówczas pracownik ten nie może z prawno-ubezpieczeniowego punktu widzenia być uważany za niezdolnego do pracy pod ziemią.

W ocenie niezdolności do jakiejkolwiek pracy pod ziemią teoretycznie nie powinno być żadnych rozbieżności między lekarskim punktem widzenia a prawno-ubezpieczeniowym.

W codziennej praktyce bardzo rzadko i tylko wyjątkowo mogą zachodzić przypadki, w których pracownik z lekarskiego punktu widzenia będzie w takim stopniu niezdolny, by nie mógł wykonywać żadnych, choćby najlżejszych prac pod ziemią. Zakres czynności pod ziemią jest tak szeroki i różnorodny, od najcięższych (np. rębacz) do najlżejszych (np. magazynier, sygnalista itp.), że dla pracownika zawsze może znaleźć się jakaś lekka praca pod ziemią, odpowiadająca wydolności jego organizmu. I jeżeli lekarz orzeka, że pracownik faktycznie wykonujący pracę na dole kopalni nie jest zdolny do żadnej pracy pod ziemią — to można z reguły przyjąć, iż lekarz ten albo nie orientuje się należycie w wachlarzu prac dołowych, albo nie rozumie pojęcia niezdolności do pracy pod ziemią w rozumieniu KG, albo też wyciągnął zbyt daleko idące lub mylne wnioski ze stwierdzonych chorób wzgl. zmian organicznych pracownika. Orzeczenie to podważa sam pracownik wykonywaniem pracy pod ziemią.

Wykładnię, że fakt wykonywania jakiejkolwiek pracy pod ziemią przeczy istnieniu niezdolności do tej pracy w znaczeniu prawno-ubezpieczeniowym (choćby niezdolność ta istniała z lekarskiego punktu widzenia) uzasadnia poza tym następujące rozumowanie: skoro pracownik zgłasza się w kopalni jako zdolny do pracy pod ziemią i pracę tę rzeczywiście wykonuje, a kopalnia, zatrudniając go przy czynnościach odpowiadających jego uzdolnieniu i zdrowiu, traktuje go również jako zdolnego do wykonywania tych prac i płaci mu normalne wynagrodzenie — to do pracownika takiego nie może być przy ocenie zdolności w rozumieniu Karty Górnika stosowana inna miara aniżeli przyjęta w zakresie ogólnego prawa pracy.

Reasumując: Pracownik, który wykonuje w kopalni prace pod ziemią nie może być uznany za niezdolnego do pracy w znaczeniu prawno-ubezpieczeniowym, choćby nawet lekarz stwierdził z lekarskiego punktu widzenia niezdolność do pracy pod ziemią. Sam fakt wykonywania pracy pod ziemią przeczy istnieniu inwalidztwa w rozumieniu Karty Górnika. [1])

We wszystkich więc przypadkach, kiedy pracownik, zgłaszający roszczenie o rentę z KG, faktycznie wykonuje jakąkolwiek pracę pod ziemią zbędne jest poddawanie go badaniu lekarskiemu, celem ustalenia niezdolności do pracy.

2.

Czynnik zdrowotny przy ustalaniu niezdolności do pracy pod ziemią odgrywa rolę tylko wtedy, gdy pracownik występujący z roszczeniem o rentę z Karty Górnika istotnie nie wykonuje pracy pod ziemią.

[1]) Wykładnia ta odnosi się w całej rozciągłości również do pracowników wykonujących czynności dozoru lub czynności równorzędne z pracą pod ziemią, które zalicza się do uprawnień rentowych z KG.

W takim przypadku badanie lekarskie w celu określenia niezdolności do pracy pod ziemią jest celowe i konieczne.

Czynnik zdrowotny wyraża się w tym, że pracownik może być uznany w rozumieniu KG za niezdolnego do pracy pod ziemią jedynie wówczas gdy występuje u niego niezdolność do każdej pracy pod ziemią, do jakiej kopalnia może i chce go użyć. Musi to więc być takie upośledzenie sprawności czynnościowej niektórych narządów wzgl. całego organizmu pracownika, które powoduje niemożność wykonywania przezeń jakiejkolwiek pracy pod ziemią. Upośledzenie to musi przy tym być wywołane zmianami organicznymi w narządach (chorobą) albo utratą sił fizycznych lub umysłowych, a nie przyczynami jakiegokolwiek innego rodzaju. [2])

3.

W oparciu o jakie kryteria powinna być dokonywana ocena z punktu widzenia lekarskiego niezdolności do pracy pod ziemią?

Na konferencji odbytej dn. 2.2.51 w Katowicach w sprawie orzecznictwa lekarskiego dla celów KG ustalono w oparciu o praktykę orzecznictwa w zakresie inwalidztwa zawodowego w ubezpieczeniu brackim, że za niezdolnego do pracy pod ziemią z lekarskiego punktu widzenia uważany będzie ten pracownik, który utracił co najmniej połowę zdolności do wykonywania swej dotychczasowej i każdej innej pracy pod ziemią.

A zatem jeżeli lekarz stwierdzi i orzeknie taką właśnie niezdolność do pracy pod ziemią i jeżeli pracownik pracy tej faktycznie nie wykonuje, należy przyjąć, że zachodzi niezdolność w rozumieniu Karty Górnika i przyznać rentę z KG.

O ile lekarz stwierdzi, że pracownik nie jest zdolny do wykonywania tylko takich prac, które ostatnio wykonywał i równocześnie wymieni zakres prac, do których pracownik jest jeszcze zdolny — to wtedy należy odnieść się do kopalni z zapytaniem, czy kopalnia chce pracownika zatrudnić w zakresie orzeczonym przez lekarza. Jeśli kopalnia zgodzi się zatrudnić pracownika w tym zakresie, a pracownik odmówi przyjęcia pracy, należy odmówić renty z KG z powodu braku warunku niezdolności do każdej pracy pod ziemią. A gdy kopalnia nie wyrazi zgody na zatrudnienie lub nie ma wskazanego zakresu prac na kopalni, pracownikowi należy przyznać rentę. W tym przypadku należy uważać, że warunek niezdolności do pracy pod ziemią jest spełniony, bowiem pracownik nie jest zdolny do prac ostatnio wykonywanych a pracy lekkiej, do której jeszcze jest zdolny, nie może otrzymać.

4.

Jeżeli pracownik otrzymujący rentę z tytułu niezdolności do pracy pod ziemią podejmie po pewnym czasie ponownie pracę pod ziemią, renta z KG ulega automatycznie wstrzymaniu, zgodnie z wykładnią, że pracownik wykonujący prace pod ziemią nie może być uznany za niezdolnego w rozumieniu przepisów Karty Górnika (czynnik gospodarczy).

Podjęcie zaś pracy w kopalni na powierzchni lub poza kopalnią nie zawiesza prawa do renty z KG (czynnik zdrowotny).

Rentę z KG z tytułu niezdolności do pracy pod ziemią należy wstrzymać, jeśli przy kontrolnym badaniu zostanie stwierdzone, że pracownik przestał być z punktu widzenia lekarskiego niezdolny do pracy pod ziemią.

T. Wasylecki

[2]) Często lekarze orzekają o niezdolności do pracy pod ziemią z profilaktycznego punktu widzenia, np. pracownika zatrudnionego w charakterze rębacza, chorego częściowo na pylicę krzemową, uznają za niezdolnego do tej pracy dlatego, że dalsze zatrudnienie w warunkach pyłowych naraża go na pogorszenie tej choroby. Tego rodzaju względy nie mają przy ocenie niezdolności do pracy pod ziemią żadnego znaczenia, bowiem lekarz ma ocenić tylko ogólną wydolność organizmu pracownika. Względy profilaktyczne mogą odgrywać rolę tylko w polityce zatrudnienia, a dla orzecznictwa ubezpieczeniowego są zupełnie obojętne.

Szczególne przypadki obliczania przeciętnego zarobku jako podstawy wymiaru renty emerytalnej

W jednym z ostatnich wyroków Trybunał Ubezpieczeń Społecznych (TUS Tr. I-1126/51) rozstrzygnął ciekawą kwestię dotyczącą ustalania podstawy wymiaru renty w ubezpieczeniu emerytalnym robotników. Chodziło o to, czy przy obliczaniu przeciętnego zarobku z 6 miesięcy poprzedzających inwalidztwo należy uwzględnić ostatni miesiąc, w którym pracownik pobrał wynagrodzenie tylko za część miesiąca, (ponad 14 dni) i rozpoczął pobierać zasiłek chorobowy, przy czym stosunek służbowy został rozwiązany w następnych miesiącach, czy też należy wyłączyć ten miesiąc z obliczenia i uwzględnić tylko 6 miesięcy poprzednich. TUS rozstrzygnął na rzecz tej drugiej alternatywy.

I.

Stan faktyczny sprawy przedstawia się w następujący sposób: ZUS przyznał rentę w wysokości 108 zł miesięcznie, biorąc do obliczenia zarobek od października do marca. Pracownik zaskarżył decyzję, gdyż pracował tylko do 24 marca a następnie pobierał już tylko zasiłek chorobowy. Uważał on, że skoro zatrudnienie jego ustało w marcu, miesiąc ten winien być wyłączony z obliczenia. ZUS podtrzymał swoją decyzję powołując się na okoliczność, że z pracownikiem rozwiązano stosunek służbowy pod koniec lipca, a także data powstania prawa do renty przypada na miesiąc lipiec.

Okręgowy Sąd Ubezpieczeń (OSUS) zmienił zaskarżoną decyzję ustalając wysokość renty na 120 zł po wyłączeniu z obliczenia miesiąca marca i uwzględniając miesiące od września do lutego. Wyłączenie miesiąca marca uzasadnił OSUS faktycznym zaprzestaniem pracy w marcu, a wedle zarządzenia Ministra PiOS z 24.5.1949 nie bierze się pod uwagę niepełnego miesiąca, w którym ustało zatrudnienie.

Zakład wniósł skargę rewizyjną powołując się na to, że stosunek pracy został rozwiązany 24 lipca, a zatem zgodnie z § 2 zarządzenia Min. PiOS z 24.5.1949 zatrudnienie ustało w lipcu a nie w marcu i nie ma podstawy dla wy-

łączenia marca z obliczenia podstawy wymiaru renty. TUS oddalił skargę rewizyjną uznając zaskarżony wyrok OSUS za odpowiadający prawu mimo częściowo błędnych motywów. Rozstrzygnięcie TUS oparte jest na przedstawionych niżej rozważaniach.

II.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 8.3.1949 (Dz. U.R.P. nr 18 poz. 120) w sprawie wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym postanawia, że podstawę wymiaru renty należnej osobie, która po oswobodzeniu Państwa wykonywała przynajmniej przez 18 miesięcy pracę uzasadniającą obowiązek ubezpieczenia, stanowi przeciętny zarobek z ostatnich 6 miesięcy według ustalonych grup zarobkowych. Wydane na podstawie tegoż rozporządzenia wykonawcze zarządzenie Ministra PiOS z 24.5.1949 (Monitor P. A-34 poz. 497) w brzmieniu zarządzenia z 30.11.1949 (Monitor P. A-97 poz. 1151) postanawia w § 2 ust. 1 zdanie 1, że za podstawę wymiaru renty, której wysokość uzależniona jest od przeciętnych zarobków z ostatnich 6 miesięcy, przyjmuje się przeciętny zarobek z takich ostatnich 6 miesięcy przed powstaniem prawa do renty względnie przed ustaniem zatrudnienia, w ciągu których pracownik otrzymał wynagrodzenie co najmniej za 14 dni, przy czym nie uwzględnia się niepełnego miesiąca, w ciągu którego powstało prawo do renty lub ustało zatrudnienie.

Zarówno z rozporządzenia Rady Ministrów z 8.3.1949 jak i z przytoczonych powyżej przepisów wykonawczych, wydanych przez Ministra PiOS, wynika wyraźna intencja określenia podstawy wymiaru renty w sposób korzystny dla osób, uprawnionych do renty. W zarządzeniu MPiOS wyraża się to w szczególności wyłączeniem ostatniego niepełnego miesiąca, chociażby nawet obejmował on 14 dni pracy, za które wypłacono wynagrodzenie.

Tę podstawową intencję, zawartą w obowiązujących przepisach, należy mieć na uwadze stosując w praktyce przepisy odnoszące się do podstawy wymiaru renty.

III.

Przepisy wykonawcze nie dają bezpośredniej odpowiedzi na pytanie decydujące dla rozstrzygnięcia spornego przypadku, a mianowicie czy za miesiąc w ciągu którego u s t a ł o z a t r u d n i e n i e należy uważać w danym przypadku marzec czy lipiec. Marzec — to ostatni miesiąc, za który skarżący otrzymał wynagrodzenie (za niepełny miesiąc), lipiec — to miesiąc, za który skarżący nie otrzymał już żadnego wynagrodzenia, lecz w którym nastąpiło r o z w i ą z a n i e s t o s u n k u p r a c y.

Odpowiedź pośrednią na postawione pytanie można jednak wysnuć z przepisu § 2 ust. 1 zdanie 2 cytowanego wyżej zarządzenia Ministra PiOS z 24.5.1949, [1]) który określa jako datę u s t a n i a z a t r u d n i e n i a (miarodajną dla powstania prawa do podwyższonej renty, a więc i do obliczenia w takich przypadkach przeciętnego zarobku), datę pierwszego r o z w i ą z a n i a s t o s u n k u z a t r u d n i e n i a, jakie następuje po przepracowaniu 18 miesięcy.

Ten właśnie przepis daje oparcie dla odpowiedzi na pytanie, jak należy rozumieć „ustanie zatrudnienia" w rozumieniu tego zarządzenia. Nie użyto tu wprawdzie pojęcia rozwiązania stosunku „pracy" lecz rozwiązania stosunku „zatrudnienia". Zestawienie jednak wyjaśnianego pojęcia „ustanie zatrudnienia" z wyjaśniającym je rozwiązaniem „stosunku zatrudnienia" wskazuje na to, że chodzi tu o rozwiązanie stosunku pracy.

W każdym razie „ustanie zatrudnienia" w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z 8.3.1949 i zarządzenia MPiOS z 24.5.1949 nie jest równoznaczne z określeniem, użytym w art. 8 ust. 2 ustawy o ub. społ., węższym i odnoszącym się tylko do szczególnej kategorii ubezpieczonych (chałupników itp.). W rozporządzeniu Rady Ministrów (§ 5) i w zarządzeniu Ministra PiOS użyte ono zostało w znaczeniu ogólnym. W odniesieniu zaś do ogółu ubezpieczonych, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu stosunku pracy najemnej, ustanie zatrudnienia wyraża się rozwiązaniem stosunku pracy, a więc tym kryterium, które zawarte jest w art. 8 ust. 1 ustawy o ubezp. społ.

Treść zdania 2 § 2 ust. 1 zarządzenia MPiOS daje więc odpowiedź na pytanie, w którym miesiącu ustało zatrudnienie w spornym przypadku. Wobec tego, że skarżący był zatrudniony na podstawie stosunku pracy, Trybunał uznał słuszność poglądu ZUS, że zatrudnienie w spornym przypadku ustało w lipcu a nie w marcu i błędność poglądu OSUS w tej sprawie.

IV.

Trybunał nie podzielił jednak wyprowadzonej stąd przez ZUS konkluzji, że miesiąc marzec nie podlega wyłączeniu w myśl § 2 ust. 1 zd. 1 zarządzenia MPiOS. Konkluzję tę bowiem wyprowadził ZUS z pominięciem dalszych właściwych przesłanek, opartych na treści przepisu § 2 ust. 1 zd. 1 zarządzenia i na jego podstawowej myśli.

Przepis ten został sformułowany na tle zjawisk normalnych, typowych, a nie pod kątem widzenia przypadków szczególnych, stanowiących odchylenie od zjawiska normalnego.

Typowym zjawiskiem jest, że pracownik pracuje do dnia rozwiązania stosunku pracy i do tego dnia pobiera wynagrodzenie. Odchyleniem zaś od normalnego zjawiska jest przypadek, w którym pracownik przerywa wykonywanie pracy wskutek choroby, pobiera zasiłek chorobowy zamiast wynagrodzenia a stosunek pracy ulega rozwiązaniu w czasie, w którym pracownik nie pobiera wynagrodzenia.

Omawiany wyżej przepis, sformułowany na tle zjawiska normalnego, uwzględnia tylko miesiące, w ciągu których pracownik a) otrzymał wynagrodzenie i to b) co najmniej za 14 dni, przy czym wyłącza niepełny miesiąc, w ciągu którego ustało zatrudnienie.

W normalnych więc okolicznościach ustania zatrudnienia wyłączeniu podlega ostatni miesiąc,

[1]) Wiąże się on z § 5 rozp. RM z 8.3.1949 stanowiącym, że osobom, które uzyskiwały już rentę i dopiero po jej uzyskaniu przepracowały 18 miesięcy przypadające na okres po swobodzeniu Państwa, przelicza się rentę na podstawie przeciętnych zarobków z ostatnich 6 miesięcy.

w którym pracownik pobrał wynagrodzenie i to co najmniej za 14 dni (inaczej w ogóle nie wchodziłby pod uwagę), lecz nie pobrał wynagrodzenia za pełną ilość dni pracy w danym miesiącu. Zasadnicza intencja tego postanowienia została już podkreślona.

Gdy zatem mamy zastosować powyższy przepis do stanu faktycznego, stanowiącego odchylenie od zjawiska normalnego, unormowanego tym przepisem, nie możemy go stosować w sposób zaprzeczający zasadniczej myśli przepisu tym bardziej, że okoliczności, które różnią stan faktyczny spornej sprawy od stanu będącego podstawą omawianej normy w żadnym razie nie uzasadniają mniej przychylnego ich potraktowania.

Stosując do spornego przypadku ogólną normę § 2 ust. 1 zd. 1 zarządzenia MPiOS należy nie tylko pominąć miesiące, w których skarżący pobierał tylko zasiłek chorobowy, nie pobierając żadnego wynagrodzenia, ale także miesiąc marzec, w którym pobrał ostatnie wynagrodzenie za niepełny miesiąc i zaczął pobierać zasiłek chorobowy.

Włączenie miesiąca marca do obliczenia podstawy wymiaru tylko dlatego, że miesiąc lipiec jest tym, w którym ustało zatrudnienie w rozumieniu rozp. Rady Ministrów i zarządzenia MPiOS; pominięcie okoliczności, że w miesiącach od kwietnia do lipca pracownik pobierał tylko zasiłek chorobowy (który nie może umniejszać należnych mu świadczeń emerytalnych) i że miesiąc marzec jest miesiącem, w którym skarżący pobrał ostatnie wynagrodzenie i to za niepełny miesiąc; niewyłączenie w tych okolicznościach miesiąca marca z podstawy obliczenia renty — uznał Trybunał za niewłaściwe zastosowanie przepisów zarządzenia Ministra PiOS.

P-k

Zakres świadczeń ubezpieczeniowych
dla pracowników powołanych do służby wojskowej

Zakres świadczeń krótkoterminowych przysługujących pracownikom powołanym do służby wojskowej zależy od dalszego pobierania przez pracownika wynagrodzenia w zakładzie pracy. Dla tego też należy omówić wpierw przepisy regulujące tę sprawę[1]), następnie zaś przepisy normujące uprawnienia ubezpieczeniowe w zakresie świadczeń krótkoterminowych: chorobowych i rodzinnych[2]).

I

Uprawnienia pracownika powołanego do służby wojskowej co do wynagrodzenia od pracodawcy przedstawiają się następująco:

1. W przypadku powołania na ćwiczenia lub przeszkolenie wojskowe na okres nie dłuższy niż dwa tygodnie pracownik zachowuje prawo do ostatnio pobieranego wynagrodzenia przez czas odbywania tej służby.

2. W przypadku powołania na ćwiczenia lub przeszkolenie wojskowe na czas dłuższy niż dwa tygodnie pracownik zachowuje prawo do:

a) ostatnio pobieranego wynagrodzenia do końca tego miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczął odbywanie ćwiczeń lub przeszkolenie,

b) połowy ostatnio pobieranego wynagrodzenia przez dalszy czas odbywania ćwiczeń lub przeszkolenia, poczynając od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym rozpoczął odbywanie ćwiczeń lub przeszkolenie.

3. W przypadku powołania do zasadniczej służby wojskowej (kadrowej, terytorialnej lub zastępczej) pracownik zachowuje prawo do ostatnio pobieranego wynagrodzenia do końca tego miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczął odbywanie tej służby, jednakże nie mniej niż za dwa tygodnie.

4. W razie powołania do terytorialnej służby wojskowej, pracownik, który utrzymywał rodzinę jako jedyny żywiciel, zachowuje prawo do:

a) ostatnio pobieranego wynagrodzenia do końca tego miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczął służbę terytorialną,

b) połowy ostatnio pobieranego wynagrodzenia poczynając od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następujcego po miesiącu, w którym rozpoczął odbywanie tej służby.

II

1. W przypadkach i w okresach, w których pracownik powołany do służby wojskowej zachowuje prawo do pełnego lub połowy wynagrodzenia z zakładu pracy, podlega on nadal obowiązkowi ubezpieczenia, jak w czasie pełnienia przezeń pracy. (Składki ubezpieczeniowe oblicza się według obowiązujących zasad od wynagrodzeń wypłacanych za czas odbywania służby wojskowej).

2. Pracownikowi powołanemu do odbycia zasadniczej służby wojskowej (kadrowej, terytorialnej, zastępczej) bądź na ćwiczenia lub przeszkolenie wojskowe, jeżeli ma trzymiesięczny okres wyczekiwania (przepracowany lub zaliczony), przysługuje nadal prawo do zasiłku rodzinnego za te okresy pełnienia służby wojskowej, za które otrzymuje on ostatnio pobierane wynagrodzenie (pełne lub połowę). Wypłata zasiłku za dany miesiąc kalendarzowy następuje w terminie obowiązującym dla pracowników zatrudnionych.

3. Jeżeli w chwili powołania do służby wojskowej pracownik nie posiada jeszcze 3-miesięcznego okresu wyczekiwania, wlicza się mu do tego okresu czas służby wojskowej. Po upływie obliczonego w ten sposób 3-miesięcznego okresu wyczekiwania pracownik nabywa prawo do zasiłku rodzinnego, lecz tylko za ten czas, za który pobiera jeszcze wynagrodzenie.

4. Pracownikowi powołanemu na ćwiczenia lub przeszkolenie wojskowe, który po ich odbyciu powrócił do pracy, zalicza się okres pełnienia służby wojskowej do uprawnień do zasiłku rodzinnego, jeżeli w ciągu 3 dni po zwolnieniu ze służby wojskowej powrócił do pracy w tym samym zakładzie pracy. Gdy powrót do

[1]) Patrz rozp. Rady Ministrów z 17.6.1950 (Dz. U. R. P. nr 26 poz. 256)

[2]) Por. wyjaśnienie MPiOS z 27.2.1951, Upu 10a—8/51 w okólniku ZUS nr 111/51 oraz wyjaśnienie MPiOS z 25.6.1951, Upu 15a—16/51, w okólniku ZUS nr 149/51.

pracy w tym samym zakładzie nie jest możliwy z przyczyn wymienionych w § 5 pkt. 1-b rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 12.2.1951 Dz. U.R.P. Nr 9 poz. 72 (np. z powodu likwidacji zakładu pracy lub zakończenia robót) i pracownik podjął pracę w innym zakładzie pracy, zachowuje on ciągłość uprawnień do zasiłku, jeżeli przedstawi zaświadczenie stwierdzające niemożliwość podjęcia zatrudnienia w dawnym zakładzie pracy z przyczyn wyżej wskazanych a pracę w innym zakładzie podjął nie później niż w ciągu 15 dni licząc od terminu zwolnienia ze służby wojskowej.

5. Pracownikowi powołanemu do odbycia zasadniczej służby wojskowej, który po zwolnieniu z tej służby powrócił do pracy, zalicza się okres pełnienia służby wojskowej do 3-miesięcznego okresu wyczekiwania wymaganego do nabycia uprawnień do zasiłku rodzinnego. Zaliczenie następuje pod warunkiem, że powrót do pracy w tym samym lub innym zakładzie nastąpi w ciągu 30 dni od zwolnienia ze służby wojskowej.

6. Gdy pracownik pobierający zasiłek rodzinny został powołany do odbycia zasadniczej służby wojskowej a nie zatrudniony poprzednio członek rodziny (żona, rodzice), utrzymujący jego dzieci podjął zatrudnienie, z tytułu którego przysługuje zasiłek rodzinny, członek rodziny nabywa prawo do tego zasiłku bez konieczności przebycia 3-miesięcznego okresu wyczekiwania, jeżeli podjął pracę w ciągu 30 dni po powołaniu żywiciela rodziny do zasadniczej służby wojskowej.

7. W przypadkach i okresach, w których pracownik otrzymuje wynagrodzenie z zakładu pracy (pełne lub połowę), członkowie rodziny mają takie samo prawo do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, jakie mieli w czasie pełnienia przezeń pracy.

8. W przypadkach, w których z pracownikiem powołanym do zasadniczej służby wojskowej (kadrowej, terytorialnej lub zastępczej) stosunek pracy nie ulega rozwiązaniu, lecz pracownik nie zachowuje prawa do wynagrodzenia z zakładu pracy, przysługuje uprawnionym członkom jego rodziny pomoc lecznicza, jak członkom rodziny ubezpieczonego przez okres odbywania tej służby przez pracownika [3]). Podstawę do udzielania pomocy leczniczej stanowi odpowiednio poświadczona przez zakład pracy legitymacja ubezpieczeniowa. (Patrz — Instrukcja dla zakładów pracy o legitymacjach ubezpieczeniowych i pouczenie zawarte w legitymacji).

St. St.

[3]) Patrz Instrukcje Min. Zdrowia oraz MPiOS z 22.3.1951 (Monitor A—28, poz. 368).

Zapytania i wyjaśnienia z praktyki ubezpieczeniowej

Skróty użyte w wyjaśnieniach oznaczają: RM — Rada Ministrów, MPiOS — Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, ZUS — Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. — Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Monitor — Monitor Polski, KZ — Kodeks Zobowiązań, KG — Karta Górnika, PUS — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych.

104. Kiedy matka ubezpieczonego ma prawo do świadczeń leczniczych.

PYTANIE: **Matkę pozostającą od 2 lat na utrzymaniu córki — pracowniczki należało umieścić w szpitalu. Biuro przy ambulatorium odmówiło wydania przekazu na leczenie szpitalne, ponieważ matka nie była wpisana do legitymacji ubezpieczeniowej córki. Czy matce przysługuje bezpłatne leczenie szpitalne z tytułu zatrudnienia córki i co należy uczynić, aby je uzyskać.**

ODPOWIEDŹ: Matka jako członek dalszej rodziny ma prawo do bezpłatnej pomocy leczniczej, którą objęte jest również leczenie szpitalne, dopiero po wpisaniu jej przez oddział ZUS do legitymacji ubezpieczeniowej na podstawie zgłoszenia. Jeśli zgłoszenie do oddziału ZUS nastąpiło w ciągu 10 dni od podjęcia zatrudnienia przez córkę, to prawo do świadczeń nabywa matka zaraz po jej wpisaniu do legitymacji ubezpieczeniowej. Gdy natomiast zgłoszenie to nastąpiło w terminie późniejszym niż w ciągu 10 dni od podjęcia zatrudnienia, wówczas prawo do świadczeń leczniczych nabywa matka jako członek rodziny dopiero po 13 tygodniach od dnia jej zgłoszenia.

Ponieważ w konkretnym wypadku matka nie została wpisana do legitymacji ubezpieczeniowej córki, nie ma w chwili obecnej prawa do bezpłatnej pomocy leczniczej. Dla uprawnienia do świadczeń leczniczych matki należy przedłożyć w oddziale ZUS swoją legitymację ubezpieczeniową z wpisanym tam zaświadczeniem zakładu pracy o istnieniu zatrudnienia oraz zaświadczenie prezydium gminnej rady narodowej lub komitetu blokowego miejsca zamieszkania stwierdzające, że matka jest na całkowitym utrzymaniu córki i z nią wspólnie zamieszkuje. Oddział ZUS, po ustaleniu uprawnień do świadczeń i terminu od którego one przysługują, wpisze matkę do legitymacji. *(mb)*

105. Wypłata zasiłku chorobowego w wypadku zagubienia asygnaty.

PYTANIE: **Zdarzają się wypadki zagubienia przez ubezpieczonych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (L 4). Wydziały zdrowia rad narodowych odmawiają sporządzenia i wydania duplikatów tych zaświadczeń (asygnat zasiłkowych), a wypłata zasiłków chorobowych dokonywana jest tylko na podstawie asygnat wydanych na drukach L4. Czy ubezpieczony w takich wypadkach traci prawo do zasiłku?**

ODPOWIEDŹ: Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy druk L4 (asygnata zasiłkowa) stanowi dowód uprawnienia do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego i jest jedynym dokumentem, jaki jest wymagany dla rozpatrzenia roszczenia pracownika o zasiłek i wypłacenia mu należnej kwoty. Zaświadczenie to jest zarazem dokumentem kasowym, koniecznym do rozliczenia zakładu pracy z ZUS, z tytułu wypłaty pracownikowi zasiłku. Z tych względów powinien być starannie przechowany i przedłożony w oryginale zarówno zakładowi pracy jak i właściwemu Oddziałowi ZUS. Należy wziąć pod uwagę, że zaświadczenie jest pewnego rodzaju zleceniem wypłaty i jest wystawiane na druku L4, który jest drukiem ścisłego zarachowania; tym też trzeba wytłumaczyć stanowisko wydziałów zdrowia, które nie wydają odnośnych duplikatów. Zresztą kwestia ta nie jest istotna, ponieważ duplikat również nie byłby dokumentem, który by można uznać za wystarczającą podstawę wypłaty zasiłku.

Niewątpliwie wypadki niezawinionego zagubienia asygnaty mogą się zdarzyć i jeżeli taki fakt rzeczywiście nastąpił uprawniony nie może tracić prawa do

zasiłku; z uwagi jednak na możliwość powstawania w związku z tym nadużyć i podwójnych wypłat zasiłków z jednego tytułu, wypadki te wymagają indywidualnego potraktowania oraz wnikliwej oceny. W uzasadnionych przypadkach zasiłek może być przyznany na podstawie następujących (zastępczych) pośrednich dowodów: 1) pisemne podanie uprawnionego wraz z wyjaśnieniem okoliczności, wśród których nastąpiło zagubienie asygnaty, 2) zaświadczenie wydane przez Wydział Zdrowia Rady Narodowej, zawierające stwierdzenie że istotnie pracownik był niezdolny do pracy w czasie od..... do ..... wymieniające numer statystyczny choroby oraz poświadczające, że otrzymał za ten okres zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy na druku I 4 nr... 3) pisemne stwierdzenie zakładu pracy i Oddziału ZUS, że na podstawie oryginalnej asygnaty zasiłku nie wypłacono.

Wypłata następuje w trybie przewidzianym dla normalnych zasiłków, a więc także na podstawie decyzji Rady Zakładowej wzgl. Miejscowej. *(Es)*

106. Zasiłki chorobowe za 3-dniowy okres niezdolności do pracy.

PYTANIE: **W zaświadczeniu o czasowej niezdolności do pracy (druk L4) lekarz wypisał okres niezdolności na piątek, sobotę i niedzielę. Czy ze względu na to, że okres niezdolności do pracy obejmuje tylko 2 dni robocze (piątek i sobotę), a trzeci dzień przypada na niedzielę — należy płacić zasiłek chorobowy?**

ODPOWIEDŹ: Zgodnie z art. 95 ust. 1 ustawy o ubezp. społ. ubezpieczony w razie choroby ma prawo do zasiłku chorobowego za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt, poczynając od pierwszego dnia niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta trwa co najmniej 3 dni. A zatem prawo do zasiłku chorobowego uzależnione jest od 3-dniowego okresu niezdolności do pracy i obojętne jest czy do tego 3-dniowego okresu wchodzą niedziela czy dzień świąteczny. Ponieważ w danym wypadku pracownik jest niezdolny przez okres 3 dni ma uprawnienia do zasiłku chorobowego, o ile za ten okres nie pobiera wynagrodzenia. *(mb)*

107. Świadectwo zgonu jest wystarczającym dowodem uprawnienia do zasiłku pogrzebowego.

PYTANIE: **Czy na podstawie świadectwa zgonu można wypłacić zasiłek pogrzebowy czy też we wszystkich przypadkach osoba uprawniona do zasiłku pogrzebowego obowiązana jest przedłożyć asygnatę zasiłkową, wydaną przez lekarza?**

ODPOWIEDŹ: W zasadzie dowodem uprawnienia do zasiłku pogrzebowego jest asygnata zasiłkowa wydana przez lekarza Jeżeli jednak zgłaszający roszczenia o wypłatę zasiłku pogrzebowego przedkłada świadectwo zgonu b. ubezpieczonego, wydane przez urząd stanu cywilnego, zarówno zakład pracy jak i Oddział ZUS powinny uznać to świadectwo jako dokument zupełnie wystarczający do przyznania i wypłaty zasiłku pogrzebowego. Odsyłanie zainteresowanego do lekarza po asygnatę zasiłkową byłoby w tych przypadkach całkowicie zbędnym formalizmem i obciążaniem niepotrzebną pracą lekarza. Na podstawie świadectwa zgonu odpowiedni formularz asygnaty wypełnia wypłacający zasiłek zakład pracy lub Oddział ZUS. *(Es)*

108. Podstawa obliczenia zasiłku z ubezpieczenia chorobowego w razie odbywania przez pracownika ćwiczeń wojskowych.

PYTANIE: **Ubezpieczony został powołany na ćwiczenia wojskowe od 29.1.1952 do 14.4.1952. W dniu 28.2.1952 zmarła matka ubezpieczonego, która była na jego utrzymaniu. Jakie zarobki należy przyjąć za podstawę obliczenia zasiłku pogrzebowego, czy zarobki z okresu przed pójściem na ćwiczenia wojskowe, czy też kwoty jakie otrzymywał z zakładu pracy w okresie odbywania ćwiczeń wojskowych.**

ODPOWIEDŹ: Stosownie do art. 8 ustawy z 1.3.1949 (Dz. U. nr 18 poz. 109) zasiłek pogrzebowy w razie śmierci członka rodziny ubezpieczonego wynosi trzytygodniowy ostatni zarobek ubezpieczonego. W myśl zaś ustawy z 4.2.1950 (Dz. U. nr 6, poz. 46) i rozp. RM z 17.6.1950 (Dz. U. nr 26 poz. 236) pracownikowi powołanemu na ćwiczenia wojskowe na czas dłuższy niż dwa tygodnie przysługuje: a) ostatnio pobierane uposażenie lub wynagrodzenie do końca tego miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczął odbywanie ćwiczeń, b) połowa ostatnio pobieranego uposażenia lub wynagrodzenia przez dalszy czas odbywania ćwiczeń, poczynając od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym rozpoczął odbywanie tych ćwiczeń.

Na tle powołanych przepisów ustawowych zasiłek pogrzebowy po zmarłej matce należy obliczyć na podstawie zarobków, które ubezpieczony otrzymał w miesiącu pracy, w konkretnym przypadku w styczniu 1952. Kwoty bowiem, jakie otrzymał on w miesiącu lutym nie są właściwie jego zarobkiem za pracę (bo w tym czasie nie pracował) lecz specjalnym wynagrodzeniem, do którego ma prawo w myśl ustawy i powołanego poprzednio rozporządzenia RM ze względu na odbywanie ćwiczeń wojskowych. *(Es)*

109. Świadczenia w razie choroby i zgonu państwowego pracownika etatowego.

PYTANIE: **Nauczyciel JK, którego stosunek służbowy miał charakter publiczno-prawny umarł po pięciotygodniowym okresie choroby — czy i jakie świadczenia przysługują rodzinie z ubezpieczenia społecznego?**

ODPOWIEDŹ: Pracownicy państwowi, których stosunek służbowy ma charakter publiczno-prawny (pracownicy etatowi) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia tylko na wypadek choroby i macierzyństwa (art. 6 ust. 2 ustawy o ubezp. społ.) z tym, że w czasie choroby mają prawo tylko do pomocy leczniczej nie mają zaś prawa do pobierania zasiłków chorobowych, ponieważ otrzymują w tym czasie pełne wynagrodzenie (art. 100 ust. o ub. społ.). W wypadku zaś śmierci takiego pracownika pozostała po nim rodzina ma prawo do zasiłku pogrzebowego, którego wysokość wynosi 7-tygodniowe ostatnio pobierane wynagrodzenie. Dla otrzymania zasiłku pogrzebowego należy przedłożyć w zakładzie pracy zmarłego asygnatę zasiłkową wydaną przez lekarza lub świadectwo zgonu, wydane przez urząd stanu cywilnego oraz rachunek kosztów pogrzebu, a gdy osoba zgłaszająca roszczenie jest małżonkiem, dzieckiem albo wnukiem zmarłego, zamiast rachunku kosztów pogrzebu — pisemne oświadczenie stwierdzające, że osoba zgłaszająca rozszczenie pokryła koszty pogrzebu. Roszczenie należy zgłosić nie później niż w ciągu 6 miesiący od daty zgonu. *(mb)*

110. Zaliczanie okresu niezdolności do pracy do uprawnień do zasiłków rodzinnych.

PYTANIE: **FJ robotnik pobierał zasiłki z powodu niezdolności do pracy przez okres 4.6 — 26.9.52, i po wyzdrowieniu zaczął pracować od 1.10.52 w nowym zakładzie pracy. Od jakiego miesiąca nabywa on prawo do zasiłków rodzinnych?**

ODPOWIEDŹ: Zgodnie z przepisami par. 5 p. 4 rozp. MPiOS z 12.2.51 (Dz. U. nr 9 poz. 72) oraz wyjaśnieniem tegoż Ministerstwa zawartym w okólniku ZUS nr 149/51 pracownikowi, który po odzyskaniu zdolności do pracy podjął pracę w innym zakładzie pracy, zalicza się do uprawnienia do zasiłku rodzinnego okres poprzedniej pracy i p o b i e r a n i a z a s i ł k u c h o r o b o w e g o, jeżeli podjęcie pracy w nowym zakładzie pracy nastąpiło w ciągu 15 dni po odzyskaniu zdolności do pracy, a poprzedni zakład pracy stwierdzi na piśmie, że nie mógł zatrudnić tego pracownika z powodu braku miejsca lub odpowiedniej pracy.

W konkretnym wypadku okres pomiędzy datą odzyskania zdolności do pracy a datą podjęcia pracy wynosi tylko 4 dni. Okres więc pobierania zasiłku chorobowego może być zaliczony do uprawnień do zasiłków rodzinnych po stwierdzeniu przez poprzedni zakład pracy, że nie mógł zatrudnić tego pracownika z powodu braku miejsca lub odpowiedniej pracy. *(mb)*

111. Zasiłek rodzinny na żonę pobierającą rentę.

PYTANIE: **Żona pracownika OK mająca 58 lat pobiera od 1.8.52 rentę inwalidzką. Pracownik zapytuje, czy przysługuje mu zasiłek rodzinny na żonę.**

ODPOWIEDŹ: Warunkiem uprawnień do zasiłku rodzinnego na żonę jest pozostawanie jej na wyłącznym i całkowitym utrzymaniu męża (§ 2 ust. 3 rozp. MPiOS z 16.1.48 Dz. U. nr 4 poz. 30). Ponieważ żona pobiera rentę z tytułu własnej pracy, nie spełnia zatem tego warunku i zgodnie z wyjaśnieniem MPiOS z 18.8.49 znak: Un 689/30-9 mąż nie ma prawa do pobierania na nią zasiłku rodzinnego. *(mb)*

112. Zasiłek rodzinny na dzieci uczęszczające na kursy techniczno-pedagogiczne.

PYTANIE: **Syn pracownika, ur. w 1935 roku ukończył w czerwcu br. Technikum Mechaniczno-Elektryczne. Od 1 września br. jest słuchaczem Wyższego Kursu Techniczno-Pedagogicznego. Czy na syna pracownika, który kształci się na Wyższym Kursie Techniczno-Pedagogicznym przysługuje zasiłek rodzinny.**

ODPOWIEDŹ: Uprawnienia do zasiłku rodzinnego z tytułu pracy żywiciela przysługują na niepracującą lecz kształcącą się młodzież również po ukończeniu lat 16 do ukończenia lat 24 — przez czas uczęszczania do szkół (§ 4 ust. 2 rozp. RM z 26.7.1950). Przedłużenie prawa do zasiłków z tytułu uczęszczania dziecka do szkół uzasadniają te formy szkolenia, które mają na celu przygotowanie młodzieży do przyszłej pracy, tj. dają absolwentom prawo przejścia na wyższy poziom szkolenia lub odpowiedni stopień kwalifikacyjny w określonym zawodzie i ze względu na ich charakter i rozmiary zajęć wykluczają pracę zarobkową. Uprawnienia do zasiłku rodzinnego z tytułu pracy żywiciela przysługują w razie uczęszczania do państwowych szkół ogólnokształcących, zawodowych i wyższych wszelkich poziomów i kierunków szkolenia. Kursy techniczno-pedagogiczne traktowane są na równi z tymi szkołami. Zgodnie z tym uprawnienia do zasiłków rodzinnych z tytułu pracy żywiciela przysługują również dla młodzieży uczęszczającej na wyższe kursy techniczno-pedagogiczne.

W razie kontynuowania nauki zasiłki przysługują również za okres przerwy w nauce, tj. w danym przypadku za lipiec i sierpień. *(W.W.)*

113. Wypłata zasiłku rodzinnego na dziecko odbywające płatną praktykę wakacyjną.

PYTANIE: **Syn — student, na którego ojciec pobiera zasiłek rodzinny został skierowany przez uczelnię na praktykę wakacyjną. Praktyka była płatna. Czy za okres praktyki należy ojcu wstrzymać wypłatę zasiłku rodzinnego?**

ODPOWIEDŹ: Zasiłek rodzinny nie przysługuje w zasadzie na dzieci pracujące i otrzymujące z tytułu własnej pracy normalne wynagrodzenie, a to zgodnie z przepisem § 5 ust. 1 pkt. 1 rozp. RM z 26.7.50 (Dz. U. nr 33 poz. 297). Za zatrudnienie wyłączające uprawnienia do zasiłków należy uważać — jak wyjaśniło MPiOS — zasadniczo zatrudnienie mające cechy trwałości. Praktyka wakacyjna studenta jest zajęciem przejściowym i nie ma cech trwałości. A zatem nie należy wstrzymywać ojcu wypłaty zasiłku rodzinnego na syna studenta odbywającego płatną praktykę wakacyjną. *(mb)*

114. Czy przysługuje renta sieroca po ojcu i dziadku i kto w takim przypadku ma prawo do zasiłku rodzinnego.

PYTANIE: **Sierota w wieku poniżej 16 lat pobiera rentę sierocą po ojcu i pozostaje na utrzymaniu i wychowaniu dziadka, który jest pracownikiem najemnym. Po okresie $1^1/_2$-rocznym umiera również i dziadek i sierota przechodzi na utrzymanie i wychowanie swego wuja. Prawnym jej opiekunem jest jednak zupełnie inna osoba a nie wuj. Tak wuj, jak i prawny opiekun są pracownikami najemnymi. Powstaje pytanie: czy sierocie tej należy się również renta sieroca po dziadku oraz z czyjego zatrudnienia należy wypłacać zasiłki rodzinne na sierotę z tytułu zatrudnienia wuja czy prawnego opiekuna.**

ODPOWIEDŹ: W stosunku do dziadka sierota jest „dzieckiem obcym" w rozumieniu rozporządzenia RM z 26.7.1950 w sprawie ujednolicenia warunków uprawnień do świadczeń dla dzieci w ubezpieczeniach społecznych (Dz. U. nr 33 poz. 297). Dziecku zaś obcemu przysługuje prawo do renty sierocej po ubezpieczonym, jeżeli przyjęcie na utrzymanie i wychowanie przez tego ubezpieczonego nastąpiło przed uzyskaniem pełnoletności dziecka i trwało co najmniej przez rok. W niniejszym przypadku dziecko ma prawo do renty sierocej również po dziadku, albowiem oba warunki wyżej wymienione są spełnione i nie zachodzą żadne inne okoliczności wykluczające to prawo. Do obu rent sierocych (po ojcu i dziadku) mają jednak zastosowanie przepisy o zbiegu rent, tzn. płaci się jedną rentę w całości, a drugą w połowie. Obecnie dziecko to pozostaje na utrzymaniu i wychowaniu wuja, a zatem dziecko to jest w stosunku do tego wuja „dzieckiem obcym" w rozumieniu cytow. wyżej rozporządzenia RM. Wujowi zatem przysługuje z tytułu jego zatrudnienia prawo do zasiłku rodzinnego na to dziecko. Prawny opiekun nie ma żadnego prawa do zasiłku rodzinnego z tytułu swego zatrudnienia, albowiem ani nie utrzymuje ani też nie wychowuje tego dziecka, a zatem dziecko to nie jest jego „dzieckiem obcym" w rozumieniu rozporządzenia RM. Fakt prawnej opieki nie ma tu żadnego wpływu na prawo do tego zasiłku.

(T.W.)

115. Renta wdowia z Karty Górnika.

PYTANIE: **Górnik pracował w charakterze rębacza w kopalni węgla przez 8 lat i uległ wypadkowi pod ziemią w lutym 1951, w którym utracił obie nogi. Z tytułu tego wypadku pobierał rentę z Karty Górnika wraz ze wzrostem renty przy zaliczeniu 25 lat pracy. Umiera w maju 1952 wskutek choroby serca. Powstaje pytanie, czy wdowa ma również prawo do renty z Karty Górnika wraz ze wzrostem renty na podstawie 25 lat pracy, jeżeli górnik umrze z powodu choroby samoistnej.**

ODPOWIEDŹ: Renta z Karty Górnika wypłacana była w niniejszym przypadku na podstawie postanowień § 3 lit. a i § 8 uchwały Prezydium Rządu z dnia 10.1.1951 (Monitor A-5, poz. 64). W myśl tych postanowień prawo do renty z KG ze wzrostem ma ten górnik, który uległ wypadkowi pod ziemią lub zachorował na chorobę zawodową. Rentę tę wymierza się przy zaliczaniu 25 lat pracy bez względu na faktyczny okres pracy pod ziemią lub zatrudnienia równorzędnego z tą pracą. W myśl § 9 ust. 3 cytowanej uchwały postanowienia § 8 stosuje się odpowiednio do rent wdowich, czyli że wdowa ma prawo do renty wdowiej z KG wraz ze wzrostem i bez względu na okres faktycznej pracy męża tylko w tym przypadku, gdy mąż jej zmarł wskutek wypadku pod ziemią. Wdowie wtedy przysługuje prawo do renty bez względu na wiek i zdolność do zarobkowania.

W niniejszym przypadku wdowa nie ma w ogóle prawa do renty z KG, albowiem mąż jej zmarł wskutek choroby samoistnej (a nie z wypadku), a przedtem nie przepracował pod ziemią co najmniej 10 lat. Wdowie należy wymierzyć rentę z ubezpieczenia powszechnego i brackiego, jeżeli spełnione są warunki przewidziane w tych ubezpieczeniach.

Gdyby górnik do chwili wypadku przepracował co najmniej 10 lat pod ziemią, wdowa miałaby prawo do normalnej renty z KG na podstawie § 3 uchwały, tj. przy zaliczeniu tylko faktycznych lat pracy (a nie 25-letniego okresu) i bez wzrostu renty przewidzianego w § 8 uchwały. Może jednak zajść taki przypadek, w którym wdowa nie będzie miała prawa do żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, mimo, iż mąż jej pobierał rentę z Karty Górnika na podstawie § 8 cytowanej uchwały. Przypadek taki zajdzie wtedy, gdy górnik umrze wskutek choroby samoistnej (nie z wypadku) i do chwili śmierci nie przepracuje co najmniej 200 tygodni, zaliczalnych na prawo do renty lub wprawdzie przepracuje co najmniej 200 tygodni, lecz

sama wdowa nie odpowiada warunkom ustawowym (np. nie ukończyła 55 roku życia i nie jest niezdolna do zarobkowania lub nie wychowuje dzieci). *(T.W.)*

115. Zaliczalność okresów zatrudnienia po stwierdzeniu inwalidztwa.

PYTANIE: **Pracownik zgłosił roszczenie o rentę inwalidzką i lekarz uznał go za niezdolnego do zarobkowania. Renty jednak odmówiono z powodu przebycia w ubezpieczeniu tylko 150 tygodni. Dla dopełnienia okresu wyczekiwania pracownik ten podejmuje ponownie zatrudnienie. Powstaje pytanie, czy z uwagi na przepis art. 6 ust. 1 pkt. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym okresy zatrudnienia, wykonywane przez osobę po uznaniu jej przez lekarza za niezdolną do zarobkowania, podlegają zaliczeniu na okres wyczekiwania?**

ODPOWIEDŹ: Należy odróżnić inwalidztwo w znaczeniu lekarskim od inwalidztwa w znaczeniu prawnym, tj. w rozumieniu art. 154 ust. 1 ustawy. W myśl tego przepisu inwalidą jest ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu. Jeżeli więc dana osoba pracuje najemnie i zarabia więcej niż 1/3 tego, co zarabia osoba zdrowa, nie może być ona uznana za inwalidę w rozumieniu cytowanego przepisu, tj. w znaczeniu prawnym, choćby z punktu widzenia lekarskiego inwalidztwo takie istniało. Osoba ta zatem nie może być wyłączona z obowiązku ubezpieczenia w myśl art. 6 ust. 1 pkt. 2 ustawy z braku podstawy prawnej i okresy pracy w tym przypadku podlegają zaliczeniu na okres wyczekiwania. Gdyby wspomniana osoba zarabiała mniej niż 1/3 zarobku osoby zdrowej, okresy pracy podlegałyby wyłączeniu spod obowiązku ubezpieczenia w myśl art. 6 ust. 1 pkt. 2 i nie podlegałby zaliczeniu na okres wyczekiwania. *(T.W.)*

117. Obowiązek ubezpieczenia z dodatkowego zatrudnienia

PYTANIE: **Ob. R.E. z Suwałk zapytuje, czy pełnozatrudniony pracownik, który dodatkowo pracuje dorywczo około 10 godzin tygodniowo przy zamiataniu ulicy, za co otrzymuje mieszkanie, podlega obowiązkowi ubezpieczenia również i z tego dodatkowego zatrudnienia.**

ODPOWIEDŹ: Każde zatrudnienie powoduje obowiązek ubezpieczenia bez względu na to, czy to jest zatrudnienie główne czy dodatkowe. Na obowiązek ten nie ma wpływu ani rozmiar pracy ani czas jej wykonywania ani też jakość zapłaty. Jeśli za wykonywaną pracę pracownik otrzymuje bezpłatnie mieszkanie, to za podstawę wymiaru składek ubezpieczeniowych przyjmuje się wysokość przypadającego czynszu obliczonego według ogólnie stosowanych norm. Do podstawy wymiaru świadczeń rentowych i zasiłków chorobowych przyjmuje się wtedy łączną sumę zarobków ze wszystkich jednocześnie wykonywanych zatrudnień. Zasiłki natomiast rodzinne przysługują pracownikowi tylko z zatrudnienia głównego. (Zob. PUS nr 11-12/51 str. 346 i nr 8/52 pytanie 86). *(mb)*

118. Wynagrodzenie nie podlegające wliczeniu do podstawy wymiaru składek i świadczeń.

PYTANIE: **Państwowy zakład pracy powierzył ob. S., pracownikowi zatrudnionemu stale w charakterze mechanika w innym zakładzie pracy, wykonywanie drobnych napraw aparatury wodno-kanalizacyjnej i CO oraz instalacji elektrycznej. Ob. S. zobowiązał się wykonywać własnymi narzędziami wspomniane prace 2—3 razy w tygodniu w dowolnych godzinach popołudniowych, bądź w zakładzie pracy, bądź poza tym zakładem, jeżeli dorabianie, przerabianie lub naprawa różnych części aparatury wymaga obróbki maszynowej. Ob. S. otrzymuje wynagrodzenie po przedłożeniu rachunków miesięcznych za wykonane naprawy. Czy zarobki z tytułu tego rodzaju dodatkowego zatrudnienia podlegają wliczeniu do podstawy wymiaru składek i świadczeń?**

ODPOWIEDŹ: Z przedstawionego stanu faktycznego wynika, że ob. S. nie jest obowiązany wykonywać powierzonej mu pracy w ściśle określonych dniach i godzinach, nie jest skrępowany w zasadzie miejscem pracy i sposobem jej wykonania, wynagrodzenie zaś otrzymuje po złożeniu miesięcznych rachunków za każdą naprawę względnie za dorobienie lub przerobienie jakiejś części. Okoliczności te wskazują, że dodatkowa praca ob. S. ma charakter umowy o dzieło, a nie umowy o pracę najemną i w konsekwencji otrzymywane z tego tytułu zarobki nie podlegają wliczeniu do podstawy wymiaru składek i świadczeń. *(Wr)*

Przegląd Ustawodawstwa

SIERPIEŃ 1952.

W miesiącu sprawozdawczym opublikowano następujące akty prawne, związane z działalnością ZUS:

1. Zarządzenie Ministra PiOS z 25.7.1952 r (Monitor P. A-67, poz. 1023) obowiązujące od 1.6.1952, stanowi, że podstawą wymiaru składek i świadczeń we wszystkich rodzajach ubezpieczenia pracowników rolnych jest całkowite wynagrodzenie pracownika tak w gotówce, jak i w naturze. Podstawą zaś ubezpieczenia osób nie pobierających żadnego wynagrodzenia lub pobierających wynagrodzenie niższe niż minimalny zarobek (ustalony przez Min. PiOS) policzalny do ubezpieczenia — jest właśnie ten minimalny zarobek.

Część gotówkową wynagrodzenia przyjmuje się w takiej wysokości, w jakiej pracodawca ją wypłaca. Dla ustalenia zaś gotówkowej wartości wynagrodzenia w naturze, zarządzenie przyjmuje jako ceny przeciętne za 1 q: dla pszenicy — 97.50 zł, żyta — 61.50 zł, jęczmienia — 61.50 zł, grochu — 97.50 zł, węgla — 9.60 zł. Jako przeciętną cenę mleka przyjmuje się 0,75 zł za 1 litr, przeciętną zaś wartość miesięczną: mieszkania — 9 zł, pomieszczenia dla inwentarza — 6 zł, a całodziennego wyżywienia — 108 zł.

Według równowartości tych naturaliów oblicza się wartość innych naturaliów, przyjmując stosunek oznaczony w obowiązującym układzie zbiorowym pracy.

Do podstawy wymiaru świadczeń i składek, o ile chodzi o pracowników rolnych zatrudnionych w zakładach pracy władania publicznego, nie wlicza się wartości drobnych bezpłatnie udzielanych świadczeń w naturze, jak np. ogródek przydomowy, ziemia pod okopowe, pomieszczenie na opał, mieszkanie pracowników sezonowych, koszt prowadzenia stołówki itp. oraz różnicy wartości między ceną ustaloną w zarządzeniu a ceną płaconą przez pracownika za świadczenia odpłatne.

2. Uchwała nr 702 Rady Ministrów z 8.8.1952 (Monitor P. A-73, poz. 1159), zmieniająca uchwałę z 3.3.1950, rozciąga od 1.4.1952 na inżynierów i techników zatrudnionych w Ministerstwie Hutnictwa uchwałę z 30.11.1949 w sprawie szczególnych przywilejów dla górników w górnictwie węglowym (z wyjątkiem pkt II, 4) i uchwałę RM z 30.11.1949 w sprawie zasiłków pogrzebowych dla rodzin zmarłych górników.

3. Uchwała nr 709 Prezydium Rządu z 8.8.1952 (Monitor P. A-73 poz. 1164), zmieniająca uchwałę nr 15 z 10.1.1951, stanowi, że w resorcie Ministerstwa Hutnictwa za pracę równorzędną z pracą pod ziemią uważa się zatrudnienie na stanowiskach wymagających kwalifikacji inżynierskich lub technicznych, pod warunkiem przepracowania co najmniej 5 lat w kopalniach w charakterze dozoru niższego, średniego lub wyższego. Uchwała obowiązuje od 1.4.1952.

OKÓLNIKI I ZARZĄDZENIA

SIERPIEŃ 1952

W miesiącu sprawozdawczym Centrala ZUS wydała okólniki, dotyczące następujących spraw:

OBOWIĄZEK UBEZPIECZENIA

Okólnik nr 137 z 8.8.1952 ustala, iż stosownie do wyjaśnienia Min. PiOS z 10.7.1952 Upu 10a-14/52, pracownicy ajencyj PKO, prowadzonych w zakładach pracy, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia. Stosunek bowiem ajenta do PKO nie jest oparty na umowie o pracę (pracownika wyznacza zakład pracy), czas jego pracy nie jest normowany przez PKO, dany pracownik nie podlega przepisom o dyscyplinie pracy, a wynagrodzenie jego ma charakter prowizji.

ŚWIADCZENIA

Okólnik nr 135 z 1.8.1952 podaje do wiadomości oddziałów ZUS treść zarządzenia Min. PiOS z 25.7.1952 w sprawie ustalenia podstawy ubezpieczenia (wymiaru świadczeń i składek) pracowników rolnych (zob. powyżej „Przegląd ustawodawstwa" pkt. 1).

Okólnik nr 144 z 16.8.1952 zarządza w oparciu o pismo Min. PiOS z 2.8.1952 nr 6 pkt 20—18/52 i w porozumieniu z CRZZ definitywne zakończenie akcji przekazywania wypłaty zasiłków zakładom pracy, zatrudniającym co najmniej 50 pracowników (okólniki nr 71/51 i 18/52). Oddziały ZUS powinny podjąć kroki, zmierzające do przekazania wypłaty zasiłków również zakładom pracy, zatrudniającym poniżej 50 pracowników. Akcją tą winny być objęte wszystkie zakłady produkcyjne i usługowe zatrudniające przeważnie robotników, a następnie pozostałe zakłady pracy. Przekazanie tym zakładom pracy wypłaty zasiłków może nastąpić po uprzednim uzgodnieniu tej sprawy z ich kierownictwem oraz okręgowymi wzgl. powiatowymi radami ZZ. Z akcji przekazywania wypłaty zasiłków zakładom pracy, zatrudniającym poniżej 50 pracowników, oddziały ZUS winny przedłożyć sprawozdanie do dnia 6 grudnia 1952.

Okólnik nr 149 z 27.8.1952 podaje do wiadomości okólnik Ministerstwa Kolei z 16.7.1952, w myśl którego etatowym pracownikom kolejowym, którzy w dniu 31.8.1939 posiadali obywatelstwo polskie, zalicza się do wysługi emerytalnej okresy ubezpieczenia społecznego przebyte na podstawie niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej w czasie zatrudnienia w Polsce w okresie międzywojennym oraz okresy przebyte na podstawie tej ordynacji i obciążające ZUS w myśl decyzji Rady Ligi Narodów z 17.7.1922 (Dz. U. R. P. nr 70 poz. 550 z 1923) lub w myśl Polsko-Niemieckiej Konwencji Górnośląskiej z 15.5.1922 (Dz. U. R. P. nr 44 poz. 371) tj. okresy: a) do dnia 31.12.1918, jeżeli idzie o osoby, które po zmianie suwerenności mieszkały na obszarze województwa poznańskiego, b) do dnia 31.12. 1919, jeżeli idzie o osoby, które po zmianie suwerenności, mieszkały na obszarze b. wojew. pomorskiego i c) do dnia 15.6.1922, jeżeli idzie o osoby, które po zmianie suwerenności mieszkały na przyznanej wówczas Polsce części Górnego Śląska.

Postanowienia okólnika nie mają zastosowania do b. pracowników b. kolei niemieckiej, którzy wstąpili do służby na PKP po dniu 1 lutego 1949.

Okólnik nr 150 z 27.8.1952 podaje oddziałom do wiadomości treść instrukcji nr 69/52 Ministerstwa Zdrowia w sprawie udzielania świadczeń leczniczych rencistom i emerytom (zob. PUS nr 9/52 str. 272).

SPRAWY FINANSOWE

Okólnik nr 138 z 11.8.1952 zarządza, aby oddziały ZUS, opierając się na dotychczasowym doświadczeniu, zrewidowały wysokość zaliczek budżetowych dla kas podręcznych oraz ustaliły nowe wysokości tych zaliczek i złożyły właściwym oddziałom NBP odpowiednio uzasadnione wnioski w sprawie ich przydzielenia.

Okólnik nr 143 z 14.8.1952 zarządza, aby oddziały ZUS zaprzestały zgodnie z okólnikiem Ministra Finansów z 27.6.1952 (Monitor P. nr A-61 poz. 934) dalszego obliczania odsetek za zwłokę na kontach zakładów pracy, będących jednostkami budżetowymi i uzgodniły z nimi stan kont w terminie do 30.9.1952 (zagadnienie to zostało szczegółowo omówione w art. pt. „Osobista odpowiedzialność księgowych za terminowe opłacanie składek ubezpieczeniowych" — PUS nr 9/52 str. 269).

Okólnik nr 146 z 21.8.1952 ustala, iż pobór zryczałtowanych składek za ubezpieczenie sołtysów i podsołtysów od wypadków w zatrudnieniu należy do wojewódzkich oddziałów oraz do oddziałów ZUS w Warszawie i Łodzi, a na terenie woj. katowickiego do Oddziału Obwodowego ZUS w Chorzowie.

Okólnik nr 147 z 22.8.1952 podaje do wiadomości i wykonania treść pisma Min. PiOS z 29.7.1952 Upu 10c-6/52, w myśl którego należy zrewidować zaliczenie zakładów pracy należących do Kongregacji i Związku Religijnego Wyznania Mojżeszowego, kwalifikując je jako „pozostałe zakłady pracy".

PLANOWANIE

Okólnik nr 145 z 19.8.1952 zmienia postanowienia okólnika nr 124/52 w tym kierunku, iż oddziały wojewódzkie posiadające na swym obszarze oddziały obwodowe nie przesyłają planów podróży tych oddziałów do Centrali, lecz sporządzają plany zbiorowe na dany miesiąc dla całego województwa, które podlegają zatwierdzeniu przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Do Centrali przesyłają oddziały wojewódzkie tylko plany własne. Okólnik wyjaśnia zarazem, iż w planie podróży nie mają być uwzględniane przejazdy miejscowe, nie połączone z wypłatą diet oraz podróże na skutek wezwań sądów lub innych władz.

SPRAWY ADMINISTRACYJNE I GOSPODARCZE

Okólnik nr 134 z 9.8.1952 normuje tryb postępowania przy zamawianiu materiałów potrzebnych do obsługi maszyn „Adrema" oraz sprawę konserwowania tych maszyn.

Okólnik nr 139 z 13.8.1952 zakazuje wysyłania przesyłek zawierających korespondencję przeznaczoną dla wielu osób lub instytucji, w celu pośredniego doręczenia.

SPRAWY PRACOWNICZE

Okólnik nr 136 z 8.8.1952 zarządza w związku z likwidacją scentralizowanego funduszu nagród, aby oddziały ZUS obliczały w planach kwartalnych na nagrody 0,7% kredytu planowanego w § 1 poz. c. rozdz. 4. Funduszem nagród w wysokości 0,6% wspomnianego kredytu dysponują dyrektorzy oddziałów, reszta (0,1%) pozostaje do dyspozycji Centrali.

Okólnik nr 141 z 14.8.1952 wyjaśnia, że zmniejszenie ryczałtu za nocleg w czasie odbywania podróży służbowej lub delegacji z 8 do 4 zł (pkt 4.1 ok. nr 97/52) następuje od szóstego dnia przebywania w jednej miejscowości. Pełny ryczałt należy się więc przez 5 dni pobytu w każdej miejscowości, do której pracownik udaje się na podstawie jednego polecenia.

Okólnik nr 142 z 14.8.1952 podaje wytyczne w sprawie prowadzenia kart wydajności pracy w komórkach wypłaty rent.

Okólnik nr 148 z 26.8.1952 zawiera szereg zarządzeń, dotyczących obserwacji czasu załatwiania roszczeń, wprowadzonej okólnikiem nr 204/51.

SPRAWY RÓŻNE

Okólnik nr 140 z 13.8.1952 ogranicza obowiązek nadsyłania przez zakłady pracy wykazów nowoprzyjętych pracowników młodocianych jedynie do tych zakładów pracy w Warszawie, Łodzi i Krakowie, które nie posiadają lekarzy przemysłowych. W stosunku do innych zakładów w tych miejscowościach jako też do wszystkich zakładów pracy położonych w innych miejscowościach wspomniany obowiązek zostaje zawieszony do czasu ustalenia form organizacyjnych badań lekarskich młodocianych.

Jednym z ważnych celów udzielania świadczeń ubezpieczenia chorobowego na terenie zakładów pracy i pod nadzorem rad zakładowych jest ściślejsze związanie akcji świadczeniowej z akcją profilaktyczną i innymi formami opieki związkowej nad potrzebami bytowymi pracowników. Zakładowe organizacje związkowe dbać mają nie tylko o to, aby chory pracownik szybko i bez trudu otrzymał należny mu zasiłek. Powinny one także i to przede wszystkim rozwijać wielostronną działalność dla zapobiegania zachorowaniom wśród załogi; powinny zwalczać źródła choroby przez troskę o higienę i bezpieczeństwo pracy i o najzdrowsze warunki życiowe pracowników; powinny zapobiegać przedłużaniu się chorób przez zapewnienie choremu towarzyszowi pracy najlepszych warunków wyzdrowienia. Zagadnieniu temu, tak ściśle związanemu z nakazami VII Plenum KC PZPR walki z marnotrawstwem siły roboczej w zakładach pracy, poświęcony jest poniższy artykuł o walce z źródłami uzasadnionej absencji. W poprzednim numerze pisaliśmy o środkach, jakie przepisy ubezpieczeniowe oddają w ręce rad zakładowych do walki z nieuzasadnioną absencją i symulacją choroby (PUS 9/52 str. 267).

Zadania swe będą mogły jednak rady zakładowe i miejscowe dobrze spełniać dopiero wtedy, gdy należycie zorganizują na swoim terenie pracę socjalno-ubezpieczeniową. Zamieszczone na str. 309 korespondencje nie świadczą dobrze o tej pracy na terenie niektórych kopalni, wiadomości zaś o przebiegu szkolenia organizacyjnego przez ZUS (str. 310) dowodzą niedostatecznego zainteresowania związków zawodowych i kierownictwa przedsiębiorstw tą sprawą.

Zadania komisji socjalno-ubezpieczeniowych
w zakresie zapobiegania przyczynom absencji chorobowej

Zadania i obowiązki komisji i delegatów socjalno - ubezpieczeniowych na odcinku walki z usprawiedliwioną absencją chorobową w zakładach pracy sprowadzają się do ustawicznej troski o stałe podnoszenie ogólnego stanu zdrowotnego załogi przez:

a) zapewnienie poszczególnym pracownikom sprawnej i skutecznej opieki lekarskiej w razie choroby czy nawet zwykłej dolegliwości oraz

b) stworzenie zdrowotnych warunków pracy i zapobieganie przyczynom, wywołującym choroby wzgl. powodującym wypadki przy pracy.

I.

W celu roztoczenia nad zdrowiem należytej opieki lekarskiej zakładowe organa związkowe winny starać się i zabiegać o to, ażeby w każdym zakładzie pracy urządzono ambulatorium, mogące w razie potrzeby udzielić pomocy w miejscu pracy.

Ambulatorium takie powinno być należycie wyposażone w niezbędny sprzęt lekarski i potrzebne na miejscu leki. Nie może powstać taka sytuacja, jak np. w zajezdni autobusów w Warszawie, gdzie istnieje piękne ambulatorium, lecz urządzenie jego ogranicza się wyłącznie do mebli a lekarz nie ma żadnych instrumentów oraz nie dysponuje potrzebnymi w nagłych wypadkach lekami.

Ambulatorium zakładowe musi być otoczone stałą i czynną opieką ze strony komisji wzgl. delegata socjalno - ubezpieczeniowego, który powinien pozostawać w ciągłym i ścisłym kontakcie z lekarzem ambulatoryjnym. Chodzi o ustawiczne czuwanie i kontrolę:

a) czy ambulatorium jest należycie utrzymywane pod względem warunków sanitarno-higienicznych oraz zaopatrzenia w środki lecznicze i

b) czy odnoszenie się lekarzy i personelu pomocniczo-lekarskiego do zwracających się o poradę jest właściwe.

Zakładowe organa związkowe, troszcząc się o zapewnienie załodze jak najpełniejszej opieki lekarskiej w miejscu pracy, powinny równocześnie dbać o to, ażeby nie nadużywano jej dla uzyskania nieuzasadnionych (tzw. grzecznościowych) zwolnień z pracy.

II.

W celu stworzenia załodze zdrowotnych warunków pracy oraz usunięcia przyczyn, powodujących choroby wzgl wypadki przy pracy trzeba, aby komisje czy delegaci socjalno - ubezpieczeniowi wzmogli aktywność w następujących co najmniej kierunkach:

1. Należy ciągle i zawsze czuwać, ażeby każde stanowisko w zakładzie pracy było utrzymane w należytej czystości i ażeby pracownicy mieli zapewnione odpowiednie warunki higieniczno-sanitarne. Nie można np. tolerować takiego stanu, jaki do niedawna istniał w fabryce mydła „Schicht" w Warszawie, gdzie przez kilka tygodni nie sprzątano ani nie zamiatano sali, w której pracuje załoga złożona z kilkudziesięciu ludzi.

2. W zakładach pracy, w których ze względu na rodzaj produkcji wydzielają się gazy szkodliwe dla zdrowia, muszą być zainstalowane odpowiednie urządzenia wentylacyjne. Nie można dopuszczać do istnienia takiego pod tym względem stanu jaki ma miejsce w warsztatach autobusów miejskich w Warszawie (ładownia akumulatorów), gdzie pracownicy w obawie przed zatruciem ołowiem powyjmowali szyby w szklanym dachu. Jeśli z „urządzeń" takich można korzystać w porze letniej, to w żadnym wypadku nie nadają się one w porze zimowej.

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" niejednokrotnie wskazywał na zadania walki z przyczynami zachorowań, jaką prowadzić powinny organa bop w zakładach pracy oraz związkowe komisje socjalno-ubezpieczeniowe we współdziałaniu z komisjami ochrony pracy. W szczególności zwracamy uwagę czytelników na artykuły zamieszczone w nr 3/52 PUS str. 63—68: R. Garlickiego — „Komisje socjal.-ubezpieczeniowe i ochrony pracy w walce z przyczynami zachorowań", A. Szczurzewskiego — „Komisje związkowe muszą współpracować w usuwaniu źródeł zachorowalności w zakładach pracy" i St. Stawowczyka „O zorganizowaną akcję wykrywania przyczyn absencji chorobowej w zakładach pracy".

3. W niektórych zakładach pracy, pomimo dość dobrze postawionej akcji bezpieczeństwa pracy, zdarza się zbyt wiele jeszcze wypadków przy pracy. Wypadki te spowodowane są często nieuwagą samych pracowników. Chodzi zatem o to, aby niezależnie od czuwania nad stanem urządzeń zabezpieczających, prowadzić codzienną niemal akcję uświadamiającą wśród całej załogi. Każdy nieszczęśliwy wypadek, jaki się zdarzy w pracy, powinien być omawiany z dokładnym podaniem przyczyn i okoliczności. Pozwoli to na świadome przeanalizowanie przyczyn wypadku i utrwalenie ich na czas dłuższy w umyśle robotnika, który następnie będzie się starał tak postępować, aby taki sam lub podobny wypadek nie zdarzył się jemu samemu.

4. W wielu jeszcze zakładach pracy nie kładzie się dostatecznego nacisku na kąpiele robotników po skończonej pracy. I dlatego urządzenia kąpielowe w tych zakładach nie są właściwie utrzymywane. Łazienki są na ogół brudne i nikt nie troszczy się o utrzymanie ich w stanie higienicznym. Ilość ciepłej wody jest przeważnie niedostateczna. Drabinek kąpielowych, zabezpieczających przed stąpaniem bosą nogą po kamiennej posadzce, często brak albo znajdują się na niewłaściwym miejscu. Sami robotnicy często nie chcą, z lenistwa czy z braku uświadomienia korzystać z urządzeń kąpielowych i wychodzą z pracy do domu brudni. W tym stanie rzeczy trzeba zatroszczyć się o należyte pod względem higieniczno-sanitarnym utrzymanie zakładowych urządzeń kąpielowych oraz o rozwinięcie wśród załóg pracowniczych akcji uświadamiającej potrzebę dbałości o higienę ciała. Należy codziennie wskazywać na konieczność korzystania z kąpieli bezpośrednio po zakończeniu pracy.

5. W poważnej ilości zakładów pracy nie jest postawiona na odpowiednim poziomie sprawa zaopatrzenia robotników w ciepłą strawę podczas przerw w pracy. Istnieją wprawdzie przy wszystkich większych zakładach stołówki, lecz funkcjonowanie ich pozostawia niekiedy wiele do życzenia. Zaopatrzenie tych stołówek nie zawsze stoi na właściwym poziomie, a higieniczne warunki sporządzania posiłków są nieraz przerażające. Np. w jednym z większych zakładów pracy w Warszawie zdarzyło się, że w kuchni kucharka oporządzała na obiad ryby tuż obok fryzjera, strzyżącego robotnikowi włosy. Albo w stołówce zakładu przemysłowego im. Róży Luksemburg w Warszawie na Woli składa się w brudnej i pełnej much jadalni tuż za przepierzeniem stare kości i różne odpadki, które wydzielają smrodliwą woń, rozchodzącą się po całej sali jadalnej. Taki stan rzeczy w zakładowych stołówkach, odstraszając robotnika od zbiorowego żywienia, może stanowić poza tym źródło wylęgu różnych chorób. Likwidacji tego stanu trzeba w przyszłości poświęcać więcej niż obecnie uwagi i troski.

6. Wśród załóg pracowniczych niektórych zakładów pracy ciągle jeszcze pokutuje brak zrozumienia wagi i znaczenia tzw. wczasów leczniczych. Znaczna ilość robotników w dalszym ciągu odnosi się do nich obojętnie i nie zabiega o uzyskanie skierowania do ośrodków wczasowych. Należy rozwinąć wśród ogółu robotników akcję uświadamiającą, że wczasy lecznicze, na których, obok racjonalnego wypoczynku, można korzystać z leczniczych zabiegów ambulatoryjno - uzdrowiskowych, zapewniają robotnikowi zachowanie zdrowia przez uodpornienie jego organizmu na choroby, bądź przez likwidowanie chorób w początkowym stadium ich rozwoju.

*

Omówione wyżej kierunki, w jakich należy wzmóc wysiłki, by ograniczyć rozmiary usprawiedliwionej absencji chorobowej w zakładach pracy, nie wyczerpują wszystkich zadań, stojących w tym zakresie przed zakładowymi organami związkowymi. Wskazano tu na nie jedynie przykładowo pod kątem przypomnienia komisjom i delegatom socjalno - ubezpieczeniowym, że dbałość o stan zdrowotny załogi pracowniczej wiąże się jak najściślej z koniecznością ustawicznej troski o codzienne sprawy socjalno-bytowe każdego poszczególnego pracownika.

M. Brojewski

POŻYTECZNE WYDAWNICTWO

Instrukcja obsługi i konserwacji maszyn do pisania. Główny Instytut Pracy — Studia i materiały Nr 25. Warszawa 1952. Odbitka powielaczowa. Opracowali: J. Szczepański i Z. Zarzycki

Omawiana instrukcja wskazuje sposoby posługiwania się najczęściej używanymi typami maszyn do pisania, zaznajamia z podstawowymi mechanizmami maszyny i ich zastosowaniem, wskazuje na wszystkie możliwości wykorzystania maszyny oraz uczy maszynistki konserwowania maszyn bez pomocy mechanika, a przez to ma na celu osiągnięcie większej wydajności pracy, przyczyniającej się do lepszej obsługi, a tym samym do większej operatywności biura oraz do przedłużenia okresu zdatności maszyn do użytku i zmniejszenie kosztów na konserwację i naprawę maszyn.

Część pierwsza instrukcji mówi o sposobie rozpakowania i uruchomienia maszyny, część druga — o sposobie posługiwania się maszyną, a część trzecia — o organizacji miejsca pracy.

Część druga obejmuje wskazówki co do sposobu wprowadzania i wyjmowania papieru, sposobu posługiwania się poszczególnymi zespołami mechanizmów nastawczych maszyn różnego typu (ustawianie marginesów, rozmieszczanie nagłówków tekstu, przesuwanie prowadzenie papieru, nastawianie odstępów wierszy, ustawianie i kierowanie tabulatora zwyczajnego i dziesiętnego, włączanie i wyłączanie taśmy, zmienianie koloru taśmy, nastawianie podwójnych odstępów między wierszami, dociskanie skali równania pisma przy poprawkach, regulowanie siły uderzenia czcionek), sposobu posługiwania się karetką, klawiaturą, mechanizmem taśmowym, mechanizmami pomocniczymi (ze wskazaniem szybkiego i łatwego sposobu liniowania i rubrykowania) i w końcu daje konieczne wskazówki co do konserwacji maszyny przez piszącego na niej.

Część dotycząca organizacji miejsca pracy jest zbyt ogólnikowa. Brak wskazówek co do urządzeń podstawowych jak: stolik pod maszynę z podnóżkiem, krzesło obrotowe z podpórką, pulpity na rękopisy, brak wskazań co do racjonalnego przechowywania narzędzi i materiałów piśmiennych oraz co do techniki przydziału i odbioru pracy.

W załączniku do instrukcji pomieszczono wykaz jednolitych nazw poszczególnych składowych części i mechanizmów maszyn do pisania, pokazując je na ilustracjach maszyn: Continental, Mercedes, Olympia, Rheinmetall, Urania, Halda, i Olivetti. Pracę należy uznać za bardzo pożyteczną; w praktyce może ona oddać istotne usługi.

GIP traktuje wydaną instrukcję jako opracowanie wstępne i prosi o uwagi krytyczne (na odres: Główny Instytut Pracy, Warszawa, ul. Noakowskiego 8), które będą uwzględnione przy ostatecznym opracowaniu.

K. W.

Jak pracują organa związkowe w niektórych zakładach pracy

O beztrosce w zakresie spraw rentowych z KG w kopalni „Lena"

Minęło wprawdzie blisko 2 miesiące od czasu, gdy byłem służbowo w kopalni „Lena", ale mimo to muszę jednak wrócić do tego zakładu pracy.

Pewnego letniego poranka przybywam do kopalni „Lena", aby zorientować się w sposobie przyjmowania tu roszczeń o renty z Karty Górnika.

Dyrektor naczelny nie może o tej sprawie nic powiedzieć (jest tu od niedawna). Dyrektor techniczny też nie wiele więcej wie (co jest zrozumiałe, bo ponosi ciężką odpowiedzialność za sprawy produkcyjne, absorbujące go całkowicie). Moje usiłowania, aby dowiedzieć się, który z pracowników administracyjnych kopalni został wyznaczony do spisywania roszczeń o renty z Karty Górnika, również nie osiągają wyniku. Potrzebny do tej pracy zbiór okólników i instrukcji, przesłany kopalni przed kilku miesiącami, także wsiąkł bez śladu (to się zawsze może zdarzyć, ale „zniknięcie" pracownika od załatwiania tych spraw trudniej jest usprawiedliwić).

Udaję się do Rady Zakładowej i odbywam z jej sekretarzem długą naradę, o której wyniku powiadamiamy przewodniczącego Rady. Uzyskuję wyznaczenie nowego pracownika administracyjnego dla spisywania roszczeń rentowych z Karty Górnika, któremu udzielam instrukcji i wręczam ponownie zbiór przepisów i okólników.

A więc teraz będzie wszystko „grało"...

Górnicy kopalni „Lena" objęci są powszechnym ubezpieczeniem emerytalnym, ubezpieczeniem brackim i Kartą Górnika. Znajomość uprawnień rentowych jest wśród nich (w większości nie mających dotąd nic wspólnego z górnictwem) niewielka. Przeto uzgadniam z Radą Zakładową, że w terminie niezbyt odległym a dogodnym dla załogi odbędzie się masówka, na której przedstawiciel ZUS wygłosi odpowiedni referat instrukcyjny.

Na zakończenie pokazuję przewodniczącemu i sekretarzowi Rady Zakładowej wydawnictwo ZUS pt. „Świadczenia ubezpieczenia społecznego górników". Broszura wzbudza zaciekawienie.

— Nie mamy jej, zostawcie ją nam — powiadają.

— Nie macie!?

Instruktor Zarządu Okręgu ZZG, obecny przy tej rozmowie, otwiera szafę Rady Zakładowej i sięgając do samego jej dna, wyciąga.... stos broszur.

Ogólna konsternacja.

Okładki broszur wydobytych z szafy są wprawdzie innego koloru niż mojego egzemplarza, ale treść ta sama.

Dlaczego po upływie przeszło 2 miesięcy od czasu mojego pobytu w kopalni „Lena" wracam do tej zdawałoby się nieaktualnej historii?

Otóż okazuje się, że uzgodniona masówka dla załogi do dnia dzisiejszego ... nie została zwołana. Wobec tego jest możliwe, że i pozostałe zalecenia dotyczące rent górniczych nie lepiej zostały potraktowane.

*

Zjawiska zaobserwowane w kopalni „Lena" nie są odosobnione. Beztroskie i lekkie ustosunkowanie się do zagadnień rent górniczych w wielu innych kopalniach tłumaczone jest zwykle przez dyrekcję i rady zakładowe nawałem zagadnień produkcyjnych.

W świetle wskazań VII Plenum KC PZPR w odniesieniu do spraw socjalno-bytowych pracowników tłumaczenie to nie wytrzymuje krytyki. Bo czy sprawy rentowe górników istotnie nie mają nic wspólnego z problemami produkcyjnymi? Należyte uświadomienie załóg kopalniach co do ich szczególnych uprawnień rentowych oraz szybka i sprawna realizacja roszczeń rentowych górników — to przecież także elementy mobilizacji załóg górniczych dla przedterminowego wykonywania i przekraczania zadań produkcyjnych.

F. W.

Nie chodzi o komisję dla komisji, ale o komisję dla ludzi pracy

Byłem ostatnio w budującej się kopalni w Kłodawie, pow. Koło. Kłodawa — to świat deskami zabity, trudno się tam dostać, a jeszcze gorzej stamtąd wydostać.

Na marginesie mych zadań służbowych, zainteresowałem się działalnością Komisji Socjalno-Ubezpieczeniowej w tej kopalni. I dowiedziałem się rewelacyjnych rzeczy.

Otóż pośród kilku przedsiębiorstw, zajmujących się budową kopalni w Kłodawie, działa tam Zakład Budowy Szybów, mający siedzibę w Bytomiu. Na terenie kopalni przedsiębiorstwo to ma swoją Radę Zakładową i Podstawową Organizację Partyjną. Na moje pytanie, postawione kierownikowi robót górniczych (przewodniczącego Rady Zakładowej w tym dniu nie zastałem), co do działalności Komisji Socjalno-Ubezpieczeniowej otrzymałem odpowiedź: owszem, komisja taka istnieje... ale przy dyrekcji przedsiębiorstwa w Bytomiu, gdzie też znajduje się biuro zarobkowe.

Gdzie Rzym, gdzie Krym?

Jakże Komisja Socjalno-Ubezpieczeniowa w Bytomiu może zajmować się sprawami ubezpieczeniowymi dosyć poważnej grupy pracowników zatrudnionych w Kłodawie, w odległości wynoszącej koleją 250 km (zatrudnienie tych pracowników w Kłodawie nie ma charakteru przejściowego, bo budowa taka trwa 2 — 4 lata).

Na marginesie i z racji sytuacji na kopalni w Kłodawie (zresztą nie jedynej w kraju) należy bezwzględnie podnieść, że Komisja Socjalno - Ubezpieczeniowa skutecznie może wykonywać swoje zadania i obowiązki wobec pracowników tylko wówczas, gdy istnieje i działa w miejscu ich pracy.

A zatem wszędzie tam, gdzie stale pracuje załoga licząca co najmniej kilkadziesiąt osób, musi być również lokalna Komisja Socjalno-Ubezpieczeniowa. Bo przecież nie chodzi o komisję dla komisji, ale o komisję dla ludzi pracy.

F. W.

Zaniedbanie, za które ponoszą winę rady zakładowe

Akcja szkoleniowa w zakresie ubezpieczenia rodzinnego, którą prowadził ZUS na terenie całego kraju dla pracowników wypłacających zasiłki w zakładach pracy została zakończona. Szkolenie przeprowadzone było we wszystkich miastach, gdzie istnieją siedziby oddziałów ZUS oraz w większości miast powiatowych.

Zadaniem tej akcji było zaznajomienie z aktualnymi przepisami ubezpieczenia rodzinnego wszystkich pracowników zakładów pracy, którzy ustalają uprawnienia do zasiłków rodzinnych i sporządzają imienne listy wypłat.

Kontrola terenowa w zakładach pracy wykazała znaczną nieznajomość tych przepisów zarówno u pracowników administracyjnych, jak również u członków rad zakładowych wzgl. miejscowych. Nieznajomość zaś przepisów prawno-ubezpieczeniowych powoduje, że często wypłaca się zasiłki rodzinne osobom, którym zasiłki nie przysługują, w innych natomiast wypadkach nie przyznaje się zasiłków, gdy istnieją ku temu uprawnienia. W rezultacie powstają w zakładach pracy kwestionowane przez oddziały ZUS nadpłaty albo zachodzą nierzadko wypadki, że pracownicy muszą występować ze skargami i zażaleniami celem załatwienia ich często słusznych pretensji.

Sprawne i skuteczne przeprowadzenie przez ZUS szeroko zakrojonej i pożytecznej akcji szkoleniowej było uzależnione od pomocy organizacji związków zawodowych, od ustosunkowania się kierownictwa poszczególnych zakładów pracy oraz od postawy amych uczestników kursów[1]).

W pierwszym rzędzie chodziło o to, aby każdy zakład pracy po otrzymaniu zawiadomienia o terminie szkolenia delegował właściwego pracownika na kurs. Rady zakładowe wzgl. miejscowe miały tego dopilnować w swoich zakładach pracy. Zdawało się, że w ten sposób każdy zaplanowany kurs będzie miał zapewnioną frekwencję w sposób dostateczny, a szkoleniem zostaną objęte wszystkie zakłady pracy. Okazało się jednak, że znaczna część zakładów pracy nie reagowała w ogóle na zawiadomienia ZUS i nie delegowała żadnego pracownika na kurs.

I tak np. na terenie Oddziału ZUS w Warszawie na skutek wezwań - zawiadomień o kursie delegowało swych pracowników na szkolenie 63% zakładów pracy państwowych i spółdzielczych, 38% innych uspołecznionych i 30% zakładów prywatnych.

Szacuje się, że przeszkoleni na kursach pracownicy zakładów pracy z terenu warszawskiego oddziału ZUS obsługują 61% ogółu zatrudnionych w tych zakładach pracowników ubezpieczonych. A zatem dla ponad jednej trzeciej ogółu ubezpieczonych ustalać będą nadal uprawnienia do zasiłków pracownicy, którzy nie zostali przeszkoleni. Stosunek ten kształtuje się jeszcze bardziej niekorzystnie dla zakładów pracy położonych poza Warszawą.

Liczby te wskazują, że administracja i rady zakładowe wzgl. miejscowe w wielu zakładach pracy nie doceniają wagi i znaczenia prawidłowej organizacji wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych na ich terenie.

Powyższe dane liczbowe z terenu Oddziału ZUS w Warszawie wskazują, że większe zakłady pracy bardziej aniżeli drobne zrozumiały i doceniły potrzebę przeszkolenia swoich pracowników. Do tej grupy należą zakłady pracy państwowe i spółdzielcze. Negatywny niemal stosunek do akcji

[1]) Zob. PUS nr 6/52 str. 160.

Jeszcze o zmianie asygnaty na dopłatę zasiłku

W artykule dyskusyjnym pt. „O zmianę asygnaty na dopłatę zasiłku" (PUS nr 8/52 str. 250) kol. F. Wiszniewski z Legnicy proponuje adresowanie tej asygnaty do ubezpieczonego, gdyż wysyłana do zakładu pracy nie spełnia swego zadania. Istnieje bowiem obawa, że 1) dopłata może w ogóle nie dotrzeć do rąk ubezpieczonego i poza tym 2) dopłaty mogą stać się również łatwym polem do nadużyć.

Centrala ZUS, oddając do użytku druk Ch. 10 (asygnata na dopłatę zasiłku) w roku 1951, przewidywała te i podobne okoliczności. Dlatego też wydała jednocześnie odpowiednie zarządzenia, które gwarantują pracownikowi, w razie mylnego i niekorzystnego obliczenia przez zakład pracy zasiłku, uzyskanie odpowiedniej dopłaty.

A mianowicie: Oddział ZUS, stwierdzając na podstawie nadesłanych przez zakład pracy dokumentów rozliczeniowych mylne obliczenia zasiłku, przesyła zakładowi pracy pismo — druk Ch. 10 [1]) z poleceniem dokonania dopłaty oraz jednocześnie umieszcza w kontrolowanej liście wypłat zasiłków na marginesie przy odpowiedniej pozycji skrót „dopł.". W następnych listach wypłat Oddział obowiązany jest sprawdzić, czy wypłacono ubezpieczonemu odnośną różnicę. W razie stwierdzenia, iż dopłaty nie dokonano, Oddział ma obowiązek ponaglić zakład pracy (okólnik ZUS nr 93/51 pkt. 3.2.3).

Do zakresu działania Oddziału ZUS należy również zbadanie, czy dopłata została dokonana do rąk osoby, dla której była przeznaczona.

Nie nastręcza to żadnych trudności ani też nie wymaga specjalnego wkładu pracy, bowiem zakład pracy po dokonaniu dopłaty chcąc, aby była ona uznana przez ZUS musi dołączyć do dokumentów rozliczeniowych wypełnioną asygnatę (druk Ch 10), podpisaną przez uprawnioną osobę. Przed ostatecznym uznaniem Oddział ZUS bada szczegółowo ten dokument i tym samym ma możność wykrycia ew. nadużyć.

Proponowana przez kol. FW zmiana była omawiana dn. 3. 9. 1952 na naradzie roboczej Wydziału Zasiłków Centrali ZUS. Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy i oceny projektu zebrani członkowie zespołu doszli do przekonania, że adresowanie asygnaty do pracownika nie jest wskazane, gdyż:

1) niejednokrotnie mylne obliczenie zasiłku zostaje sprostowane przez sam zakład pracy, w takich więc przypadkach łatwo o nieporozumienie,

2) ubezpieczony może sfałszować asygnatę, co niejednokrotnie stwierdzono w przypadkach wypłat normalnych zasiłków, kiedy asygnaty zasiłkowe (druk L. 4) są doręczane bezpośrednio ubezpieczonemu.

Poza tym dopłaty nie są tak liczne i w porównaniu z masowymi wypłatami normalnych zasiłków nie stanowią szczególnego problemu.

Niemniej jednak nadużycia na tym polu, jak i wszelkie inne, należy bezwzględnie tępić i winnych pociągać do surowej odpowiedzialności.

Kontrola prawidłowości obliczeń i wypłat zasiłków, a więc także i dopłat należy do zakresu czynności rewidentów i w tym kierunku powinna być zwrócona większa uwaga.

Należy również wzmóc kontrolę ze strony rad zakładowych (miej-

przeszkolenia przejawiły różne mniejsze zakłady pracy sektora uspołecznionego i prywatnego.

To niejednolite ustosunkowanie się zakładów pracy do akcji szkolenia nakazuje Oddziałowi ZUS w Warszawie wyciągnąć odpowiednie wnioski w zakresie kontroli. Przy ustalaniu bowiem planu kontroli terenowej należy w pierwszym rzędzie objąć kontrolą te zakłady pracy, które nie delegowały na przeszkolenie swoich pracowników, ponieważ istnieje słuszna obawa, że ustalanie uprawnień do zasiłków rodzinnych odbywać się tam może nieprawidłowo. Kontrola w tych zakładach pracy powinna być przeprowadzona w sposób dokładny i szczegółowy.

W końcu należy wspomnieć o samych słuchaczach kursów. Postawa ich, wybitnie aktywna przez cały czas kursów, świadczyła o poważnie pojętym zamiarze zdobycia nowych i utrwalenia posiadanych wiadomości z zakresu ubezpieczenia rodzinnego. Postawa ta daje gwarancję, że przeszkoleni pracownicy dołożą w oparciu o zdobyte na kursach wiadomości wszelkich starań, ażeby wypłata zasiłków rodzinnych w ich zakładach pracy przebiegała prawidłowo i ku zadowoleniu załogi.

mb.

---

scowych), które mają obowiązek kontrolować całą działalność zakładu pracy w zakresie obliczeń i wypłat zasiłków, jak również w zakresie rozliczeń z ZUS.

Na tle powyższych uwag wydaje się, że adresowanie asygnaty zasiłkowej na dopłatę (druk Ch. 10) do ubezpieczonego nie byłoby właściwe.

E. Szeremeta

[1]) Druk Ch. 10 (formatu pocztówki) skonstruowany został w ten sposób, że jedna jego strona zawiera schematyczne pismo do zakładu pracy z uwzględnieniem rubryk dla wykazania kwot:

a) jaka ubezpieczonemu przysługiwała z tytułu zasiłku

b) jaka została wypłacona i

c) jaką w związku z tą różnicę należy wypłacić.

W dalszej części tego pisma podano objaśnienia, że dodatkową tę wypłatę należy uwzględnić w najbliższej liście wypłaconych zasiłków oraz, że do listy należy dołączyć to pismo z potwierdzeniem na odwrocie odbioru przez ubezpieczonego dodatkowej dopłaty zasiłku.

Umieszczono też rubrykę dla podania przez Oddział ZUS krótkich uwag na czym polegały usterki (mylne obliczenie zasiłku). Uwagi mają cel orientacyjny i zarazem pouczający.

Druga strona tego druku stanowi jednocześnie asygnatę zasiłkową na dopłatę w której przeznaczono odpowiednie rubryki dla wypełnienia kwotą do wypłaty (cyframi i słowami) oraz dla potwierdzenia odbioru tej kwoty przez ubezpieczonego i stwierdzenia dokonania dopłaty przez zakład pracy.

Nowy Klub Korespondentów PUS

Narada korespondentów z terenu Okręg. ZUS w Chorzowie

Z inicjatywy Okręgowego Kolektywu Współzawodnictwa Ubezpieczeniowców przy Zarządzie Okręgu ZZPIS w Katowicach odbyła się dn. 8. 9. 1952 r. w Oddziale Wojewódzkim ZUS w Chorzowie pierwsza narada korespondentów „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z terenu oddziałów ZUS województwa katowickiego.

W naradzie wzięło udział 10 korespondentów z 8 oddziałów ZUS. Brak było przedstawicieli z oddziałów obwodowych ZUS w Bytomiu i Gliwicach, gdzie „nie znalazł się" żaden korespondent.

Na naradę przybył Redaktor Naczelny PUS Jerzy Piotrowski.

W wyniku narady utworzono Klub Korespondentów PUS z terenu województwa katowickiego. Do stałego Prezydium Klubu wybrano Feliksa Woźniczkę, Józefa Brema i Piotra Grzesiaka.

Na obecnym etapie rozwojowym ubezpieczeń społecznych członkowie Klubu zwrócą w swej działalności korespondencyjnej szczególną uwagę na obsługę ubezpieczonych w zakładach pracy zarówno po linii ubezpieczeń krótkoterminowych (zasiłki), jak i rentowych (renty z Karty Górnika). Dla należytej realizacji tego zadania postanowiono nawiązać łączność z ORZZ w Katowicach oraz z korespondentami innych czasopism, pracującymi na terenie zakładów pracy.

Zrzeszeni w katowickim klubie korespondenci PUS zamierzają w pierwszych korespondencjach zająć się przede wszystkim funkcjonowaniem referatów ubezpieczeniowych i komisji socjalno-ubezpieczeniowych w zakładach pracy oraz sprawą czytelnictwa PUS w kopalniach, hutach i fabrykach.

Technika pracy Klubu będzie wyglądała w ten sposób, że korespondenci terenowi będą przesyłali oryginały korespondencji wprost do Redakcji PUS, kopie zaś do Prezydium Klubu, aby mogło ono zorientować się w stopniu aktywności poszczególnych korespondentów oraz trzymać rękę na pulsie aktualnych zagadnień w terenie. Przesyłanie kopii korespondencji do Prezydium umożliwi mu poza tym udzielanie w razie potrzeby członkom Klubu pomocy w zakresie właściwego ujmowania i formułowania poruszanych zagadnień.

Plenarne posiedzenia Klubu będą zwoływane raz na kwartał. Indywidualne spotkania poszczególnych korespondentów lub Prezydium Klubu z tym czy owym korespondentem będą się odbywały częściej.

Klub Korespondentów woj. katowickiego apeluje do czytelników PUS zarówno spośród pracowników ZUS, jak i spośród aktywu administracyjno i związkowo - ubezpieczeniowego w zakładach pracy o czynne zainteresowanie się korespondencjami jego członków oraz o włączenie się do prac Klubu przez przesyłanie korespondencji wprost do Redakcji PUS lub przez nawiązywanie kontaktu z Klubem albo jego członkami w oddziałach obwodowych ZUS.

Adres Klubu: Klub Korespondentów „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" — Chorzów — Oddział Wojewódzki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ul. Dąbrowskiego 7/9, pokój 142.

*

Redakcja wita serdecznie członków nowopowstałego Klubu korespondentów PUS w Chorzowie jako swych stałych współpracowników. Zobowiązanie do systematycznej współpracy korespondencyjnej, dobre zrozumienie zadań i tematyki są zapowiedzią, że klub poważnie pomoże naszemu pismu w wykonywaniu jego zadań.

Klub korespondentów PUS w Chorzowie powstał z inicjatywy Okręgowego Kolektywu Współzawodnictwa. Tej samej sprawie, co ruch współzawodnictwa, służy „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" popularyzując nowe osiągnięcia, wskazując na słabe punkty w pracy ubezpieczeniowej, wymagające zwiększonej uwagi i nowych rozwiązań. Poddając pod ogólnokrajową dyskusję — za pośrednictwem PUS — lokalne osiągnięcia i trudności hamujące pracę skuteczniej można spełniać zadania współzawodnictwa i osiągać lepsze wyniki.

Apelujemy więc do okręgowych kolektywów współzawodnictwa, aby za przykładem Chorzowa ściślej związały swą pracę z „Przeglądem" i również na swoich terenach zorganizowały kluby korespondentów naszego pisma.

Ze względu na wagę zagadnień ubezpieczeniowych na terenie zakładów pracy, klub powinien mobilizować do czynnej współpracy aktyw związkowy i zakładowych korespondentów robotniczych.

Opis organizacji i funkcjonowania komisji socjalno-ubezpieczeniowych oraz referatów ubezpieczeniowych w zakładach pracy, to w chwili obecnej jeden z najważniejszych tematów korespondencji.

Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy
o normach minimalnych zabezpieczenia społecznego

ZAKRES RZECZOWY KONWENCJI

Konwencja o normach minimalnych zabezpieczenia społecznego przyjęta w czerwcu 1952 na 35 sesji Międzynarodowej Organizacji Pracy [1]), obejmuje następujące rodzaje świadczeń:

a) pomoc leczniczą,
b) zasiłki w przypadku choroby,
c) zasiłki w razie braku pracy,
d) świadczenia na wypadek starości,
e) świadczenia w razie wypadku w zatrudnieniu oraz w razie choroby zawodowej,
f) świadczenia w razie macierzyństwa,
g) świadczenia rodzinne (zasiłki rodzinne),
h) świadczenia w razie przedwczesnego inwalidztwa,
i) świadczenia dla pozostałej rodziny w razie śmierci żywiciela.

Konwencja pomija jednak dwa istotne świadczenia, przewidziane w zaleceniu filadelfijskim w roku 1944, a mianowicie zasiłek pogrzebowy w razie śmierci ubezpieczonego lub członka jego rodziny oraz dodatek bezradności dla korzystających z renty starczej lub inwalidzkiej. Śmierć i bezradność kładą się ciężkim brzemieniem na rodzinę robotniczą przy jej minimalnych środkach egzystencji. Dlatego też świadczenia te powinny być udzielane już na poziomie norm minimalnych zabezpieczenia społecznego.

RATYFIKACJA KONWENCJI

Konwencja ma umożliwić krajom słabo rozwiniętym gospodarczo wprowadzenie zabezpieczenia społecznego progresywnie. Stąd konwencja dopuszcza jej ratyfikację etapami tzn. dopuszcza ratyfikowanie tylko niektórych części jej postanowień, regulujących poszczególne działy ubezpieczenia. Konwencję może ratyfikować: ten kraj, który wprowadzi u siebie przynajmniej 4 rodzaje ubezpieczenia, przewidziane w konwencji, przy czym wybór odpowiednich gałęzi ubezpieczenia zależy od swobodnego uznania kraju członkowskiego.

W dużej liczbie krajów pomoc lecznicza, zasiłki pieniężne w razie choroby i świadczenia w razie macierzyństwa stanowią jedną gałąź ubezpieczenia społecznego. A zatem kraj, który np. wprowadzi u siebie powyższe świadczenia oraz zasiłki w razie braku pracy, a więc właściwie tylko dwa rodzaje ubezpieczenia, będzie już mógł nie wprowadzając ubezpieczenia rentowego, ratyfikować konwencję i twierdzić, że posiada u siebie zabezpieczenie społeczne na poziomie międzynarodowych norm minimalnych.

CZASOWE ODCHYLENIA OD NORM MINIMALNYCH

Konwencja przewiduje, że kraj członkowski, którego rozwój ekonomiczny i środki lecznicze nie stoją na wystarczającym poziomie, może zastrzec sobie przy ratyfikacji na czas tak długi, jaki uważa za konieczny (najwyżej jednak 10 lat) odchylenia od norm minimalnych. Konwencja nie nakłada przy tym żadnych rygorów sprawdzenia przez organa MOP, czy rozwój ekonomiki i środków leczniczych danego kraju jest rzeczywiście niewystarczający i uzasadnia korzystanie z odroczenia. Istnieje zatem wprost nieograniczona możliwość korzystania z odroczenia.

Odroczenia czasowe mogą być zastosowane: 1) jeżeli chodzi o zakres osób, objętych ubezpieczeniem oraz 2) jeżeli chodzi o czasokresy udzielania świadczeń.

Konwencja o normach minimalnych przeznaczona jest z założenia dla krajów o słabo rozwiniętej ekonomice. Dopuszczenie więc jakichkolwiek odroczeń jest logicznie sprzeczne z tą zasadą, jak i z samym pojęciem norm minimalnych i wyraźnie świadczy o dążeniu do ustalenia zabezpieczenia społecznego na najniższym poziomie.

UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE

Konwencja dopuszcza w szerokiej mierze traktowanie ubezpieczenia dobrowolnego na równi z ubezpieczeniem obowiązkowym w zakresie świadczeń leczniczych, zasiłków chorobowych i w razie bezrobocia, świadczeń na wypadek starości, inwalidztwa i śmierci oraz świadczeń w razie macierzyństwa (z wyłączeniem świadczeń w razie wypadku w zatrudnieniu i choroby zawodowej oraz świadczeń rodzinnych).

Ubezpieczenie dobrowolne w prywatnych lub innych zakładach może być uznane za równoważne ubezpieczeniu obowiązkowemu w rozumieniu konwencji, jeżeli ubezpieczenie to:

a) jest kontrolowane przez władze publiczne lub jest administrowane wspólnie przez pracowników i pracodawców, stosownie do przepisów prawa narodowego,

b) obejmuje istotną część osób (nie tylko pracowników najemnych), których dochód nie przekracza dochodu wykwalifikowanego robotnika płci męskiej.

Potraktowanie w konwencji dobrowolnego ubezpieczenia za równoznaczne z ubezpieczeniem obowiązkowym oznacza, że kraje kapitalistyczne, w których ubepieczenie dobrowolne jest rozpowszechnione będą mogły ratyfikować konwencję bez wprowadzania u siebie obowiązkowego ubezpieczenia dla pracowników najemnych, najbardziej słabych ekonomicznie. W ten sposób znaczna część pracowników najemnych, których dochody poniżej minimum egzystencji nie pozwalają na opłacanie wysokich składek z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia, będzie w ogóle wyłączona z ubezpieczenia i pozbawiona środków egzystencji w przypadkach losowych. Podkreślić należy i to, że omawiane postanowienie konwencji chroni kapitalistów-właścicieli towarzystw ubezpieczeniowych przed utratą olbrzymich zysków, jakie dają te towarzystwa.

ZAKRES OSÓB CHRONIONYCH

Minimalny zakres osób, podlegających ubezpieczeniu, nie jest ujęty w konwencji jednolicie, lecz odmiennie dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia (świadczeń). Przy czym, wyjąwszy ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych, konwencja ustala 3 lub 2 ewentualności do wyboru według swobodnego uznania kraju ratyfikującego konwencję.

Dla korzystania: 1) z zasiłków chorobowych, 2) ze świadczeń na wypadek starości, 3) ze świadczeń rodzinnych (z zasiłków rodzinnych), 4) ze świadczeń na wypadek inwalidztwa oraz 5) ze świadczeń dla pozostałych członków rodziny w razie śmierci żywiciela— konwencja ustala zakres osób, podlegających ubezpieczeniu, następująco:

a) bądź określone prawem narodowym kategorie pracowników najemnych, obejmujące co najmniej 50% wszystkich pracowników najemnych,

b) bądź określone prawem narodowym grupy ludności aktywnej, stanowiące co najmniej 20% wszystkich mieszkańców,

c) bądź wszystkich mieszkańców, których dochody nie przewyższają określonej granicy.

W sposób podany pod a) i b) konwencja ustala zakres kobiet, podlegających ubezpieczeniu na wypadek macierzyństwa.

Dla korzystania z pomocy leczniczej konwencja ustala zakres osób, podlegających ubezpieczeniu, jak pod a) i b) a ewentualność pod c) zastępuje następująco: c) „bądź określone prawem narodowym kategorie mieszkańców, obejmujące co najmniej 50% wszystkich mieszkańców".

[1]) Zob. w tym numerze ogólne omówienie tej konwencji (str. 261).

Dla korzystania z zasiłków na wypadek braku pracy konwencja ustala, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają:

a) bądź określone prawem narodowym kategorie pracowników najemnych, obejmujące co najmniej 50% wszystkich pracowników najemnych,

b) bądź wszyscy mieszkańcy, których dochody nie przewyższają określonej granicy.

W zakresie ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych konwencja ustala, że obowiązkiem ubezpieczenia powinny być objęte określone prawem narodowym kategorie pracowników najemnych, obejmujące co najmniej 50% wszystkich pracowników najemnych.

We wszystkich rodzajach ubezpieczenia konwencja dopuszcza czasowo odchylenia i odroczenia od wyżej przedstawionych minimalnych norm, a mianowicie: na okres przejściowy może być ubezpieczonych tylko 50% pracowników najemnych, pracujących w przedsiębiorstwach przemysłowych zatrudniających co najmniej 20 osób. W ten sposób wyłączeni zostają z ubezpieczenia wszyscy pracownicy rolni, 50% pracowników zatrudnionych w zakładach przemysłowych o załodze co najmniej 20-to osobowej oraz wszyscy pracownicy zatrudnieni w drobnych zakładach pracy, a więc pracownicy najbardziej słabi ekonomicznie. Poza zakresem ubezpieczenia pozostać więc może znaczna większość pracowników najemnych. W jakim więc stopniu konwencja może zapewnić ochronę ubezpieczeniową pracownikom najemnym, tej najsłabszej ekonomicznie klasie w społeczeństwie kapitalistycznym? Według pierwszej zasady (a) samego jej założenia można wyłączyć z ubezpieczenia 50% wszystkich pracowników najemnych a w przypadku skorzystania z prawa odroczenia, ubezpieczenie może objąć tylko znikomą liczbę pracowników najemnych.

Według drugiej ewentualności (b) kraj członkowski ratyfikujący konwencję nie jest zobowiązany do objęcia ubezpieczeniem większej liczby aktywnej ludności niż 20% ogółu mieszkańców Ponieważ konwencja nie zawiera definicji, jakie grupy osób należy uważać za ludność aktywną, daje szerokie pole do obejścia i tego skromnego zalecenia. Odsetek ludności aktywnej w stosunku do ogółu ludności jest dużo wyższy niż 20%; tak więc i druga zasada nie zapewnia objęcia ubezpieczeniem nawet większości pracowników najemnych.

Sformułowanie bowiem konwencji kryje w sobie możliwość objęcia ubezpieczeniem uprzywilejowanych grup ludności aktywnej na niekorzyść pracowników najemnych, szczególnie w krajach uprawiających politykę dyskryminacji w stosunku do pracowników cudzoziemców lub pracowników kolorowych.

Trzecia zasada (c) przewiduje, że obowiązkiem ubezpieczenia powinni być objęci wszyscy mieszkańcy, których dochody nie przekraczają określonej wysokości (dla świadczeń leczniczych — 50% wszystkich mieszkańców bez względu jednak na wysokość dochodów). Zakres osób podlegających ubezpieczeniu zależeć więc będzie od określenia granicy dochodu, ustalenie zaś tej granicy należy do swobodnego uznania kraju ratyfikującego konwencję. Ustalenie więc przez ten kraj niskiej granicy dochodu sprowadzi zakres osób ubezpieczonych do minimum, nie obejmującego nie tylko wszystkich pracowników najemnych, ale nawet ich znacznej części. I ten przepis nie zawiera więc żadnej międzynarodowej gwarancji uprawnień ubezpieczeniowych pracowników.

Reasumując stwierdzić należy, że nowa konwencja MOP stanowi krok wstecz w stosunku do dotychczasowych konwencji, które nakładają na kraje członkowskie obowiązek rozciągnięcia ubezpieczenia przede wszystkim na wszystkich pracowników najemnych, bez względu na rodzaj zatrudnienia, dopuszczając od tej zasady tylko nieznaczne i nieistotne wyjątki. Nowa konwencja nie spełnia też szumnej deklaracji filadelfijskiej z roku 1944, która w swych motywach wyraźnie stwierdzała, że ubezpieczeniem powinni być objęci wszyscy pracownicy najemni.

OKRES WYCZEKIWANIA

Konwencja przewiduje, że udzielanie świadczeń leczniczych, zasiłków chorobowych, świadczeń macierzyńskich oraz zasiłków bezrobocia może być uzależnione od przebycia okresu wyczekiwania, jeżeli będzie to uznane za konieczne w celu uniknięcia nadużyć. Konwencja nie określa jednak jaki maksymalnie okres wyczekiwania może być ustalony przez prawo narodowe, pozostawiając w tym zakresie całkowitą swobodę krajom członkowskim.

Uzależnienie pomocy leczniczej od okresu wyczekiwania nie jest przewidziane w dotychczasowych konwencjach z roku 1927 o ubezpieczeniu na wypadek choroby. I tu zatem konwencja z 1952 czyni krok wstecz w stosunku do poprzednich konwencji, w stosunku do reszty wymienionych świadczeń pozostawia stan niezmieniony.

Pozostawienie całkowitej swobody krajom członkowskim w ustalaniu długości okresu wyczekiwania może być łatwo wykorzystane przez kraje kapitalistyczne do ograniczania prawa do omawianych świadczeń.

Konwencja ustala, że udzielanie świadczeń rodzinnych może być uzależnione od określonego przez prawo narodowe okresu wyczekiwania, który może stanowić bądź 3 miesięczny okres opłacania składek lub zatrudnienia, bądź jeden rok zamieszkania. Wymóg roku zamieszkania może być szczególnie wykorzystany przez kraje imigracyjne na niekorzyść obcych robotników. Ma to już miejsce we Francji, gdzie prawo cudzoziemców do świadczeń rodzinnych uzależnione jest od posiadania tzw. stałej karty pobytu, która wydawana jest cudzoziemcowi zwykle po dłuższym okresie zamieszkiwania we Francji.

Do świadczeń w razie wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej konwencja nie przewiduje okresu wyczekiwania.

Dotychczasowe konwencje MOP z roku 1933 o ubezpieczeniu na wypadek starości nie przewidywały maksymalnego stażu do nabycia prawa do renty starczej, pozostawiając w tej mierze całkowitą swobodę krajom członkowskim.

Wg postanowień nowej konwencji prawo do pełnych świadczeń starczych nie powinno być uzależnione od większego okresu wyczekiwania, niż 30 lat składkowania lub zatrudnienia, bądź też 20 lat zamieszkiwania. Prawo zaś do zredukowanych świadczeń starczych nie powinno być uzależnione od wyższego stażu, niż 15 lat składkowania lub zatrudnienia.

W przypadku gdy ubezpieczeniem objęta jest cała ludność aktywna (patrz rozdział o zakresie osób chronionych), ustalenie długości okresu wyczekiwania zostało pozostawione całkowicie do swobodnego uznania kraju członkowskiego.

Jeżeli chodzi o świadczenia na wypadek inwalidztwa oraz na wypadek śmierci żywiciela, nowa konwencja przewiduje, że udzielanie tych świadczeń może być uzależnione od okresu wyczekiwania, który może stanowić bądź 5 lat składkowania, bądź 10 lat zamieszkiwania. W przypadku gdy ubezpieczeniem objęta jest cała ludność aktywna, udzielanie świadczeń może być uzależnione od warunku 3 lat składkowania, o ile na rzecz ubezpieczonego opłacono w okresie jego aktywnego życia odpowiednią ilość składek rocznie, ustaloną prawem narodowym.

Dotychczasowe konwencje MOP z roku 1933 o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i śmierci ustalały 5-letni maksymalny staż do świadczeń.

ŚWIADCZENIA I CZASOKRESY ICH UDZIELANIA

W razie choroby powinny być według nowej konwencji udzielane następujące świadczenia: a) opieka lekarska ze strony lekarzy ogólnoleczących i lekarzy specjalistów, środki farmaceutyczne oraz leczenie szpitalne oraz b) zasiłki chorobowe.

Konwencja przewiduje możliwość nałożenia na korzystającego ze świadczeń obowiązku pokrywania części kosztów opieki lekarskiej w razie choroby, zastrzegając, aby nie było to zbytnim ciężarem dla ubezpieczonych.

Pomoc lecznicza powinna być udzielana przez cały okres potrzeby z tym jednak zastrzeżeniem, że w razie choroby okres udzielania pomocy może być ograniczony do 26 tygodni w każdym przypadku zachorowania. Jednakże pomoc lecznicza nie może być wstrzy-

mana tak długo, jak długo istnieje prawo do pobierania zasiłków chorobowych. Ponadto prawo narodowe powinno ustalić dłuższy okres udzielania pomocy leczniczej niż 36 tygodni, jeżeli chodzi o choroby, wymagające długiego leczenia.

Zasiłki chorobowe powinny być udzielane w następstwie utraty zarobku wskutek choroby. Zasiłki powinny być udzielane przez cały okres utraty zarobku z tym, że okres ten może być ograniczony do 26 tygodni.

Zarówno w stosunku do pomocy leczniczej, jak i w stosunku do zasiłków chorobowych, konwencja przewiduje możność zastosowania przez kraj ratyfikujący konwencję czasowych ograniczeń, udzielanie tych świadczeń może być ograniczone do 13 tygodni.

Dopuszczenie powyższych odchyleń od norm minimalnych stanowi również krok wstecz w stosunku do dotychczasowych konwencji MOP z roku 1927 o ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz zaleceń filadelfijskich, które przewidują, że ograniczenie udzielania pomocy leczniczej nie może sięgać poniżej 26 tygodni.

W razie macierzyństwa nowa konwencja przewiduje: a) opiekę przed, w czasie i po porodzie ze strony lekarza lub dyplomowanej położnej, b) w razie potrzeby leczenie szpitalne, c) zasiłki pieniężne. Świadczenia wymienione wyżej pod a) i b) powinny być udzielane przez cały okres potrzeby. Zasiłki pieniężne powinny być udzielane w razie utraty zarobku wskutek ciąży, połogu i jego następstw. Zasiłki powinny być wypłacane przez cały czas istniejącej niezdolności do pracy, jednakże okres udzielania zasiłków może być ograniczony do 12 tygodni.

Zasiłki w razie braku pracy powinny być udzielane — wg konwencji — przez cały okres pozostawania bez pracy z tym, że okres ten może być ograniczony: a) do 13 tygodni w okresie 12 miesięcy, jeżeli ubezpieczeniem objęci są pracownicy najemni i zasiłki są udzielane w wysokości co najmniej 45% zarobku wykwalifikowanego pracownika płci męskiej, lub b) do 26 tygodni w ciągu 12 miesięcy, gdy ubezpieczeniem objęci są wszyscy mieszkańcy.

Prawie we wszystkich krajach ubezpieczeniem na wypadek braku pracy objęci są tylko pracownicy najemni. W praktyce więc okres udzielania zasiłków będzie ograniczony do 13 tygodni.

Bezrobocie w krajach kapitalistycznych obejmuje stale wielomilionowe masy pracowników. W tych warunkach udzielanie zasiłków w razie braku pracy przez 13 tygodni w ciągu 12 miesięcy jest absolutnie niewystarczające z uwagi na długie okresy pozostawania pracowników bez zatrudnienia. Na tym przykładzie szczególnie jaskrawo występuje demagogia panująca w MOP w 1944 roku podczas wojny, deklaracja filadelfijska MOP zapowiadała, że zasiłki bezrobocia powinny być udzielane aż do czasu otrzymania odpowiedniego zatrudnienia przez pracownika.

Świadczenia rodzinne, w formie zasiłków pieniężnych lub naturze, względnie w formie połączonej oba rodzaje tych świadczeń powinny być udzielane osobom, objętym ubezpieczeniem i posiadającym dzieci na utrzymaniu. Konwencja nie przewiduje świadczeń na niezdolnego do zarobkowania małżonka. Konwencja nie określa też minimalnej granicy wieku dziecka do ukończenia którego to wieku powinny być udzielane świadczenia, pozostawiając tę kwestię do swobodnego ustalenia przez kraje członkowskie.

Konwencja ustala, że w razie wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej powinny być udzielane następujące świadczenia: a) pomoc lecznicza, b) zasiłki w czasie leczenia skutków wypadku lub choroby zawodowej, c) renta stała w razie trwałej całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, d) renta dla pozostałej wdowy i dzieci.

Konwencja nie ustala minimalnego stopnia niezdolności, dającej prawo do renty, pozostawiając tę kwestię do swobodnego określenia przez kraj członkowski. Przewiduje ona również możliwość uzależnienia przez kraj członkowski prawa wdowy do renty od jej niezdolności do pracy.

Renta starcza — wg konwencji — powinna przysługiwać od ukończenia wieku, określonego przez prawo narodowe, przy czym wiek ten nie powinien w zasadzie przekraczać 65 roku życia. Jednakże prawo narodowe może ustalić wyższy wiek pod warunkiem, że liczba mieszkańców powyżej wieku 65 lat nie będzie niższa niż 10% ogółu mieszkańców powyżej 15 lat i poniżej wieku, który będzie określony jako dający prawo do renty starczej.

Dotychczasowe konwencje MOP o ubezpieczeniu na wypadek starości ustalają, że prawo do renty powinno przysługiwać co najmniej od ukończenia 65 roku życia. Dopuszczenie zatem przez nową konwencję możliwości przyznania prawa do renty starczej dopiero po ukończeniu wyższego wieku niż 65 lat jest cofnięciem się w stosunku do dawnych konwencji.

Prawo narodowe może a) ustalić zawieszenie wypłaty renty, jeżeli uprawniona osoba zarobkuje, lub też b) redukować rentę jeżeli dochód uprawnionej osoby przewyższa określoną granicę.

Renta inwalidzka powinna być udzielana w razie niezdolności do dalszego zarobkowania w stopniu ustalonym prawem narodowym, jeżeli niezdolność ta jest trwała lub jeżeli trwa po wyczerpaniu prawa do zasiłków chorobowych.

W razie śmierci żywiciela rodziny — pozostałej wdowie i sierotom powinna przysługiwać renta. Prawo do renty wdowiej może być uzależnione od niezdolności wdowy do pracy, od jej niezarobkowania i stosunków majątkowych.

Nowa konwencja nie określa minimalnej granicy wieku do ukończenia którego powinny być wypłacane renty dla sierot, pozostawiając tę kwestię do swobodnego uznania kraju członkowskiego. Dawne konwencje MOP z roku 1933 określały minimalny wiek sierot na 14 lat.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Dotychczasowe konwencje MOP nie zawierają postanowień regulujących wysokość świadczeń pieniężnych, pozostawiając tę kwestię do swobodnego określania przez ustawodawstwa narodowe.

Nowa konwencja określa zasady, według których ma być ustalana wysokość świadczeń pieniężnych. Konwencja określa także minimalną wysokość tych świadczeń.

Konwencja ustala jako zasadę naczelną, że wysokość świadczeń powinna być kalkulowana w odpowiednim stosunku do poprzedniego zarobku, a co najmniej w procencie określonym w konwencji. Wysokość świadczeń rentowych powinna być rewidowana w razie zmiany ogólnego poziomu zarobków, wynikających z istotnej zmiany kosztów utrzymania.

Jeżeli chodzi o świadczenia (zasiłki) rodzinne, konwencja postanawia, że minimalna wartość tych świadczeń powinna wynosić:

a) bądź 3% zarobku zwykłego robotnika płci męskiej, pomnożonego przez całkowitą liczbę dzieci wszystkich osób, objętych ubezpieczeniem,

b) bądź 1,5% wymienionego wyżej zarobku pomnożonego przez całkowitą liczbę dzieci wszystkich mieszkańców.

Jeżeli chodzi o świadczenia pieniężne w pozostałych działach ubezpieczenia, konwencja ustala wysokość tych świadczeń odmiennie w przypadku objęcia ubezpieczeniem tylko pracowników najemnych lub ludności aktywnej i odmiennie w przypadku objęcia ubezpieczeniem wszystkich mieszkańców (patrz wyżej rozdział o zakresie osób chronionych).

W przypadku gdy ubezpieczeniem (w danej gałęzi ubezpieczenia) objęci są tylko pracownicy najemni lub ludność aktywna, minimalna wysokość świadczeń ustalona została w odpowiednich procentach w stosunku do zarobku (dochodu) jak następuje:

1) zasiłki chorobowe—mężczyzna z żoną i 2 dzieci—45%
2) zasiłki bezrobocia—mężczyzna z żoną i 2 dzieci—45%
3) zasiłki macierzyńskie —45%
4) świadczenia z tytułu wypadku:
a) zasiłek w okr. lecz.- -mężczyzna z żoną i 2 dzieci—50%
b) renta pełna—mężczyzna z żoną i 2 dzieci —50%
c) renta pozostałych — wdowa i 2 dzieci —40%
5) renta starcza — mężczyzna z żoną —40%
6) renta inwalidzka—mężczyzna z żoną i 2 dzieci—40%
7) renta wdowy i sierot—wdowa i 2 dzieci —40%

W przypadku gdy ubezpieczeniem objęci są wszyscy mieszkańcy, konwencja przewiduje, że wysokość świadczeń będzie określona według stawek, ustalonych ustawodawstwem narodowym. W każdym bądź razie świadczenia łącznie z innymi środkami utrzymania nie mogą być niższe, niż minimalna wysokość świadczeń w podanych wyżej procentach od zarobku zwykłego robotnika.

FINANSOWANIE UBEZPIECZENIA

Nowa konwencja ustala, że koszty świadczeń oraz koszty administracyjne, związane z prowadzeniem ubezpieczenia, powinny być pokrywane ze składek lub podatków lub z obu tych źródeł łącznie tak, aby osoby słabe ekonomicznie nie zostały zbytnio obciążone.

Całość składek obciążających ubezpieczonych pracowników najemnych może dochodzić do 50% całości środków, przeznaczonych na ubezpieczenie tych pracowników i ich rodzin. W ten sposób zwłaszcza przy systemie kombinowanym można przerzucić na pracowników przeważającą część ciężarów ubezpieczenia: 50% bezpośrednio w formie składki i drugą dalszą część pośrednio w formie podatków.

SYTUACJA UBEZPIECZENIOWA CUDZOZIEMCÓW

Konwencja ustala, że cudzoziemcy powinni mieć te same prawa, co własni obywatele. Jednakże ustawodawstwo narodowe może wprowadzić w stosunku do cudzoziemców pewne ograniczenia, jeżeli chodzi o udzielanie im świadczeń lub części świadczeń, wypłacanych w całości lub w istotnej części z funduszów publicznych.

W systemach ubezpieczenia, opartych na podatkach, obejmujących pracowników najemnych, cudzoziemcy, którzy są obywatelami innego kraju członkowskiego, który ratyfikował odpowiadającą gałąź ubezpieczenia przewidzianą w konwencji, powinni mieć prawa do świadczeń z tej gałęzi ubezpieczenia na równi z własnymi obywatelami kraju, posiadającego podatkowy system ubezpieczenia. Jednakże zastosowanie tej zasady może być uzależnione od zawarcia dwustronnego lub wielostronnego układu o wzajemności pomiędzy krajami członkowskimi.

Powyższe postanowienia konwencji nie zawierają istotnej ochrony praw robotników-emigrantów w zakresie ubezpieczeń społecznych, w szczególności w zakresie ubezpieczeń rentowych. Ustalenie jedynie samej zasady równego traktowania cudzoziemców z własnymi obywatelami i to z wymienionymi wyżej ograniczeniami, bez jednoczesnego ustalania zasady, że cudzoziemcy korzystają z nabytych praw także po powrocie do kraju ojczystego, jest absolutnie niewystarczające w tych przypadkach, gdy ustawodawstwo narodowe zastrzega nieudzielanie świadczeń nawet własnym obywatelom, zamieszkałym za granicą.

Przyjęte przez nową konwencję postanowienia o sytuacji ubezpieczeniowej cudzoziemców są przekreśleniem dotychczasowego dorobku Międzynarodowej Organizacji Pracy w tym zakresie postaci konwencji z roku 1925 o równości traktowania obcych pracowników w zakresie ubezpieczenia od wypadków oraz konwencji z roku 1935 o zachowaniu przez obcych robotników nabytych uprawnień z ubezpieczenia na wypadek starości, inwalidztwa i śmierci.

Wymienione konwencje, obok zasady równego traktowania obcych robotników z własnymi obywatelami ustalają zasadę korzystania z nabytych w czasie pracy na obczyźnie praw rentowych także w razie powrotu do kraju macierzystego. Ponadto konwencja z roku 1935 przewiduje, że dla ustalenia prawa do renty starczej, inwalidzkiej i do rent dla pozostałych członków rodziny z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, uwzględnia się (zlicza się) wszystkie okresy ubezpieczenia, uzyskane kolejno lub na przemian w czasie pracy w dwu lub więcej krajach.

*

W konkluzji powyższego przeglądu należy stwierdzić:

1) że ustalony w nowej konwencji poziom norm minimalnych ubezpieczenia jest niewystarczający; szczególnie zaś rażące są postanowienia konwencji, odnoszące się do ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych oraz do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia;

2) że nowa konwencja stanowi duży krok wstecz w wielu punktach istotnych w stosunku do poprzednich konwencji MOP, ustalających również minimalny poziom ubezpieczenia;

3) że nowa konwencja zarzuciła w wielu istotnych punktach zalecenia, przyjęte przez Ogólną Konferencję MOP w Filadelfii w roku 1944 o zagwarantowaniu środków egzystencji.

W. L.

Robotnicy w Niemczech Zachodnich

walczą o samorząd w ubezpieczeniach społecznych

Robotnicy Niemiec Zachodnich są już od 1933 roku pozbawieni swych tradycyjnych praw w zakresie administrowania instytucjami ubezpieczeń społecznych. Do tego roku ubezpieczeni i pracodawcy wyznaczali w drodze bezpośrednich wyborów swych przedstawicieli do różnych organów ubezpieczenia chorobowego, a ci znowu wybierali ze swej strony reprezentantów do organów samorządowych ubezpieczenia rentowego. Robotnicy mieli prawo do 2/3 a pracodawcy do 1/3 przedstawicieli.

Po dojściu do władzy Hitler pozbawił wszelkiej władzy organa samorządowe, przekształcając je w organa wyłącznie doradcze i ustalając równocześnie równy stosunek liczbowy przedstawicieli robotniczych i przedstawicieli pracodawców (1:1).

Bezpośrednio po zakończeniu wojny niemieckie związki zawodowe zażądały jednomyślnie wprowadzenia na powrót samorządu do ubezpieczeń społecznych. W Niemieckiej Republice Demokratycznej żądania te zostały zrealizowane w drodze całkowitej reorganizacji ubezpieczeń społecznych. Natomiast w Niemczech Zachodnich rozpoczęły się długie pertraktacje między związkami zawodowymi, pracodawcami i rządem.

W lutym 1951 parlament w Bonn uchwalił, pomimo ostrego sprzeciwu organizacji związkowych, ustawę o samorządzie w ubezp. społecznych, zachowując stosunek przedstawicielstwa 1:1.

Chociaż ustawa była zła, robotnicy sądzili, że położy ona przynajmniej kres dotychczasowej nieznośnej sytuacji. Zawiedli się jednak, bowiem dotychczas nie zdołano jeszcze, pod pozorem trudności technicznych, opracować odpowiedniego regulaminu, na podstawie którego mogłyby być przeprowadzone ogólne wybory do organów samorządowych ubezpieczeń społecznych.

Kilka projektów złożonych przez Ministra Pracy parlament odrzucił z powodu ich rzekomej niezgodności z ustawą. W chwili więc obecnej nie ma widoków na przeprowadzenie wyborów w tym roku.

Nie ulega wątpliwości, że czynniki rządowe celowo komplikują sytuację, pozwala im to bowiem na odroczenie reformy dotychczasowego systemu ubezpieczeń społecznych. A tymczasem potrzeba tej reformy jest niewątpliwie paląca, zwłaszcza jeżeli idzie o scalenie administracyjne i dostosowanie świadczeń do kosztów utrzymania.

Robothicy niemieccy domagają się jednomyślnie powrotu do samorządu ubezpieczeniowego na bazie tradycyjnego przedstawicielstwa 2:1. Zrzeszenie niemieckich Związków Zawodowych (DGB) aprobuje to żądanie. Zdaje się, że robotnicy będą musieli podjąć bezpośrednią walkę o jego zrealizowanie.

J. S.

O zabezpieczeniu społecznym w krajach kapitalistycznych

„Reforma naszych instytucji administracyjnych nie może pominąć instytucyj zabezpieczenia społecznego. Środki z zakresu polityki społecznej mogą być stosowane tylko w miarę jak to jest dopuszczalne z gospodarczego punktu widzenia. Redukcja wydatków na cele społeczne jest rzeczą naglącą".

Tak mówił austriacki Minister Finansów Kamitz w dniu 28 stycznia 1952 r.

A oto wyjątek z planu reformy proponowanego przez p. Leen, państwowego komisarza rządu belgijskiego dla spraw ubezpieczenia społecznego (1952):

„Ubezpieczenia społeczne winny być bazowane na poczuciu osobistej odpowiedzialności jednostki. Ubezpieczenia przymusowe winny być ograniczone jedynie do świadczeń minimalnych... Z psychologicznego punktu widzenia lepszym rozwiązaniem byłoby całkowite wyeliminowanie składek pracodawców... Co się tyczy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, robotnik lub pracownik umysłowy winien się troszczyć sam o siebie podczas krótkich okresów bezrobocia, które można uważać mniej więcej za normalne... Zasiłki rodzinne nie powinny być uważane, jako pobudka do zwiększenia przyrostu u rodzin".

I wreszcie jeszcze wypowiedź prezydenta Trumana w jego sprawozdaniu gospodarczym ze stycznia 1952 r.:

„W naszych programach wychowania, opieki społecznej, zabezpieczenia społecznego musimy w dalszym ciągu przeprowadzać ścisłą selekcję, odraczając te polepszenia i rozszerzenia, które nie są nieodzowne w chwili obecnej, aby poprzeć całkowicie nasz wysiłek obronny".

J. S.

KOMUNIKAT

W SPRAWIE

PRENUMERATY NA R 1953

Przypominamy jeszcze raz naszym prenumeratorom o konieczności odnowienia prenumeraty na rok 1953 do dnia 15 grudnia br. w urzędach pocztowych lub u listonoszy.

Urzędy, instytucje i organizacje, które z powodu braku kredytów nie będą mogły do dnia 15 grudnia br. uiścić prenumeraty za rok 1953 gotówką, prześlą do dnia 1 grudnia br. na adres PPK „RUCH" — Centralna Ekspedycja, Warszawa, ul. Srebrna 12, zamówienie pisemne.

Zamówienia takie winny być podpisane przez dyrektora i głównego księgowego, zawierać ilość zamówionych egzemplarzy oraz dokładny termin i sposób uregulowania należności w 1953 roku.

Uprzedzamy Prenumeratorów, że spóźnione wpłaty lub zamówienia pisemne spowodują przerwę w dostawie czasopisma z początkiem 1953 roku.

Cena prenumeraty miesięcznika „PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH" wynosi: rocznie zł 48.—, półrocznie zł 24.—, kwartalnie zł 12.

POLSKIE WYDAWNICTWA GOSPODARCZE

Wydawca: POLSKIE WYDAWNICTWA GOSPODARCZE, Przedsiębiorstwo Państwowe Warszawa, ul. Poznańska 15, tel. 736-46, wewn. 11 i 625-06

Redaguje: KOLEGIUM REDAKCYJNE

Adres redakcji: Warszawa, ul. Czerniakowska 231, pokój 109, tel. 890-40, wewn. 57.

Zamówienia i wpłaty na prenumeratę przyjmują wszystkie urzędy pocztowe oraz listonosze. Od dnia 16 maja 1952 r. zamówienia i wpłaty na prenumeratę pisma przyjmują tylko urzędy pocztowe oraz listonosze wiejscy i miejscy. W związku z tym bezpośrednich zamówień i wpłat na prenumeratę do PPK „Ruch" kierować nie należy.

Prenumerata wynosi: rocznie 48 zł, półrocznie 24 zł, kwartalnie 12 zł. Cena egzemplarza pojedynczego 4 zł.

Zam. PWG CP1-P/C-429/52 z dn. 27.IX.52. Podpisano do druku 20.X.52. Druk ukończ. 25.X.52. Nakł. 5.880. Papier druk. sat. kl. VII, 60 gr, A1. Ark. wyd. 5,5. Zam. 4232.

Zakłady Graficzne i Wydawnicze Dom Słowa Polskiego, Warszawa. 3-B-27609