

DR. IGNACY GLIKSMAN

PODSTAWY IDEOWE
POLSKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Geneza. Przed wojną na ziemiach polskich istniały ubezpieczenia społeczne w zaborach niemieckim i austriackim; w zaborze rosyjskim, jakkolwiek uchwalone przez ciała prawodawcze, w życie nie weszły. Po odzyskaniu niepodległości, przed prawodawcą polskim stanęło podwójne zadanie: wprowadzenia ubezpieczeń społecznych na tem terytorjum, na którym ich dotychczas nie było, i zunifikowanie ustawodawstwa w tej dziedzinie na całym obszarze kraju. Zadania te mogły być wykonane znów dwojako: albo drogą rozciągnięcia ustaw, działających w jednej z dzielnic, na całe państwo, albo też drogą własnej twórczości ustawodawczej.

Państwo polskie poszło drugą drogą (poza jednym tylko wypadkiem rozciągnięcia w r. 1924 austriackiej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek kalectwa, nabytego w związku z pracą, na terytorjum byłego zaboru rosyjskiego). Wydane zostały nowe ustawy, wprowadzające ubezpieczenia społeczne tam, gdzie ich nie było, i obowiązujące na całym obszarze kraju (częściowo tylko z pominięciem Górnego Śląska). Najważniejsze z tych ustaw są to: o ubezpieczeniu na wypadek choroby z d. 19 maja 1920 r., o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia z d. 18 lipca 1924 r., rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z d. 24 listopada 1927 r. i o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych z dnia 29 listopada 1930 r. i, wreszcie przez wiele lat opracowywana i dyskutowana wielka ustawa o ubezpieczeniu społecznem, uchwalona d. 28 marca 1933 r. i ogłoszona w „Dzienniku Ustaw” d. 11 lipca tegoż roku. Ustawa ta wprowadza ubezpieczenie emerytalne pracowników fizycznych, reformuje inne gałęzi ubezpieczeń, zespala je, ustanawia zasady organizacji ubezpieczeń, wreszcie tworzy instytucję, nadrzędną zakładom — izbę ubezpieczeń społecznych.

Z chwilą wejścia w życie tej ustawy, ubezpieczenia społeczne w Polsce będą całkowicie, przynajmniej formalnie, tworem polskiej myśli prawodawczej. Z tego powodu jest rzeczą ciekawą zbadać

tkwiące w nich podstawy ideowe na tle tych zasad, które zostały wcielone w życie w prawodawstwach zagranicznych.

Na kontynencie Europy można wyróżnić trzy systemy ubezpieczeń społecznych. Za podstawę podziału służy rola władzy państwowej w ubezpieczeniach. Pierwszy system cechuje liberalizm, trzeci — etatyzm, drugi jest pośredni między dwoma krańcowymi. Przez liberalizm w ubezpieczeniach społecznych rozumie się taką ich konstrukcję, która pozwala osobom ubezpieczonym realizować cele ubezpieczenia bez interwencji czynników obcych, a przede wszystkim władz państwowych, przez etatyzm — taką konstrukcję, w której cele ubezpieczenia realizowane są przez władze państwowe lub przy daleko idącej ich interwencji.

Podział ubezpieczeń społecznych na podstawie wzajemnego ustosunkowania w nich czynników liberalizmu i etatyzmu jest tem dogodny, że z każdym z tych czynników idzie w parze szereg innych cech charakterystycznych: z liberalizmem — decentralizacja, indywidualizm i zasada ubezpieczeniowa, z etatyzmem — koncentracja, kolektywizm i zasada opieki społecznej. Naogół jednak czynniki żadnej grupy nie występują wyłącznie, bez współdziałania czynników grupy drugiej. Najczęściej spotyka się w ubezpieczeniach społecznych czynniki obu grup, lecz w różnym ustosunkowaniu, z przewagą bądź jednego, bądź drugiego czynnika.

Jakkolwiek, w warunkach dzisiejszych, drogi prądów ideowych, płynących od jednego środowiska etnicznego do drugiego, nie zależą od rozlokowania terytorjalnego narodów, jednakże na kontynencie Europy charakter podstawowych idei w ubezpieczeniach społecznych daje się wyraźnie związać z geograficznym położeniem państwa. Trzy systemy ubezpieczeń społecznych — liberalny, pośredni i etatystyczny — mogą być również rezultatem 'klasyfikacji ubezpieczeń na podstawie geograficznej: na system zachodni, środkowo-europejski i wschodni. Czynniki liberalny słabnie, a czynniki etatystyczny wzrasta w miarę posuwania się z zachodu na wschód. System zachodni znalazł najpełniejszy wyraz we Francji, system środkowo-europejski — w Niemczech, system wschodni — w Rosji Sowieckiej.

Polska, położona terytorjalnie między Niemcami a Rosją Sowiecką, posiada ubezpieczenia, należące do systemu ideowego środkowo-europejskiego, jednakże z pewnymi odchyleniami na rzecz idei związanych z etatyzmem.

Wpływ myśli środkowo-europejskiej, a ściślej niemieckiej, na ustawodawstwo polskie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych ma swoje uzasadnienie historyczne. W województwach zachodnich i po-

ludniowych istniały jeszcze przed wojną ubezpieczenia, wprowadzone przez ustawy niemieckie i wzorowane na nich ustawy austriackie. Pierwsze prace nad przygotowaniem ustaw polskich w dziedzinie ubezpieczeń społecznych dokonywane były jeszcze podczas okupacji niemieckiej, podczas wojny, kiedy uniemożliwione były stosunki polityczne i intelektualne z krajami zachodnimi. W niespełna trzy miesiące po odzyskaniu niepodległości wydany został dekret Naczelnika Państwa, wprowadzający ubezpieczenia chorobowe, który legł u podstawy późniejszej ustawy sejmowej z dnia 19 maja 1920 r. Jako źródło pomocnicze przy opracowywaniu dekretu służyć mogła tylko literatura niemiecka i ustawodawstwo niemieckie. W pośpiechu prac ustawodawczych i to źródło nie było wyczerpane. Wzorowano się głównie na statucie kasy chorych w Lipsku. Specjalistów, obeznanych z ubezpieczeniami społecznymi na zachodzie, przy tworzeniu ubezpieczeń polskich nie było. Organizowali je ludzie, praktycznie obeznani z funkcjonowaniem kas chorych w byłych zaborach niemieckim i austriackim, którzy podstawowe zasady ówczesnych ubezpieczeń niemieckich przynosili bez dyskusji do ustawodawstwa polskiego. Tak powstało ubezpieczenie na wypadek choroby. Inne gałęzie ubezpieczeń, wprowadzane następnie, liczyły się z faktem istnienia ubezpieczenia na wypadek choroby i w zakresie ideowym były jego kontynuacją.

Liberalizm — etatyzm. Liberalizm ubezpieczeniowy wychodzi z założenia, że interesy indywidualne ubezpieczonych wytworzą same przez się takie formy organizacji, które w praktyce okażą się najbardziej celowe, że grupy ludzi, żyjących w podobnych warunkach i mających podobne wymagania, łącząc się w związki ubezpieczeniowe, są w stanie zorganizować pomoc taką, jaka w szczególnych warunkach ich życia jest im najbardziej potrzebna. Toteż ustawy liberalne pozwalają na tworzenie dowolnych związków ubezpieczeniowych, stawiając tylko niektóre warunki, podyktowane bądź względami na dobro wszystkich ubezpieczonych, bądź swoistymi cechami wszelkiego ubezpieczenia. Warunki takie mogą dotyczyć udziału osób starszych wiekiem w związkach ubezpieczeniowych, minimalnej ilości członków związku i t. d.

Ze względu na ogromną ilość związków ubezpieczeniowych, które powstają na podstawie ustaw, dających ludności kompletną swobodę zrzeszania się, wpływ władz rządowych na działalność tych związków jest rzeczą prawie niemożliwą. Zresztą ustawy o charakterze liberalnym naogół zacieśniają pole interwencji władz państwowych. Zakłady ubezpieczeń społecznych są autonomiczne, podlegają wprawdzie nadzorowi, ale rządzą się same. Inaczej jest według

ostatniej ustawy polskiej. I u nas zakłady są autonomiczne, ale autonomia ich jest mocno ograniczona. Zachowano wprawdzie ubezpieczonym prawo wyboru członków ciał zarządzających zakładami ubezpieczeń, ale prócz osób z wyboru w skład ciał tych wchodzi osoby mianowane. Szerokie pole pozostawia się wpływowi władz państwowych. Wpływ ten, prócz udziału w zarządzaniu zakładem, wykonywa się jeszcze dwiema drogami: przez nadzór i przez orzecznictwo w sporach, powstałych w łonie zakładów, między jego organami.

Nadzór władz państwowych, według ustawy polskiej, jest nie tylko formalny, ale i rzeczowy. Władze mają prawo zatwierdzenia (a w pewnych wypadkach i nadawania) statutów, przepisów służbowych, zatwierdzenia preliminarzy budżetowych, zamknięć rachunkowych, lokat, transakcyj, polegających na zbywaniu majątku nieruchomego, na zaciąganiu pożyczek, zabezpieczonych majątkiem nieruchomym, a ponadto prawo zawieszania uchwał nie tylko takich, które są sprzeczne z obowiązującymi przepisami, ale również i takich, które są, według ich opinii, sprzeczne z celami nadzorowanych zakładów, lub są „szkodliwe dla ich stanu majątkowego lub interesu publicznego”. W ten sposób pomyślany nadzór staje się tak drobiazgowy, że prowadzi do faktycznego decydowania przez władze państwowe nawet w tym zakresie, który formalnie pozostawiony jest kompetencji autonomicznych zarządów. Nieufność ustawodawcy do ciał zarządzających zakładami jest tem bardziej trudna do zrozumienia, że w ciałach tych jest pewna ilość osób nie obieranych przez ludność, lecz mianowanych, że stanowiska przewodniczącego i jego zastępców są obsadzone drogą zatwierdzenia lub mianowania przez władze państwowe, i wyższe stanowiska administracyjne również podlegają zatwierdzeniu. Osoby, zatwierdzone lub mianowane na swych stanowiskach, posiadają szczególną władzę: przewodniczący ma prawo zawieszania uchwał ciał zarządzających aż do czasu rozstrzygnięcia sporu przez władze nadzorcze; dyrektor i lekarz naczelny mają prawo wydawania opinii o tych uchwałach; opinia ta jest komunikowana władzom nadzorczym, które stają się w ten sposób najwyższą instancją dla rozstrzygnięcia spraw spornych, wynikłych w obrębie zakładów, między ich organami.

Ustawa nie zadawała się oznaczeniem uprawnień zakładu ubezpieczeń w stosunku do osób ubezpieczonych i odwrotnie, lecz ustala szczegółowo wewnętrzną organizację zakładów, kompeten-

cję i stosunek wzajemny różnych władz zakładu, a nawet urzędników na wyższych stanowiskach administracyjnych, troszczy się o spory, które mogą powstać między nimi.

Idee etatyzmu w organizacji polskich ubezpieczeń społecznych ujawniają się nietylko w otwieraniu władzom państwowym dróg wpływu na działalność zakładów ubezpieczeń, ale i w podstawowej koncepcji, opartej na wierze w możliwość regulowania życia w jego szczegółach drobiazgowo opracowanymi przepisami. Sprawy, które w rzeczywistości mogą być decydowane tylko w sposób indywidualny, ustawa usiłuje rozstrzygać, według z góry ułożonego szablону, przywiązując nadzwyczajną wagę do wyższych stanowisk urzędniczych, wskazuje cechy, które powinien posiadać dyrektor, lekarz naczelny i t. p., troszczy się o to, ile lat praktyki, i jakiej, powinien mieć każdy z nich, ile lat na stanowiskach samodzielnych, w jakich wypadkach ten okres może być obniżony i o ile. Te wszystkie cechy krępujące, które stanowią treść punktu pierwszego artykułu 49 ostatniej ustawy, omawiającego warunki, potrzebne do uzyskania stanowiska dyrektora kasy chorych, są tem bardziej zbyteczne, że w drugim punkcie tego samego artykułu ustawa wymaga, aby dyrektor posiadał kwalifikacje, dające pełną rękojmię sprawowania czynności dla dobra ogółu ubezpieczonych. A skoro ten warunek jest już zastrzeżony, zdawałoby się, że jest rzeczą zgoła obojętną, czy kandydat na dyrektora posiada jeszcze inne kwalifikacje, czy nie. Albo punkt pierwszy jest objęty punktem drugim, jak to zdaje się wynikać z sensu obu zdań, a wtedy jest zbyteczny pod względem logicznym, albo nie jest nim objęty, a wtedy jest zbyteczny pod względem rzeczowym, bo niema celu wymagać od kogokolwiek jeszcze czegoś więcej, skoro daje już pełną rękojmię. Artykuł ten, jakkolwiek sam przez się mało ważny, stanowi jednak jaskrawy wyraz przerostu tendencji regulowania życia przepisami ponad rzeczywiste potrzeby, nawet przy założeniu pożytku takich przepisów wogóle. Ale i sam ten pożytek w danym wypadku jest więcej, niż problematyczny. Powoływanie bowiem na stanowiska ludzi odpowiednich jest rzeczą tak zrozumiałą sama przez się, że obciążanie ustawy podobnie banalnymi wskazaniem nie ma celu.

Szczególną osobliwość polskich ubezpieczeń społecznych w tej postaci, którą im nadaje ostatnia ustawa, jest sposób ograniczenia samorządu związków ubezpieczeniowych — nietylko na rzecz władz państwowych, lecz także na rzecz innych związków, analogicznych, stojących hierarchicznie wyżej w dwupiętrowej budowie ubezpieczeń. Tak np. kasy chorych są nadzorowane, nietylko przez władze

państwowe, ale także przez zakład ubezpieczeń na wypadek choroby i przez izbę ubezpieczeń społecznych. Taki wielokrotny nadzór kosztuje dużo i w dodatku hamuje normalny bieg spraw. Ale u podstawy organizacji wszelkich kas i zakładów ubezpieczeń leży nieufność ustawodawcy do ciał niemi zarządzających i dążność do szukania dróg, któreby ochroniły ubezpieczenia od ich niekompetencji i szkodliwości. Wskutek tego ustawa nastawiona jest bardziej na hamowanie działalności obieralnych zarządów, niż na pobudzanie ich do pracy. Organa, wyłonione z ciał zarządzających, a nawet organa administracyjne posiadają uprawnienia, mogące paraliżować wykonanie uchwał ciał rządzących. Komisje rewizyjne mają, prócz zwykłych uprawnień, jeszcze prawo zgłaszania protestów przeciw tym uchwałom. Przytem okład komisji rewizyjnych jest inny, niż skład ciał rządzących: w tych ostatnich z dwóch grup społecznych o sprzecznych interesach, pracodawców i pracowników, ta ma przewagę, po czyjej stronie staną przedstawiciele władz państwowych; w komisji rewizyjnej jest inaczej: przedstawiciele pracodawców mają bezwzględną przewagę nad przedstawicielami pracowników i władz państwowych razem — stąd możliwość nowych zahamowań: prawdopodobne bowiem jest tworzenie się konfliktów między ciałami rządzącymi a komisją rewizyjną we wszystkich wypadkach, kiedy przedstawiciele władz państwowych będą razem z pracownikami głosowali przeciw pracodawcom. Konfliktów takich nie będzie, kiedy przedstawiciele władz państwowych będą solidarni z pracodawcami, wbrew pracownikom. Położenie grupy pracodawców jest więc pod tym względem lepsze, niż grupy pracowników: w razie solidarności z przedstawicielami władz państwowych, dezyderaty pierwszych nie ulegną protestowi, dezyderaty drugich mogą ulec. W każdym razie, wobec częstej sprzeczności interesów i poglądów przedstawicieli pracodawców i pracowników, czynnikiem decydującym we wszelkich sprawach spornych będą władze państwowe.

Decentralizacja — koncentracja. Z liberalizmem w ubezpieczeniach społecznych idzie zwykle w parze zasada decentralizacji, z etatyzmem ściśle związana jest zasada koncentracji, z jednej bowiem strony, koncentracja ułatwia wpływ władz państwowych, z drugiej strony, czyni ten wpływ potrzebnym. O ile niedomagania drobnych zakładów ubezpieczeń odbijają się na życiu drobnej ilości ludzi i spadają w zrzeczeniach dobrowolnych na wyłączną nawet moralną, a tem bardziej materialną odpowiedzialność osób zrzeszonych, o tyle niedomagania zakładów wielkich, obejmujących całe państwo, obdarzonych monopolem i przywile-

jem stosowania przymusu ubezpieczenia, stają się niedomaganiem życia całego społeczeństwa, a wpływ, jaki te zakłady wywierają pod względem sanitarnym, gospodarczym i społecznym jest zbyt potężny, aby władze państwowe pozostawiły go bez uwagi.

Polskie ustawodawstwo ubezpieczeń społecznych miało od samego początku tendencje koncentracyjne. Odbiło się to już na samej podstawie organizacyjnej, którą obrał ustawodawca polski przy tworzeniu kas chorych. Ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. zorganizowała kasy chorych na podstawie terytorjalnej, sprzyjającej koncentracji ubezpieczeń. Kasa chorych obejmowała działalnością swoją cały powiat lub wielkie miasto. Cała ludność, pracująca na podstawie najmu i zamieszkała w okręgu kasy, musi być ubezpieczona w tej samej kasie chorych, bez względu na grupę społeczną, do której należy, rodzaj zajęcia, sytuację materialną i t. d.

Tendencja obejmowania wielkich terytoriów działalnością tej samej kasy chorych wzmogła się jeszcze w dalszych aktach prawodawczych: rozporządzenie Prezydenta z dnia 29 listopada 1930 r. i ostatnia ustawa z dnia 28 marca 1933 r. pozwalają na łączenie w jeden związek ubezpieczeniowy (na wypadek choroby) ludności kilku powiatów lub też ludności wielkiego miasta z ludnością okręgów sąsiednich o charakterze typowo wiejskim. Prawo zastrzega tylko, że związek ubezpieczeniowy nie może obejmować mniej, niż 10 tysięcy w zachodniej, i mniej, niż 5 tysięcy ludzi we wschodniej części państwa. Wskutek tej tendencji koncentracyjnej działa w całej Polsce tylko kilkadziesiąt kas chorych, zorganizowanych na podstawie terytorjalnej, podczas gdy w sąsiednich Niemczech, których ustawy ubezpieczeniowe są dalekie od liberalizmu, jest przeszło 7 tysięcy kas chorych, zorganizowanych na różnych podstawach.

Poza kasami chorych wszystkie inne zakłady ubezpieczeń obejmują, według ostatniej ustawy, całe terytorjum państwa, przy czym zakład ubezpieczeń od wypadków obejmuje całą ludność, podlegającą przymusowi ubezpieczenia w tej gałęzi, w dwóch zaś pozostałych gałęziach osoby, podlegające ubezpieczeniu, dzielą się na pracowników fizycznych i umysłowych. Pracownicy fizyczni mają zorganizowane w oddzielnym zakładzie ubezpieczenie emerytalne i w oddzielnym ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, dla pracowników umysłowych ten sam zakład prowadzi obie gałęzie ubezpieczeń.

Naogół przeto ubezpieczenia społeczne w Polsce budowane są na zasadzie koncentracji, przy czym tendencje koncentracyjne,

systematycznie wzrastając, rozwijają się w trzech kierunkach: przestrzennym, zawodowym i socjalnym, to jest obejmowania jednym ubezpieczeniem jaknajwiększych terytoriów aż do całego państwa włącznie, wszystkich gałęzi pracy, bez względu na ryzyko zawodowe, i wszystkich, pracujących na podstawie najmu, bez względu na ściślejszą grupę społeczną, do której należą. Oczywiście, tendencje te spotykają pewne trudności, które stanęły na przeszkodzie całkowitej unifikacji ubezpieczeń. Tak np. ze względu na sytuację ekonomiczną rolnictwa, przymus ubezpieczenia robotników rolnych jest znacznie ograniczony. Pracownicy umysłowi, którzy od r. 1928 posiadają własne ubezpieczenie na wypadek bezrobocia i emerytalne, zachowali je nadal, jako ubezpieczenie oddzielne. Pozostało kilkadziesiąt kas chorych, gdyż, ze względu na swoje cechy tych kas, które są nietylko zakładami ubezpieczeń, ale również instytucjami, prowadzącymi bezpośrednio leczenie, utworzenie jednej kasy na całe państwo wydawało się niemożliwym. Ale i w tym ostatnim wypadku połączono odrębne kasy chorych w jedną organizację (pod nazwą zakładu ubezpieczeń na wypadek choroby), która ustala zasady działalności leczniczej i administracyjnej kas chorych, kontroluje tę działalność, bada budżety, opinuje w sprawach zmiany statutów, zaopatruje kasy chorych w środki lecznicze, zarządza funduszem wyrównawczym dla ubezpieczenia chorobowego, w pewnych wypadkach posiada prawo wstrzymywania uchwał ciał, zarządzających kasami chorych i t. d.

Wreszcie tak kasy chorych, jak i jednoczący ich działalność zakład ubezpieczeń na wypadek choroby, jak wreszcie wszystkie inne zakłady ubezpieczeń z wyjątkiem zakładu ubezpieczeń na wypadek bezrobocia pracowników fizycznych (tak zwanego „Funduszu Bezrobocia”), mają wspólną nadbudowę w postaci izby ubezpieczeń społecznych. Izba reprezentuje je na zjazdach krajowych i zagranicznych oraz przy zawieraniu porozumień, przewidzianych w umowach międzynarodowych dla spraw ubezpieczeń społecznych, popiera twórczość naukową i popularyzuje wiedzę w tej dziedzinie, opinuje w sprawach budżetów, lokat funduszy, należących do zakładów ubezpieczeń, rozstrzyga spory między niemi a kasami chorych, i wszelkie jej decyzje, powzięte w granicach nadanych ustawowo kompetencyj, są wiążące dla kas chorych i zakładów ubezpieczeń.

Wielki gmach ubezpieczeń społecznych w Polsce składa się przeto z trzech kondygnacyj: najniższą zajmują kasy chorych, drugą — koordynujący ich działalność zakład ubezpieczeń na wypadek choroby oraz trzy inne zakłady: ubezpieczenia na wypadek kalec-

twa, nabytego w związku z pracą, emerytalny pracowników fizycznych oraz zakład ubezpieczeń pracowników umysłowych (łącznie emerytalny i na wypadek bezrobocia). Najwyższą kondygnację stanowi izba ubezpieczeń społecznych.

Konstrukcja tego gmachu jest mocno skomplikowana i to bardziej, niż się wydaje z pozoru. Poszczególne części gmachu łączą się ze sobą nie tylko wiązałkami pionowymi, ale również poprzecznemu i ukośniami. Zakład ubezpieczeń na wypadek choroby, prócz połączenia pionowego z kasami chorych i izbą ubezpieczeń społecznych, połączony jest jeszcze niemi poprzecznymi z innymi zakładami ubezpieczeń, prowadzi bowiem działalność leczniczą i profilaktyczną we wszystkich rodzajach ubezpieczeń, a więc dla zakładu ubezpieczeń na wypadek kalectwa, nabytego w związku z pracą, zakładu emerytalnego pracowników fizycznych i zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych (emerytalnego i na wypadek bezrobocia). Dotychczas zakłady ubezpieczeń pracowników umysłowych uprawnione były do prowadzenia działalności profilaktycznej samodzielnie lub za pośrednictwem własnego związku. Obecnie centralizacja poszła dalej. Cała działalność profilaktyczna skupiona została w jednym zakładzie ubezpieczeń na wypadek choroby.

Kasy chorych w działalności swej połączone są nie tylko pionowo z zakładem ubezpieczeń na wypadek choroby, ale również ukośnie z trzema pozostałymi zakładami, ustalają obowiązek ubezpieczenia i pobierają dla nich składki, przyjmują zgłoszenia o pomoc udzielaną przez te zakłady i, na ich zlecenie, udzielają tej pomocy, prowadzą badania lekarskie pracowników narażonych na choroby zawodowe i t. d.

Kondygnacja najniższa (kasy chorych) i najwyższa (izba ubezpieczeń społecznych) łączą się nie tylko za pośrednictwem kondygnacji środkowej (zakład ubezpieczeń na wypadek choroby), ale również i bezpośrednio. Izba ustala dla kas chorych przepisy, dotyczące niektórych ich czynności, bada ich budżety, ustala ramowe przepisy służbowe dla urzędników, w pewnych wypadkach pociąga do odpowiedzialności dyscyplinarnej dyrektorów kas chorych. Czyni to bezpośrednio, z pominięciem ogniwa pośredniego — zakładu ubezpieczeń na wypadek choroby.

Wszystkie przeto gałęzie ubezpieczeń społecznych w Polsce zostały w jakiś sposób ze sobą powiązane, z wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek bezrobocia pracowników fizycznych. Pozostawienie tego jednego ubezpieczenia w oddzieleniu od zespołu wszyst-

kich pozostałych gałęzi ubezpieczeń nie daje się uzasadnić rzeczowo: jest wynikiem ubocznych okoliczności, nie myśli zasadniczej, która ma tendencje wybitnie unifikacyjne.

I n d y w i d u a l i z m — k o l e k t y w i z m . Liberalizm w ubezpieczeniach społecznych pociąga za sobą tendencje indywidualistyczne, z etatyzmem związane są najczęściej tendencje kolektywistyczne. Przez indywidualizm w ubezpieczeniach społecznych rozumie się taką ich konstrukcję, która poprzez zorganizowanie zbiorowości dąży do pożytku wchodzących w skład zbiorowości jednostek, przez kolektywizm — taką 'konstrukcję, która poprzez pomoc, udzielaną jednostkom, dąży do pożytku zbiorowości. W pierwszym wypadku jednostka jest celem, zbiorowość środkiem, w drugim wypadku zbiorowość jest celem, jednostka — • środkiem. Tak indywidualizm, jak i kolektywizm nie występują w ubezpieczeniach społecznych w postaci krańcowej; granice swoje znajdują w swoistych cechach ubezpieczenia, które wymagają w znacznym stopniu zharmonizowania interesu jednostki z interesem zbiorowości.

Dążąc do osiągnięcia dobra jednostek, indywidualizm poddaje ubezpieczeniu na wypadek każdego' z osobna ryzyka tylko te jednostki, które ryzyku temu podlegają. Z pośród ogółu ludności dokonywa się dla celów każdego rodzaju ubezpieczenia ścisła selekcja. Z tendencją kolektywistyczną idą w parze dążności do ogarniania jednolitem ubezpieczeniem jaknajwiększych mas ludności. Dążności te idą nieraz tak daleko, że całe grupy ludności podlegają przymusowi ubezpieczenia na wypadek takich ryzyk, którym w rzeczywistości nie podlegają. Tak jest np. w Polsce: urzędnicy biurowi podlegają ubezpieczeniu przeciw kalectwu, będącemu następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy, pomimo że praca ich tego rodzaju niebezpieczeństw nie przedstawia. Ta gałąź ubezpieczenia, właściwa dla pracowników fabryk, kopalń etc, jest zupełnie zbyteczna dla pracowników biurowych. Ubezpieczenia o charakterze kolektywnym nie liczą się z osobliwymi warunkami pracy w różnych zawodach i przenoszą ciężar ubezpieczenia „wypadkowego” z przedsiębiorstw, w których jest ryzyko wypadku, na takie, w których ryzyka tego niema.

Zasada indywidualizmu wymaga, żeby osoba ubezpieczona płaciła za ubezpieczenie, odpowiednio do ryzyka, jakie przedstawia, a pomoc otrzymywała, odpowiednio do wnoszonych opłat. Zasada kolektywizmu wymaga, żeby opłaty wnoszone były według możliwości osoby ubezpieczonej, a pomoc udzielana według jej potrzeb.

W ubezpieczeniach polskich, (z wyjątkiem ubezpieczenia „wypadkowego”), taryfa nie różniczkuje składek według ryzyka zawodowego: przewiduje się tylko w ubezpieczeniu na wypadek choroby nieco niższe składki dla pracowników umysłowych, niż fizycznych, i w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników fizycznych, nieco większe składki w górnictwie i hutnictwie, niż w innych gałęziach pracy. Naogół, ubezpieczeni wnoszą opłaty w pewnym stosunku do otrzymywanego wynagrodzenia, a więc według możliwości. Otrzymywana pomoc ma charakter dwojaki: w naturze i w zasiłkach pieniężnych. Pomocy w naturze udzielają kasy chorych w postaci leczenia domowego, ambulatoryjnego i szpitalnego i udzielania środków leczniczych. Pomoc ta udziela się w rozmiarach jednakowych dla wszystkich, w szpitalach, według najniższej taksy, w leczeniu przez własne organa kas chorych, według ich możliwości finansowych, w każdym razie bez względu na wysokość składek, płaconych przez poszczególne osoby, korzystające z pomocy, a więc — według zasady kolektywizmu.

Ostatnia ustawa łamie jednak pod tym względem zasadę czystego kolektywizmu, wprowadza bowiem pewne opłaty za leczenie i za środki lecznicze. Wskutek tego, osoby, bardziej chorowite, częściej korzystające z leczenia, płacą więcej, osoby zdrowe — mniej. Opłaty te stanowią praktyczną korekturę teoretycznej niezależności składek od ryzyka chorobowego, są więc objawem wcielania w życie zasady indywidualizmu.

W warunkach polskich jednakże, wobec nadzwyczajnego ubóstwa znacznej części klasy robotniczej, skutek wprowadzenia opłat za porady lekarskie i środki lecznicze może być nieprzewidziany, niezgodny z zasadą ani indywidualizmu, ani kolektywizmu. Osoby bowiem tak ubogie, że nie są w stanie płacić za leczenie, nie będą mogły korzystać z pomocy kas chorych, a płacone przez nie składki będą służyły leczeniu innych ubezpieczonych, co jest niezgodne z zasadą indywidualizmu. Wprawdzie przenoszenie ciężaru ubezpieczenia z jednych warstw na inne jest zgodne z zasadą kolektywizmu, ale tylko wtedy, jeśli ma' na celu poparcie warstw uboższych kosztem warstw zamożniejszych. Koncepcja, w której elementy słabsze mają dźwigać ciężar ubezpieczenia elementów silniejszych, jest pod względem społecznym **anomalją**.

Pomoc pieniężna udziela się w zależności od wnoszonych opłat, jako pewien procent otrzymywanego wynagrodzenia, a więc według zasady indywidualistycznej, ale nie całkowicie. Ustawy przewidują dodatki dla osób obarczonych rodziną. Wskutek tego, cię-

zar ubezpieczenia przenosi się z ludzi żonatych i bardziej obciążonych rodziną na ludzi samotnych i mniej obciążonych. Ustawa z dnia 22 marca 1933 r., zmieniająca rozporządzenie Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, idzie jeszcze dalej na drodze kolektywizmu. Dotychczas zasiłki dla bezrobotnych, (poza dodatkami rodzinnymi) były w stosunku prostym do policzalnego wynagrodzenia, a więc i płaconych składek: Obecnie minister jest uprawniony do zniżania zasiłków w tym większym stopniu, im większe było w okresie pracy wynagrodzenie bezrobotnego: dla najniższych zarobków (poniżej 120 zł miesięcznie) dawny zasiłek pozostaje bez zmiany, dla wyższych zarobków może być zmniejszony w granicach od 5% do 30%, przyczem zasiłek nie może przekroczyć ustalonego maximum, bez względu na wysokość otrzymywanego zarobku, podczas gdy składki, wyznaczone w pewnym procencie wynagrodzenia, wzrastają wraz z niem nieograniczenie. Osoby przeto o wysokich zarobkach, w porównaniu ze stanem dawnym, tracą podwójnie: w okresie posiadania pracy płacą więcej, niż poprzednio, w okresie bezrobocia otrzymują mniej. Reforma ta ma na celu przenieść ciężar koniecznej sanacji stanu finansowego zakładów ubezpieczeń na warstwy zamożniejsze — tendencja o charakterze wybitnie kolektywistycznym.

Zasada ubezpieczeniowa i zasada opieki społecznej. Związki ubezpieczeniowe mogą istnieć, jeśli ilość osób ubezpieczonych osiąga pewne minimum, niezbędne do tego, aby na podstawie prawa „wielkich liczb” można było obliczyć ryzyko i stratę rozłożyć na ogół ubezpieczonych. Pozyskanie koniecznej ilości członków związku może być dokonane albo drogą propagandy ubezpieczeń, albo drogą przymusu. Pierwsza z tych dróg, związana z liberalizmem, jest objawem zasady ubezpieczeniowej, druga związana z etatyzmem, — objawem zasady opieki społecznej. W ubezpieczeniach społecznych naogół panuje druga zasada. Nawet w tych krajach, gdzie państwo początkowo tylko popierało ubezpieczenia społeczne, udzielając im pewnych przywilejów lub subwencji, wprowadzono następnie przymus ubezpieczenia. W zakładach ubezpieczeń, utworzonych na podstawie przymusu, pewne grupy osób, na które przymus się nie rozciąga, mogą jednakże ubezpieczać się dobrowolnie. W stosunku do tych grup pozostała w mocy zasada ubezpieczeniowa. Tak jest i w ubezpieczeniach społecznych w Polsce.

Obie zasady — ubezpieczeniowa i opieki społecznej — znajdują swój najpełniejszy wyraz w gromadzeniu funduszków na potrzeby ubezpieczenia i udzielaniu pomocy. Według zasady ubez-

pieczeniowej, ciężar finansowy ubezpieczenia dźwigają osoby ubezpieczone. Według zasady opieki społecznej, ciężar ten przenosi się częściowo z osób ubezpieczonych na inne sfery społeczne i na państwo lub samorządy, co jest równoznaczne z przeniesieniem go na całą ludność. Pod tym względem zasada opieki społecznej stosuje się w ubezpieczeniach społecznych powszechnie w tym zakresie, że prócz pracowników, składki ubezpieczeniowe wnoszą również pracodawcy. Dopłaty władz publicznych czasem bywają w ubezpieczeniach, czasem nie. W Polsce dopłaty państwa stosuje się tylko w ubezpieczeniu pracowników fizycznych: emerytalnym i na wypadek bezrobocia.

W samych dopłatach państwa zasada opieki społecznej może mieć wyraz słabszy lub silniejszy: słabszy, jeśli dopłata państwa przenosi tylko częściowo ciężar ubezpieczenia 'klas pracujących na ogół ludności bez wpływu, różniczkującego wymiar rent, lub silniejszy, jeśli dopłata państwa ma na celu powiększenie pomocy dla osób uboższych. W tym ostatnim wypadku, im niższa, według zasad ubezpieczeniowych, wypada renta, tem dopłata państwa jest większa i wynosi tyle, żeby w rezultacie żadna reńia nie była niższa, niż minimum kosztów utrzymania, i żeby nikt, kto pobiera rentę, nie musiał jeszcze dodatkowo korzystać z pomocy społeczeństwa. W Polsce zasada opieki społecznej ma wyraz słabszy: dopłaty państwa nie zależą od wysokości renty, przenoszą tylko częściowo ciężar ubezpieczenia klas pracujących na ogół ludności.

W udzielaniu pomocy przez zakłady ubezpieczeń społecznych zasada ubezpieczeniowa wymaga tylko wynagrodzenia straty pieniężnej: wynagrodzenie to może być dokonane bądź drogą jednorazowej wypłaty pewnej sumy pieniężnej, bądź drogą płacenia stałej renty. Zasada opieki społecznej nie zadawała się samą tylko wypłatą odszkodowania, lecz dąży do tego, żeby zapewnić należyte zużycie wydatkowanych pieniędzy. W polskich ubezpieczeniach społecznych zasada opieki społecznej jest pod tym względem posunięta dosyć daleko. W razie kalectwa, spowodowanego wypadkiem przy pracy, wyznacza się poszkodowanemu w zasadzie rentę pieniężną, która może być wprawdzie skapitalizowana, ale zakład ubezpieczeń ma prawo kontroli celowości zużycia przez inwalidę otrzymanej sumy. W razie choroby, osoba ubezpieczona otrzymuje leczenie, które nie może być, na żądanie chorego, zastąpione przez zasiłek pieniężny nawet w tym wypadku, gdyby były indywidualne możliwości pozyskania przez pacjenta lepszego leczenia, niż to, które przy tych samych kosztach, otrzymuje w kasie chorych. Poniemaw w polskim ubezpieczeniu na wypadek choroby, łączącym

pracowników umysłowych i fizycznych, rozpiętość płaconych składek jest bardzo duża, a wartość pomocy leczniczej odpowiada średniej składce — osoby, mające większe zarobki, a więc płacące duże składki, otrzymują mniejszą pomoc, niżby im się na podstawie składek należało, osoby, mające niniejsze zarobki, a więc płacące małe składki — większą, co jest rzeczą w ubezpieczeniu społecznym naturalną. Jednakże, jeśli osoby, mające większe zarobki, pragną otrzymywać leczenie lepsze, niż to, którego udziela kasa chorych, i leczą się poza kasą, mogą to uczynić jedynie całkowicie własnym kosztem, nie otrzymując zwrotu nawet tych kosztów, które poniosłaby na ich leczenia sama kasa. Osoby te mają przeto alternatywę: albo leczyć się gorzej, niż pragnęłyby i były w stanie, albo leczyć się tak, jak pragną, ale wtedy bez wszelkiej pomocy pieniężnej ze strony kasy, a więc ubezpieczenie, za które płacą składki, nie daje im żadnej pomocy. W ten sposób, zbyt szablonowo stosowana zasada opieki społecznej utrudnia poprawę lecznictwa wśród tych sfer, któreby na lepsze lecznictwo mogły sobie pozwolić.

W ubezpieczeniach istnieje naogół zasada, że wypadek, za który należy się odszkodowanie, nie może być źródłem zysku. Ta zasada ubezpieczeniowa znajduje pełne zastosowanie w polskich ubezpieczeniach społecznych (według ostatniej ustawy). Tak np. w razie kumulacji rent, ich suma nie może być większa od renty, przewidzianej, jako całkowita, dla osoby ubezpieczonej. Zasiłek chorobowy wypłaca się tylko tym, którzy wskutek choroby tracą zarobek (w poprzedniej ustawie z dnia 19 maja 1920 r. zastrzeżenia tego nie było).

Ale zasada ubezpieczeniowa idzie znacznie dalej: część szkody pozostawia na ryzyku osoby ubezpieczonej, aby stworzyć u niej dodatkowe bodźce psychiczne, skłaniające do unikania wypadku. Zasada ta znajduje zastosowanie w polskich ubezpieczeniach społecznych: w razie kalectwa, powodującego mniej, niż 10% niezdolności do pracy, inwalida nie otrzymuje żadnego odszkodowania (dawniej zastrzeżenia tego, według obowiązującej w Polsce ustawy austriackiej, nie było); w razie całkowitego kalectwa, inwalida otrzymuje rentę w wysokości dwóch trzecich zarobku, a w razie częściowego kalectwa — odpowiednią część tych dwóch trzecich, w razie choroby — zasiłek w wysokości połowy renty i dopiero od czwartego dnia choroby i t. d.

Zasada ubezpieczeniowa wymaga, żeby uprawnienia do uzyskania pomocy powstawały dopiero po pewnym okresie wyczekiwania; według zasady opieki społecznej, okres taki jest zbyt długi.

W polskich ubezpieczeniach społecznych tylko w ubezpieczeniu „wypadkowym” ma zastosowanie zasada opieki społecznej: nie-szczęśliwy wypadek przy pracy upoważnia do odszkodowania bez względu na to, kiedy się zdarzy. W pozostałych gałęziach ubezpieczeń obowiązuje pewien okres czasu po rozpoczęciu pracy, przez który osobie ubezpieczonej nie przysługują jeszcze pełne uprawnienia: w ubezpieczeniu chorobowym prawo do zasiłku przyznaje się dopiero po czterech tygodniach trwania ubezpieczenia, w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników fizycznych — prawo do renty po czterech latach i t. d.

Zakłady ubezpieczeń są zainteresowane pieniądze w tem. żeby warunki higieny i bezpieczeństwa w zakładach pracy były możliwie najlepsze. Wpływ swój pod tym względem mogą wywierać dwojako: według zasady ubezpieczeniowej, uzależniając taryfę składek od stanu urządzeń ochronnych w zakładach pracy, lub też według zasady opieki społecznej, drogą wydawania zakładom pracy nakazów co do wprowadzania urządzeń, potrzebnych do zabezpieczenia zdrowia i życia pracowników. Ustawodawstwo polskie stosuje zasadę ubezpieczeniową: składki w ubezpieczeniu chorobowym mogą być podwyższane lub niższe do 5%, a w ubezpieczeniu „wypadkowym” aż do 25% ustalonej wysokości dla tych zakładów pracy, w których warunki higieny i bezpieczeństwa wydatnie różnią się od zwykłego stanu w zakładach analogicznych.

Zasada ubezpieczeniowa wymaga, aby ubezpieczone były te osoby, które ubezpieczenia potrzebują, t. j. takie, które nie mogą przewyciężyć gospodarczych skutków wypadku własnymi siłami. Zasada opieki społecznej pozwala, aby ubezpieczeni byli nawet ci, którzy, ze względu na swój stan finansowy, ubezpieczenia nie potrzebują, pozwala to bowiem przenieść na nie częściowo ciężar ubezpieczenia z grup finansowo słabszych. W ubezpieczeniach polskich ma zastosowanie pod tym względem zasada opieki społecznej. Niema np. w ubezpieczeniu chorobowym górnej granicy zarobku, poza którą znosi się przymus ubezpieczenia, pomimo że osoby dobrze sytuowane mogą leczyć się same i lepiej nawet, niż leczy je kasa chorych. Również i inne ubezpieczenia krótkoterminowe osobom takim są niepotrzebne. Jedynie w ubezpieczeniu długoterminowym, emerytalnym lub „wypadkowym” przymus ubezpieczenia ma uzasadnienie dla wszystkich osób, żyjących z własnej pracy, gdyż wypadek, pozbawiający je zarobków na zawsze, może nastąpić wcześniej, niż zebrany został przez osobę pracującą kapitał, potrzebny dla dalszej egzystencji.

Zakończenie. U podstawy ubezpieczeń społecznych w Polsce leżą dwie idee: 1. całkowitej odrębności klasy osób, pracujących na podstawie najmu, od reszty ludności i 2. identyczności sytuacji socjalnej osób, wchodzących w skład tej klasy, a łącznie z tem, lekceważenie różnic, które występują w życiu poszczególnych jej grup.

Stąd wynika 1. separowanie dążeń do poprawy warunków sanitarnych i ekonomicznych w życiu klasy najmitów od takichże dążeń w odniesieniu do innych klas społecznych, i 2. łączenie w jednym ubezpieczeniu, na tych samych zasadach zorganizowaniem, warstw o tak odmiennych warunkach życia, jak pracownicy umysłowi i wyrobnicy niewykwalfikowani, jak. pracownicy o zajęciu stałym i sezonowym i t. d.

Obie te idee szczególnie silnie dają się odczuć w ubezpieczeniu chorobowym, wymagającym bardziej, niż inne gałęzi ubezpieczeń, 1. dbałości o stan sanitarny całej ludności, która wskutek swego stanu ekonomicznego lub kulturalnego nie jest w stanie w zadawalający sposób leczyć się sama, bez względu na to, czy pracuje na podstawie najmu, czy w inny sposób, i 2. uwzględniania różnic indywidualnych w charakterze życia i stanie kulturalnym osób ubezpieczonych. O ile niema zasady wystarczającej do oddzielania w zakresie lecznictwa osób, pracujących na podstawie najmu, od pozostałych warstw ludności, jeśli obie grupy żyją w analogicznych pod względem higjemy i kultury warunkach, o ile niema zasady podnosić stanu sanitarnego jednych z pominięciem drugich, o tyle jest niezbędne w ubezpieczeniu masowym liczyć się z istnieniem grup o odmiennem obliczu socjalnem w obrębie osób objętych ubezpieczeniem. „Przeciętny” ubezpieczony, na którego potrzeby nastawione jest polskie ubezpieczenie społeczne, jest fikcją, której nie odpowiada ubezpieczony „realny”. Im większe terytorjum obejmuje ten sam zakład ubezpieczeń, im liczniejsze są koła ubezpieczonych, im większa różnorodność ludności pod względem gospodarczym, psychologicznym i kulturalnym, tem bardziej ubezpieczony „przeciętny” odbiega swemi cechami od ubezpieczonego „realnego”, tem mniej pomoc, zorganizowana dla człowieka „przeciętnego” — rezultatu abstrakcji — odpowiada rzeczywistym potrzebom osób żyjących.

Poddanie rewizji obu podstawowych idei polskich ubezpieczeń społecznych i dostosowanie ubezpieczeń do struktury socjalnej ludności powinno być przedmiotem dalszych prac ustawodawczych w tej dziedzinie.