

Pro každou továrnu je zřízena samostatná nemocenská pojišťovna. Vedení jejich záležitostí je svěřeno správě továrny, kromě věcí, jež si pro jejich význam vyhradilo ústřední ředitelství tabákové režie (na př. vydávání a změna stanov). Dělnictvo se účastní správy pojišťovny prostřednictvím nemocenských výborů, jejichž členy z polovice volí závodní výbory a z polovice jmenuje tabáková režie. Proti rozhodnutím správy pojišťovny je přípustno odvolání k ústřednímu ředitelství; rozhodčích soudů není.

C. Pensijní zaopatření. Zaměstnanci tabákové režie jsou zařazeni — kromě lékařů obstarávajících léčebnou péči pro nemocenské pojišťovny továren na tabák a kromě dělnictva — do těchto služebních kategorií jako zaměstnanci státní správy. Jejich pensijní požitky jsou upraveny služební pragmatikou č. 15/1914 ř. z. a platovým zák. č. 103/1926 Sb., případně vládn. nař. č. 113/1926 a č. 114/1926 Sb. a ostatními předpisy týkajícími se státních zaměstnanců.

Pokud jde o dělnictvo, přiznával již dekret dvorské komory z 13. III. 1835 č. 11037 osobám neschopným práce skrovné pensijní zaopatření („almužny“); statut z 3. XI. 1910 o zaopatření dělníků tabákové režie a jejich pozůstalých zavedl zaopatření vdov a sirotků podle obdoby zásad platných pro státní zaměstnance. Také nynější pensijní zaopatření dělnictva spočívá na zásadách pensijního zaopatření státních zaměstnanců. Jest upraveno řadou vnesení ministerstva financí, zejména „Pensijním normálem“ z r. 1920 a „Úpravou mzdových poměrů dělnictva čsl. tabákové režie“ z r. 1927, která je přizpůsobila zásadám platového zákona a byla ve smyslu § 210, odst. 1, plat. zák. schválena vládou.

Podle § 6, písmeno a), zák. č. 221/1924 ve znění zák. č. 184/1928 Sb. byly odpočívne a zaopatřovací nároky dělnictva tabákové režie, upravené uvedenými předpisy, prohlášeny ministerstvem sociální péče (vnesení z 19. XI. 1930, č. 13119/IV/2/1930) za rovnocenné dávkám dělnického invalidního pojištění.

Pensijní zaopatření přísluší pouze dělníkům zaměstnaným na stálých pracovních místech; dělníci dočasní (výpomocní) jsou invalidně pojištěni podle příslušných zákonných předpisů. Základem pro vyměření odpočívnych a zaopatřovacích požitků jest pensijní základna, která se rovná 80% mzdy bez výchovného. Pro stanovení doby

započítatelné pro nárok a výměru pensijních požitků platí stejné zásady jako pro civilní státní zaměstnance vůbec. Odpočívne požitky se skládají z výslužného, které při 35leté pracovní době dosahuje 100% pensijní základny, a z výchovného (u mužů). Dávkami zaopatření vdovského a sirotčího jsou vdovská, případně sirotčí pense a příspěvek na výchovu. Pozůstalým po dělníku, zemřelém v činné službě nebo ve výslužbě, náleží úmrtné (úmrtní kvartál). Ustanovení platového zákona, jež soustavou různých přídatků upravují přechod od dřívějších předpisů, vybudovaných na alimentacním systému, byla obdobně provedena i u dělnictva tabákové režie.

Přeložení do výslužby děje se buď na žádost nebo z úřední moci; výslužba je dočasná nebo trvalá. Vyměrování pensijních požitků a jejich poukaz (poštovní spořitelnou) provádí ústřední ředitelství tabákové režie. V důsledku prohlášení tabákové režie za podnik spravovaný podle zásad obchodního hospodaření (vládn. nař. č. 206/1924 Sb.) hradí se náklad pensijního zaopatření zaměstnanců ze samostatného etátu tabákové režie, nikoli ze všeobecného pensijního etátu státního. Na úhradu tohoto nákladu přispívají zaměstnanci pensijním příspěvkem, který podle § 10 zák. č. 204/1932 Sb. činí 8% pensijní základny.

D. Statistika. Koncem r. 1934 požívaly dávek úrazového zaopatření 84 osoby; v témž roce bylo na těchto dávkách vyplaceno Kč 226.403.40. Koncem r. 1934 mělo 20 nemocenských pojišťoven továren na tabák 9451 členů; jmění pojišťoven činilo Kč 9,984.669.50. Na dávkách nemocenského pojištění bylo v témž roce vyplaceno Kč 4,222.362.75, z toho na nemocenském Kč 2,346.771.05; na pojistném bylo přijato Kč 4,462.920.40. Pensistů bylo koncem r. 1934 celkem 17.546, na pensijních požitcích bylo v uvedeném roce vyplaceno Kč 102,854.253.40.

Zdeněk Eberl.

X. Pojištění nemocenské veřejných zaměstnanců.

Vývoj. Veřejní zaměstnanci, t. j. zaměstnanci státu a jiných nucených svazků územních (zemí, okresů, obcí), bývali vyloučeni z nemocenského pojištění a ani o toto pojištění nestáli. Nemohli býti propuštěni ze služby, leda z důvodů disciplinárních. V případě nemoci pobírali plné

služné nejméně po dobu jednoho roku. Když se pro stáří nebo pro chorobu stali neschopnými vykonávat své zaměstnání, měli nárok na slušnou pensi. Protože platy veřejných zaměstnanců byly dosti vysoké, mohli si z nich bez obtíží uhraditi náklad na lékaře a léky v případě nemoci. Zahrnutí do nemocenského pojištění by v dřívějších dobách byla valná část veřejných zaměstnanců pokládala za jisté deklasování, neboť tehdy nemocenské pojištění mělo příchut' opatření chudinského.

Teprve po světové válce začali veřejní zaměstnanci usilovati o nemocenské pojištění, hlavně proto, že zvyšování platů značně pokulhávalo za zvyšováním denních potřeb a že platy veřejných zaměstnanců zůstaly poměrně nižší, než před válkou. Za těchto poměrů výdaj na lékaře, na léky nebo na ošetření v léčebném ústavu zasahoval značně do rozpočtu veřejného zaměstnance a často tento rozpočet převáděl z rovnováhy. V důsledku značné nivelisace postavení veřejných zaměstnanců a nesporné demokratisace úřadů i úřadování vymizel i moment prestižní. Veřejní zaměstnanci se tedy po světové válce domáhají povinného nemocenského pojištění, a tyto snahy docilují v četných státech úspěchu. Veřejní zaměstnanci jsou pro případ nemoci pojištěni v Rusku a Norsku, a to v rámci všeobecného nemocenského pojištění, v Československu, v Rakousku a v Maďarsku, v kterýchžto státech jsou nemocensky pojištěni u zvláštních pojišťovacích ústavů. Kromě toho v Jugoslavii a Polsku jest zaopatření veřejných zaměstnanců pro případ nemoci zahrnuto do důsledků jejich služebního postavení.

V republice Československé bylo nemocenské pojištění veřejných zaměstnanců zavedeno zák. ze dne 15. X. 1925, č. 221 Sb. Z různých důvodů, zejména proto, že většina veřejných zaměstnanců má odlišné požadavky v případě nemoci, že stát má zájem na provádění tohoto pojištění nejen jako největší zaměstnavatel, nýbrž i z důvodů služebních, konečně také proto, že odpadá vůbec poskytování dávek peněžitých, bylo rozhodnuto, aby pojištění prováděly zvláštní ústavy. Jen ta část veřejných zaměstnanců, která nemá pro případ nemoci zaručeno služné po dobu jednoho roku (nebo nemá nároku na dávky rovnocenné), jest nadále podrobena nemocenskému pojištění všeobecnému podle zák. č. 221/1924 ve znění zákona č. 184/1928 a vládní nařízení č. 112/1934 a 143/1934 Sb.

Z tohoto (všeobecného) nemocenského pojištění jsou totiž podle § 5, písm. b, vyloučeni jen ti zaměstnanci státu a jiných nucených svazků územních (zemí, okresů, obcí) nebo korporací, prohlášených jim za rovnocenné ministerstvem sociální péče v dohodě s příslušným odborným ministerstvem, jakož i jejich ústavů a podniků — čítajíc v to i zaměstnance drah, sloužících veřejné dopravě —, kteří mají v případě nemoci nárok na služné aspoň po dobu jednoho roku anebo na dávky rovnocenné dávkám podle tohoto zákona.

Organisace. Pojištění podle zákona o n-m p. v. z. č. 221/1925 Sb. vztahuje se na tyto skupiny veřejných zaměstnanců, pokud jsou z pojištění všeobecného vyloučeni: na civilní zaměstnance státu, zemí, okresů, obcí, fondů a ústavů těchto korporací, dále na učitele veřejných škol a na duchovní, vykonávající veřejnou správu, konečně na pensisty a pozůstalé po těchto zaměstnancích, jestliže požívají normálních požitků odpočivných nebo zaopatřovacích. Pojištění toto se rozšiřuje automaticky na zaměstnance korporací, které ministerstvo sociální péče (po dohodě s příslušným odborným ministerstvem) prohlásilo resp. prohlásí za rovnocenné zaměstnancům státu a jiných nucených svazků územních. Tímto způsobem bylo toto pojištění rozšířeno ku př. na zaměstnance některých Obchodních a živnostenských (Průmyslových) komor, Plodinových (obilních) burs, Úrazové pojišťovny, Regulačních (vodních) družstev, Léčebného fondu veřejných zaměstnanců a některých jiných korporací. Společnou podmínkou všech kategorií pojištěnců je bydliště v republice Čsl.

Pojištěnci mají nárok na pojistné dávky odpovídající celkem rozsahu dávek v nemocenském pojištění všeobecném (až na dávky peněžitě-nemocenské), rovněž na nemocenské ošetření svých rodinných příslušníků, jejichž okruh byl stejný, jako v nemocenském pojištění všeobecném, až do novely č. 112/34 Sb. Nyní je okruh rodinných příslušníků u nemocenského pojištění veřejných zaměstnanců širší (o sourozence, děda a bábu, tchána a tchyni).

Pojištění veřejných zaměstnanců provádí několik ústavů. Zvláštní ústavy mají zaměstnanci železniční, poštovní a kněží katoličtí včetně řecko-katolických. (O těchto náhradních ústavech je referováno ke konci článku.)

Největším ústavem tohoto druhu, pojišťujícím všechny ostatní veřejné zaměst-

nance, je Léčebný fond veřejných zaměstnanců v Praze. Začal působiti od 1. VIII. 1926. Jeho sídlo je v Praze.

Léčebný fond spravují představenstvo a ústřední sbor. Ústřední sbor se skládá z 28 členů. Čtyři členy ústředního sboru jmenují zúčastněná ministerstva (po jednom ministerstvo vnitra, sociální péče, zdravotnictví a financí). Ti jsou tedy zástupci státu jako zaměstnavatele. (Ostatní zaměstnavatelé — samospráva, školské orgány — zastoupení nemají.) Zástupce ministerstva sociální péče jest zároveň předsedou ústředního sboru i představenstva. Ostatních 24 členů ústředního sboru jsou volenými zástupci pojištěnců. Rozvrstvení jsou poměrně podle počtu pojištěnců z jednotlivých skupin: ze státních zaměstnanců 12 členů, z učitelstva a ze samosprávných pojištěnců po 6 členech. Za každého člena je jmenován resp. volen náhradník. Ústřednímu sboru přísluší rozhodování ve všech zásadních a závažných záležitostech Léčebného fondu. Kromě toho jest ústřední sbor dozorním orgánem nad okresními sbory.

Představenstvo Léčebného fondu jest vlastním výkonným orgánem tohoto ústavu, vyřizuje běžné věci správní, přijímá a propouští zaměstnance a zastupuje Léčebný fond navenek. Představenstvo tvoří předseda (zástupce ministerstva sociální péče) a 4 členové, volení (se 2 náhradníky) ústředním sborem z členstva ústředního sboru.

Bdítí nad prováděním léčebné péče (kromě jiných správních úkolů) bylo zákonem uloženo okresním sborům Léčebného fondu. Zřízeny jsou v sídle každého okresního úřadu politického (magistrátu). Okresní sbor se skládá z předsedy (kterým je přednosta okresního úřadu nebo jeho zástupce) a 4 členů, které (s dvojnásobným počtem náhradníků) volí pojištěnci podle výše uvedeného klíče (2 státní, 1 učitel a 1 samosprávný zaměstnanec). S hlasem poradním se účastní schůzí okresního sboru okresní lékař.

Volební řád do okresních sborů i do ústředního sboru byl vydán vlád. nař. č. 146/1926 Sb. Zásady jsou tyto: Do okresních sborů volí všichni oprávnění a z volebního práva nevyločení pojištěnci z obvodu okresního sboru. Do ústředního sboru volí pak jen členové okresních sborů (i předsedové) z celé republiky.

Léčebný fond podléhá doзору státnímu, který vykonává ministerstvo sociální péče. Důležitá usnesení ústředního

sboru potřebují rovněž schválení ministerstva sociální péče a financí. Hospodaření Léčebného fondu podléhá stejné kontrole, jako hospodaření státní.

Spory mezi Léčebným fondem a pojištěnci vyřizují zvláštní rozhodčí soudy. Spory mezi Léčebným fondem a nemocnicemi (i jinými ústavy léčebnými) a mezi Léčebným fondem a nemocenskými pojišťovkami rozhodují pojišťovací soudy, zřízené podle zák. č. 221/1924 Sb.

Agendu ústředí obstarávají vlastní zaměstnanci Léčebného fondu, kancelářské práce okresních sborů svěřil zákon okresním úřadům.

Potřebné finanční prostředky získává Léčebný fond z pojistného, které činí 2% ze stálých platů (pensí) pojištěnců. Polovici hradí zaměstnavatel, druhou zaměstnanec. Vlád. nař. č. 145/1926 Sb. bylo stanoveno maximum celkového pojistného na 50 Kč a minimum pojistného na 16 Kč měsíčně. Léčebný fond má zákonem uloženou povinnost nashromáždi rezervní fond ve výši tříletého průměru vydání.

Veškeré hospodaření je vybudováno centralisticky, okresní sbory jsou po této stránce jen prostředníky.

Léčebná péče. Poskytování léčebné péče je organizováno tak, že běžné dávky se poskytují volně, k některým závažnějším (a dražším) je třeba svolení okresního sboru, poskytování dávek nejnákladnějších (na př. sanatorního a lázeňského léčení) je vyhrazeno představenstvu.

Léčebný fond poskytuje pojištěnci i oprávněnému příslušníku jeho rodiny lékařskou pomoc (pomoc asistentky při porodu), léčiva a léčebné pomůcky. Místo tohoto nemocenského ošetření může poskytnouti bezplatné ošetření v nemocnici nebo jiném léčebném ústavě podle poslední třídy. Při odborném a nemocničním léčení hradí Léčebný fond i nutné dopravné. Podrobnosti upravuje léčebný řád, vydávaný na základě zákonného zmocnění ústředním sborem. Léčebným řádem se také upravuje rozsah a podmínky poskytování dávek nepovinných (zuboléčba, odborné, sanatorní a lázeňské léčení, lékárnické speciality a pod.).

Celkem, s malými výjimkami, poskytuje Léčebný fond rodinným příslušníkům dávky ve stejném rozsahu, jako přímým pojištěncům.

Lékařské ošetřování jest založeno na t. zv. organizované svobodné volbě lékařské. Léčebný fond sjednává kolek-

tivní smlouvu s lékařskými organizacemi. Na základě této smlouvy se pak přihlašují lékaři k léčení za smluvené tarify (nyní 7 Kč za ordinaci, 14 Kč za návštěvu, u odborných lékařů dvojnásobná sazba, mimořádné výkony a cesty přes 2 km jsou zvlášť honorovány). V místech, kde není o léčení postaráno lékaři smluvními (přihlášenými organizací), ujednávají se individuální smlouvy s lékaři, pokud jde o zubní výkony, také se zkoušenými zubními technikami. Ze závažných důvodů může Léčebný fond opustiti princip svobodné volby lékařské a obstarati lékařskou péči jiným vhodným způsobem. Dá-li se pojištěnec léčiti jiným lékařem než smluvním, dostane od Léčebného fondu náhradu pouze v té výši, jaký honorář by obdržel za dotyčný výkon lékař smluvní.

Svobodná volba lékařská má za následek i ztížení kontroly, neboť kontrola lékařské služby se může díti zpravidla teprve dodatečně, tedy přichází často pozdě.

Přes některé škodlivé důsledky svobodné volby lékařské trvají pojištěnci i odpovědné orgány na tomto způsobu lékařské péče; všeobecným je však přesvědčení, že organizace této služby musí býti zařízena tak, aby i lékaři svobodné volby byli úžeji přimknuti k ústavu resp. aby svůj prospěch osobní aspoň koordinovali zájmům ústavu.

Na některé druhy léčebné péče jsou zavedeny příplatky pacientů (ticket moderateur), odstupňované od jedné pětiny do jedné poloviny ceny výkonu. Příplatky těmito má býti zabráněno, aby pojištěnci nevyhledávali lékařské pomoci v případech malicherných nebo vůbec zbytečně. Další funkce příplatků je přispívání pacienta na výkony resp. dávky zvlášť nákladné. V systému příplatků je skryto jakési zvýšení pojistného pro pojištěnce, který léčebnou péči vyžaduje, resp. negativní premie pro ty pojištěnce, kteří dávek nepotřebují. Z důvodů kontrolních zavedl Léčebný fond hrazení těchto příplatků u lékařských výkonů vlastními známkami.

Některá data z roku 1933. Počet pojištěnců činil přibližně 304.000. Z toho plná jedna třetina jsou pensisti, tedy osoby, vyžadující zpravidla zvýšené léčebné péče.

Počet případů onemocnění léčených lékaři praktickými činil 790.000, lékaři odbornými 151.000, počet případů zuboléčebných činil 81.000, počet receptů 2.716.000. Počet porodů byl 7288, v nemocnici bylo léčeno 29.000 případů, v jiných

léčebných ústavech 1400, v sanatoriích a lázních 6954 případy.

Celkový příjem činil (čísla v milionech Kč) přibližně 127, na pojistném bylo přijato 103·7, výnos z majetku a j. příjmy činily 4·4, příplatky pojištěnců dosáhly částky 18·9.

Celkové vydání činilo (v milionech Kč) 118·5, na pojistných dávkách bylo vydáno 106·9 (z toho 55·3 na lékařské ošetření včetně zuboléčby, 27·5 na léky), správní náklady činily 8·9, ostatní výdaje 2·7.

Celkem možno říci, že za normálních poměrů jest hospodaření Léčebného fondu v posledních letech konsolidováno a končí mírnými přebytky. V létech 1929—1933 končilo hospodaření Léčebného fondu (v milionech Kč) takto: — 13·7, + 9·4, + 3·6, + 1·8, + 8·5. Reservní fond dosáhl koncem roku 1933 výše 30·5 mil. Kč.

Všeobecně je uznávána potřeba novelisace zákona, aby byly vyplněny jeho některé mezery a některá ustanovení nahrazena podle nabytých zkušeností.

Není divu, že v době, kdy hospodářství Léčebného fondu se šinulo značnou rychlostí po nakloněné ploše, vyskytly se názory, že nemocenské pojištění veřejných zaměstnanců v této formě není schopno života a že by mělo býti odstraněno resp. nahrazeno t. zv. „pojištěním katastrofálním“, jež by poskytovalo pojištěnci pomoc jen v případech tak závažných, že by ohrožovaly přímo jeho existenci. Možno s uspokojením konstatovati, že široké kruhy veřejného zaměstnanectva projevily tolik uvědomění, že tyto hlasy téměř šmahem odmítly, postavily se za zachování nynějšího způsobu nemocenského pojištění a odmítly i t. zv. pojištění katastrofální, neboť se velmi blíží systému výpomocí, jehož stinné stránky jsou ještě v dobré paměti.

Ústavy náhradní. Jak bylo již řečeno, provádějí léčebnou péči o některé druhy veřejných zaměstnanců ústavy náhradní. Jde o zaměstnance některých podniků státních (nikoli jiných korporací veřejnoprávních). Ministerstvo sociální péče může v dohodě se zúčastněnými ministerstvy odbornými povoliti pojištění zaměstnanců těchto státních podniků u zvláštního fondu nebo u podnikové (závodní) nemocenské pokladny.

Takovéto náhradní ústavy jsou zřízeny pro zaměstnance železniční, poštovní a pro katolické kněze. S většími nebo menšími obměnami sdílejí osud Léčebného fondu: Stoupající náklady na lékaře a léky a snaha

tomu odpomoci, to jsou i jejich existenční otázky. Proti Léčebnému fondu jsou ve výhodě, že jejich pojištěnci skládají se z jednotného tělesa, že mohou hladce zvládnouti administrativu pomocí vlastních úřadů a že i na požadování i na poskytování dávek mohou vyvinouti jistý usměrňující vliv, neboť pojištěnci jejich jsou do značné míry v poměru podřízenosti k instancím, které vedou také agendu pojišťovací. Pro pojištěnce z toho vyplývá ovšem určité omezení volnosti. Jeden z těchto ústavů (Nemocenská pokladna čsl. státních drah) existoval jako závodní pokladna dávno před zřízením Léčebného fondu a byly u nich dříve zřízeny aspoň podpůrné fondy, takže z toho důvodu jsou instituce ty u pojištěnců více vžity. Krom toho mají značné rezervy i vlastní lázeňské domy a jiné ústavy léčebné, kdežto Léčebný fond má teprve tři vlastní léčebny lázeňské.

O jednotlivých náhradních ústavech viz ve zvláštních oddílech tohoto hesla. Pokud jde o Kněžskou nemocenskou pokladnu v Přerově, pojišťuje tato pokladna římskokatolické a řeckokatolické duchovní, pokud vykonávají úkony veřejné správy duchovní a kteří by jinak byli pojištěnci Léčebného fondu. Vešla v činnost zároveň s Léčebným fondem 1. VIII. 1926.

Karel Johanovský.

XI. Pojištění pro případ nezaměstnanosti.

Nejmladším odvětvím sociálního pojištění jest pojištění proti nezaměstnanosti, t. j. pojištění zaměstnanců (dělníků, žiženců, úředníků) proti hospodářským škodám, které vzniknou při ztrátě výdělečného zaměstnání zaměstnaneckého, jež není způsobena pracovní neschopností, nýbrž nezaviněným zrušením pracovního (služebního, námezdního) poměru výpovědí danou zaměstnavatelem ve spojení s nemožností dosíci jiného výdělečného zaměstnání zaměstnaneckého. Pojistný případ by nastával tudíž pojmově teprve tehdy, když pracovní (služební, námezdní) poměr přestal, ale z důvodů hospodářských se staví — alespoň v zásadě — nezaměstnaným na roveň ti zaměstnanci, kteří v určitém výrobním odvětví jsou výdělečně činní bez zrušení pracovního poměru pouze střídavě (na př. jedna část dělnictva továrný pracuje jeden týden, jiná druhý týden, ona první zase třetí týden, nebo jedna 14 dní, druhá skupina dalších 14

dní, kterýžto zjev se označuje německy technickým názvem „Kurzarbeit“).

První veřejnoprávní obligatorní pojištění v nezaměstnanosti bylo zavedeno v Anglii v r. 1911 zákonem o národním pojištění „National Insurance Act“, a to pro určitá odvětví výrobní, v nichž vystala značná nezaměstnanost. Byly to zejména živnosti stavební, průmysl strojírenský a stavba lodí, a počet pojištěnců činil asi 2,250.000. Poněvadž pokus měl příznivé výsledky, bylo obligatorní pojištění nezaměstnanostní rozšířeno r. 1916 na zaměstnance výroby munice, průmyslu kovodělného, zpracování koží, gumy a průmyslu chemického, v nichž se očekávala nezaměstnanost bezprostředně po skončení světové války. Tím vzrostl počet pojištěnců na 3,750.000. V r. 1920 pak rozšířena pojistná povinnost na všechny dělníky s výjimkou zemědělství a zaměstnanců v domácnosti, čímž počet pojištěnců stoupl na 12 milionů.

Veřejnoprávní korporace (města a kantony ve Švýcarsku) zřídila první pojištění v nezaměstnanosti v Bernu v r. 1893 a pokusila se ve Svatém Havlu v r. 1895 dokonce o obligatorní pojištění proti nezaměstnanosti, což však trvalo pouze dvě léta. Na podkladě dobrovolných obecních pokladen nezaměstnanostních byla vybudována zařízení v Kolíně n/Rýnem r. 1896 a v Lipsku r. 1905. Pojištění v nezaměstnanosti zařízená veřejnoprávními korporacemi doznala skutečného úspěchu teprve součinností s odborovými organizacemi, jak to učinilo belgické město Gand (Gent — podle toho t. zv. gentský systém) v r. 1901; poskytovány byly z fondu pro nezaměstnané z obecních prostředků příspěvky k podporám, jež vyplácely pokladny odborových organizací svým nezaměstnaným členům. Obdobná zařízení učinila ostatně v Belgii provincie Lutyšská již v r. 1899, ve Francii města Limoges a Dijon v r. 1897 a 1898, ale neměla onoho viditelného úspěchu jako zařízení v městě Gandu.

Poněvadž členství u odborových organizací jest dobrovolné, patří pojištění v nezaměstnanosti podle t. zv. gentského systému do skupiny fakultativního pojištění v nezaměstnanosti na rozdíl od obligatorního pojištění v nezaměstnanosti, jež jest zavedeno zejména v Anglii, v Německu, Rakousku, Itálii a Polsku. Ovšem ani tato obligatorní pojištění nejsou vybudována na principu ekviva-