PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK

ROK XII
WARSZAWA
LUTY
1937 R.
ZESZYT 2

Za treść wywodów odpowiadają autorzy. Przedruk dozwolony pod warunkiem podania źródła.

Redakcja prosi o nadsyłanie artykułów i notatek przed 15 każdego miesiąca. Wszystkie nadsyłane materiały powinny być pisane na maszynie. Rękopisów nie zwraca się. Redakcja zastrzega sobie prawo zmniejszania normalnego honorarium lub wypłacenia honorarium, przy większych artykułach, tylko za część artykułu. Odbitki artykułów wykonywane będą tylko na koszt autora.

Dr med. JAN SZUMSKI — Warszawa

W SŁUŻBIE LEKARSKIEJ ŚWIATA PRACY

Fragmenty wrażeń i spostrzeżeń z podróży naukowej po Europie

CZĘŚĆ II. DANIA

Charakter kraju i ludności.

Specjalne okręty-tratwy przewożą nadzwyczaj wygodnie przez cieśninę morską całe pociągi przenosząc człowieka w ciągu krótkiego czasu do kraju, który na pierwszy rzut oka sprawia niezwykle specyficzne wrażenie. Krajobraz spokojny, pogodny, lekko pagórkowaty. Morze wrzyna się często w kraj, dzieląc go na liczne wyspy; mieszkańcy gościnni, chętnie witają przybysza i pokazują mu szczerze swoje urządzenia i zakłady, niczego nie kryjąc. Organizacja, tendencje, charakter i nastawienie psychiczne ludności diametralnie przeciwne jak w zwiedzanych przeze mnie innych krajach. Zgodnie z mentalnością obywateli i ich upodobaniami, przy nadzwyczaj wysokim stopniu kultury i poczucia spólnoty społeczno-obywatelskiej, budowanie przede wszystkim na szlachetnie pojętym indywidualiźmie i wzajemnym zaufaniu. Zresztą mały, łatwo dostępny obszar i skupienie znacznej liczby ubezpieczonych w dużym centrum, jakie stanowi Kopenhaga, umożliwiają doskonałą organizację, precyzyjne wykonanie i znakomitą kontrolę.

Chociaż Dania ma również swoje kłopoty i zmartwienia gospodarcze w związku z ogólnym kryzysem, jednak ogólna skala życiowa i poziom kultury życia codziennego, udostępnienie licznych zdobyczy cywilizacji jaknajszerszym masom i prawdziwa i szlachetnie pojęta demokracja, wpływają na kształtowanie się duszy i charakteru duńczyka w kierunku naprawdę godnym pozazdroszczenia. Sumienny, skupiony nadzwyczaj solidny w pracy codziennej, — potrafi w sposób najbardziej godziwy i niefrasobliwy spędzać swoje wczasy wolne od zajęć. Spotykane na każdym kroku liczne kluby sportowe, wioślarskie, a nade wszystko sławny park zabawowy w Kopenhadze „Tivoli", gdzie w dnie świąteczne gromadzą się setki tysięcy gości z wszystkich bez wyjątku sfer, —sprawiają charakterystyczne niezapomniane wrażenie. Stosowanie metod gwałtu i brutalnej siły wobec obywateli jest Duńczykom nieznane. Spokojni, dobroduszni i flegmatyczni policjanci, nie noszą wcale broni, a wszelkie zbrodnie należą w tym kraju do rzadkości.

Duńskie kasy chorych.

W Danii interesował mnie przede wszystkim problem organizacji *Kas chorych*, z której czerpaliśmy wzory dla naszych ostatnio przeprowadzanych reform. Duńskie kasy chorych mają swoją długoletnią tradycję, gdyż pierwsze rzemieślnicze K. ch. powstały już w 1623 r., a w 1892 r. było już 1000 K. ch. ze 100.000 członków. Organizacja K. ch. odpowiada całkowicie wyżej naszkicowanemu charakterowi narodu duńskiego, zamiłowanego w wolności i całkowitych swobodach obywatelskich. Władze zdając sobie dobrze z tego sprawę, zachowały najdalej idącą autonomię i swobodę wolnego zrzeszania się w prywatne towarzystwa K. chor., których istnieje w państwie z górą 1 600, obejmujących 2½ miliona obywateli (na ogólną liczbę mieszkańców ok. 3½ miliona). Kasy są przeważnie miejscowe, nie zawodowe i każdy, którego dochód nie przekracza pewnej kwoty może być członkiem dowolnej K. ch. Żony członków ubezpieczonych

nie otrzymują świadczeń z tytułu członkostwa mężów, tylko same muszą być członkami w przeciwieństwie do dzieci do lat 15, które za minimalną dopłatą roczną otrzymują pełne statutowe świadczenia. Każdy członek K. ch. musi być jednocześnie ubezpieczony od inwalidztwa. Pragnę też zaznaczyć, że duńskie K. ch. uważane są za dobro całego narodu i stoją całkowicie poza nawiasem wszelkich walk i rozgrywek partyjnych, które jak wiemy z naszego doświadczenia, tak ujemnie wpływają na całość działalności a często i na poziom, oraz zakres świadczeń. Nadużycia należą do rzadkości wobec dużej uczciwości Duńczyków.

Nadzór państwowy nad K. ch. wykonuje t. zw. *„Dyrektoriat państwowy K. ch."* („Direktoriat for Sygekassevoesenet"), z którego dyrektorem Dr. Borbergiem zetknąłem się osobiście. Poza tym zwiedziłem i zapoznałem się z organizacją *związku K. ch.* w Kopenhadze t. zw. *„De samvirkende de Sygekasser i Köbenhavn"*, którego główne zadania streszczają się do pośredniczenia w umowach, reprezentowania na zewnątrz, formalnego przeprowadzania członków z jednej do drugiej K. ch. i wytyczania ogólnych norm organizacyjnych dla K. Ch. Poza tym zwiedziłem utrzymywany przez Zw. K. chor. Zakład przyrodoleczniczy (jeden z dwuch), oraz biura największej w Kopenhadze K. ch., t. zw. *„Syge-og Begravelseskassen „Alderströst"* o 46.000 ubezp., stworzonej w 1888 r.

W samej Kopenhadze otrzymuje świadczenia lecznicze z K. ch. 415.000 członków, nie licząc ich dzieci do lat 15. Pomocy lekarskiej udziela 270 lekarzy, przyjmujących chorych w swoich prywatnych gabinetach i wynagradzanych jednostkowo. Miasto podzielone jest na 14 obwodów, te zaś na podobwody z jednym lekarzem na mniej więcej 1.500 członków. Lekarz nie musi mieszkać w obrębie swego podobwodu, jednak musi mieszkać w obwodzie.

Istnieje dowolny wybór lekarza w obrębie obwodu, jednakże na okres czasu całego roku kalendarzowego, zmiany dozwolone są z początkiem roku.

Związek K. chor. utrzymuje lekarzy specjalistów i zakład przyrodoleczniczy. Lekarzy specjalistów chorób oczu, nosa i gardła opłaca Zw. K. chor. ryczałtem, zaś inni specjaliści otrzymują wynagrodzenie jednostkowe ze specjalnego funduszu, na który płaci każda K. ch. po 55 öre rosznie od członka. Pomoc specjalistyczna jest dość ograniczona, przeważnie tylko do ustalenia rozpoznania. Chorzy są skierowywani do specjalistów przez lekarzy domowych. Stosunki władz K. ch. z lekarzami są jak najlepsze i praca rozwija się w atmosferze wzajemnej harmonii i zaufania. Praca lekarzy nie jest przez nikogo kontrolowana. Zw. lek. utrzymuje swoim kosztem pracownię analityczną i wydał przy współpracy Zw. K. chor. podręcznik o ekonomicznej ordynacji lekarskiej.

Jak widzimy więc organizacja Kopenhaskich K. chor. przypomina bardzo organizację naszej pomocy leczniczej w Ubezpieczalniach społecznych.

Żadnej akcji profilaktycznej duńskie K. chor. samodzielnie nie prowadzą. Przy znakomitej i zasobnej w fundusze organizacji komunalnej służby zdrowia i opieki społecznej jest to zupełnie zbędne.

Ubezpieczenia inwalidzkie

Poza tym zapoznałem się z organizacją ubezpieczenia inwalidzkiego, a w szczególności ze służbą lekarską. W tym celu odbyłem wywiad z Dr Wulffem naczelnym lekarzem kontrolnym *ubezp. inwal. w t. zw. „Invalide-forsikringsretten*, — coś w rodzaju sądu orzekającego, w którym odbywa się orzecznictwo rentowe. W tej dziedzinie jest szczególnie godna uwagi bardzo głęboko i zapobiegliwie pomyślana akcja zapobiegawcza, sięgająca aż do młodzieży. Ustawa wprowdziła niedawno z urzędu opiekę nad dziećmy ułomnymi, wątłymi, chronicznie chorymi, nad którymi roztacza się stałą, troskliwą opiekę lekarską, doradza wybór zawodu, najodpowiedniejszy dla danego przypadku i konstytucji cielesnej. Po działalności instytucji opiekuńczych nad dziećmi i młodzieżą obiecują sobie władze bardzo wiele, gdyż w ostatecznym efekcie da to znaczne zmniejszenie liczby dorosłych inwalidów, będących balastem na rynku pracy.

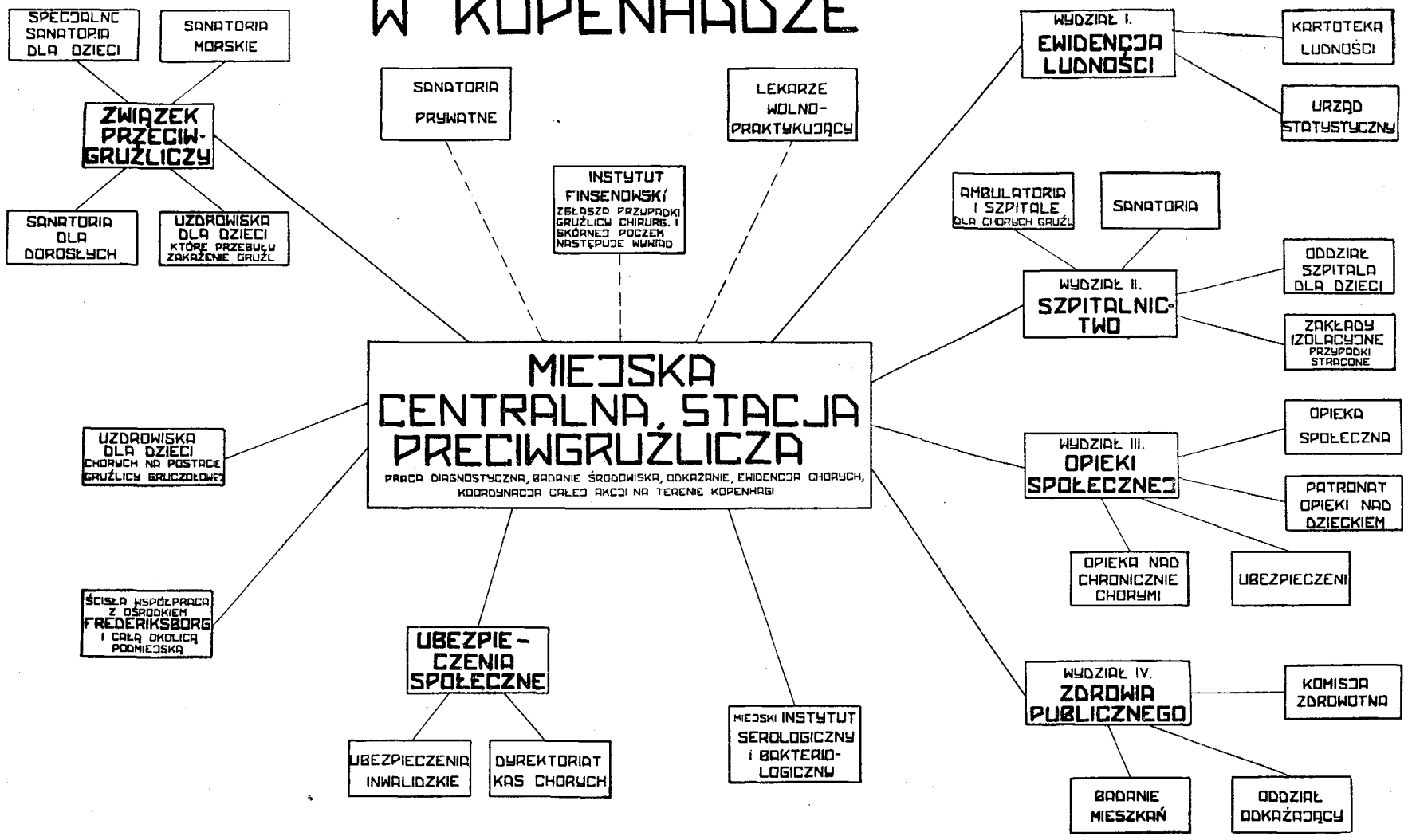
W zwiedzanych przeze mnie skolei *Towarzystwie, szpitalu, stacji traumatologicznej i schronisku dla inwalidów pracy* (Samfundet og Hjemmet for Vanfore, ortopedisk Hospital, dyrektor Dr. Guildal) podziwiałem obok strony fachowo-lekarskiej znakomitą organizację opieki społecznej.

Reforma ubezpieczenia inwalidzkiego w Danii, miała miejsce dn. 1 października 1933 r., kiedy weszły w życie 4 ustawy scaleniowe ubezpeczeń społ. a mianowicie 1) ustawa o powszechnej opiece społ.; 2) ust. o ubezpieczeniu ludowym; 3) ustawa o ubezpieczeniu od następstw wypadków przy pracy; 4) ustawa o ubezpieczeniu od bezrobocia. Bardzo konsekwentnie i w najdrobniejszych szczegółach przeprowadzona praca kodyfikacyjna może być prawdziwą chlubą duńskiego Ministerstwa Op. Społ. Ustawy stwarzają doskonałe warunki do koordynacji akcji ze strony ubezpieczeń, oraz opieki społecznej, prywatnej i publicznej.

W technice pracy doszkalania i reedukacji inwalidów, doprowadzono do perfekcji umiejętność wykorzystywania inwalidów, jako pełnowartościowych pracowników na różnych rynkach pracy. Obok szkolenia i pośrednictwa pracy udziela się inwalidom bardzo wydatnej pomocy materialnej na założenie własnych nowych warsztatów pracy.

O każdym przypadku inwalidztwa pracy, powstałego w następstwie wypadku przy pracy czy też w następstwie stanu chorobowego obowiązani są donieść: szkoły (młodzież 7 — 14 lat), lekarze, zakłady lecznicze i t. p. Za inwa-

ORGANIZACJA AKCJI PRZECIWGRUŹLICZEJ W KOPENHADZE



UWAGA: W OBRĘBIE TYCH INSTYTUCJI BARDZO SZYBKIE WZAJEMNE KOMUNIKOWANIE SIĘ I ŚCISŁA WSPÓŁPRACA

DR. JAN SZUMSKI

lidztwo u dorosłych rozumie się w sensie ustawy każdy stan zmniejszający choćby w najmniejszym stopniu zdolność zarobkową.

Wszystkie doniesienia skierowywane są do Ubezpieczeniowego Sądu Inwalidzkiego, który przeprowadza potrzebne badania, mając do dyspozycji specjalny zakład chirurgiczno-ortopedyczny, o którym pisałem powyżej i pozostając w kontakcie z innymi zakładami leczniczymi i szkolnymi. Ubezpieczony musi się stosować do wskazówek Sądu Inwalidzkiego. Opornych i nie stosujących się do zaleceń Sądu, po wyczerpaniu licznych środków łagodnych, można zmusić do posłuchu, w imię ich dobra osobistego i społecznego przez odebranie renty. Dzieci chore i ułomne, źle prowadzone przez rodziców, można zabrać z domu rodzinnego i umieścić w specjalnym zakładzie. Przypadki te jednak przy dużej kulturze społecznej duńczyków należą do rzadkości.

Akcja przeciwgruźlicza

Specjalnie więcej czasu poświęciłem na zapoznanie się w Kopenhadze z *organizacją walki przeciwgruźliczej*, całkowicie i bardzo konsekwentnie od 2 lat scentralizowanej[1]). Zwiedziłem szczegółowo i zapoznałem się z pracą t. zw. *„Centralstationen for Tukenculosebekaempelse, Diagnosecentralen"* i odbyłem szereg konferencji z jej dyrektorem Dr. Knud Winge. Lekarz społecznik, entuzjasta w swej pracy, przyjął mnie nadzwyczaj serdecznie i szczerze, służąc licznymi materiałami i najdrobniejszymi informacjami. Mając już duże doświadczenie w badaniu urządzeń z tej dziedziny, muszę stwierdzić, że organizacja akcji przeciwgruźliczej w Kopenhadze stanowi doskonałą, zamkniętą całość, gdzie każdy najdrobniejszy problem lekarski, epidemiologiczny i społeczny jest wypracowany w najdrobniejszych szczegółach i całkowicie zamknięty, przy czym technika wykonania jest idealnie precyzyjna i sumienna. Stacja zasadniczo nie zajmuje się leczeniem, tylko posiada doskonale rozbudowany aparat diagnostyczny, który stoi bezpłatnie do dyspozycji wszystkim instytucjom i lekarzom prywatnym. Poza tym stacja zajmuje się walką z prątkiem kontrolując i obserwując całe żywe i martwe otoczenie chorego oraz koordynuje całość akcji społecznej. Jedynie przy wydatnej pomocy z funduszów miejskich akcja przeciwgruźlicza może dać pożądany efekt. Otóż pomoc ta nie zawodzi w żadnym przypadku i osobom mniej zarabiającym, miasto może przyjść z pomocą: 1) w formie zapomogi mieszkaniowej do wysokości 50 kor mies., by chorego prątkującego izolować od jego rodziny w oddzielnym pokoju; 2) w formie specjalnych bonów żywnościowych na wzmożone odżywianie; 3) w formie pomocy na leczenie zakładowe, zazwyczaj wspólnie ze Związkiem Przeciwgruźliczym.

[1]) Zobacz załączony szkic organizacji.

W planie organizacji pomyślano również o takim np. szczególe, jak pranie bielizny osób prątkujących. Co 2 tygodnie tą samą turą, o tej samej porze dnia zjawia się auto miejskie, zabiera bieliznę brudną i zwraca czystą, praną bezpłatnie po uprzednim odkażeniu. W ten sposób pierze się bieliznę osób jeszcze przez okres czasu jednego roku po utracie prątków. Miasto utrzymuje własny szpital gruźliczy na 420 łóżek i sanatorium na 200 łóżek.

Znakomita koordynacja pracy i znaczny zasób środków finansowych przy dużej kulturze życia codziennego u ogółu ludności sprawiły, że Dania pod względem spadku śmiertelności w następstwie gruźlicy kroczy na pierwszym miejscu w Europie.

Duńskie szpitale.

Specjalne wrażenie sprawieją duńskie szpitale, które budowane są bez żadnego luksusu, nadzwyczaj ekonomicznie i utylitarnie. Znakomite powiązanie otaczającej przyrody z budownictwem, umiejętne wykorzystanie motywów zdobniczo-ogrodniczych, tak na zewnątrz, jak i wewnątrz budynków, uśmiechnięte i pogodne twarze lekarzy i całego personelu pomocniczego (siostry cywilne), stwarzają nadzwyczaj miłą atmosferę, wpływającą dodatnio na psychikę chorych i sprzyjającą procesom zdrowienia. Podobnie dodatniego wrażenia jakie sprawiają szpitale w państwach skandynawskich, nie obserwuje się nigdzie. Ze zwiedzanych przeze mnie zakładów leczniczych wspomnę o nowszym na 800 łóżek t. zw. „Gentofte amtssygehus Hellerup". Chorzy pomieszczeni są w małych pokojach na 2 — 3 osób, z bieżącą wodą i radio-aparatami. Korytarze i ściany w nowych pawilonach wyłożone są korkiem (tłumienie głosu); wszędzie sygnalizacja świetlna. Doskonale urządzone i wyekwipowane są wszelkie działy pomocniczo-lecznicze, jak elektroterapia, hydroterapia (parnie rzymskie, specjalny fotel dla ciężko chorych automatycznie zanurzany do basenu z kąpielą leczniczą), zander i bardzo częste stosowanie różnych masaży. Działy pomocniczo-lecznicze prowadzą specjalne pielęgniarki, szkolone w tej dziedzinie na 3 letnim studium.

Oprowadzał mnie po szpitalu nadzwyczaj miły i uprzejmy Doc. Dr. Tage Christiansen.

Problem chorób chronicznych traktują w Danii specjalnie, organizując zakłady lecznicze, nastawione na leczenie i dłuższe przebywanie tej kategorii chorych. Zwiedzałem szpital dla chronicznie chorych *„Köbenkavns almindelige Hospital"*, który posiada oddziały: 1) ambulatoryjny, dla chorych przychodnich, 2) t. zw. pielęgniarski dla chronicznie chorych pozostających w stałej opiece specjalnie wykwalifikowanych sióstr (zabiegi), a lekarz odwiedza chorego na ich wezwanie; 3) chorych i 4) centralną stację dla dzieci, w której każde dziecko, umieszczane w jakimkolwiek zakładzie opiekuńczym, musi być dokładnie przebadane.

Walka z chorobami wenerycznymi.

Problemem walki z *chorobami wenerycznymi*, który w Danii właściwie jako problem społeczny obchodzący szerszy ogół przestał prawie istnieć, zapoznałem się u inspektora Schepelern-Larsena i Prymarjusza Dr. A. Kissmeyera szefa oddziału skórno-wenerycznego jednego z miejskich szpitali. Przez uświadomienie społeczeństwa, że choroba weneryczna jest taką samą, jak każda inna, zwalczono nierozumny wstyd, który prowadził do zatajenia infekcji, i udawania się o poradę do pokątnych partaczy, jak to często niestety bywa u nas. Poza tym udostępniono wszystkim bez wyjątku możliwość bezpłatnego leczenia w jednej z przychodni, wprowadzając bezwzględny przymus tegoż. Według urzędowej statystyki miejskich władz zdrowia za 1933 r. było w Kopenhadze w ciągu całego 1933 r. 193 przypadków kiły, 4.572 przyp. rzeżączki i 29 przyp. wrzodu miękkiego (nie zapominajmy że Kopenhaga jest dużym portem światowym o wielkim ruchu marynarzy, u których zakażenia weneryczne są częste).

Zwiedzeniem sławnego Instytutu Finsenowskiego, przeznaczonego do leczenia głównie gruźlicy skóry zakończyłem swoją pracę w Danii.

Dzięki dużej uprzejmości wszystkich osób urzędowych z jakimi się zetknąłem i wielkiej łatwości w uzyskiwaniu informacji i materiałów wyniosłem z pobytu w tym kraju bardzo dużo korzyści.

CZĘŚĆ III. SZWECJA

Charakter kraju i ludności

Oglądana przeze mnie południowa połać kraju od Träleborg i Malmö do Sztokholmu, częściowo pokryta szatą pól ornych, częściowo poszyta nędznym niskopiennym lasem szpilkowym, sprawia dość charakterystyczne wrażenie. Spotyka się wszędzie, a również w centrum Sztokholmu dużo obnażonych całkowicie skał granitowych, z których gleba żyzna została w swoim czasie spiłowana przez lodowce i częściowo naniesione i na nasze ziemie. Sztokholm, przepiękne miasto położone na licznych wyspach, oblanych wodą, ujętą miejscami w kanały, przypomina swoim położeniem Wenecję. Ludzie poważni, skupieni, dumni i nieprzystępni, przybyszów widzą niezbyt chętnie i nieskorzy demonstrować im swoje urządzenia. Polska, chociaż najbliższy ich sąsiad połączony wspólnym morzem, mało jest tu znana. Wina to i nasza, gdyż wszelka propaganda z naszej strony prawie tu nie dociera, w przeciwieństwie np. do niemieckiej, a nawet litewskiej. W jednym tylko biurze podróży w Sztokholmie spotkałem się z broszurą propagandową o Krynicy, ale pisaną w języku polskim; pytam się zatem, ilu Szwedom była ona dostępna i czy spełniła rolę do której została przeznaczona?

Kasy chorych

Odwiedziłem biura „Państw. nadzoru nad K. Chor." t. zw. „Socialstyrelsen for Sjukkassevänesenet", który umożliwił mi zapoznanie się ze szwedzkimi Kasami Chorych.

Podstawę działalności szwedzkich Kas Chorych stanowi Dekret król. z dn. 26/6 1931 r. Najważniejsze jego postanowienia są następujące:

I. *§§ 1 — 8.* Są kasy „uznane" (erkänd), które jeśli dają pewne minimum świadczeń zwą się centralnymi (Centralsjukkasa) w przeciwieństwie do t. zw. kas miejscowych (Lokalsjukkasa). Do stworzenia miejscowej K. Ch. potrzeba minimum 100 członków, w obrębie całej gminy; w drodze wyjątku może być 50 członków. Obszar działalności Centr. K. Ch. obejmować musi najmniej miasto wydzielone, lub 1 powiat admin. (Landstagsbezirk). Na danym obszarze może rozwijać działalność tylko jedna K. Ch.

II. *§ 9 — 19.* Członkiem danej K. Chor. może być obywatel osiadły na terenie jej działalności w wieku od 15 — 50 r. życia z *dobrym zdrowiem*, nieułomny (co do granicy wieku są pewne wyjątki).

Każdy członek miejscowej K. Chor. musi być zarazem członkiem właściwej Centralnej Kasy Chor. i przeciwnie. Poza tym nie wolno być równocześnie członkiem kilku Kas Chor. Kasy Centralne wspierają finansowo Kasy miejscowe (rodzaj reasekuracji).

III. *§ 20 — 37.* Świadczenia: Kasa Chorych musi dawać zwrot kosztów leczenia lub dzienną zapomogę w gotówce.

Osoby, zarabiające powyżej 8.000 K rocznie, są wyłączone od świadczeń leczniczych.

Kasy zwracają członkom ⅔ kosztów lekarzy (podług urzędowej taryfy) wzgl. opłaty szpitalnej.

Nie wolno udzielać pomocy w niemocy starczej, w wypadkach samouszkodzeń, w czasie przebywania w zakładach karnych, zakładach pracy przymusowej i t. p.

Chory musi się poddać leczeniu, a w razie potrzeby iść do szpitala. Kasa ma prawo żądać, by jej członek podczas trwania choroby przebywał na terenie swej gminy.

Zasiłek chorobowy może być płacony dopiero po upływie 3 dni choroby, licząc w każdym przypadku od dnia jej zgłoszenia, a nigdy w tył.

Zasiłek chorobowy powyżej 6 koron dziennie płacony być może tylko za aprobatą władzy nadzorczej.

Okres udzielania świadczeń przez Kasy centr. rozciąga się do 2 lat, po czym obowiązuje przerwa najmniej 90 dni. Okres wyczekiwania trwa 60 dni od dnia przystąpienia w charakterze członka. Członek może przejść z grupy ubezpieczenia o niższym zakresie świadczeń, do grupy wyższej, jednakże po przejściu otrzymuje jeszcze przez okres dni 60 świadczenia grupy niższej (nie dotyczy to wypadków przy pracy i osób, które stanowisko zmusza do ubezpieczenia). Jeśli członek K. Ch. ma podczas trwania choroby jakąś pomoc inną z racji ustawy lub specjalnych umów i pobiera wynagrodzenie, mogą być odpowiednio zmniejszone świadczenia chorobowe. Wyjątek stanowi pomoc udzielania biednym z funduszów opieki społecznej.

Centralna K. Ch. może udzielać pomocy osobom ciężarnym podczas porodu, o ile te były przed tym bez przerwy członkami najmniej przez 270 dni. Osoby te otrzymują zwrot kosztu położnej lub szpitala i zasiłek w kwocie najmniej 2 K. dziennie 14 dni przed i najmniej 16 dni po porodzie (w niektórych Kasach do 42 dni łącznie).

IV. *§§ 33 — 35* zawierają *postanowienia o składkach i funduszach.*

V. *§§ 36, 37* zawierają postanowienia o zarządzie, rewizorach, urządnikach i walnym zgromadzeniu.

Zarząd składa się najmniej z 6 członków, z których po jednym mianuje władza nadzorcza i państw. urząd zdrowia (możliwie lekarz znający ubezpieczenia).

Władza nadzorcza mianuje po jednym rewizorze dla Centralnych K. Ch., Centralne K. Ch. po jednym dla miejscowych K. Ch.

VI. *§§ 39 — 44.* O nadzorze i odwołaniu uznania. Władza nadzorcza prowadzi ewidencję wszystkich K .Ch. Zamknięć rachunkowych dokonywa się co roku; co 5 lat, uznany przez władze nadzorcze matematyk ubezpieczeniowy sporządza badania ubezpieczeniowo-techniczne.

Jeśli K. Ch. postępuje sprzecznie ze statutem i zarządzeniami władz nadzorczych otrzymuje upomnienie, a po tym następuje odebranie uznania.

VII. *§§ 45 — 48* zawierają postanowienia w odniesieniu do K. Ch. powstałych na podstawie rozp. z dn. 4/7 1910 r.

VIII. *§§ 49, 50.* Postanowienia karne. Za fałszywe zeznania przy wnioskach o uznanie, przewiduje dekret kary na rzecz państwa od 25 — 1.000 K.

Niektóre postanowienia dekretu wchodzą w życie dopiero od 1 czerwca 1938 r.

Dekret Król. z dn. 16 czerwca 1931 r. o dodatku państw. dla K. Chor. stanowi, że skarb państwa dopłaca do każdego członka miejscowym K. Ch. od 70 öre do 1.50 K. rocznie, zaś centralnym K. Ch. od 1 — 3 K. (wyjątkowo więcej).

Przytoczyłem rozmyślnie ważniejsze postanowienia dekretu o ustroju K. Chor., by dać dokładne pojęcie o specyficznym charakterze tych instytucyj w Szwecji. Dwustopniowość w organizacji istnieje w tym celu, by członkom miejscowych K. Chor. umożliwić wyższy poziom świadczeń w Kasach II stopnia, jakimi są Kasy Centralne.

Istnieje w Szwecji ok. 1.300 K. Chor. z 1.250.000 członków (przy z górą 6 miljonach ludności).

Sztokholmska centralna Kasa Chorych

Dokładnie zapoznałem się z organizacją największej w państwie Centr. K. Ch., jaką jest t. zw. „Stockholms erkända Centralsjukkassa" ze 100.000 czł. Kasa ta udziela świadczeń do 1.095 dni dając zwrot ⅔ kosztów wizyt lekarskich, zwrot za pobyt w szpitalu (przeciętnie 2.50 K. osobodzień), w czasie porodu zasiłek pieniężny w kwocie od 2 — 6 K dz. przez okres czasu 42 dni.

Składka mies. wynosi w tej K. Ch. od 90 öre do 7 K. Państwo dopłaca za każdego członka od 12 — 14 K rocznie, gmina — od 3 — 4½ K.

Koszty administracji są b. niskie, gdyż odpada cała procedura z kontrolą pracodawców i firm.

Członkowie wpłacają składki w 90% osobiście wprost w centrali K. Ch., otrzymują sporządzone zaraz na maszynie „National" pokwitowanie, przy czym druga kopia tegoż, ale innego koloru, pozostaje w ewidencji biura.

Lekarski personel administrac. składa się z jednego lekarza zaufania i jego pomocnicy. Lekarz ten przeprowadza kontrolę osób uznanych przez lekarzy za niezdolnych do pracy. Zasadniczo chorych tych kontrolują urzędnicy admin., a tylko w wypadkach wątpliwych orzeka lekarz zaufania.

Jeśli lekarz przyznaje niezdolność do pracy poniżej 50% — chory nie otrzymuje wcale zasiłku, jeśli powyżej 50% — otrzymuje połowę zasiłku, od pełnych 100% — cały zasiłek. Jeśli zachodzą wątpliwości z przyjęciem nowego członka, orzeka ostatecznie lekarz zaufania.

Statystyka pracy lekarza zaufania za cały 1935 r.: ogółem 485 badań członków, z czego 432 zasiłkowych i 53 nowych przyjęć.

Odmówiono zasiłku 157 os., a części skrócono czas trwania niezdolności, wzgl. zmniejszono jej procent.

Poza tym lekarz zaufania skontrolował 5.000 zaświadczeń lekarskich. Chorzy zainteresowani materialnie w pokrywaniu części kosztów pomocy lekarskiej nie nadużywają jej niepotrzebnie.

Istnieje nieograniczony wolny wybór lekarzy. Nie ma żadnej kontroli pracy lekarzy, jako też pobytu chorych w szpitalach. Również nie rozwijają K. Chor. żadnej działalności zapobiegawczej. Jest to wyłącznym zadaniem państwa i gminy.

Dyrektor zwiedzanej przeze mnie K. Ch. wygadał się, że dużą konkurencję dla K. Chor. stanowią podkliniki i ambulatoria szpitalne, gdzie chory otrzymuje za b. małą opłatą poradę lekarską, jednak badanie odbywa się w masowych warunkach i nie jest tak dokładne i wszechstronne.

Związek K. Ch.

Złożyłem również wizytę w *Szwedzkim Zw. K. Chorych,* informując się o jego działalności u Dyrektora Dr. Wiklunda. Skromne biura zajmują lokal 2 pokojowy. Dowiaduję się, że szwedzkie K. Chor. nie mają jeszcze szczegółowych i dokładnych statystyk. Stwierdziłem zresztą w tym kraju, jak mało jest tam balastu biurakratycznego, a jak ogromnie zwraca się uwagę na praktyczną stronę wykonania.

Na Zw. K. Chor. płacą K. Ch. po 3 öre rocznie od członka, co czyni rocznie ok. 30.000 K.

Administracja kosztuje K. Chor. 3 — 4 K. rocznie od członka. Koszta te są pokrywane

przede wszystkim z subwencji, jaką płaci państwo, a w ostateczności dopiero ze składek.

Szwedzkie K. Ch. nie znają trudności finansowych, co prawda przy tym dość ograniczonym zakresie świadczeń (większość kas nie daje leków). Centr. K. Ch. miały w 1935 r. 3 miliony Koron nadwyżki. Na rok budżetowy 1937/8 preliminuje państwo dopłatę do K. Chor. w kwocie 15 milionów K. Bardzo duże kwoty dopłacają gminy, np. sztokholmska ok. ½ miliona rocznie.

Centralne związki gminne nawzajem się tu wspierają. Istnieją zatym stosunki diametralnie przeciwne do naszych. Dyr. Wiklund przypisuje dobry stan finansów szwedzkich K. Ch. dobremu i rozumnemu dostosowaniu poziomu świadczeń do całokształtu zamożności obywateli i stopnia życia gospodarczego. Ogromnym ułatwieniem w prowadzeniu gospodarki finansowej jest nie przyznawanie bezpłatnie leków.

Wizyta u naczelnego lekarza miejskiego w Sztokholmie.

W czasie pobytu w Sztokholmie odwiedziłem *naczelnego lekarza miejskiego Dra Rietza*, informując się u niego o pewnych problemach z dziedzin mnie interesujących. Prowadzimy dłuższą dyskusję na temat przygotowania lekarzy do nowych wymagań, jakie stawia medycyna społeczna. Otóż zgodnie z tym, co usłyszałem od Dra Prylla z Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie i niektórych kolegów w Danii, według Dra Rietza przygotowanie lekarzy z dziedziny medycyny społecznej jest niestety bardzo niedostateczne; dla nowych problemów społeczno-lekarskich jest jeszcze zbyt mało zrozumienia na uniwersyteckich wydziałach lekarskich.

Akcja przeciwgruźlicza

Zwiedziłem *centralną miejską stację przeciwgruźliczą w Sztokholmie* (Tuberkulosbyra, kierownik Dr. Kjellin). Miasto podzielone jest na 7 okręgów, z których każdy ma swego lekarza, a jeden z nich jest kierownikiem całości. Nie przyjmują dzieci do 3 lat, dla których istnieją 2 specjalne ambulatoria w szpitalach. Każdy lekarz ma 1 — 2 siostry wywiadowczynie. 90% chorych gruźliczych przechodzi przez stację, która analogicznie jak Kopenhaga nie leczy, tylko ustala rozpoznanie i prowadzi akcję społeczną przy doskonałej koordynacji pracy wszystkich czynników. W tym celu odbywają się wspólne posiedzenia celem przyznawania osobom potrzebującym specjalnych świadczeń (dodatki mieszkaniowe, bony prowiantowe, ubraniowe i t. p.) Osoby wątłe, członków rodzin osób dotkniętych gruźlicą stacja wysyła do prywatnych domów dla uzdrowieńców, w których płacą po 3 K. dz. Na ten cel wydano w 1935 r. 100.000 K. Potrzebujących leczenia zakładowego skierowują do szpitali wzgl. sanatoriów. Istnieje doskonała współpraca z lekarzami przywatnymi.

W 1935 r. zbadano w stacji ok. 11.000 os., a u 5.606 znaleziono gruźlicę, w czym nowych przypadków było 563 co równa się 1‰ całej ludności Sztokholmu. Dla całości obrazu zwiedziłem *oddział gruźliczy miejskiego szpitala „St. Görans (czytaj Jörans) Medicinska tuberkulosavdeling"*, którego kierownikiem jest znakomity ftyzjolog Dr. Westergren. Szpital położony na peryferiach miasta, w parku wśród drzew szpilkowych na wzgórzu, kąpie się w słońcu. Miły, pogodny nastrój na oddziale nie sprawia wrażenia szpitala dla ciężko chorych. Zwróciłem uwagę na nadzwyczaj dokładne i sumienne badanie chorych szczególnie w przypadkach wątpliwych. Badają skrupulatnie możliwość istnienia wszelkich ognisk zakaźnych w organizmie jak migdałki, zęby zepsute i t. p. Chorych bada laryngolog i dentysta, który 3 razy w tygodniu odwiedza oddział. W gruźlicy płuc stosują w szerokim zakresie przepalanie zrostów metodą Szweda Prof. Jacobeus'a i wszelkie zabiegi chirurgiczne.

Leczenie chronicznie chorych

Interesując się w państwach skandynawskich *problemem leczenia chronicznie chorych* zwiedziłem odnośny szpital t. zw. „Stureby" położony w pięknej lesistej okolicy daleko za miastem w dzielnicy kolonii robotniczych o znormalizowanych typach domków o 2 pokojach i kuchni z łazienką i centralnym ogrzewaniem (piec w piwnicy), przy koszcie budowy w kwocie 1.000 K. Szpital posiada 336 łóżek dla chronicznie chorych, przeważnie na miażdżycę naczyń i jej następstwa, cukrzycę, nowotwory, pareset łóżek dla starców (rodzaj przytułku), 16 łóżek dla ostrych chorób.

Organizacja walki z rakiem w Szwecji

W końcu zapoznałem się w Szwecji szczegółowo z *akcją walki z rakiem*. W tym kraju zaczęła się ona bardzo wcześnie i doszła do dużej doskonałości organizacyjnej, która może być wzorem dla innych krajów. Jak Instytut Forlanini'ego w Rzymie stanowi jeden z najwyżej postawionych warsztatów pracy naukowej w zakresie gruźlicy, t. zw. „Radjumhemmet" posiada palmę pierwszeństwa w dziedzinie walki z rakiem i naukowych badań w tym kierunku.

Nadmienię, że rocznie jest w Szwecji około 10.000 nowych przypadków złośliwych nowotworów.

Obecny stan organizacji walki z tą ciężką chorobą rozbudowano w Szwecji w ciągu 30 lat ostatnich przy ścisłej współpracy wydziałów lekarskich uniwersytetów, państwowych i komunalnych urzędów zdrowia, władz powiatowych i krajowych, oraz prywatnych związków przeciwrakowych. Z biegiem lat umożliwiono wszystkim chorym rakowym leczenie w zakładach, wyekwipowanych w najnowocześniejsze środki lecznicze. Szpitali chirurgicznych, opanowujących dobrze stronę techniczną operacji raków, jest obecnie 96 w państwie. Szpitale te podporządkowano zakładom, w których może się odbywać również leczenie energią promieniotwórczą wyłącznie, lub przy stosowaniu kombinowanych metod. Wypada 1 szpital chirurg. na 65.000 mie-

szkańców, a 100 nowych przypadków raka, 1 szpital z rentgenoterapią na 150.000 mieszkańców i 250 nowych przypadków raka. Wszystkie oddziały rentgenoterapeutyczne dysponują własnymi łóżkami chorych i pozostają pod kontrolą „Radjumhemmet" w Sztokholmie. Poza tym kliniki do kombinowanego leczenia chirurg. rentgenem i radem znajdują się w Lund i Gotenburg i w tych 3 ośrodkach scentralizowano przede wszystkim kombinowane leczenie. Państwo pokrywa z reguły koszty przejazdu mniej zamożnym chorym, przybywającym z odległych miejscowości do tych 3 punktów. Istnieją specjalne druki, które kwitują kondunktorzy w pociągach. Rocznie kosztują przejazdy ok. 75.000 K.

„Radjumhemmet" powstał w 1910 r. z prywatnej inicjatywy, obecnie posiada 75 łóżek, ogromną ilość, bo 10 gr radu, laboratorium fizykalne, helioterapeutyczne, patologiczne, osobny oddział ginekologiczny. Zapoznałem się dokładnie z organizacją strony społecznej walki z rakiem prowadzonej przez „Radjumhemmet". Duża kancelaria, w której pracuje obok kierownika 6 sił i poza tym 1 osoba prowadzi t. zw. „Socialkuratorium" (opieka społeczna). Chory, zgłaszający się poraz pierwszy, zostaje zarejestrowany w księdze i dostaje numer kolejny, ważny przez rok kalendarzowy; równocześnie sporządza się kartkę do małego indeksu pomocniczego. Po ordynacji lekarskiej zakłada się kartkowy indeks kontrolny z oznaczeniem daty następnego zgłoszenia się, wzgl. drugi indeks kontrolny dla tych, którzy mają tylko dać o sobie znać pisemnie. Jeśli chory nie zgłosi się w terminie, wzgl. nie napisze, posyłają mu kartkę z pewnymi typami gotowych odpowiedzi, zaopatrzoną już znaczkiem pocztowym. W akcji uświadamiania chorych i zdobywania od nich wiadomości pośredniczą bardzo wydatnie i ochotnie szwedcy pastorzy. Wszyscy starają się wszelkiemi siłami, by z chorym i leczonym na raka utrzymać stale jak najściślejszy kontakt.

Dalej zakłada biuro systemem kopertowym główną kartotekę chorobową, gdzie zbiera się całą historię choroby, wyniki badań i t. p. Specjalny typ kartotek istnieje dla przypadków raka macicy, leczonych jako pierwotne i dla mięśniaków.

Do celów naukowych prowadzi się osobno księgi chorych podług narządów, oraz kartotekę zmarłych, tym samym systemem ułożoną.

Jeśli się uwzględni, że nauka lekarska jest jeszcze daleką od zgłębienia tajników tej strasznej choroby, jaką jest rak i mięsak (sarcoma) — ocenimy należycie ogromną doniosłość pracy naukowej i społecznej, prowadzonej przez „Radjumhemmet", któremu należy się ogromna wdzięczność ze strony całej ludzkości.

JERZY WENGIEROW — Warszawa
Adwokat

DYSPONOWANIE POD TYTUŁEM DARMYM MIENIEM INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W gospodarce wewnętrznej instytucyj ubezpieczeń społecznych zachodzą dość często przypadki, gdy z różnych tytułów do organów kierowniczych tych instytucyj zwracają się pewne osoby lub organizacje społeczne o przyznanie „subwencyj", „darów z łaski", „dotacyj" względnie w tej lub innej formie świadczeń jednostronnych, które nie są kompensowane świadczeniami wzajemnymi. Zwrócenia się takie są zupełnie zrozumiałe, jeżeli przyjmie się pod uwagę, że dochody instytucyj ubezpieczeń społecznych w ciągu roku wynoszą do pół miliarda złotych, wydatki na świadczenia około 260 milionów zł., zaś koszty administracji 42 miliony zł. (Mały Rocznik Statystyczny 1936 r. str. 217).

Organom kierowniczym instytucyj ubezpieczeń społecznych są nieraz przedstawiane w tych sprawach wnioski, jednak, o ile podpisanemu wiadomo, nie przeprowadzono dotychczas dostatecznie gruntownego badania podstawy prawnych tych wniosków i możliwości formalnej ich akceptowania.

Tymczasem problem ten jest wysoce skomplikowany, posiada swoją historię w dziedzinie prawa cywilnego i tylko znajomość zarówno historii orzecznictwa jak i poglądów doktryny na to zagadnienie może wytknąć właściwe granice prawne dla postępowania władz instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Członkowie organów władzy instytucyj ubezpieczeń społecznych w odniesieniu do majątku, stanowiącego własność tych instytucyj, są *zarządcami cudzego mienia.* O ile prawo własności polega na uprawnieniu do swobodnego dysponowania mieniem własnym („własność jest to prawo korzystania z rzeczy i rozrządzania nimi w sposób najbezwzględniejszy..." art. 544 kod. Nap.), o tyle zarządca cudzego mienia jest skrępowany celami, dla których mieniem tym zarządza.

Granice uprawnień zarządcy cudzego mienia są oczywiście wytknięte przez prawo pozytywne, jednak istnieją pewne reguły ogólne, które dotyczą wszystkich rodzajów zarządców cudzego mienia, przy czym reguły te dotyczą tych kwestii, których na ogół żadna z ustaw specjalnych, określających kompetencje zarządców cudzego mienia, nie precyzuje. W szczególności przepisy specjalne nigdy nie wskazują uprawnień zarządców cudzego mienia do przyznawania jakichkolwiek dotacyj, subwencyj, odpraw zwyczajowych, darów z łaski i t. d., gdyż oczy-

wiście nie jest to celem zarządu mieniem cudzym, a tym samym należy poddać szczegółowemu zbadaniu właśnie te reguły nie pisane, znajdujące wyraz w wykładni, oczecznictwie i doktrynie.

Granice uprawnień zarządcy cudzego mienia są mniej lub więcej szerokie, przy czym rozróżnia się naogół dwie grupy zarządców tego rodzaju. Do jednej z nich należą zarządcy cudzego mienia uprawnieni do podejmowania t. zw. czynności bieżącego zarządu, czyli normalnego prowadzenia agend jakiejś instytucji lub powierzonego majątku (np. zarządcy mienia spółki, spółdzielni, osób prawa publicznego i t. d.). Do drugiej grupy należą zarządcy, których zadaniem jest przeprowadzenie doraźnych czynności ściśle określonych w odniesieniu do powierzonego im mienia, np. t. zw. czynności zachowawczych, albo likwidacji mienia w przypadku upadłości (syndyk), przejściowego zorganizowania instytucji prawno-publicznej przez komisarza organizacyjnego tej instytucji i t. d.

Zarządcy cudzego mienia według wskazanej koncepcji są to osoby działające z mocy ustawowego upoważnienia opartego na tych lub innych przepisach specjalnych. Uwagi nasze nie dotyczą pełnomocników ustanowionych z mocy umowy cywilnej przez właściciela, a uprawnionych do zarządu cudzym majątkiem prywatnym; w zasadzie bowiem pełnomocnictwo cywilne może w tym zakresie być mniej lub więcej zwężone lub rozszerzone za wzajemną zgodą stron i np. właściciel majątku może upoważnić swego pełnomocnika do mniej lub więcej liberalnego gospodarowania jego mieniem, a nawet przyznawania pewnych darów osobom trzecim. Oczywiście tego rodzaju upoważnienia dla pełnomocników są raczej wyjątkiem i reguły dotyczące zarządców cudzego mienia, działających z mocy przepisu prawa, są na ogół przestrzegane również i w odniesieniu do pełnomocników z mocy umowy cywilnej, o ile sama umowa pełnomocnictwa nie stanowi inaczej.

Najstarszą formą zarządu cudzego mienia, znaną prawu cywilnemu, jest opieka nad nieletnim. W zakresie konstrukcji prawnej opieki nad nieletnim istnieje dość istotna rozbieżność pomiędzy ustawodawstwem obowiązującym na obszarze Królestwa Kongresowego (Kodeks Cywilny Królestwa Polskiego), a np. kodeksem cywilnym niemieckim. Gdy koncepcja francuska zawarta w Kodeksie Cyw. K. P. zmierza przede wszystkim do obrony mienia pupila, pozostawiając jego osobę na uboczu, koncepcja niemiecka, bardziej współczesna, roztacza opiekę przede wszystkim nad osobą pupila. Obie koncepcje jednak mają swe źródło w prawie rzymskim, które dokładnie zakreśliło granice uprawnień opiekuna. W szczególności w myśl Digestów Justyniana (Dig. XXVI 7, de administratione et periculo tutoris, 12. 3.), uprawnienia opiekuna są ujęte w sposób następujący: „Cum tutor non rebus duntaxat, sed etiam moribus pupilli praeponatur: in primis mercedes praeceptoribus, non quas minimas poterit, sed pro facultate patrimonii, pro dignitate natalium constituet; alimenta servis, libertisque, nonnunquam etiam exteris, si hoc pupillo expediet, praestabit; *solemnia munera* parentibus, cognatisque mittet". (Ilekroć opiekun kieruje nie tylko sprawami majątkowymi, lecz także trybem życia wychowanka: przede wszystkim określi wynagrodzenie dla nauczycieli nie najmniejsze, jakie będzie mógł, lecz stosowne do możliwości dziedzictwa i odpowiadające godności rodziny; zapłaci wynagrodzenie niewolnikom i wyzwoleńcom, a czasem nawet, gdy wychowankowi to wypadnie, i obcym; *pośle podarki zwyczajowe* krewnym i znajomym).

Uprawnienia opiekuna określone są więc bardzo szeroko i obejmują nie tylko prawo wypłacania należności niewolnikom, wyzwoleńcom i t. d., pokrywanie wydatków poczynionych przez pupila, ale również przyznawanie „solemnia munera", podarków zwyczajowych.

Zarządca cudzego mienia, jakim jest opiekun, sprawując zarząd nad majątkiem pupila, oczywiście musi gospodarować jak dobry ojciec rodziny (art. 422 K. C. K. P. — „Opiekun... zarządzać powinien majątkiem małoletniego jako dobry ojciec familii"). Jakiekolwiek alienacje tytułem darmym są opiekunowi w imieniu pupila zakazane. Opiekun ma sobie powierzone zachowanie mienia pupila, a nie marnotrawienie tego mienia przez świadczenia bez podstawy prawnej na rzecz osób trzecich. Prawo czynienia darowizn przez opiekuna z mienia małoletniego jest zakazane; zakaz ten w prawie dawnym raczej miał postać zakazu zwyczajowego, wynikającego z wykładni pojęcia gospodarki „dobrego ojca familii" i dlatego Kod. Cyw. Król. Polskiego w ogóle o nim nie wspomina, pomimo, iż dość szczegółowo normuje zasady opieki. Nie mniej jednak np. Kodeks Napoleona zawiera w tym względzie wyraźne wskazanie w art. 903 („Małoletni przed ukończeniem szesnastu lat nie może rozporządzać w żaden sposób z zastrzeżeniem..." przepisów o darowiznach w umowie przedślubnej). Pomijając wyraźne sformułowanie tego zakazu przyjętego powszechnie, kodeks uznaje za zbędne poruszanie tego zagadnienia tak oczywistego, skoro zakaz ten wynika z właściwej wykładni zadań opiekuna.

Jednak od powyższej zasady, powszechnie uznanej, zachodzi uznawany również naogół wyjątek w odniesieniu do t. zw. podarków zwyczajowych (Planiol wyd. 1925 t. I str. 610 pkt. 1908). „Opiekun — twierdzi Planiol — może ich udzielać z zastrzeżeniem jednak, aby były one proporcjonalne do mienia pupila, a nadto dobrze uczyni (ten opiekun) okazując się oszczędnym, gdyż nieletni, z reguły, nie jest bynajmniej związany podobnymi zobowiązaniami".

Gratyfikacje zwyczajowe w szczególności na rzecz byłych pracowników i członków ich rodzin są często uznawane za spełnienie swoistego obowiązku. Należnościom tym przyznaje się nie tylko pewne ulgi, ale również uznaje ich charakter jako długów cywilnych. W konsekwencji uznaje się, że do przyznania takiej należności nie jest konieczne posiadanie zdolności prawnej do czy-

nienia darowizn, ale że wystarczy ogólna zdolność do czynienia wydatków. Zasadę tę formułują liczni cywiliści (m. in. Aubry et Rau t. I § 113 tekst i nota 45, Baudry-Lacantinerie i P. Binet „Precis de Droit civil" 12 wyd. t. I. Nr. 1120 str. 542; Demolombe tom VII Nr. 776 str. 560, Surville „Cours de Droit civil" 2-gie wyd. Nr. 438 str. 267, Colin i Capitant 3-cie wyd. t. I str. 517, Perreau — „Technique de la jurisprudence" 1923 r. t. II str. 162).

Zasada podarków zwyczajowych utrzymała się do dziś dnia w kodeksie cywilnym Napoleona, a mianowicie w przepisie o t. zw. powrotach w zakresie prawa spadkowego; mianowicie w myśl art. 852 w razie podziału spadku pomiędzy spadkobierców nie można potrącić z części podlegającej powrotowi, a przyznanej spadkobiercy za życia, właśnie podarków zwyczajowych („...podarki zwyczajowe powrotowi nie ulegają").

Również polski kodeks zobowiązań w art. 355 wyłącza pewne grupy podarków zwyczajowych z pod przepisów o darowiźnie, a tym samym nie jest wymagane do dokonywania tych podarków ani specjalne pełnomocnictwo, ani szczególna forma aktu darowizny. Mianowicie w myśl tego przepisu w sposób ulgowy potraktowane są *przyrzeczone lub dokonane przysporzenia majątkowe, odpowiadające „obowiązkowi moralnemu, względem przyzwoitości lub zwyczajom"*.

Można stwierdzić więc, że zarówno doktryna jak orzecznictwo, jak i prawo pisane uznają szczególny charakter przysporzeń tego rodzaju; we wskazanym więc zakresie nie jest potrzebna zdolność prawna do czynienia darowizn, która oczywiście musi wynikać z wyraźnego przepisu prawa, lecz wystarczy ogólna zdolność do czynienia wydatków w imieniu danej osoby.

Powyższe wskazania dotyczą nie tylko opiekunów, ale również i innych zarządców cudzego mienia; o ile może zachodzić wątpliwość, czy zarządcy z uprawnieniami szczególnymi (likwidacyjnymi, zachowawczymi i t. d.) nie są w tym względzie bardziej ograniczeni niż opiekunowie, sprawujący bieżący zarząd, to jednak nie ma wątpliwości, że zastrzeżenie to nie dotyczy stałych zarządców osób prawa publicznego. Innymi słowy można uznać, że organa instytucyj ubezpieczeń społecznych, zarządzając imieniem tych instytucyj, są uprawnione do czynienia „podarków zwyczajowych", odpowiadających „obowiązkowi moralnemu, względom przyzwoitości lub zwyczajom", jednak winny okazywać się odpowiednio oszczędnymi „przy uwzględnieniu proporcji do mienia przez nich zarządzanego".

Problem ten zresztą ze stanowiska instytucyj ubezpieczeń społecznych wymaga bardziej szczegółowego zanalizowania. Istniejące instytucje ubezpieczeń społecznych — Zakład i ubezpieczalnie społeczne, będąc osobami prawa publicznego, posiadają własny majątek. Przeznaczeniem tego majątku jest zaspakajanie potrzeb, dla których instytucje te zostały powołane. W szczególności ustawa o ubezp. społ. oraz wydane na podstawie tej ustawy statuty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalni nakreślają dokładne granice zadań tych instytucyj. Niezależnie od tego art. 17a ustawy o ubezp. społ. w brzmieniu obowiązującym powołał do życia pięć funduszów ubezpieczeniowych, będących również osobami prawa publicznego. W myśl tego przepisu zasoby poszczególnego funduszu ubezpieczeniowego nie mogą być używane na pokrycie wydatków, związanych z wykonywaniem innych rodzajów ubezpieczeń. Fundusze te odpowiadają za zobowiązania odpowiednich rodzajów ubezpieczeń.

Wreszcie z art. 217 ustawy o ubezp. społ. wynika, że „ubezpieczalnie... oraz zakłady... pobierają... składki na pokrycie bieżących świadczeń i tworzenie funduszów rezerwowych na pokrycie zobowiązań... mających na celu zabezpieczenie regularnego pokrywania... świadczeń z tytułu ubezpieczenia... oraz na pokrycie wszelkich innych ustawowych względnie statutowych wydatków, związanych z przeprowadzaniem tych ubezpieczeń".

Z przepisów tych wynika, że zadaniem Funduszów ubezpieczeniowych jest pokrywanie wydatków, związanych ze świadczeniami odpowiednich działów ubezpieczeń. Również ze statutów Zakładu i ubezpieczalni społecznych wynika, że zadaniem ich jest osiąganie celów wytkniętych tym instytucjom.

W tych warunkach zarządcy (organa) instytucyj ubezpieczeń społecznych, administrując majątkiem tych instytucyj, obowiązani są, podejmując poszczególne wydatki, kierować się dążeniem do realizowania zadań statutowych i ustawowych. *Zasada celów ustawowych i statutowych stanowi istotne ograniczenie kompetencji organów instytucyj ubezpieczeń społecznych.* Wskazać tu można np. na przepis § 87 statutu ubezpieczalni społecznych, który określa, iż do zadań Dyrektora należy między innymi „wykonywanie ustawowych i statutowych zadań ubezpieczalni, zgodnie z uchwałami rady i komisji administracyjnej". Gdyby więc, administrując majątkiem instytucji ubezpieczeń społecznych, kierownik tej instytucji przeznaczył jakąś część majątku na cele, skądinąd może nad wyraz pożyteczne, jednak obce celom instytucji, dyspozycja taka i byłaby przekroczeniem jego kompetencji, i byłaby nieważna w tym znaczeniu, iż instytucja mogłaby w następstwie domagać się nawet zwrotu bezprawnie rozdysponowanych kwot. Tak więc np. gdyby organ ubezpieczalni społecznej przeznaczył jakieś kwoty na przeprowadzenie np. linii wodociągowej, albo budowę linii tramwajowej — oczywiście byłoby to posunięcie znajdujące się poza granicami zadań Ubezpieczalni, stanowiące przekroczenie kompetencji, a tym samym nieważne.

Prawo dysponowania majątkiem instytucyj ubezpieczeń społecznych jest więc ograniczone ramami zadań ustawowych, wytkniętych dla tych instytucyj; wszelkie akty prawne zdziałane z przekroczeniem tych granic są w ogóle nieważne, a nawet przyjęcie ich do wiadomości lub za-

twierdzenie przez państwową władzę nadzorczą nie umacnia ich skuteczności prawnej i nie pozbawia organów rewizyjnych instytucyj ubezpieczeń społecznych prawa kwestionowania legalności zarządzonych dyspozycyj. Ani autoryzacja (uprzednie wyrażenie zgody) ze strony władzy nadzorczej, ani aprobata ex post nie pozbawiają uchwał samorządu charakteru objawów woli organów samorządu i nie zmieniają istoty tych aktów; nadanie formalnej skuteczności tym aktom nie jest więc wystarczające do konwalidacji ich nieważności ab initio. Te konsekwencje nieprawnej dyspozycji nie zawsze w praktyce są doceniane i sądzi się często, że wystarczy uzyskać aprobatę władzy nadzorczej, aby ulegalizować każdy nieprawny wydatek.

Zasady te znalazły ostatnio twarde potwierdzenie w motywach orzeczenia Sądu Najwyższego z dn. 30 marca 1936 r. L. C. III. 599/34, opublikowanego w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" za m. grudzień 1936 r. str. 956. Wyrok ten dotyczy wprawdzie Kas Chorych, działających na obszarze woj. zachodnich pod rządem ordynacji ubezpieczeniowej, ma jednak niewątpliwie zastosowanie do wszystkich instytucyj ubezpieczeń społecznych. W motywach do tego wyroku Sąd Najwyższy stwierdza między innymi, co następuje:

„...§ 25 ordynacji ubezpieczeniowej postanawia, że środków instytucyj ubezpieczeniowych wolno używać tylko na cele ustawowo nakazane lub dopuszczalne. Co do Kas Chorych, to według § 363 ordynacji ubezpieczeniowej środków Kas wolno używać tylko na świadczenia statutowe, na koszty administracyjne, na ubezpieczenie funduszu zapasowego i na ogólne cele zapobiegania chorobom. Wymienione przepisy ograniczają prawa zarządu, nie zezwalają mu na zawieranie umów, których przedmiotem byłoby zobowiązanie kasy do używania majątku i środków kasy na cele obce przeznaczeniu kasy, nieprzewidziane w jej statucie bez odpowiedniego świadczenia wzajemnego. Kasa Chorych jest instytucją społeczną o charakterze publiczno-prawnym, mającą specjalne przewidziane w ustawie cele. Zarząd więc może zawierać umowy i dokonywać jednostronnych czynności prawnych tylko w ramach działalności ustawowej i celów tych kas, szczegółowo wymienionych w statucie, który nie może postanawiać niczego, co sprzeciwiałoby się przepisom ustawowym lub nie odpowiadało celom kasy... umowy, zawarte przez zarząd w celach, nie mających nic wspólnego z celem i kosztami administracji kasy, a obciążające majątek kasy, na mocy przytoczonych przepisów... są nieważne".

Cytowane przepisy § 25 i 363 ordynacji ubezpieczeniowej postanawiają, że „majątek instytucyj ubezpieczeń wolno używać tylko na cele ustawowo przepisane lub dopuszczalne" oraz, że „środki kasy wolno zużywać tylko na świadczenia statutowe...". Odpowiednikiem tych przepisów jest § 108 statutu ubezpieczalni społecznych, który postanawia, że „fundusze i zasoby ubezpieczalni mogą być używane jedynie na cele, przewidziane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym i w niniejszym statucie".

Nieważność umów alienujących część mienia instytucyj ubezpieczeń społecznych, wbrew celom tych instytucyj, jest więc wytknięta zupełnie wyraźnie.

W tych warunkach prawo dyspozycji, przysługujące organom instytucyj ubezpieczeń społecznych w pewnych przypadkach we własnym zakresie, w innych przypadkach po uzyskaniu aprobaty państwowej władzy nadzorczej lub instytucji bezpośredniego nadzoru (Z. U. S.), ogranicza się do uprawnienia dokonywania takich wydatków, których realizacja zbliża instytucję ubezpieczeniową do celów ustawowych tej instytucji. W zakresie wydatków tych rozróżnić można dwie grupy: wydatki, realizujące bezpośrednio cele instytucji (np. zakup lekarstw) oraz wydatki konieczne przy normalnym administrowaniu mieniem. Do tej ostatniej grupy należą również wydatki, które omówiliśmy pod nazwą „podarków zwyczajowych", traktowanych przez art. 355 kod. zob. jako przysporzenia majątkowe odpowiadające „obowiązkowi moralnemu, względom przyzwoitości lub zwyczajom".

Sądzić można, że pomimo zacytowanego wyroku Sądu Najwyższego uprawnienie zarządców instytucyj ubezpieczeń społecznych do przyznawania jakichkolwiek „subwencji", „dotacji", „odpraw dobrowolnych", „darów z łaski" i t. d. nie będzie wykraczało poza statutowe i ustawowe zadania instytucyj ubezpieczeniowych, o ile mieści się we wskazanych granicach „obowiązku moralnego", „względów przyzwoitości" lub „zwyczajów".

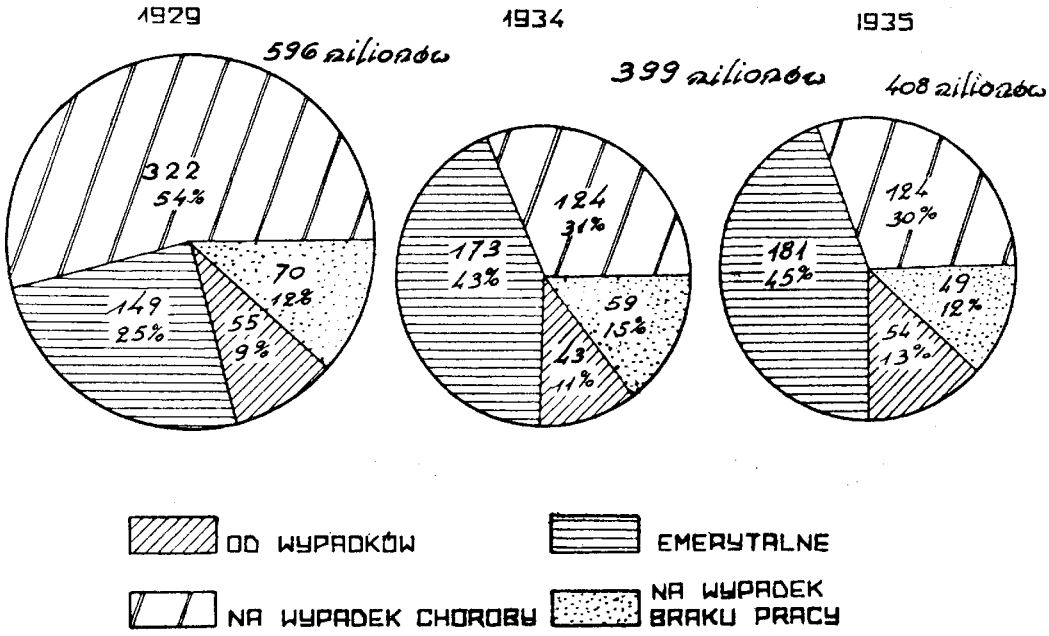
Jeżeli tak jest, wówczas oczywiście pozostaje do oceny w każdym z osobna przypadku rozstrzygnięcie pytania, czy wskazane granice nie zostały przez odnośną uchwałę przekroczone. W każdej więc sprawie należy poddać zbadaniu i dążyć do uzasadnienia za pomocą przesłanek natury faktycznej, że nakreślone granice nie zostały przekroczone. Dla przykładu można tu wskazać wszelkiego rodzaju zbiórki na cele społeczne. W przypadkach zbiórek takich — niezależnie od najgłębszej ich celowości ze stanowiska państwowego, społecznego lub humanitarnego — należy zawsze rozważyć, w jakich granicach stosunkowo do posiadanego mienia poszczególne instytucje o charakterze analogicznym partycypują w akcji zbiórkowej, albowiem jak wykazaliśmy, nadmierna szczodrość w tego rodzaju przypadkach nie tylko byłaby dowodem gospodarki złego „ojca familii", ale również mogłaby podważyć skuteczność prawną całego posunięcia instytucji ubezpieczeniowej.

Podejmując niniejsze opracowanie — nie potrzebujemy chyba wyjaśniać — nie mieliśmy na myśli żadnych konkretnych posunięć w zakresie dysponowania mieniem instytucyj ubezpieczeń społecznych. Sądzimy jednak, że uprzytomnienie nakreślonych powyżej zasad, które pozwalają kierować się „obowiązkiem moralnym, względami przyzwoitości lub zwyczajami" przy „okazywaniu odpowiedniej oszczędności" — może być tylko pożyteczne.

MATERIAŁY

SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE W LATACH 1929, 1934 i 1935

INSTYTUCJE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH



W poprzednim numerze „Przeglądu" (Nr. 1, str. 34) wśród zestawień graficznych, mających na celu zobrazowanie działalności ubezpieczeń społecznych w Polsce, m. in. podane zostały dane, dotyczące przypisu składek w latach 1929 i 1934 według rodzajów ryzyk. Ponieważ ostatnio wpłynęły dane za rok 1935, podajemy ponownie odnośny wykres, odpowiednio tylko uzupełniony. Otóż jak się okazuje, suma składek przypisanych wykazuje pewien wzrost: z 399 milionów wzrosła do 408 milionów. W tej całości jednak następują pewne dalsze przesunięcia, a mianowicie w dalszym ciągu zyskują nieco ubezpieczenia **emerytalne** tak pod względem liczby absolutnej składek (wzrost z 173 do 181 milionów złotych), jak i udziału w całości przypisanych składek (z 43% na 45%), przy jednoczesnym zachowaniu bez zmian absolutnej sumy przypisu składek chorobowego ubezpieczenia mimo wyłączeń od ubezpieczenia osób zarabiających ponad 725 zł. (w obu latach 124 miliony), jednak przy niewielkiej zniżce względnej tego przypisu (spadek z 31% na 30%).

W dwuch pozostałych ubezpieczeniach, to jest **wypadkowym** i na **wypadek braku pracy**, następują przesunięcia: znaczny wzrost absolutny przypisu składek wypadkowych (z 43 na 54 milionów) i taki sam mniej więcej spadek przypisu składek ubezpieczenia na wypadek bezrobocia (z 59 na 49 miliony). Udział składek na wypadek braku pracy zmniejszył się z 15% na 12%, nieco zyskał natomiast przypis składek ubezpieczenia od wypadku (z 11% na 13%). Spadek przypisu składek na wypadek braku pracy należy tłumaczyć obniżeniem wysokości składki w tym ubezpieczeniu od dnia 1 czerwca 1935 r. z 2,8% na 2% wynagrodzeń. Jak więc widzimy w roku 1935 obserwujemy dalszy względny wzrost ubezpieczenia emerytalnego i wypadkowego oraz względny spadek ubezpieczenia chorobowego i na wypadek braku pracy, wywołany przyczynami, o których była mowa wyżej.

ALEKSANDER KRASUSKI — Warszawa

Dr medycyny i historii

MEDYCYNA SPOŁECZNA W CZASOPIŚMIENNICTWIE LEKARSKIM 1936 r.

W roku ubiegłym duży oddźwięk wywołała w prasie lekarskiej polskiej ustawa **sterylizacyjna** niemiecka. Głos w tej sprawie zabierali Hirszfeldowa [1]), Łuniewski [2]), Pieńkowski [3]).

Zagadnienia związane z ograniczeniem rozrodu przeniknęły do nas z Ameryki. Sterylizację mężczyzny przeprowadzono w Ameryce po raz pierwszy w 1889 r.; sterylizację kobiety przeprowadzono pierwszy raz w Szwecji [4]) w 1880 r.

W 1897 r. w stanie Michigan powstał projekt prawa o ograniczeniu rozrodu ludzi, dotkniętych chorobami dziedzicznymi. Projekt tego prawa nie uzyskał jednak zatwierdzenia. Pierwsze formalne prawo o sterylizacji zostało wydane w 1907 r. w stanie Indiana. Obecnie

w Ameryce 29 stanów posiada prawo o sterylizacji. Ustawy amerykańskie wychodzą z różnych założeń. Jedne opierają się na wskazaniach lekarskich, inne na socjalnych, inne wreszcie na moralnych lub też karno-represyjnych. W Ameryce propagandą sterylizacji eugenicznej zajmuje się instytucja społeczna „The human betterment Foundation". Instytucja ta jest finansowana przez jednego z milionerów. Za Stanami Zjednoczonymi poszły częściowo Kanada i Meksyk [5]).

W Europie wprowadzono sterylizację w Szwajcarii (Kanton Vaud 1928 r.), Danii (1929), Niemczech (1933), Norwegii (1934) i Finlandii (1935 r.).

Dr. Łuniewski podkreśla, że wyniki prac nad dziedzicznością w Niemczech są przeceniane i wartość ich podniesiono do znaczenia dogmatu. Dalej słusznie zaznacza dr. Łuniewski, że prawo niemieckie jest owiane duchem mistycyzmu rasistycznego.

Z autorów polskich jedni stoją na stanowisku uszanowania praw jednostki, inni są zwolennikami podporządkowania tych praw prawom ogółu. Lekarze, zdaniem dr. Łuniewskiego powinni unikać kierunków skrajnych. Dr. Łuniewski uważa, że w prawie o sterylizacji powinien dominować raczej czynnik społeczny, niż eugeniczny. Co do psychopatów, to dr. Nelken [6]) uważa, że niewłaściwe jest usuwanie ich z życia rozrodczego, ponieważ osobniki psychopatyczne wnoszą często do życia pierwiastki postępu i oryginalności. Psychopaci są czynnikiem, który sprawia, że w życiu nie zapanowywa podrzędna przeciętność. Dr. Nelken [6]) uważa, że należy rozwijać elementy pozytywne psychopatii przez stosowanie higieny psychicznej. Dr. Łuniewski podkreśla, że w Polsce ukazuje się niezmiernie mało prac naukowych nad dziedzicznością. Dla rozbudzenia ruchu naukowego i zaradzenia temu stanowi rzeczy uważa on za konieczne założenie spocjalnego instytutu poświęconego badaniom dziedziczności [7]).

Ciekawe dane z kongresu ochrony zdrowia młodzieży szkół wyższych przynosi artykuł Karasińskiego [8]).

W Niemczech i w tej dziedzinie panują niepodzielnie prądy rasistowskie. W Polsce dąży się jedynie do wyeliminowania z pośród studiujących osobników chorych na choroby niebezpieczne dla otoczenia. Podkreślić należy, że dążność do wyeliminowania z pośród młodzieży studiującej gruźlików zaznaczyła się w Polsce o kilka lat wcześniej, niż w Niemczech.

W kilku numerach Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego ukazała się praca profesora Minkowskiego **„Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice".** W artykule tym z pogranicza neurologii, filozofii i medycyny społecznej, autor omawia ujarzmiający wpływ techniki na człowieka. Człowiek opanował naturę, jednakże natura opanowana zwraca się przeciw niemu. Rozwój nerwic zależy od konstytucji danego osobnika. Badania Pawłowa na psach wykazały, że u psów z pewną konstytucją można wywołać stany bardzo zbliżone do objawów neurotycznych u człowieka. Na wzmożenie się nerwic wśród ludzi wpływa nienormalne życie płciowe oraz warunki mieszkaniowe. Nędza mieszkaniowa według Sombarta zagłusza prymitywne uczucia, które podtrzymują rozwój etyczny ludzi: poczucie wstydu seksualnego, tajemniczy strach przed budzącą się erotyką, respekt przed tajemnicą i majestatem śmierci. Co się tyczy pracy zawodowej, to ona bezpośrednio nie wpływa na każdego człowieka w sensie wywoływania nerwicy. Nerwice pod wpływem warunków pracy powstają u osobników skłonnych w tym kierunku. Minkowski stoi na stanowisku, że pewne zawody, jak np. zawód krawcowej, kelnerki mogą wpływać na tworzenie się skłonności do nerwic [9]).

Z działu **orzecznictwa** należy w pierwszym rzędzie zwrócić uwagę na pracę prof. L. Zembrzuskiego [10]).

Prof. Zembrzuski omawia podstawy orzecznictwa wogóle. Szczególny nacisk kładzie on na orzecznictwo w **przepuklinach** i **ołowicy.** Praca ta zawiera wysoce cenne uwagi natury praktycznej i teoretycznej. Poza pracą prof. Zembrzuskiego ukazała się praca Dżułyńskiego [11]) **o przepuklinach urazowych** i Swietłowa [12]) **o nerwicy urazowej.**

Prace te, jak się sam mogłem przekonać ze swej praktyki sądowej, wnoszą rzeczywiście realne wartości w dziedzinę orzecznictwa w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Dr. Dżułyński zajął się zbadaniem w świetle akt sądowych i innych danych zagadnieniem **przepukliny jako następstwa wypadku.** Wśród robotników częste są przepukliny. Przepukliny te jednak występują stopniowo skutkiem ciężkiej pracy i dopiero jakiś znaczniejszy wysiłek zwraca uwagę pracownika na istniejącą już przepuklinę. Melduje się o wypadku, ale zrozumiałe jest, że przepuklina taka za urazową nie może być uznana. Przepuklina urazowa ma jednak charakterystyczne cechy, po których łatwo ją odróżnić od innego rodzaju przepuklin. Towarzyszą jej zwykle objawy otrzewnowe: omdlenie, bladość, małe i przyśpieszone tętno. Objawy te są tak ciężkie, że poszkodowani muszą być natychmiast odwiezieni do szpitala dla dokonania zabiegów operacyjnych. Praca dr. Dżułyńskiego będzie miała doniosłe znaczenie dla sędziów i biegłych, gdyż, jak się przekonałem osobiście, biegli nawet nie zawsze zdają sobie sprawę czy mają do czynienia z przepukliną urazową. Co do przyznawania renty czasowej z powodu pogorszenia przepukliny już istniejącej, jak to proponuje dr Dżułyński, to według mego zdania należy to stosować z bardzo daleko idącymi ograniczeniami.

Stanowisko prof. Zembrzuskiego, który zaleca przyznawanie renty w razie uwięźniętej przepukliny przy pracy, chociażby ona istniała już przed wypadkiem, należy uważać za słuszne. Przyznawanie renty w innych przypadkach wedle mej własnej praktyki sądowej uważałbym za niewskazane i przyczyniające się do rodzenia pożądliwości renty ze strony dotkniętych przepuklinami.

Swietłow [13]) omawia **nerwicę pourazową** jako jedno z cierpień, z jakimi względnie często spotyka się biegły w sądach dla wypadków przy pracy. Nerwicę pourazową jako odrębne cierpienie opisał w 1876 r. lekarz angielski Erichsen. Około 1880 r. nad zagadnieniem tym zaczęli pracować Francuzi i Niemcy. Oppenheim, neurolog niemiecki twierdzi, że w nerwicy pourazowej, obok materialnych uszkodzeń systemu nerwowego, wielką rolę odgrywa moment psychiczny (strach, wzruszenie), który może być jedyną przyczyną powstawania objawów pourazowych. Naukę Oppenheima zaatakowano z wielu stron. W czasie powojennym w Niemczech wielu lekarzy zaczęło odrzucać naukę Oppenheima ze względów fiskalnych.

Prof. Stier wyraził pogląd, że nerwicy urazowej nie ma. Swietłow uważa, że objawy nerwicy pourazowej mają swe źródło w niedostatecznym w chwili wypadku zrównoważeniu ustroju poszkodowanego. Przy orzekaniu należy zbierać dokładny życiorys poszkodowa-

nego i poddawać go ścisłej analizie psychologicznej. Należy przypuszczać, że w nerwicach pourazowych pewną rolę odgrywają czynniki konstytucjonalne (usposabiające). Badania doświadczalne Pawłowa do pewnego stopnia potwierdziły taki pogląd na nerwicę urazową.

W związku bliskim z uszkodzeniami wypadkowymi przy pracy stoi **higiena pracy i działalność profilaktyczna na polu chorób zawodowych.**

We Włoszech dla badań chorób zawodowych i wypadków przy pracy utworzono specjalną klinikę pracy w Mediolanie. Dyrektorem tej kliniki był zasłużony, zmarły niedawno profesor L. Devoto. Prof. Devoto uważa, że należy tworzyć dla celów nauczania specjalne zakłady przy uniwersytetach dla badania chorób zawodowych i wypadków przy pracy. W ten sposób rozbudzi się zamiłowania społeczne wśród młodych lekarzy i skieruje się usiłowania ich na właściwą drogę. Tworzenie oddziałów szpitalnych bez dostatecznego wyposażenia laboratoryjnego prof. Devoto uważa za niewystarczające. Uważa on, że lecznictwo i orzecznictwo w wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych powinno być opracowywane łącznie w jednym instytucie. „W zapobieganiu i lecznictwie chorób zawodowych — mówi L. Devoto — należy uwzględniać wychowanie fizyczne i balneoterapię. U studiującej młodzieży należy rozwijać zmysł socjalny, potrzebny do wnikania w warunki pracy zawodowej i poznawania człowieka pracującego". [14]).

Na marginesie tego co powiedział Devoto muszę wyrazić pogląd, że u nas te sprawy traktuje się może zbyt powierzchownie. Mówi się o utworzeniu katedry medycyny społecznej, ale katedra taka kończyć się będzie na wykładach. Najpierw się powinno mówić o zakładzie medycyny pracy, o klinice, o laboratoriach do badań. Robimy drugi krok zamiast pierwszego. W instytucie takim powinno pracować wielu fachowo wyszkolonych lekarzy. Obok tego współpraca ludzi o wykształceniu technicznym, oraz lekarzy o wykształceniu socjologiczno-historycznym byłaby niezbędna. Zakładom historii medycyny blisko leży na sercu medycyna społeczna. Zaznaczę tylko, że lipski zakład historii medycyny bardzo szeroko w swych wykładach i publikacjach uwzględnia medycynę społeczną. Wybitny przedstawiciel higieny społecznej w Niemczech, prof. Fischer, jest jednocześnie wybitnym historykiem higieny. Prof. Capparoni, historyk medycyny i prof. tego przedmiotu, jest jednocześnie kierownikiem działu wyp. przy pracy w zakresie ekspertyz. U nas wybitny profesor historii medycyny w Warszawie, L. Zembrzuski, pracuje praktycznie na polu orzecznictwa wypadkowego, oraz znany jest w dziale medycyny społecznej jako autor cennych prac. Krakowski zakład historii medycyny wydał wiele prac z historii medycyny społecznej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wystąpił do Min. W. R. i O. P. z projektem urządzenia na wydziałach lekarskich katedr medycyny społecznej. Nauczanie na tych katedrach ma być prowadzone praktycznie i teoretycznie. Widzimy więc, że usiłowania Zakładu Ubezpieczeń idą po linii naukowych zamierzeń współczesnej medycyny.

Podobnego zdania jak prof. Devoto jest u nas dr. Jan Hozer. Zaleca on również stworzenie instytutu badawczego, w którym współpracowaliby z lekarzami inżynierowie i psychotechnicy. [15]).

Poza tym w czasopismach lekarskich sporo miejsca poświęcono **higienie pracy.** Mowa tu o rozmaitych przyrządach mających zabezpieczyć robotnika przed wypadkami i szkodliwymi wpływami zawodu na zdrowie. W zwalczaniu pylicy proponuje się specjalne maski pyłowe. [16]). Dr. Melanowski omówił ochronę oczu przy pracy. [17]).

Dużo miejsca poświęcono zagadnieniom społecznym, związanym z pewnymi chorobami, jak wole, nadmierne ciśnienie tętnicze, a w szczególności gruźlica.

Nad zapobieganiem wolom pracowali Tempka i Godlewski. [18]). Autorowie ci są w toku prowadzenia badań nad tym zagadnieniem i wyniki ich ogłoszą dopiero za kilka lat. Dr. Łuczyński [19] zwraca uwagę medycyny społecznej na nadmierne ciśnienie krwi. Zaleca zorganizowanie stosowania społecznych środków zapobiegawczych. Zaleca zwracać uwagę na odpowiedni dobór małżeństw, uważając nadmiernie wysokie ciśnienie krwi za objaw w dużej mierze zależny od usposobienia dziedzicznego.

O gruźlicy jako zagadnieniu społecznym pisali Mirabel J., [20]), K. Bross [21]), Halpern-Wieliczański [22]), J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa [23]).

Odkrycie zarazka gruźlicy przez Kocha (1882) stanowi epokowy przełom w organizacji walki z gruźlicą. Odkrycie to dowiodło, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Starano się wtedy możliwie najszybciej wykryć gruźlicę i rozpocząć leczenie.

Walka społeczna z gruźlicą najpierw została podjęta w Anglii. Sir Robert Philipp (1898) ogłosił zasady edynburgskiego systemu walki z gruźlicą. W systemie tym jądrem organizacji stała się poradnia przeciwgruźlicza. Około poradni grupowały się szpitale, sanatoria, prewentoria i t. d. Polska przyjęła u siebie system edynburgski. Poradnia spełnia zadanie rozpoznawcze, lecznicze i zapobiegawcze. Mirabel uważa, że w Polsce jest zbyt mała ilość łóżek szpitalnych dla chorych na gruźlicę. Następnie wskazuje on na to, że walka z gruźlicą może mieć powodzenie jedynie przy podniesieniu ogólnego dobrobytu.

Zeylandowie przypisują wielkie znaczenie metodom społecznym w walce z gruźlicą i stwierdzają oni, że metody klinicznego leczenia w dobrze zorganizowanej akcji społecznej dają znacznie lepsze niż w innych warunkach wyniki.

Halpern-Wieliczański podnosi znaczenie społeczne leczenia gruźlicy pracą. Uważa on, że metoda ta, umiejętnie stosowana, może dawać doskonałe wyniki zarówno dla ciała, jak i dla stanu duchowego pacjenta.

Mówiąc o leczeniu gruźlicy pracą trudno tu pominąć mi doskonałą pracę z tej dziedziny dra W. Moczarskiego, napisaną wspólnie z dr. Detloff-Kotarską. Praca ta opiera się na obserwacjach klinicznych i danych komisji lekarskiej, której dr. Moczarski jest przewodniczącym. Praca ta ukazała się w Archiwum Med. Wewnętrznej w 1932 r.

Pierwszym, który zerwał w leczeniu gruźlicy płuc z tradycją bezruchu był Brechmer z Gerbersdorfu. W czasie leczenia, w okresie ozdrowieńczym zalecał on spacery, stopniowane co do czasu i przestrzeni.

Prąd leczenia pracą rozwinął się najbardziej w Holandii. Metodę tę wprowadził dr. Vos przed 30 laty. Uzdrowisko wyposażone jest we wszystkie nowoczesne urządzenia lecznicze i laboratoryjne. Kiedy stan chorego na to pozwala rozpoczyna się leczenie pracą. Chorzy zaczynają pracować od 75 minut dziennie. Czas

pracy stopniowo się powiększa dochodząc do 7-u godzin pracy dziennie. Obok pracy chorzy się leczą i werandują. Stwierdzenie najmniejszego pogorszenia, a w szczególności obostrzenie się sprawy w płucach jest sygnałem do zaprzestania pracy. Możność podjęcia przez chorych pracy doskonale wpływa na psychikę chorych. Metoda ta ma w Holandii gorącego zwolennika w osobie v. Liera, a w Norwegii — Murerholluma. Leczenie pracą prowadzi się obecnie w sanatoriach niemieckich i angielskich.

Na biegunowo przeciwnym stanowisku stoją lekarze szwajcarscy. Uważają oni, że praca może być tylko stosowana jako rozrywka, nie może zaś być mowy o znaczeniu leczniczym pracy. Moczarski przestrzega przed przecenianiem metody leczenia pracą i wskazuje, że przy niedostatecznej kontroli może ona stać się metodą niebezpieczną.

Ja osobiście uważam, że t. zw. leczenie gruźlicy pracą w naszych warunkach jest dopiero zagadnieniem medycyny przyszłości. Gruźlicy pracujący musieliby pracować w specjalnych warunkach, w specjalnie na ten cel urządzonych zakładach. Zrozumiałe jest, że w dotychczasowych warunkach w Polsce na coś podobnego pozwolić sobie nie możemy.

Poza chorobami, traktowanymi z punktu widzenia społecznego, mamy cały szereg artykułów o leczeniu, względnie zapobieganiu chorobom w sensie najogólniejszym.

W roku 1935 omówiłem[24]) **znaczenie lecznicze morza** pod względem społecznym. Wskazałem tam, jak za granicą starano się wykorzystać w sensie społecznym walory lecznicze morza. Obok tego podałem jednocześnie obszerny zarys historyczny tego zagadnienia.

Poza tym dużo miejsca poświęcono w literaturze r. ub. **ćwiczeniom fizycznym.** Rubinrot [25]) zaznacza, że ćwiczenia fizyczne, prowadzone bez znajomości zasad fizjologicznych ustroju, mogą być niebezpieczne. Sport natomiast może mieć poważne znaczenie lecznicze, jeżeli jest prowadzony pod okiem lekarza.

Dużo obecnie lekarze zajmują się **higieną odżywiania.** Badania na tym polu rozpoczęli przed 50 laty Cybulski i Peltyn. Obecnie zaczęto się nimi poważnie zajmować (Dr. Paluch — Zdrowie Publiczne, 1934 r., Gazeta Lek. Śląska Polskiego 19336 r.). Dr. G. Szulc [26]) (Żywienie jako zagadnienie medycyny zapobiegawczej), zaznacza, że konieczne jest prowadzenie w tej dziedzinie badań naukowych i statystycznych, które pozwoliłyby ustalić braki w wyżywieniu różnych grup społecznych. Dr. S. proponuje założenie specjalnego instytutu do badań nad żywieniem. Uważam, że w tym instytucie powinno się znaleźć odpowiednie miejsce dla badań historycznych, socjologicznych i ludoznawczych. Myślę, że nauki te mogłyby wnieść wiele nowego. Dietetyka i żywienie nie są bowiem wyłącznie zagadnieniem przyrodniczo-lekarskim.

Dużo miejsca poświęcono w literaturze lekarskiej r. ub. zagadnieniom systemu lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych, jednak wypowiadane uwagi nie wchodzą w istotę zagadnienia. Samo zagadnienie wymaga studium, uwzględnienia historii i filozofii medycyny, rozpatrzenia całokształtu problemu i skutków możliwych rozwiązań.

Teraz, jeżeli zapytamy się o ogólne dążenia lekarzy w kwestiach społecznolekarskich, to musimy odpowiedzieć, że na pierwszy plan wysuwa się dążenie do naukowego ujmowania zagadnień. Dalej, ogólnym życzeniem jest ześrodkowanie wszelkiej pracy naukowej w tej dziedzinie wokoło zakładów przy katedrach medycyny społecznej, jakie proponuje się stworzyć na naszych uniwersytetach, lub też w zakładach specjalnych. Tendencje te pokrywają się całkowicie z zamierzeniami ZUS. Myślę, że droga ta jest jedynie słuszna, jako zapewniająca stworzenie lekarzy społeczników rzeczywiście wykształconych, którzy ze znajomością rzeczy i doskonałym wyrobieniem krytycznym wezmą się do dzieła. Przy tworzeniu instytutu społeczno-lekarskiego nie należy zapominać o dążeniach syntetycznych medycyny współczesnej i obok wykształcenia specjalnego dać lekarzom szerokie wiadomości z nauk o kulturze (socjologia, nauka o państwie, historia i filozofia medycyny).

PRZYPISY

[1]) **Hirszfeldowa H.** — Prawa dziedziczności w zastosowaniu do medycyny z uwzględnieniem ustawy sterylizacyjnej. Warszawskie Czas. Lek. Nr. 8 i następne z 1936 r.

[2]) **Łuniewski Witold.** — Możliwości hamowania niepożądanego rozrodu przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości biologiczno-lekarskich o dziedziczeniu chorób. Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1936 r.

[3]) **Pieńkowski.** — Pol. Gaz. Lek. Nr. 6. 1936 r.

[4]) **Łuniewski.** — Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1936 r.

[5]) **Łuniewski.** — Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1936 r.

[6]) **Nelken J. i Borkowska - Nelkenowa J.** — Psychopatia jako zagadnienie wartości społecznej. Czas. Lek. 23/24. 1936 r., str. 415—419.

[7]) **Łuniewski.** — Pol. Gaz. Lek. Nr. 22, 1936 r., str. 421.

[8]) **Karasiński St.** — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w sprawie ochrony zdrowia studentów. Nowiny Lekarskie Nr. 21, 1936 r., str. 678—682.

[9]) **Minkowski M.** — Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice. Czas. Lek. Nr. 31/32. 1936 r., str. 510—514.

[10]) **Zembrzuski L.** — Lekarz Polski. Nr. 10. 1936 r.

[11]) **Dżułyński W.** — Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1. 1936 r., str. 1—24.

[12]) **Swietłow B.** — Gazeta Lekarska. Nr. 20. 1936 r.

[13]) **Swietłow B.** — Nerwica pourazowa i jej miejsce we współczesnej neurologii. Gaz. Lek. Nr. 20. 1936.

[14]) **Nowiny** Społeczno-Lekarskie. Nr. 17. 1936 r.

[15]) **Czasopismo** Lek. Nr. 10, 11, 12. 1936 r.

[16]) **Nowiny** Lek. Nr. 17. 1936 r.

[17]) **Lekarz** Wojskowy. Nr. 9. 1936 r.

[18]) **Gazeta** Lek. Nr. 47. 1936 r.

[19]) **Gaz. Lek.** Nr. 34. 1936 r.

[20]) **Czasopismo** Lekarskie. Nr. 16. 1936 r.

[21]) **Medycyna** Praktyczna. Nr. 5. 1936 r.

[22]) **Czasopismo Lekarskie.** Nr. 9. 1936 r.

[23]) **Nowiny** Lekarskie. Nr. 17. 1936 r.

[24]) **Krasuski Al.** — Historyczny zarys leczenia morzem i jego znaczenie społeczne. Lek. Pol. Nr. 12. 1935.

[25]) **Czasopismo** Lekarskie. Nr. 27/28. 1936.

[26]) **Lek. Pol.** Nr. 9. 1936 r.

Dr MARIAN MOSKWA

ZAGADNIENIA RUCHU PERSONALNEGO I KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Artykuł dyskusyjny.

Umieszczony w grudniowym numerze ub. r. „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" artykuł p. Sopockiego, omawiający zagadnienie podane w tytule niniejszej notatki, został określony jako dyskusyjny. Dyskusyjność artykułu wydaje się tym bardziej uzasadniona, że wypowiedziane w nim poglądy stanowiące niewątpliwie wyraz ściśle osobistych myśli autora, odbiegają bardzo znacznie od poglądów, jakie dotychczas znajdujemy, w szczupłej zresztą dyskusji publicznej, na temat szkolenia pracowników ubezpieczeniowych.

Dlatego pragnąłbym poddać wyrażone w powołanym artykule zapatrywania pewnej analizie, która umożliwiłaby właściwą ich ocenę.

Zagadnienie gospodarki personalnej.

Artykuł porusza przede wszystkim zagadnienie **gospodarki personalnej w instytucjach ubezpieczeń społecznych.** Na tle istniejącego stanu autor sugeruje zupełne scentralizowanie agend personalnych w biurze personalnym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i widzi w takim rozwiązaniu właściwy cel istnienia biura. Zupełne scentralizowanie miało by przyczynić się do usunięcia wszelkich niedociągnięć, ujawniających się na terenie instytucyj ubezpieczeniowych, i było by realizacją jednolitości, jaka winna cechować wszystkie te instytucje. W konsekwencji autor nie rozgranicza pojęcia samoistnej kompetencji załatwiania spraw personalnych i pojęcia nadzoru, lecz stwarza koncepcję całkowitego skasowania nadzoru na rzecz centralistycznej kompetencji załatwiania spraw personalnych.

Otóż takie postawienie kwestii było by możliwe jedynie wtedy, gdyby całość organizmu ubezpieczeń społecznych tworzyła jedną instytucję z centralą i oddziałami. Jednakże Zakład Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalnie społeczne tworzą oddzielne organizmy prawne, zgodnie z założeniami organizacyjnymi ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Wynika stąd ustawowa odrębność finansowa i administracyjna, której nie mogą zmienić ani postanowienia statutowe, ani zarządzenia administracyjne. Nie jest również do pomyślenia, ażeby na odcinku personalnym można było stworzyć taką konstrukcję prawną, któraby koncentrowała całość tych spraw w jednej instytucji, przy pozostawieniu odrębności finansowej pozostałych. Gdybyśmy jednak nawet mogli wyobrazić sobie taką konstrukcję, nie możnaby jej uznać za szczęśliwe rozwiązanie. Jakie stanowiska zajmowaliby wtedy dyrektorzy ubezpieczalni społecznych?

Sytuacja ich byłaby nad wyraz kłopotliwa. Ponosząc odpowiedzialność za całość działalności administrowanej instytucji, byliby pozbawieni władzy w stosunku do podwładnego personelu. Przesunięcie zasadniczych atrybutów tej władzy, jak przyjmowanie i zwalnianie personelu, na inny odcinek, czyniłoby dyspozycyjność pracy podwładnego personelu ze strony dyrektorów iluzoryczną, pozostawiając im jedynie rolę opiniodawczą. W tych warunkach stosunek zależności służbowej uległby niewątpliwie zupełnemu rozluźnieniu, nie możnaby wtedy mówić o ponoszeniu przez kierowników poszczególnych instytucyj odpowiedzialności za ich działalność. Poczucie indywidualne tych kierowników co do własnej odpowiedzialności uległoby osłabieniu i przemieniłoby się raczej w odczucie braku odpowiedzialności. Miałoby to wysoce ujemne skutki dla ogólnej sprawności administracji ubezpieczeń społecznych.

Wynika stąd niewłaściwość koncepcji, zmierzającej do „totalnej" centralizacji. Być może, że w poszczególnych przypadkach było by wygodne dla kierowników instytucyj pozbyć się w ten sposób rozmaitych kłopotów, jakie pociąga za sobą niewątpliwie, zwłaszcza w okresie organizacyjnym administracja personalna, i przenieść je na inne czynniki. Jednakowoż względy tego rodzaju nie mogą odgrywać roli przy kształtowaniu koncepcyj organizacyjnych.

Nie mniej zagadnienie jednolitości w załatwianiu spraw personalnych na terenie ubezpieczeń społecznych jest zrozumiałym i koniecznym postulatem i wymaga stworzenia ram, w obrębie których ta jednolitość mogłaby być zrealizowana.

Zagadnienie to jest tego samego rodzaju, co zagadnienia wynikające z postulatów jednolitego załatwiania spraw w innych dziedzinach administracji ubezpieczeniowej. I podobnie jak te inne zagadnienia, są regulowane w imię zasady jednolitości drogą zarządzeń administracyjnych, wydawanych przez kompetentne komórki ustrojowe Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, tak na odcinku personalnym zadania wynikające z tendencyj ujednostajniających wykonuje biuro personalne Z. U. S. Jest niewątpliwym, że najrozmaitsze okoliczności, zmienne w czasie, mogą wpływać rozszerzająco względnie zwężająco na kompetencje tej komórki. Stosunki na ogólnym rynku pracy, potrzeby związane z koniecznością zatrudniania specjalnych kategorii osób, wynikające z ogólnej polityki państwa, sposoby analogicznego załatwiania pewnych zagadnień we wszystkich instytucjach, zwłaszcza do czasu ogólnego zrozumienia i przyjęcia tych sposobów, przechodzenie personelu z jednej instytucji do drugiej, i t. p. zagadnienia stwarzają na ogólnym tle jednakowych przepisów służbowych kompleks zadań biura personalnego. Sharmonizowanie tej funkcji uzgadniającej z indywidualnymi kompetencjami kierowników instytucyj ubezpieczeń społecznych stanowi środek do normalizacji stosunków personalnych. Odrębność prawna instytucyj ubezpieczeń społecznych może powodować czasami pewne trudności, jednakowoż tutaj właśnie nasuwa się właściwe zadanie dla kierowników poszczególnych instytucyj, ażeby w zrozumieniu potrzeb koordynacji i jednolitości, starali się przezwyciężać ewentualne przeszkody.

Sprawa zawodowego kształcenia personelu.

Przechodząc do zagadnienia szkolenia personelu, należy stwierdzić, że t. zw. szkolenie praktyczne, polegające jedynie na zapoznawaniu się przez pracowników z rozmaitymi zagadnieniami w toku codziennej pracy

jest niewystarczające. Wszakżeż ten sposób szkolenia był dawniej właściwy wszystkim działom pracy publicznej i prywatnej. Obecnie zaś obserwujemy na wszystkich odcinkach wielki rozwój najrozmaitszych kursów specjalnych i innych metod szkoleniowych, które mają dać pracownikom na tle ich pracy zwiększenie zasobów wiedzy zawodowej i ogólnej. Widocznie doświadczenie długich lat wykazało, że sama praktyka nie wystarcza. I nic dziwnego. Pracownik, zdobywający rozszerzenie swych wiadomości drogą praktyki jest ograniczony jedynie do zakresu pracy mu przydzielonej i wchodzi na drogę zrutynizowania umysłu i ograniczenia jego chłonności. W okresie, gdy życie społeczne przejawia coraz żywsze tempo, gdy stosunki gospodarcze i społeczne ulegają ciągłym przemianom, człowiek taki może łatwo znaleźć się w sytuacji, w której wogóle nie będzie rozumieć, co się dzieje naokoło niego, a tym samym — mimo dłuższej praktyki — i jego kwalifikacje do własnego zawodu będą się zmniejszać. Dlatego nie można odstępować od zamierzeń, ażeby dla pracowników ubezpieczeń społecznych stworzyć odpowiednie ramy szkoleniowe, umożliwiające stałe pogłębianie ich wiedzy fachowej i ogólnej oraz utrzymywanie zdobytej wiedzy w aktualności.

Metoda proponowana przez autora artykułu przechodzenia z niższych typów ubezpieczalni do wyższych mogłaby zdaje się raczej — poza wypadkami przechodzenia na stanowiska kierownicze — prowadzić tylko do większego zrutynizowania. O ile bowiem w małej ubezpieczalni, wobec mniejszego ilościowo natężenia spraw tego samego typu, pracownik może łatwiej zapoznać się z rozmaitymi odcinkami pracy, nawet bez specjalnej zmiany funkcji, o tyle im wyżej sięgniemy, staje się to trudniejsze. Zwiększa się ilość analogicznych spraw pewnego typu, co zmniejsza zakres funkcyj pojedyńczego pracownika i prowadzi go do ciasnej rutynizacji.

Wspomniana przez autora kwestia uregulowania drogą przechodzenia z ubezpieczalni niższego typu do ubezpieczalni typu wyższego spraw rodzinnych pracowników, a to dla zapewnienia studiów dzieci, nie ma nic wspólnego ze szkoleniem, a nosi charakter ekonomiczny i może być w pewnej mierze regulowana w granicach wakansów etatowych, niezależnie od potrzeb szkoleniowych.

Reasumując powyższe uwagi, uważam za możliwe stwierdzić, że myśl przewodnia omawianego artykułu, wyrażająca się w końcowym ustępie w „odciążeniu kierowników instytucyj ubezpieczeniowych od spraw personalnych oraz ograniczeniu ich do wypełniania rocznych list kwalifikacyjnych podległego personelu i przedkładania wniosków" nie odpowiada ani możliwościom organizacyjnym, ani pojęciom, wiążącym się z odpowiedzialnością kierownika instytucji za jej działalność.

Dr MARIAN CIEĆKIEWICZ — Kraków

PRACA LEKARZA DOMOWEGO UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W OŚWIETLENIU ADMINISTRACJI LEKARSKIEJ

Na temat pracy lekarzy domowych pisano wiele od chwili, gdy powstała myśl stworzenia lekarzy domowych w ubezpieczalniach społecznych. Ponieważ wprowadzenie lekarzy domowych było połączone z częściową redukcją lekarzy specjalistów, ustosunkowanie się do tej reorganizacji ogółu lekarzy w większych miastach było raczej negatywne. Lekarze u. s. w mniejszych ośrodkach i lekarze prowincjonalni przyjęli instytucję lekarza domowego obojętnie, sądząc, że w ich dotychczasowej pracy nic się nie zmieniło. Ponieważ dyskusja na temat pracy lekarza domowego, który przetrwał dwuletnią blisko próbę życia i który — zdaje się — utrwalił się na szereg lat w Polsce, nie powinna osłabnąć, pragnę poruszyć i oświetlić ten problem **ze stanowiska administracji lekarskiej.** Ukazał się już bowiem projekt przepisów o organizacji lecznictwa opartej na pracy lekarza domowego, wydany przez Z. U. S. Przepisy te wprowadzają szereg zmian w dotychczasowej pracy lekarzy domowych u. s., ponadto w prasie ukazują się już pierwsze wyniki pracy lekarzy domowych [1]).

Należało by zastanowić się nad tym, czego wymagamy od lekarzy domowych i czego się po ich pracy w przyszłości należy spodziewać a także czy nowy charakter pracy lekarzy domowych poprawił dotychczasowy stan lecznictwa i jakie on ma wartości ze stanowiska higieny społecznej.

*

[1]) Dr Witold Dobrowolski: P. U. S. Nr. 12 z 1936: Rok pracy lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie.

W zakresie udzielania świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa lekarz domowy stanowi podstawową komórkę organizacyjną u. s.

Przez ręce lekarza domowego u. s. powinien w zasadzie przejść każdy chory; jeżeli chory wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz domowy kieruje go do specjalisty, który po ukończonym leczeniu zawiadamia o tym lekarza domowego, przesyłając mu rozpoznanie i przebieg leczenia na t. zw. wkładce do karty choroby. Przesyłając chorego do specjalisty musi lekarz domowy ubezpieczalni społecznej zdać sobie przede wszystkim sprawę z tego, czego od niego wymaga, t. j. czy chodzi mu o ustalenie rozpoznania, czy też o leczenie chorego. W każdym razie zawsze należy napisać dla specjalisty próbę własnego rozpoznania. To porozumienie się lekarzy domowych ze specjalistami na razie jeszcze nie jest bez zarzutu, nie wszyscy lekarze znaleźli już wspólny język do porozumiewania się i dopiero dalsza życzliwa współpraca może doprowadzić do zniesienia wzajemnych tarć i pretensyj. Tylko wypadki położnicze i chorzy na choroby weneryczne mogą zgłaszać się bezpośrednio do specjalistów, którzy również przesyłają lekarzowi domowemu wynik leczenia po kuracji. Karta choroby ubezpieczonego powinna zawierać wszystkie notatki lekarza domowego, specjalistów oraz wynik leczenia szpitalnego, nadto wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych i analiz. Spełni ona swoje zadanie wówczas, jeżeli będzie systematycznie uzupełniana, jeżeli wszystkie notatki będą odnosić się do istoty schorzenia, jeżeli nie będą ani zbyt rozwlekłe, ani zbyt lakoniczne.

W karcie choroby, która jest dokumentem bardzo ważnym, gdyż na notatkach lekarza opiera się przyznanie względnie odmowa później zgłoszonych roszczeń ubezpieczonego powinno być to, co ma znaczenie dla sprawy, zwłaszcza jeżeli chodzi o niejasne zdarzenie, które później może być ewentualnie podciągane jako „wypadek przy pracy". Zaznaczenie np. „że przepuklina jest duża, skośna i wolna, że łatwo da się odprowadzić" pozwoli na odrzucenie roszczeń pracownika fizycznego, który odczuł wprawdzie pewne dolegliwości przy wysiłku fizycznym w okolicy przepukliny i który zgłasza się następnie z powodu przepukliny powstałej rzekomo z wypadku. I przeciwnie notatka, że chorego przewieziono, że chory wymiotował, że przepuklina okazywała obiawy uwięźnięcia być może pozwoli na przyjęcie związku przyczynowego między wypadkiem przy pracy a przepukliną i uchroni pracownika od krzywdy, jaką byłaby dla niego odmowa renty. Odnośnie do przepuklin zacytowanych tu tylko przykładowo muszę wskazać na ciekawą pracę dra. Dżułyńskiego [2]), w której autor stwierdza, że:

1) nagłemu powstaniu przepukliny lub jej pogorszeniu w następstwie wypadku przy pracy w rozumieniu ustawy, towarzyszy stale gwałtowny ból, zmuszający poszkodowanego do natychmiastowego zaniechania pracy fizycznej. Ponieważ ból może być symulowany, lub może się odnosić do procesów chorobowych w istniejącej już przepuklinie niezależnie od wypadku, względnie od innych zmian chorobowych w narządach wewnętrznych zatem ważniejsze dla oceny są obiawy otrzewnowe jak omdlenie, bladość powłok skórnych, wymioty, poty, przyśpieszone i małe tętno;

2) małe rozmiary przepukliny, z natychmiastowym uwięźnięciem bezpośrednio po urazie, przemawiają za wypadkowym pochodzeniem schorzenia;

3) do typowych przepuklin w następstwie wypadku, należy zaliczyć te, które powstają w miejscu i wskutek bezpośredniego urazowego uszkodzenia ściany brzusznej. Ujawnienie się takiej przepukliny następuje zazwyczaj po pewnym czasie często po wytworzeniu się blizny pourazowej, a rozmiary jej są zależne od przestrzeni i stopnia uszkodzenia;

4) w przypadku pogorszenia w następstwie wypadku istniejącej już przepukliny, uzasadniona jest renta czasowa, przy czym stopień i czas trwania niezdolności, uzależnić należy od bezpośrednich następstw wypadku;

5) nieodprowadzalność przepukliny, bez obiawów uwięźnięcia dowodzi o samoistnym pochodzeniu schorzenia;

6) powstanie dwóch lub więcej przepuklin, jednocześnie w następstwie wypadku jest wykluczone bez ciężkich, groźnych dla życia obiawów chorobowych;

7) przepuklina pachwinowa skośna zupełna jak i udowa zupełna nie może powstać nagle w następstwie urazu (bez względu na to, czy będzie to uraz pośredni czy bezpośredni) z wyjątkiem pachwinowych sztucznie wywołanych. Jeżeli w następstwie wypadku ujawni się jedna z tych przepuklin musimy przyjąć że istniała u poszkodowanego już poprzednio przepuklina, przynajmniej śródkanałowa, a towarzyszące jej ujawnieniu ewentualne obiawy otrzewnowe, świadczą tylko o pogorszeniu istniejącego już przed wypadkiem schorzenia.

[2]) Dr W. Dżułyński: czasopismo sąd. lek. Nr. 1 z 1936: O przepuklinach w następstwie wypadku przy pracy.

Obowiązek dokładnego notowania anamnezy i stwierdzonych obiawów chorobowych tyczy się też wszystkich zatruć, krwotoków wewnętrznych, udarów, porażeń i t. p. zaszłych w pracy, gdyż w razie niezdolności do pracy lub śmierci, rodzina zmarłego będzie starać się każde tego rodzaju schorzenie w pracy, które nie było „wypadkiem" w rozumieniu ustawy — pod „wypadek" podciągnąć i uzyskać rentę wypadkową.

Lekarz domowy winien posiadać u siebie tylko tyle kart chorobowych, ilu ubezpieczonych i uprawnionych zamieszkuje w jego terenie. Karty osób, które z jego terenu wyprowadziły się należy przesłać właściwemu lekarzowi domowemu, gdyż w ten sposób oszczędzi się mu wiele czasu straconego na ponowne uzyskanie danych odnośnie do warunków pracy, mieszkania ubezpieczonego, przebytych chorób i t. p.

Każdy lekarz domowy, który mieszka dalej od centrum miasta powinien posiadać apteczkę domową. Spis leków, które może zawierać apteczka lekarza domowego zawiera Rozp. Min. O. S. z 28.XII.1933. Wydając choremu lek lub receptę do apteki u. s. lekarz domowy musi pamiętać, że nie każda porada musi być uwieńczona wręczeniem choremu recepty, że w wielu przypadkach udzielenie porady wzgl. zapewnienie go o bezpodstawności obaw o zdrowie odnieść może lepszy skutek, niż zastosowanie całej serii injekcyj. Oczywiście u chorych z neuropatycznym podkładem, chcących i lubiących się leczyć, tego rodzaju wytłumaczenie rzadko osiąga skutek, zwłaszcza, gdy niezadowolony z lekarza domowego trafia do lekarza prywatnego, który chętnie i troskliwie aplikuje mu szereg bardzo kosztownych a mało skutecznych lekarstw i specyfików, z którymi następnie zgłasza się w u. s. i okazuje je z tryumfem: — „przecież lekarz prywatny poznał się lepiej na mojej chorobie". Tego rodzaju chorzy są istną plagą lekarzy u. s. i dotychczas nie mamy sposobu, aby ich frekwencję ograniczyć. Tylko dokładne i sumienne zbadanie chorego może uchronić lekarza domowego od jakichkolwiek zarzutów tego rodzaju chorych. Inicjatywa lekarza domowego w kierunku zrobienia narady lekarskiej, skierowania osoby zgłaszającej się do przebadania do specjalnych a nawet w pewnych przypadkach do szpitala, może dać osobnikowi neuropatycznemu zaspokojenie jego żądań i pretensji, z którymi nachodzi wszystkie czynniki lekarskie, a gdy te nie wystarczają i administracyjne u. s. aż do osiągnięcia swych żądań, zmierzających do dokładnego zbadania go. Znam ubezpieczoną, która zanudzała wszystkich lekarzy u. s. i to zarówno domowych, jak i specjalistów, ponieważ zauważyła, że brzuch jej się powiększa i ponieważ straciła miesiączkę. Ponieważ chodziło o osobę w wieku 50 lat z zaburzeniami wieku przejściowego, lekarze przyjmowali jej obawy iż jest w ciąży, ze śmiechem; to wystarczyło do rozbudzenia u niej żądania zoperowania brzucha, w którym „musi się coś rozwijać", skoro brzuch jej rośnie. Kres jej wędrówkom położyło skierowanie chorej do kliniki chirurgicznej U. J., gdzie chorą wszechstronnie zbadano, wielokrotnie demonstrowano i ostatecznie na jakiś czas uzdrowiono.

Lekarze domowi żalą się często na przeciążenie pracą administracyjną. Najczęściej żalą się nie ci, którzy prowadzą dokładne notatki, statystykę i którzy mają wszystkie karty chorobowe w zupełnym porządku, lecz ci, którzy do tego rodzaju pracy nie mają żadnego zamiłowania, dla których ta praca nie jest radością, lecz przykrym ciężarem, którego chcieliby się za wszelką ce-

nę pozbyć. Nie można sobie wyobrazić pracy lekarza instytucji u. s. bez kontroli uprawnień chorego do świadczeń i bez notatek lekarza. Lekarz, który nie ma zamiłowania do czynności administracyjnych, do systematyczności i porządku nie może być dobrym lekarzem instytucji ubezpieczeń społ. i powinien to sobie szybko uświadomić, aby przestroić się, jeżeli to jest możliwe, albo poświęcić się innej pracy lekarskiej, gdzie nie wymaga się dokładności i sumienności i gdzie nie musi się nic o chorym pisać. Zaniechanie wpisania jednej porady w karcie chorego inwalidy, rencisty, lub członka bratniej u. s., naraża u. s. na straty, gdyż nie może ona żądać zwrotu kosztów tej porady; jeżeli lekarz systematycznie zaniedbuje tego rodzaju notatek, nie pobiera dopłat statutowych i t. p., straty u. s. są znacznie większe.

Lekarz domowy musi nie tylko notować wszelkie porady, za które u. s. może otrzymać zwrot, musi przestrzegać, by inwalidów wojennych, rencistów Z. U. S. i b. skazańców politycznych leczyć w granicach wydanego im przekazu na leczenie. Swobodna interpretacja tego przekazu oraz wszelka dowolność w ocenie uprawnień naraża również u. s. na straty, co zwłaszcza w obecnym okresie skomprymowanych budżetów ma doniosłe znaczenie. Nie mniej jednak lekarz domowy u. s. nie może ani na chwilę utracić społecznego punktu widzenia na sprawy, związane z jego obowiązkami.

O ile z jednej strony akcentuję wagę, jaką u. s. przywiązuje do czynności t. zw. administracyjnych lekarza domowego — o tyle nie mogę pominąć także milczeniem biurokratyzmu stosowanego przez niektórych lekarzy domowych. Biurokratyzmem jest odmowa porady ubezpieczonemu z bratniej u. s., który nagle zachorował, i który nie może okazać przekazu z bratniej u. s., legitymując się tylko legitymacją ubezp. Tego rodzaju postępowanie naraża u. s. nie tylko na koszta zwrotu honorarium prywatnego lekarza, lecz rzuca także cień na lecznictwo u. s., której lekarz odmówił porady w nagłym wypadku.

Biurokratyzmem jest odmowa odwiedzenia w domu chorego na telefoniczne wezwanie z powodu nie możności stwierdzenia uprawnień chorego, gdyż można to zrobić po zbadaniu na miejscu, biurokratyzmem wreszcie jest odmowa porady choremu, ponieważ lekarz nie otrzymał jeszcze wyniku badania z zakładu Roentgena, analizy moczu lub krwi, orzeczenia ze szpitala i t. p. Tylko w razie skierowania chorego do szpitala należy zawsze rozważyć, czy zachodzi rzeczywiście nagły wypadek, który wymaga bezzwłocznego umieszczenia w spitalu, czy też chory może bez szkody dla zdrowia pozostać w opiece domowej aż do stwierdzenia jego uprawnień. Szpitale u. s. są pod tym względem w sytuacji znacznie gorszej od szpitali publicznych, które koszty leczenia nieuprawnionych osób mogą przynajmniej częściowo przerzucić na gminę. Szpitale u. s. z reguły nie otrzymują żadnych zwrotów za leczenie nieuprawnionych i dlatego umieszczenie w szpitalu u. s. chorego, u którego ma się wykonać zabieg operacyjny, u którego przewiduje się dłuższe leczenie, wymaga zawsze dokładnego rozważenia i zastanowienia się nad jego uprawnieniami.

Lekarz domowy u. s. powinien znać dokładnie ustawę o ubezp. społ. z 28.3.1933 r., a już conajmniej tę jej część, która dotyczy ubezpieczenia na wypadek choroby, następnie statut u. s. oraz obowiązujące na terenie u. s. okólniki, normujące tryb postępowania lekarza domowego w razie skierowania chorego do szpitala, uznania go niezdolnym do pracy i t. p.

W przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy ubezpieczonego, lekarz domowy u. s. powinien zawiadomić o tym chorego i zaznaczyć to w jego legitymacji ubezpieczeniowej. Także w przypadku uznania chorego zdolnym do pracy należy mu to zawsze powiedzieć, aby zapobiec ewentualnym późniejszym roszczeniom ubezpieczonego o zasiłek chorobowy, ponieważ „sądził, że jest niezdolny do pracy", a lekarz mu tego nie powiedział. Wszelkie niedomówienia w tej dziedzinie są niepożądane i w razie sprzeciwu względnie protestu ze strony chorego, lekarz domowy musi skierować jego kartę choroby natychmiast do konsulenta wzgl. do komisji lekarskiej. W razie kilkudniowej niezdolności do pracy nie można później określić, jaka była zdolność do pracy chorego, zwłaszcza gdy ubezpieczony sam uważa się już za zdolnego do pracy.

Lekarz domowy powinien występować wobec chorego w roli dbałego opiekuna, służąc mu radą i pomocą i traktując go na równi z t. zw. „prywatnym chorym", jednak z większą jeszcze wyrozumiałością. Nikt bardziej od ubezpieczonych nie jest czuły na najmniejsze odchylenie od uprzejmości lekarza, nikt nie jest mniej wyrozumiały dla lekarza, jak ubezpieczeni i dlatego na **uprzejmość** lekarza wobec chorego kładę szczególny nacisk. Ponieważ ta uprzejmość zobowiązuje stronę drugą, z biegiem czasu ubezpieczeni będą odnosić się do swego lekarza z tym samym taktem i delikatnością, jakiej od niego doznają.

Ta uprzejmość wobec chorego nie może sięgać poza granicę lojalności wobec instytucji, i dlatego lekarz domowy nie może tolerować symulacji, agrawacji i nadużyć na szkodę instytucyj nb. społ. Naraża to na straty moralne i materialne zarówno instytucję jak i lekarza odpowiedzialnego przed instytucją nb. społ. za szkody wynikłe z jego zaniedbania.

Lekarz domowy ma nie tylko udostępnić pomoc lekarską ubezpieczonym przez zniesienie ogonków pośrednictwa biur, sekcji rejestracji i t. p. lecz nadto ma on rozpocząć bezpośrednią akcję zapobiegawczą, której dotychczas w ten sposób nie wykonywano, lub której nie wykonywano dotychczas wcale.

Lekarz domowy ma być opiekunem zdrowia wszystkich ubezpieczonych, powierzonych jego opiece. Ma on być doskonale zorjentowany w zdrowotności i zachorowalności osób zamieszkałych w jego terenie. Ma on roztoczyć opiekę lekarską nad osobami ciężarnymi, nad matką i dzieckiem oraz nad osobami, które pozostają w jednym mieszkaniu z chorymi na gruźlicę i t. p. Osoby ciężarne zajęte w przemyśle trzeba pouczyć o przysługujących im uprawnieniach, wynikających z ustawy z 2.7.1924 o pracy młodocianych i kobiet, w szczególności o tym, że w myśl art. 16 tej ustawy „kobieta w stanie ciąży ma prawo przerwać pracę z chwilą złożenia świadectwa lekarskiego że spodziewać się można rozwiązania nie później, niż za 6 tygodni", że „kobietom w stanie ciąży przysługuje prawo do korzystania z przerw w pracy nie dłuższych aniżeli 6 dni w ciągu jednego miesiąca", że „nie wolno zatrudniać kobiet w ciągu 6 tygodni od dnia porodu", że „w ciągu wszystkich przerw, przewidzianych tą ustawą pracodawcy nie wolno rozwiązać, ani wymówić służbowego stosunku pracy". Jeżeli lekarz domowy zada sobie pewien trud

i przeprowadzi dokładną analizę chorób, z którymi ubezpieczeni zgłaszają się u niego, może dojść do bardzo ciekawych wyników.

Z pracy Dra Dobrowolskiego — pierwszej tego rodzaju analizy chorych, którzy zasięgają porad u lekarza domowego — dowiedzieliśmy się, że kontyngent chorych z rozpoznaniem „nihil" stanowią chorzy niedożywieni, którzy pracują ciężko, często ponad swe siły, którzy tracą co dnia dwie lub trzy godziny na dojście do pracy, którzy późno przychodząc a wcześnie wychodząc z domu nie dosypiają i którzy mieszkają w fatalnych warunkach. Było by bardzo interesujące, gdyby więcej lekarzy domowych zechciało swoje materiały z tej dziedziny ogłosić, gdyż wówczas przekonalibyśmy się, czy dane uzyskane przez Dra Dobrowolskiego dadzą się przenieść na inne tereny, czy być może na innych terenach stosunki zdrowotne i materialne świata pracy są lepsze lub jeszcze gorsze. Opublikowanie tego rodzaju danych pozwoli na poruszenie opinii publicznej w sprawie uzyskania poprawy warunków bytu świata pracy, co niewątpliwie wpłynie korzystnie na poziom zdrowotności ogółu ludności państwa.

Należy się teraz zastanowić, czy praca lekarza domowego, pojęta w ten sposób jest możliwa do urzeczywistnienia i czy w praktyce jest w ten sposób wykonywana. Nie ulega żadnej wątpliwości, że tak pojęta praca lekarza domowego nie odpowiada wszystkim lekarzom domowym, że część ich nie spełnia swych obowiązków tak jak tego idea lekarza domowego wymaga. W pierwszym rzędzie nie wykonują swej pracy lekarze, zbyt przesiąkli sposobem dotychczas wykonywanej pracy w b. kasach chorych, nastawieni na dużą liczbę chorych, którzy zasięgali porady u lekarza w czasie jednego zachorzenia, a u innego lekarza w następnej chorobie (zależnie od przypadku). Z drugiej strony lekarze przepracowani, lekarze, którzy przyjmują nadmierne ilości chorych w swym gabinecie i którzy nie korzystają przy tym z pracy personelu pomocniczego nie będą mogli sprostać zadaniom stawianym lekarzowi domowemu. W nawale pracy lekarskiej, w nawale przyjęć chorych, braknie im czasu na akcję zapobiegawczą i na pracę społeczną, równie ważną, jak przyjmowanie chorych w gabinecie. Owoców pracy zapobiegawczej nie będziemy zbierać wcześnie — praca ta może wydać rezultaty później dopiero i dlatego wielu z lekarzy nie widząc jeszcze owoców swej pracy, zniechęca się do niej i przywiązuje wagę tylko do pracy w gabinecie, gdzie wszelkie choćby najmniejsze niedociągnięcia lub zaniedbania wywołują dosadną reakcję ze strony ubezpieczonego w postaci skarg i zażaleń na lekarza.

Kończąc, muszę stwierdzić, że charakter pracy lekarza domowego u. s. zmienił się zasadniczo. Nie wszyscy lekarze zdążyli już przestroić się do stawianych ich pracy wymagań. Niemniej jednak praca ta jest nie tylko możliwa do urzeczywistnienia, lecz w ten sposób pojęta okaże się dobroczynną w skutkach dla zdrowia społeczeństwa i dlatego należy ją konsekwentnie wykonywać i propagować.

EDWARD ARNEKKER

UBEZPIECZENIE CHOROBOWE W RÓŻNYCH KRAJACH EUROPY

Dr Claussen z Berlina podaje w jednym z numerów czasopisma „Deutsche Zeitschrift für öffentliche Versicherung und Volkswohlfart (Nr. 7 z 1936 roku) szczegółowe dane z historii ubezpieczenia chorobowego w poszczególnych krajach europejskich oraz z działalności tego ubezpieczenia. Otóż, jak się okazuje, w ostatnich latach około 60 milionów osób podlegało obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby, przy czym przymus ubezpieczenia na wypadek choroby coraz bardziej się rozszerza. Ponieważ cel tego ubezpieczenia jest we wszystkich krajach mniej więcej ten sam, przeto spotykamy w ubezpieczeniu na wypadek choroby w różnych krajach wiele analogij i zbieżności.

I. Powstanie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie na wypadek choroby weszło w życie przede wszystkim w stosunku do **zatrudnionych w przemyśle i handlu** i następnie dopiero rozpowszechniło się na inne kategorie osób. Przodują tutaj Niemcy, które już w roku 1883 wprowadziły u siebie obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby dla tych właśnie kategorii osób. W innych krajach ten rodzaj ubezpieczenia wprowadzany był w stosunku do zatrudnionych w przemyśle i handlu w następującej kolejności chronologicznej:

Przed wojną:

Niemcy	1883—1885
Austria	1888
Węgry	1891—1929
Luksemburg	1901
Norwegia	1909
Anglia	1911
Irlandia	1911
Rumunia	1912

Po wojnie:

Bułgaria	1918
Polska	1920
Włochy	1929—1930
Francja	1930
Dania	1933
Grecja	1934

Jak widać z powyższej tablicy, Polska zajmuje wśród państw które po wojnie wprowadziły u siebie obowiązkowe ubezpieczenie drugie miejsce, zaraz po Bułgarii. Zaznaczyć należy, że w państwach nowopowstałych ubezpieczenie chorobowe oparte było w początkowym okresie przeważnie na ustawodawstwach okresu zaborczego.

II. Zakres ubezpieczenia.

Ponieważ **ubezpieczenie chorobe w rolnictwie** napotykało na poważne trudności, wobec niskich płac i odrębnego poziomu życia ubezpieczonego, przeto wykształciło się ono później i nie zostało wprowadzone we wszystkich krajach. Kolejność wprowadzania tego ubezpieczenia w stosunku do zatrudnionych w rolnictwie była następująca:

Niemcy	1886 i 1911
Anglia	1911
Irlandia	1911
Norwegia	1915
Czechosłowacja	1919
Portugalia	1919
Polska	1920 [1])
Austria	1921
Bułgaria	1924
Francja	1930

Natomiast w takich krajach, jak: Estonia, Grecja, Łotwa, Luksemburg, Rumunia, Jugosławia i Węgry zatrudnieni w rolnictwie nie są obowiązani do ubezpieczenia chorobowego. W Polsce robotnicy rolni zostali w roku 1933-im wyłączeni spod obowiązku ubezpieczenia chorobowego.

Następną grupą, na którą z kolei rozszerzano ubezpieczenie chorobowe była **służba domowa:** weszła ona stosunkowo późno do tego ubezpieczenia i do dziś tylko niewiele krajów rozciągnęło obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby na tę kategorję pracowników. Poniżej podana mapka, zaczerpnięta z artykułu wymienionego na wstępie autora, wskazuje, które z krajów europejskich wprowadziły u siebie obowiązek ubezpieczenia dla **wszystkich** grup pracowników, które wprowadziły ten obowiązek tylko dla pewnych grup pracowników i wreszcie te kraje europejskie, które zachowały u siebie dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby. W pierwszej kategorii znajdujemy 11 krajów, w drugiej — 10 krajów, a w trzeciej — 5 krajów:

III. Liczby osób objętych ubezpieczeniem.

Aby zilustrować społeczne znaczenie ubezpieczenia na wypadek choroby nie wystarczy jednak ograniczyć się do wymienienia krajów, które ubezpieczenie to wprowadziły oraz tych, które tego nie uczyniły. Poniżej wskazujemy dane, wzięte od tegoż autora, a dotyczące udziału ubezpieczonych na wypadek choroby w ogólnej liczbie ludności, oraz wśród zawodowo czynnych:

Tablica Nr 1. Ubezpieczeni na wypadek choroby i udział ich wśród ogółu ludności oraz wśród ludności zawodowo czynnej.

Kraje	Rok	Ludność w milionach	Liczba zawodowo czynnych w miljonach	Liczba ubezpieczonych w milionach	Ubezpieczeni stanowią w % ogółu	
					ludności	zawodowo czynnych
1. Anglia i Północna Irlandia	1933	45,0	21,0	18,9	42	90
2. Szwajcaria	1932	4,1	1,9	1,4	35	76
3. Niemcy	1934	67,8	32,0	19,9	30	62
4. Norwegia	1933	2,8	1,2	0,7	24	51
5. Szwecja	1932	6,2	2,6	1,2	20	47
6. Wolna Irlandia	1933	2,9	1,3	0,5	16	36
7. Czechosłowacja	1932	15,0	7,0	2,5	16	35
8. Francja	1934	42,0	21,4	7,0	17	33
9. Austria	1933	6,8	3,2	1,0	15	31
10. Węgry	1933	8,7	3,7	0,9	10	23
11. Polska	1932	32,4	13,4	2,7	8	16
12. Łotwa	1934	2,0	1,1	0,17	8	15
13. Włochy	1933—4	42,6	17,3	1,6	4	9

Jak widać z powyższych danych, w krajach silnie uprzemysłowionych i o znacznym odsetku ludności miejskiej ubezpieczeni na wypadek choroby obejmują prawie całą ludność zawodowo czynną. Gdyby dodać do niej jeszcze te osoby spośród członków rodziny ubezpieczonych, które posiadają uprawnienia do świadczeń chorobowych, to okazałoby się, że liczba osób ogółem uprawnionych do świadczeń przewyższa liczbę osób zawodowo czynnych.

Polska wypadła w tym zestawieniu na jednym z miejsc końcowych, pomimo tego, że dane dotyczą 1932 roku, a więc okresu, w którym należeli jeszcze częściowo do ubezpieczenia chorobowego pracownicy rolni, którzy w następnym roku odpadli od tego ubezpieczenia, co znacznie zmniejszyło liczbę ubezpieczonych. Ponieważ zaś liczba ludności szybko wzrasta, przeto dla chwili obecnej stan rzeczy jest jeszcze poniżej stanu wykazanego w tabeli. Włochy w międzyczasie znacznie rozszerzyły ubezpieczenie chorobowe tak, że w tabeli znajdą się obecnie na korzystniejszym miejscu. Poza tym we Włoszech bardzo jest rozwinięte ubezpieczenie na wypadek gruźlicy, które obejmuje około 6 milionów osób i wobec tego powinno wpłynąć w pewnym przynajmniej stopniu na ów niekorzystny stosunek.

Pamiętać należy o tym, że w obliczeniach powyższych nie uwzględnieni zostali członkowie rodziny ubezpieczonych, którzy mają prawo do świadczeń; aby uzyskać właściwy obraz zasięgu ubezpieczenia chorobowego w poszczególnych krajach należałoby ująć i tych, którzy posiadają prawa do świadczeń. Analizując też stosunek ubezpieczonych do ludności zachować trzeba w pamięci, że w tych krajach (do których i Polska należy), w których jest znaczny udział samodzielnie zarobkujących, w szczególności — drobnych właścicieli rolnych, spada odpowiednio udział najemników i wobec tego spada też udział ubezpieczonych od choroby. W Polsce, w której wśród ludności udział drobnego włościaństwa jest bardzo znaczny, zmniejsza się odpowiednio udział tych, którzy należą do klas najemnych, wpływa to zaś na obniżenie odsetka ubezpieczonych w odniesieniu do ogółu ludności.

[1]) Częściowo.

IV. Kategorie osób wyłączone spod obowiązku ubezpieczenia.

Przechodząc do poszczególnych grup osób obowiązanych do ubezpieczenia, zwrócić należy uwagę na różnice, jakie zachodzą w tym zakresie, w szczególności — między obowiązkiem ubezpieczenia pracowników umysłowych, a obowiązkiem ubezpieczenia robotników. Najczęściej spotykamy się z wypadkiem, że obowiązek ubezpieczenia dotyczy wszystkich robotników, natomiast w stosunku do pracowników umysłowych istnieją pewne ograniczenia, polegające na tym, że powyżej pewnego maksimum zarobku obowiązek ubezpieczenia pracownika umysłowego ustaje. W poszczególnych krajach obowiązek ubezpieczenia ustaje przy następującej granicy zarobkowej:

1. w Niemczech — przy 3.600 marek rocznie (dla prac. umysłowych)
2. w Anglii — „ 250 funtów rocznie (dla wszystkich ubezp.)
3. na Węgrzech — „ 3.600 pengo' rocznie lub 300 pengo' miesięcznie (dla prac. umysł.)
4. w Norwegii — „ 5.400 koron (dla wszystkich ubezpieczonych)
5. we Francji — „ 15.000 frs. i 18.000 w miastach powyżej 200 tys. ludności oraz 2.000 frs. więcej na każde dziecko (dla wszystkich ubezpieczonych)
6. w Polsce — „ 725 złotych miesięcznie (dla wszystkich ubezpieczonych)
7. na Litwie — „ 400 litów
8. w Holandii — „ 3.000 guldenów

Spośród ogółu robotników obowiązek ubezpieczenia nie dotyczy pewnych kategoryj, które prawodawstwo ubezpieczeniowe wyłącza od obowiązku ubezpieczenia. Dotyczy to przede wszystkich uczniów, chałupników oraz osób o niestałym zajęciu. Uczniowie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia nawet w wypadku, gdy nie otrzymują wynagrodzenia w gotówce w takich krajach, jak: Niemcy, Dania, Francja, Norwegia, Austria, Polska, Jugosławia oraz Czechosłowacja. W Anglii i w Holandii są obowiązani do ubezpieczenia, gdy otrzymują wynagrodzenie w gotówce. Co się tyczy chałupników, to trudność wyraźnego odgraniczenia tej grupy powoduje, że niezawsze są oni obowiązani do ubezpieczenia na wypadek choroby; nie zawsze się też daje tutaj określić kogo należy uważać za pracodawcę, a kogo za pracownika. Mimo to jednak większość prawodawstw ubezpieczeniowych stoi na stanowisku obowiązku ubezpieczenia chałupników. W Anglji mogą być pewne grupy chałupników zwolnione od obowiązku ubezpieczenia drogą zarządzenia władz ubezpieczeniowych.

Co się tyczy osób zatrudnionych tylko przejściowo lub zarobkujących pobocznie, oraz pracowników sezonowych, to naogół przepisy ubezpieczeniowe zwalniają ich od obowiązku ubezpieczenia. Mimo to, wszędzie istnieje tendencja, aby i tę trudną do ujęcia grupę osób poddać obowiązkowi ubezpieczenia. Także służba domowa dotąd przeważnie nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia, ponieważ przedstawia ona większe ryzyko; z wymienionego powodu ubezpieczenie to np. na Węgrzech zostało zupełnie oddzielone od reszty ubezpieczenia chorobowego i wyznaczona jest specjalna składka ubezpieczeniowa.

V. Świadczenia i ich wartość.

Świadczenia ubezpieczenia chorobowego w poszczególnych krajach i porównywanie ich ze sobą jest trudne i ryzykowne. Sumy pieniężne na jednego ubezpieczonego nie dają możności porównania i trzeba je przeliczyć w sposób, który pozwoli się zorientować w ich realnej wartości. Z tych powodów sumy pieniężne, uzyskane jako świadczenia na 1 ubezpieczonego w poszczególnych krajach, Claussen przelicza na ilość chleba, którą można kupić w danym kraju za powyższą sumę. W ten sposób dowiadujemy się, co warte jest dane świadczenie „w chlebie". Oprócz tego, biorąc za podstawę pojęcie „koszyków żywności", którym posługuje się dla porównań Międzynarodowe Biuro Pracy, Claussen czyni próbę uzyskania danych, ile takich koszyków żywności możnaby za sumę świadczenia chorobowego kupić sobie w każdym z analizowanych krajów. Gdyby jeszcze uwzględnić, idąc tą drogą dalej, wydatki na mieszkanie, ubranie i wydatki kulturalne, — możnaby, zdaniem autora, przyjść do innych wniosków, ale — jak wskazują poczynione próby — jego zdaniem kolejność krajów w ten sposób zaszeregowanych niezbyt się zmieni.

Tablica Nr 2. Porównanie dochodów i wydatków w ubezpieczeniu chorobowym w różnych krajach

Kraje	Rok	Waluta	Dochody w milionach	Wydatki w milionach	Wydatki na 1 ubezpiecz.
1. Niemcy	1934	marek	1 280	1 260	66 marek
2. Dania	1932	koron	48	49	23 koron
3. Anglia	1933	funtów	39	38	2 funty
4. Irlandia	1933	„	1,1	1	2,1 „
5. Włochy:					
robotnicy	1933	lirów	71	58	51 lirów
prac. umysł.	1933	„	33	21	
6. Jugosławia	1933	dinarów	260	243	440 dinarów
7. Norwegia	1932	koron	36	36	53 koron
8. Austria:					
robotnicy	1933	szylingów	83	84	120 szylingów
prac. umysł.	1933	„	35	34	
9. Polska	1932	złotych	243	245	112 złotych
10. Szwajcaria	1932	franków	79	77	54 franki
11 Czechosłowacja	1932	koron	1 084	1 120	456 koron
12. Węgry	1932	pengö	61	56	65 pengö

W stosunku do Polski dane te są już przestarzałe, ponieważ w roku 1935 świadczenia te nie przewyższają sumy 47 złotych. W przeliczeniu na „ilość chleba" oraz na „koszyki żywności" z uwzględnieniem charakteru danego kraju przedstawiają się świadczenia chorobowe, jak następuje:

Tablica Nr 3. Poziom świadczeń ubezpieczenia chorobowego w przeliczeniu na artykuły spożywcze

Kraje	Świadczenia na 1 ubezb. w walucie danego kraju	Świadczenia w przeliczeniu na:	
		chleb w kg.	„koszyki żywności"
Kraje przemysłowe			
1. Niemcy . .	66 Marek	200	12
2. Anglia . .	2 Funty	117	6
3. Szwajcaria .	54 Franków	163	7
Kraje rolnicze			
4. Polska . .	112 złotych	296	19
5. Włochy . .	51 Lirów	29	2
6. Jugosławia .	440 Dinarów	?	8
7. Węgry . .	65 Pengö	171	11

Jak widzimy, świadczenia ubezpieczenia chorobowego w przeliczeniu na żywność przedstawają się w krajach rolniczych wcale pokaźnie w porównaniu z takimi samymi świadczeniami w krajach przemysłowych: niewątpliwie wpłynęły tutaj na wysokość obliczenia — czego autor nie mógł wyeliminować — niższe ceny środków żywności w krajach rolniczych, co w szczególności w takim kraju, jak Polska, musiało wpłynąć bardzo silnie na obliczenia.

Właściwszym było by przyjęcie dla porównań Dr Claussena innych kryteriów porównawczych, aniżeli ceny środków żywności. Raczej należałoby wziąć za podstawę ceny artykułów codziennego użytku, ale uwzględniając w wysokim stopniu raczej artykuły przemysłowe aniżeli rolnicze. Tego rodzaju obliczenie spowodowałoby niewątpliwie znaczne przesunięcia w kolejności zaszeregowania krajów w tabeli świadczeń ubezpieczenia chorobowego.

VI. Wysokość składek i zasiłków.

Przechodzę obecnie do podziału składki i jej wysokości oraz do poziomu zasiłków pieniężnych w stosunku do zarobku zasadniczego. Dane te dla poszczególnych krajów przedstawiają się w sposób następujący:

Tablica Nr 4. Składki i zasiłki w ubezpieczeniu chorobowym w różnych krajach:

Kraje	Składka w % zarobku wynosi	Jaką część składki opłaca:		Wysokość zasiłku chorobowego w stosunku do zarobku zasadniczego	Maksymalna liczba tygodni, na które przyznaje się zasiłek chorobowy
		ubezpieczony	pracodawca		
1. Francja . . .	9%*)	1/2	1/2		26 tygodni
2. Grecja . . .	4%	—	—	od 6 do 108 drachm	180 dni
3. Anglia . . .	$4^1/_2$ pensów tygodniowo	—	—	dla wszystkich jednakowy, niezależny od zarobku	26 tygodni
4. Holandia . .	5%	—	—	80%	6 tygodni
5. POLSKA . .	5% i 4,6%	1/2	1/2	50%	180 dni (w okresie 12-mies.)
6. Czechosłowacja	przeciętnie 5,59%	1/2	1/2	50—66%	52 tygodnie
7. Węgry . . .	4 i 5%	1/2	1/2	60%	52 tygodnie
8. Niemcy . . .	przeciętnie 5,25%	2/3	1/3	50%	26 tygodni
9. Estonia . . .	—	—	—	50%	—
10. Luksemburg .	—	2/3	1/3	50%	—
11. Rumunia . . .	—	całość	—	—	6 tygodni
12. Norwegia . .	—	6/10 **)	1/10	60%	180 dni (w okresie 12-mies.)
13. Łotwa . . .	—	1/2	1/2	66%	26 tygodni
14. Austria . . .	4,25 i 6,25%	2/3	1/3	66%	52 tygodnie
15. Dania	19 koron rocznie	—	—	5/6 zarobku od 0,4 do 6 koron dziennie	26 tygodni (w okresie 12-mies.)
16. Szwajcaria . .	—	—	—	—	180 dni (w okresie 360 dni)
17. Jugosławia . .	9,5—10% **)	1/2	1/2	—	26 tygodni
18. Włochy . . .	—	—	—	—	26 tygodni (w okresie 12-mies.)

*) razem z ubezpieczeniem inwalidzkim.
**) państwo i gminy wypłacają resztę t. j. $^3/_{10}$ składki.

Jeszcze trudniej aniżeli zasiłki w gotówce dają się porównywać inne elementy świadczenia chorobowego. Co się tyczy zasiłku pośmiertnego, to przeważnie wynosi on od 20 do 45-krotnego zarobku dziennego (w Niemczech, Łotwie, Austrii, Polsce, Czechosłowacji, Jugosławii i Węgrzech).

VII. Służba lekarska.

Wiele dyskusyj powoduje sprawa wolnego wyboru lekarza. W Anglii może ubezpieczony zwrócić się do każdego z lekarzy, który zawarł odpowiednią umowę i należy do lekarzy ubezpieczeniowych. W większości krajów może ubezpieczony wybierać wśród pewnej liczby lekarzy, dopuszczonych do leczenia ubezpieczonych. W Bułgarii przeprowadzano w tym kierunku doświadczenia, aby wreszcie stworzyć w roku 1931 w miastach instytucję lekarza domowego, który skierowuje chorych do specjalistów. Ponieważ jednak nie dało to dobrych rezultatów, powrócono do koncepcji wolnego wyboru lekarza. We Francji ubezpieczony opłaca sam lekarza i uzyskuje od kasy chorych zwrot honorariów według przyjętej z góry taryfy, lekarz natomiast ma wolną rękę w oznaczaniu swego honorarium: w rezultacie chory ponosi koszta od 15 do 20% kosztów lekarza. Podobnie jest sprawa uregulowana w Luksemburgu. We Włoszech ubezpieczony uzyskuje 25% zasiłku chorobowego na koszta lekarza. W Norwegii i Litwie jest przewidziany zwrot ubezpieczonemu kosztów rzeczowych. W związku z kryzysem naogół istnieje tendencja do obciążania ubezpieczonego częścią kosztów lekarza i lekarstwa. We Francji ponosi on 15% kosztów lekarstw; w Luksemburgu opłaca ¼ część kosztów lekarza i lekarstw. Na Węgrzech opłaca się za wizytę u lekarza 0,2 pengö i za środek leczniczy 0,3 pengö.

VIII. Uwagi końcowe.

Ten ogólny przegląd ubezpieczenia chorobowego w Europie wskazuje, że na ogół upowszechnia się coraz bardziej przekonanie, iż ubezpieczenie chorobowe powinno mieć charakter przymusowy w stosunku do wszystkich pracowników, przy czym w niektórych krajach nabiera ono już obecnie charakteru ubezpieczenia, które obejmuje wszystkich obywateli, jak np. w niektórych kantonach Szwajcarii oraz — w pewnym stopniu — istniejące obecnie ubezpieczenie duńskie, które obejmuje ubezpieczeniem wszystkich obywateli, ale dzieli ich na członków czynnych i biernych ubezpieczenia. Zdaniem Claussena, zaczyna w Europie przeważać raczej typ ubezpieczenia przyjętego przez Niemcy, aniżeli przez Anglię, t. j. o jednakowej dla wszystkich składce i jednolitym świadczeniu.

JÓZEF JANIAK

DZIAŁALNOŚĆ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I INNYCH UBEZPIECZEŃ W ŚWIETLE CYFR

Obok ubezpieczeń społecznych, przeznaczonych dla osób należących do ściśle określonej grupy społecznej „pracowników najemnych", działają urządzenia gospodarcze, których celem jest ochrona jednostek niezależnie od ich roli i sytuacji społecznej przed grożącymi im zdarzeniami losowymi. Zadania gospodarcze mogą stanowić tylko jedną stronę działalności ubezpieczeń obok wielu innych, jednak głównym celem tych urządzeń jest zapewnienie pokrycia przyszłych potrzeb majątkowych, powstałych wskutek zajścia pewnych zjawisk losowych. Instytucje ubezpieczeniowe powinny więc możliwie jak największą część dochodów skierować na pokrycie odszkodowań za zaszłe wypadki — na wypłatę świadczeń. Ocenić działalność tych urządzeń możemy przez porównanie ofiar na rzecz ubezpieczeń i korzyści społecznych, jakie się stąd odnosi. Oczywiście, że pewna część funduszów, zbieranych przez zakłady ubezpieczeń nie ma charakteru społecznie cennego — są to koszty administracji związane z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej. Koszty te są rzeczą konieczną, ale przerost ich obniża wartość ekonomiczną ubezpieczeń i postawić może nawet ich istnienie pod znakiem zapytania. Jednak ocena dopuszczalnej granicy wysokości tych kosztów jest o ile nie niemożliwą, to w każdym razie ogromnie trudna. Na względną ich wysokość nawet w tym samym ubezpieczeniu wpływa nie tylko stopa składki ale i wysokość sum ubezpieczonych ew. zarobków. Kryterium oceny kosztów administracji można byłoby uzyskać dopiero po rozstrzygnięciu pytania: za jaką cenę opłaca się mieć te korzyści, jakie daje nam zorganizowanie ubezpieczenia i zapewnienie wypłaty świadczeń? Zadanie nasze zwęzimy jednak znacznie, bowiem celem naszym nie jest rozstrzyganie, czy wykazane koszty są właściwe danemu ubezpieczeniu — chodzi nam raczej o dostarczenie dostępnych danych, któreby we właściwy sposób mogły zobrazować działalność poszczególnych rodzajów ubezpieczycieli. Zresztą treść dalszych wywodów rzuci nieco światła na prawdziwe znaczenie i wartość poszczególnych cyfr.

Pozostawiając na razie na uboczu ubezpieczenia społeczne, przejdźmy do ubezpieczeń niespołecznych, które działając w obrębie tego samego organizmu gospodarczego w podobny sposób nań oddziaływują. Wprowadzimy pewne klasyfikacje tych ubezpieczeń i postaramy się pokrótce je uzasadnić.

Charakter prawny ubezpieczyciela i sposób powstania stosunku ubezpieczeniowego każe nam odróżniać ubezpieczenia **prywatne**, oparte na zasadach wyłącznie handlowych i **publiczne**, powołane do spełniania zadań publicznych, którym prawo nadało osobowość prawną, oraz ubezpieczenia **dobrowolne** i powstałe z woli prawa w drodze **przymusowej.**

Mówiąc więc o ubezpieczeniach działających na terenie Polski, nad którymi władzę nadzorczą sprawuje Minister Skarbu przez swój organ Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń, a które to dla odróżnienia od ubezpieczeń **społecznych** nazywamy ubezpieczeniami **„indywidualnymi"**, będziemy się starali wśród nich odrębnie scharakteryzować wyniki działalności ubezpieczeń prywatnych i ubezpieczeń publicznych. Do grupy

ubezpieczycieli prywatnych, z którymi stosunek ubezpieczeniowy powstaje wyłącznie na drodze umowy dobrowolnej zaliczymy: 1) krajowe zakłady akcyjne, 2) większe zakłady wzajemne i 3) zakłady zagraniczne, działające w Polsce. W grupie drugiej, ubezpieczycieli publicznych, znajdują się tacy ubezpieczyciele jak: Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych z działem dobrowolnym i przymusowym (dział przymusowego ubezpieczenia nieruchomości od ognia będziemy wyodrębniali), Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych w Poznaniu, P. K. O. — osoba prawa publicznego, właściwie wykonywująca prywatne ubezpieczenie na życie.

Zadania i cele ubezpieczycieli publicznych staną się widoczne po scharakteryzowaniu ubezpieczeń prywatnych. Powszechnie wiadomym jest, że kapitał garnie się do wszelkiej działalności gospodarczej, gdy ma widoki dostatecznego oprocentowania. Korzyść gospodarcza jest jedynym momentem jego działalności. To samo odnosi się do kapitału zainwestowanego w prywatnych urządzeniach ubezpieczeniowych. Składka odgrywa tu rolę ceny ubezpieczenia. To też powinna ona być kalkulowana na podstawach technicznych z uwzględnieniem rzetelnego zysku. Jednak dążenie do osiągnięcia nadmiernego zysku powoduje porozumienie się ubezpieczycieli i składki są podwyższane ponad potrzeby techniczne przy równoczesnym pogarszaniu warunków polisowych. Tendencje przeciwne, zmierzające do obniżenia składek poniżej poziomu rzeczywistej ich kalkulacji, spowodowane jedynie względami konkurencji bez liczenia się ze stanem finansowym, a więc i odpowiedzialności wobec ubezpieczonych, są paraliżowane przez instytucję nadzorczą nad tymi zakładami. Rywalizując z prywatnymi ubezpieczycielami, ubezpieczyciele publiczni zmuszają ich do uwzględnienia w działalności w większym stopniu interesów ubezpieczonych oraz do usunięcia metod pracy, szkodliwych z punktu widzenia dobra społecznego.

Przed ubezpieczycielami publicznymi postawimy więc zadania:

1) ubezpieczenie ryzyk, którymi nie interesują się ubezpieczyciele prywatni,

2) regulowanie stosunków na rynku ubezpieczeniowym,

3) realizację państwowej polityki gospodarczej na odcinku ubezpieczeniowym.

W świetle tych rozważań jasne staje się to, że ubezpieczyciele publiczni nie tylko zużywają dużo większe stosunkowo kwoty na wypłatę odszkodowań, wykazując jednocześnie mniejsze koszty administracji (por. zest. VI), ale uczestniczą w dość wysokim stopniu w akcji zapobiegawczej, w czym niewielkie zainteresowanie wykazują ubezpieczyciele prywatni. Zredukowanie możliwości wypadkowych zmniejsza atrakcyjność ubezpieczenia, a to nie leży w interesie tych ostatnich ubezpieczycieli *).

Musimy zaznaczyć, że sytuacja zakładów prywatnych jest technicznie i finansowo trudna, ze względu na niewielkie portfele i znaczną rozpiętość ryzyk. Uciekają się one zatem do unikania ryzyk gorszych, dokonywując automatycznie ich selekcji i przez to do pewnego stopnia łagodząc swoje gorsze położenie, oraz przekazują część portfelu reasekuratorom przeważnie zagranicznym. Obie te czynności, jedna z punktu widzenia społecznego, druga — gospodarczej polityki państwowej są zupełnie niepożądane.

W dokonanym podziale pewne zastrzeżenia mogło by budzić włączenie większych towarzystw wzajemnych do grupy ubezpieczycieli prywatnych. Zakłady te w istocie swej zasadniczo różnią się od towarzystw akcyjnych — w działalności swej w praktyce zbliżają się jednak do nich. Aczkolwiek powstałe ze zrzeszenia osób, mających sobie i osobom trzecim zapewnić wypłatę świadczeń, są bardzo luźno związane z ubezpieczonymi i reprezentują raczej interesy pewnej nielicznej grupy, instytucją tą władającej. Towarzystwa te nie stosują systemu czystej repartycji, charakterystycznej dla drobnych zakładów wzajemnych, a plan swej działalności opierają raczej na składce stałej, unikając zarówno ruchomej skali składek, jak i dostosowywania poziomu świadczeń do aktualnej sytuacji finansowej. Przy pozyskiwaniu ubezpieczeń towarzystwa te posługują się również pośrednikami — cechy powyższe pozbawiają je więc wzajemności w ścisłym tego słowa znaczeniu, a korzystanie z kapitałów obcych zupełnie te zakłady od nich uzależniło i obecnie w ich działalności trudno doszukać się praktycznych różnic z towarzystwami akcyjnymi.

W przeciwieństwie do zakładów wzajemnych większych liczne towarzystwa wzajemne mniejsze przez ścisłe ograniczenie terenu działalności, zawieranie stosunku ubezpieczeniowego prawie wyłącznie z członkami towarzystwa należącymi do pewnego zawodu, przez brak pośrednictwa, tanią administrację (część stanowisk honorowych) znajdują się w zupełnie odmiennych warunkach, które czynią towarzystwa te nieporównywalnymi z żadnymi innymi podobnymi urządzeniami. Wydawało się więc najwłaściwiej nie wykazywać ich działalności, tym bardziej, że zakres jej jest minimalny, a składki nie przekraczają dla wszystkich towarzystw kwoty miliona złotych rocznie.

To cośmy dotychczas powiedzieli o podziale ubezpieczeń nie pozwoli nam jeszcze na wyciąganie wniosków z działalności poszczególnych ubezpieczycieli. Dopiero uwzględnienie przedmiotu, który może być dotknięty określonym zdarzeniem losowym, a więc podział ubezpieczeń na **osobowe** i **majątkowe** (rzeczowe), przedstawi nam do pewnego stopnia we właściwym świetle rozpatrywane urządzenia.

Cechą istotną ubezpieczeń **rzeczowych** jest ich krótki, ściśle określony okres trwania stosunku ubezpieczeniowego, w czasie którego wypadki losowe zachodzą mniej więcej równomiernie — stopień niebezpieczeństwa pozostaje bez zmian. Z reguły ubezpieczenia te są zawierane na okres roczny. Oczywiście ubezpieczyciel odszkodowuje wyrządzone szkody zaszłe w okresie trwania stosunku ubezpieczeniowego tylko do wysokości rzeczywistej straty, w granicach sumy ubezpieczenia i to przeważnie jednorazowo. Z tego już widać, że gospodarka takiego urządzenia będzie oparta przede wszystkim na preliminarzach rocznych. Coroczne wpływy mogą być całkowicie wydatkowane. Ponieważ przebieg wypadków losowych w poszczególnych latach będzie odbiegał od przyjętej przeciętnej normy, która służyła do kalkulacji technicznej tego ubezpieczenia, stąd też i rozchody będą ulegać wahaniom. Dla uchronienia

*) Ustawa z dnia 13.III.1934 r. o ochronie przed pożarami i innymi klęskami wprowadziła również i na zakłady prywatne obowiązek uczestniczenia w akcji prewencyjnej.

się przed skutkami niedoborów tworzy się „fundusze rezerwowe", nie zmieniając w niczym stosowanego systemu finansowego. Tak więc już okres roczny może nam dać pewien obraz działalności takiego urządzenia, bowiem lata następne wykażą tylko nieznaczne odchylenia, chyba że trafimy na jakieś zaburzenia gospodarcze, bądź reorganizacje, które doraźnie zwiększają koszty, a których skutki okazują się dopiero w przyszłości.

W ubezpieczeniu osób na przebieg działalności finansowej wpływa sposób pokrywania ryzyka, a więc czy składka ma pokrywać tylko świadczenia bieżące, czy także rezerwy na świadczenia okresów dalszych? Stąd też dzielimy je na ubezpieczenia **krótko** i **długoterminowe**. Pierwsze z nich pod względem techniki ubezpieczeniowej nie różnią się od ubezpieczeń rzeczowych. Stopień ryzyka nie ulega tu zmianom z okresu na okres. Te zasady działalności, które poprzednio przedstawiliśmy możemy w całości teraz zastosować. Z tego powodu do naszych zestawień z podanego w „Rocznikach P. U. K. U." działu ubezpieczeń osobowych wyłączymy ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, oraz należący właściwie do ubezpieczeń majątkowych dział odpowiedzialności cywilnej, wyodrębniając w osobną grupę jedynie ubezpieczenie na życie.

W ubezpieczeniu na życie stopień ryzyka stale wzrasta z wiekiem ubezpieczonego. Składka musiałaby zatem z roku na rok także wzrastać. Ubezpieczenia te z reguły są zawierane na szereg lat i świadczenia z ich tytułu są oczekiwane po dłuższym przeciągu czasu. Ustalona w chwili zawarcia umowy ubezpieczeniowej składka, przeważnie niezmienna, zawiera więc nietylko część przeznaczoną na pokrycie zapotrzebowania danego okresu ubezpieczeniowego (ryzyko-składka), ale również część, z której tworzą się nadwyżki na wyrównanie przyszłego wzrostu stopnia ryzyka (składka oszczędnościowa). Nadwyżki te wraz z oprocentowaniem tworzą fundusze, umożliwiające ubezpieczycielowi pokrycie wszystkich zobowiązań z tytułu ubezpieczenia. Fundusze te stanowią t. zw. rezerwy techniczne (rezerwy składek).

Nie wdając się w bliższe rozważania systemów finansowych, jakie mogą być i są stosowane w tych ubezpieczeniach, widzimy że tu nie wystarczą preliminarze roczne — początkowy okres działalności wykazywać będzie ogromne nadwyżki składek nad świadczeniami, za to w okresie późniejszym, gdy ilość wypadków losowych zacznie gwałtownie wzrastać, składki nie wystarczą na pokrycie świadczeń i trzeba je będzie uzupełniać z oprocentowania, bądź z samych rezerw. Kształtowanie się świadczeń w działach ubezpieczeń na życie zależy więc w pierwszym rzędzie od składu portfelu ubezpieczonych pod względem przebytego w ubezpieczeniu okresu. Stąd też wynika różna wysokość świadczeń w dziale ubezpieczeń na życie w zakładach prywatnych i publicznych. Te ostatnie wykazują wprawdzie niższe stosunkowo świadczenia, niż zakłady prywatne (nawet pomijając wahania czysto koniunkturalne i związane z tym przedwczesne rozwiązywanie umów w formie wykupów, co silniej dotknęło zakłady prywatne), lecz należy zważyć, że P. K. O., do której prawie całkowicie należy portfel ubezpieczenia na życie w zakładach publicznych, rozpoczęła swą działalność ubezpieczeniową dopiero od 1928 r.

Podobnie, jak przy rozpatrywaniu świadczeń, tak i przy badaniu kosztów administracji należy oddzielnie rozważyć ubezpieczenia na życie i inne działy ubezpieczeń. W ubezpieczeniach rzeczowych, wymagających z reguły dużo większych kosztów administracyjnych, musimy uwzględnić koszty corocznej akwizycji. W ubezpieczeniach na życie koszty akwizycji obciążają ubezpieczenie przede wszystkim w początkowej jego fazie i zmniejszają się stosunkowo w miarę wzrastania portfelu i większego w nim udziału ubezpieczeń dawniej zawartych.

Powyższe uwagi natury dość ogólnej, które odnieśliśmy do ubezpieczeń „indywidualnych", ułatwią nam niezmiernie omówienie ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenia społeczne mają wszystkie wspólny cel i wszystkie zostały powołane z woli prawa w drodze przymusowej. Są one narzędziem polityki społecznej i mają na celu odszkodowanie tych ryzyk, które grożą pracownikowi najemnemu wskutek utraty całkowitej lub częściowej możności zarobkowania. Ze względu na ryzyko odróżniamy w nich **ubezpieczenia emerytalne, ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych, ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa** wreszcie **ubezpieczenie na wypadek braku pracy.**

To cośmy powiedzieli o ubezpieczeniu osób, odróżniając w nim dwojakiego rodzaju ryzyka i związane z tym rodzaje świadczeń, możemy odnieść do ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenie na wypadek choroby oraz ubezpieczenie na wypadek braku pracy mają do czynienia z potrzebami w zasadzie częstotliwymi, które stają się aktualne w czasie najbliższym. Są one powołane do zaspakajania potrzeb dnia dzisiejszego. Ubezpieczenia emerytalne mają zapewnić pokrycie potrzeb przyszłych.

Dla zaznaczenia wpływu struktury ubezpieczonych na działalność podobnych rodzajów ubezpieczenia, a równocześnie wykazania w jakim stopniu na wysokość świadczeń emerytalnych wpływa skład portfelu ubezpieczonych pod względem nabytych przez nich praw (przebytego okresu ubezpieczenia), wyodrębniono ubezpieczenie pracowników umysłowych od ubezpieczenia robotników, o ile taki podział był możliwy.

Wypada wreszcie zaznaczyć, że w ubezpieczeniach o świadczeniach długoterminowych choć stopień ryzyka nie wzrasta z biegiem czasu, np. w ubezpieczeniu od wypadków, to jednak wzrasta ciężar zobowiązań instytucji, wskutek tego, że świadczenia są wypłacane przez szereg lat i z roku na rok zwiększa się ilość świadczeń.

Wobec stosowania w ubezpieczeniu wypadkowym różnych systemów finansowych przed rokiem 1934 przez poszczególne zakłady ubezpieczeń społecznych, wyciąganie wniosków z cyfr podanych dla tego ubezpieczenia winno być nacechowane ostrożnością.

Te rozważania pozwolą nam do pewnego stopnia na ocenę rozmiarów i skuteczności działania ubezpieczeń społecznych z jednej strony i ubezpieczeń „indywidualnych" z drugiej. Jak zaznaczyliśmy, do takiej oceny użyjemy zebranych (przypisanych) przez ubezpieczycieli składek, przeciwstawiając im wydatki na świadczenia i koszty administracji. Dalsza działalność, a więc kapitalizacja i związane z tym czerpanie dodatkowych dochodów z odsetek oraz finansowanie życia gospodarczego kraju, jest procesem wtórnym — nam chodzi **raczej o wykazanie w jakim stopniu ubezpieczenia, jako urządzenia korygujące podział dochodu społecznego i służące za ochronę ubezpieczeniową obywa-**

teli przed określonymi zdarzeniami losowymi spełniają swe właściwe zadanie.

Wyniki zebrano w 6 zestawień, obrazujących działalność finansową ubezpieczeń społecznych i ubezpieczeń „indywidualnych". Dla zaznaczenia wpływu koniunktury, która w różny sposób odbija się na poszczególnych elementach działalności, a jednocześnie dla wyeliminowania przypadkowości uważano za najwłaściwsze użyć do porównania okresu dłuższego niż rok, w danym wypadku czteroletniego, za lata 1931 — 1934 *).

Wybór pozycyj które zostały uwidocznione był podyktowany charakterem i celem artykułu. Nie starano się wchodzić drobiazgowo w istotę poszczególnych cyfr — szczególnie można to powiedzieć o kosztach, które różnie przedstawiano w poszczególnych sprawozdaniach instytucyj ubezpieczających, jednak podane przez nas liczby zupełnie dostatecznie spełniają swój charakter informacyjny.

W dalszym ciągu przejdziemy do zestawień i krótkiego choćby ich omówienia.

Zestawienie I.

Przypis składek w zakładach ubezpieczeń społecznych w latach 1931 — 34

Rodzaj ubezpieczenia	w tysiącach złotych				w % składek 1931 r.			
	1931	1932	1933	1934	1931	1932	1933	1934
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ubezpieczenia społeczne ogółem	**523 699**	**436 405**	**394 672**	**400 450**	**100**	**83**	**75**	**76**
Ubezpieczenie emerytalne	141 525	118 711	105 396	172 371	100	84	74	122
a) robotników i dodatk. górn. i kolej	59 245	49 195	43 347	108 263	100	83	73	183
b) pracowników umysłowych	82 280	69 516	62 049	64 108	100	84	75	78
Ubezpieczenie od wypadków	51 601	48 867	44 338	43 177	100	95	86	84
Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa	268 328	218 063	192 800	127 129	100	81	72	47
a) Polska bez Górnego Śląska	236 295	194 059	173 122	107 589[1])	100	82	73	46
b) Górny Śląsk	32 033	24 004	19 678	19 540	100	75	62	61
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia	62 245	50 764	52 138	57 773	100	82	84	93
a) robotników [2])	42 876	34 253	32 644	34 813	100	80	76	81
b) pracowników umysłowych	19 369	16 506	19 494	22 960	100	85	101	119

[1]) w tym 2 830 tys. zł. ustawowych dopłat ubezpieczonych za świadczenia.

[2]) łącznie z dopłatami Skarbu Państwa, wynoszącymi 50% przypisu składek należnych od pracowników i pracodawców.

Zestawienie II.

Zbiór składek z ubezpieczeń bezpośrednich i dodatkowe opłaty ubezpieczających w zakładach ubezpieczeń „indywidualnych" w latach 1931 — 34*)

Zakłady i rodzaje ubezpieczeń	w tysiącach złotych				w % składek 1931 r.			
	1931	1932	1933	1934	1931	1932	1933	1934
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogółem	**219 527**	**180 414**	**157 537**	**144 099**	**100**	**82**	**72**	**66**
a) zakł. prywatne	120 337	99 826	83 324	77 203	100	83	69	64
b) „ publiczne	99 190	80 588	74 213	66 896	100	81	75	67
Ubezpieczenie na życie	48 801	42 975	36 051	34 257	100	88	74	70
a) zakł. prywatne	43 528	37 220	29 356	26 587	100	86	68	61
b) „ publiczne	5 273	5 755	6 695	7 670	100	109	127	145
Inne rodzaje ubezpieczeń	170 726	137 439	121 486	109 842	100	81	71	64
a) zakł. prywatne	76 809	62 606	53 968	50 616	100	82	70	66
b) „ publiczne	93 917	74 833	67 518	59 226	100	80	72	63
w tym ubezp. od ognia	140 956	112 392	99 972	89 765	100	80	71	64
a) zakł. prywatne	48 989	39 299	34 093	31 733	100	80	70	65
b) „ publiczne	91 967	73 093	65 879	58 032	100	79	72	63
w tym dział przymus.	69 314	52 457	47 695	41 227	100	76	69	59

*) bez zakładów wzajemnych mniejszych.

*) „Rocznik P. U. K. U.", zawierający sprawozdanie za rok 1935 ma się w najbliższych dniach ukazać. Nie starano się jednak podać cyfr za r. 1935 — należy przypuszczać, że żadnych istotnych cech przez to nie pominięto. Można się tylko liczyć z niewielką poprawą po stronie dochodów wszystkich ubezpieczeń, a w ubezpieczeniach społecznych r. 1935 zaznaczył się dalszą, spodziewaną kompresją wydatków na koszty administracji.

Zestawienie I, jak widać, obejmuje wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych, działające na obszarze Polski, podlegające nadzorowi Ministerstwa Opieki Społecznej; w zestawieniu II, z powodów przytoczonych wyżej, nie uwzględniono mniejszych zakładów wzajemnych, podlegających również kontroli P. U. K U. Liczby bezwzględne obu zestawień wskazują rozmiar obciążenia na rzecz poszczególnych ubezpieczeń, a liczby porównawcze, odniesione do roku 1931, proces dostosowywania się tych obciążeń do koniunktury gospodarczej nawet bez jakichkolwiek zmian ustawodawczych, bądź zmian w wysokości wymierzanych składek. Zmniejszające się zarobki i spadek wartości dóbr ubezpieczonych automatycznie wpływają na stan finansów ubezpieczycieli. Wyraźne różnice, występujące dopiero w roku 1934 w ubezpieczeniach społecznych, powstały jak wiadomo przede wszystkim dzięki wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia emerytalnego robotników i równoczesnemu wydatnemu obniżeniu składki w ubezpieczeniu na wypadek choroby na całym terytorium Państwa z wyjątkiem Górnego Śląska.

Należy zaznaczyć, że zestawienie II zawiera wpływy nie tylko ze składek ale i opłat dodatkowych (np. polisowe), bowiem one również obciążają ubezpieczających i stanowią pewną formę przerzucenia ciężarów administracyjnych. Omówienie nie było by pełne, gdybyśmy nie zaznaczyli, że składki te pochodzą tylko z akwizycji własnej (ubezpieczenia pośrednie zawierają sumy już wykazane w ubezpieczeniach bezpośrednich, bądź też pochodzą z terenu obcego nas nie interesującego) i wydaje się zbędne dzielić je na pozostawione na udział własny i reasekurowane, gdyż stosunek między ubezpieczającymi i ubezpieczycielem nie ulega przez to żadnej zmianie. Tylko dla orientacji zaznaczymy, o czym była już mowa, że ubezpieczyciele publiczni korzystają z reasekuracji w nieznacznym stopniu i to wyłącznie w zakładach reasekuracyjnych krajowych, gdy ubezpieczyciele prywatni, szczególnie w działach rzeczowych, zatrzymują na udział własny niewielką część ryzyk, przekazując resztę reasekuratorom przeważnie zagranicznym (w roku 1934 zakłady publiczne reasekurowały w dziale ubezpieczeń na życie 3,0% ubezpieczonego kapitału, gdy zakłady prywatne — 26,2%, a w dziale ubezpieczeń od ognia — publiczne dobrowolne 24,2%, — prywatne 70,3%).

Zestawienie III

Świadczenia i koszty administracji zakładów ubezpieczeń społecznych w latach 1931 — 34

w tysiącach złotych

Rodzaj ubezpieczenia	1931		1932		1933		1934	
	świadczenia	koszty admin.	świadczenia	koszty admin.	świadczenia	koszty admin.	świadczenia	koszty admin.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ubezpieczenia społ. ogółem	**476 615**	**53 849**	**407 753**	**46 603**	**322 166**	**42 493**	**278 575**	**44 079**
Ubezpieczenia emerytalne . .	74 386	7 700	76 593	7 087	78 519	6 954	90 644	11 628
a) robotników i dodatk. górn. i kolej.	58 162	3 921	57 046	3 485	53 742	3 374	61 305	7 173
b) pracowników umysłowych	16 224	3 779	19 547	3 602	24 777	3 580	29 339	4 455
Ubezpieczenie od wypadków .	38 102	6 848	38 735	6 358	35 075	6 281	36 641	7 618
Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierz.	233 739	28 832	182 551	24 508	159 791	23 083	118 652	18 622
a) Polska bez Górnego Śląska	201 725	26 390	158 853	22 461	138 200	21 311	98 873	16 862
b) Górny Śląsk	32 014	2 442	23 698	2 047	21 591	1 772	19 779	1 800
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia	130 388	10 469	109 874	8 640	48 781	6 175	32 638	6 171
a) robotników	101 272	8 529	70 204	6 688	26 361	4 675	20 421	4 269
b) pracowników umysłowych	29 116	1 940	39 670	1 952	22 420	1 500	12 217	1 902

Podane w zestawieniu III i IV świadczenia i koszty w liczbach bezwzględnych dla poszczególnych lat i ubezpieczeń pozwalają nam ocenić w jakim kierunku szła działalność ubezpieczycieli i w jakim stopniu uwzględniano właściwe danym ubezpieczeniom cele. Bliższe omówienie tego zagadnienia będzie możliwe dopiero po zapoznaniu się z treścią dwu ostatnich zestawień.

W związku z poprzednimi uwagami, dotyczącymi ubezpieczeń długoterminowych, przy rozpatrywaniu kwot świadczeń tych ubezpieczeń należało by uwzględnić również odpisy na rezerwy składek, jako sumy przeznaczone na przyszłe świadczenia. Zagadnienie to o tyle jest niemożliwe do cyfrowego ujęcia, a które mogłoby dać właściwszy pogląd na te ubezpieczenia, że związane jest z wystarczalnością składki — równowagą techniczną, nie we wszystkich rodzajach ubezpieczenia zachowaną. Również spowodowane wykupami zwalnianie części rezerw w „indywidualnych" ubezpieczeniach na życie zniekształca wysokość tych pozycji. Pewną orientacyjną ich wartość możemy mieć ze stanu rezerw, odkładanych przez wszystkie zakłady w dziale ubezpieczenia na życie, a które wynosiły na końcu lat: 1931, — 111.731 tys., 1932 — 126.845 tys., 1933 r. — 113.570 tys. i 1934 — 124.059 tys. zł. Z tych więc względów uważaliśmy za wskazane ograniczyć się tylko do podkreślenia ważności powyższego momentu przy wyciąganiu odpowiednich wniosków.

Zestawienie IV.

Wypłacone odszkodowania z ubezpieczeń bezpośrednich oraz koszty administracji i akwizycji w zakładach ubezpieczeń „indywidualnych" w latach 1931 — 34*)

w tysiącach złotych

Zakłady i rodzaje ubezpieczeń	1931		1932		1933		1934	
	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogółem	**109 372**	**74 902**	**100 019**	**64 507**	**82 687**	**58 629**	**75 749**	**56 418**
a) zakł. prywatne	47 264	53 714	51 201	45 657	42 817	40 817	35 166	38 773
b) „ publiczne	62 108	21 188	48 818	18 850	39 870	17 812	40 583	17 645
Ubezpieczenie na życie	14 724	18 622	19 260	15 949	19 324	14 207	14 739	14 570
a) zakł. prywatne	13 995	16 738	17 929	14 005	17 907	12 016	13 156	12 037
b) „ publiczne	729	1 884	1 331	1 944	1 417	2 191	1 583	2 533
Inne rodzaje ubezpieczeń	94 648	56 280	80 759	48 558	63 363	44 422	61 010	41 848
a) zakł. prywatne	33 269	36 976	33 272	31 652	24 910	28 801	22 010	26 736
b) „ publiczne	61 379	19 304	47 487	16 906	38 453	15 621	39 000	15 112
w tym ubezp. od ognia	80 860	43 355	66 216	36 826	54 784	33 961	51 347	31 833
a) zakł. prywatne	20 428	24 488	19 687	20 335	16 903	18 742	12 981	17 095
b) „ publiczne	60 432	18 867	46 529	16 491	37 881	15 219	38 366	14 738
w tym dział przymus.	46 380	13 731	33 277	12 243	27 009	11 369	27 790	10 800

*) bez zakładów wzajemnych mniejszych.

W zestawieniu IV, „odszkodowania" wypłacone przez ubezpieczycieli publicznych nie zawierają wydatków na akcję zapobiegawczą, które np. w dziale przymusowym P. Z. U. W. wyniosły w poszczególnych latach rozpatrywanego okresu 1931—34: 2.001 tys., 1.535 tys., 1.734 tys. i 1.711 tys. zł. Kwoty te, wykazane w rachunkach działalności jako „inne wydatki" nie są niczym innym jak pewną formą świadczeń na rzecz ubezpieczonych. Przez „koszty" w tym samym zestawieniu rozumieć należy poza kosztami administracji i koszty akwizycji, które stanowią globalnie około 30% sum tam wykazanych. Złączenie tych dwu kwot wydaje się o tyle uzasadnione, że stanowią one konieczną, choć nieproduktywną, część wydatków i na równi z częścią składek przeznaczoną na świadczenia obciążają ubezpieczających.

Koszty administracji w ubezpieczeniach „indywidualnych", dotyczące zarówno ubezpieczeń z akwizycji własnej jak i ubezpieczeń pośrednich — wobec braku ich rozbicia — odnieśliśmy w całości do rozpatrywanych przez nas tylko ubezpieczeń bezpośrednich, jednak nie wpływa to na zmianę wyników, bowiem pomijamy koszty administracji części portfelu reasekurowanego, które nie będą niższe od kosztów prowadzenia ubezpieczeń otrzymanych od cedentów.

Wreszcie podajemy zestawienia ostatnie, które są konsekwencją zestawień poprzednich, lecz dają nam bezpośredni obraz działalności zarówno ubezpieczeń społecznych jak i ubezpieczeń indywidualnych.

Zestawienie V.

Świadczenia i koszty administracji w % przypisu składek w zakładach ubezpieczeń społecznych w latach 1931 — 34

Rodzaj ubezpieczenia	1931		1932		1933		1934	
	Świadczenia	Koszty admin.	Świadczenia	Koszty admin.	Świadczenia	Koszty admin.	Świadczenia	Koszty admin.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ubezpieczenia społeczne ogółem	**91,0**	**10,3**	**93,4**	**10,7**	**81,6**	**10,8**	**69,6**	**11,0**
Ubezpieczenia emerytalne	52,6	5,4	64,5	6,0	74,5	6,6	52,6	6,7
a) robotników i dodatkowe górn. i kolej.	98,2	6,6	116,0	7,1	124,0	7,8	56,6	6,6
b) pracowników umysłowych	19,7	4,6	28,1	5,2	39,9	5,8	45,8	6,9
Ubezpieczenie od wypadków	73,8	13,3	79,3	13,0	79,1	14,2	84,9	17,6
Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa	87,1	10,7	83,7	11,2	82,9	12,0	93,3	14,7
a) Polska bez Górnego Śląska	85,4	11,2	81,9	11,6	79,8	12,3	91,9	15,7
b) Górny Śląsk	99,9	7,6	98,7	8,5	109,7	9,0	101,2	9,2
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia	209,5	16,8	216,4	17,0	93,6	11,8	56,5	10,7
a) robotników	236,2	19,9	204,9	19,5	80,8	14,3	58,7	12,3
b) pracowników umysłowych	150,3	10,0	240,3	11,8	115,0	7,7	53,2	8,3

Zestawienie VI.

Wypłacone odszkodowania oraz koszty administracji i akwizycji w % zebranych składek i opłat dodatkowych w zakładach ubezpieczeń „indywidualnych" w latach 1931—34

Zakłady i rodzaje ubezpieczeń	1931		1932		1933		1934	
	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty	Odszkodowania	Koszty
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogółem	**49,8**	**34,1**	**55,4**	**35,8**	**52,5**	**37,2**	**52,6**	**39,2**
a) zakłady prywatne . . .	39,3	44,6	51,3	45,7	51,4	49,0	45,6	50,2
b) „ publiczne . . .	62,6	21,4	60,6	23,4	53,7	24,0	60,7	26,4
Ubezpieczenie na życie	30,2	38,2	44,8	37,1	53,6	39,4	43,0	42,5
a) zakłady prywatne . . .	32,2	38,5	48,2	37,6	61,0	40,9	49,5	45,3
b) „ publiczne . . .	13,8	35,7	23,1	33,8	21,2	32,7	20,6	33,0
Inne rodzaje ubezpieczeń . . .	55,4	33,0	58,8	35,3	52,2	36,6	55,5	38,1
a) zakłady prywatne . . .	43,3	48,1	53,1	50,6	46,2	53,4	43,5	52,8
b) „ publiczne . . .	65,4	20,6	63,5	22,6	57,0	23,1	65,8	25,5
w tym ubezpieczenie od ognia .	57,4	30,8	58,9	32,8	54,8	34,0	57,2	35,5
a) zakłady prywatne . . .	41,7	50,0	50,1	51,7	49,6	55,0	40,9	53,9
b) „ publiczne . . .	65,7	20,5	63,7	22,6	57,5	23,1	66,1	25,4
w tym dział przymus. . .	66,9	19,8	63,4	23,3	56,6	23,8	67,4	26,2

Dopiero w odniesieniu do tych zestawień wszystkie nasze poprzednie uwagi nabierają swego właściwego znaczenia i winny być w całości uwzględnione.

W zestawieniu V rzuca się w oczy różna wysokość świadczeń w ubezpieczeniach emerytalnych i ubezpieczeniach krótkoterminowych, a więc w ubezpieczeniu chorobowym i na wypadek braku pracy, przy czym w ubezpieczeniach emerytalnych robotników i pracowników umysłowych liczby stosunkowe świadczeń do składek uległy zupełnej zmianie po odnowieniu portfelu ubezpieczenia emerytalnego robotników w r. 1934. Również odmiennie przedstawia się udział kosztów w dochodach ze składek w ubezpieczeniach, wymagających stałej i wielokrotnej obsługi ubezpieczonych niż w ubezpieczeniach emerytalnych. Wzrost kosztów w r. 1934 tłumaczy się gruntowną reorganizacją ubezpieczeń społecznych, szczególnie w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia od wypadków. Ubezpieczenia te obarczone zostały nie tylko kosztami organizacyjnymi ale i dość wysokimi kosztami likwidacyjnymi. Na znaczny procentowy wzrost kosztów ubezpieczenia na wypadek choroby wpłynęła również bardzo silna obniżka stopy składki tego ubezpieczenia.

W ubezpieczeniu od wypadków, które w r. 1934 rozszerzyło swój zakres działalności, nie uwzględniono przypisu składek za producentów rolnych i rolnictwo (drugie półrocze), wobec odmiennego systemu wymiaru składek. Przypis ten został dokonany dopiero w r. 1935, przez co wyniki porównawcze za r. 1934, dotyczące zarówno świadczeń jak i kosztów nie mogą być miarodajne. — —

W zestawieniu VI podobnie jak w poprzednim musimy oddzielnie rozważyć wyniki działalności ubezpieczenia na życie i innych rodzajów ubezpieczeń.

Wysoki procent odszkodowań w dziale ubezpieczeń na życie jest spowodowany przede wszystkim zwiększoną falą wykupów, co znalazło swój wyraz w okresie najsilniejszej depresji gospodarczej w 1933 r.

Utrzymujące się na dość wysokim poziomie koszty tego ubezpieczenia w ubezpieczeniach publicznych tłumaczą się, jak powiedzieliśmy, nowym portfelem i bardzo niskimi sumami ubezpieczenia, a więc i niskimi składkami. Są to prawie całkowicie t. zw. ubezpieczenia ludowe o dość szerokim zasięgu, dorównywującym liczbie polis, będących w posiadaniu ubezpieczyeieli prywatnych, lecz o przeciętnym ubezpieczonym kapitale przypadającym na jedną polisę zaledwie w kwocie 1.400 zł. (Ogólna liczba polis w „indywidualnych" ubezpieczeniach na życie wynosiła w 1934 r. 192 tysiące, o przeciętnym ubezpieczonym kapitale, przypadającym na 1 polisę w kwocie około 3,7 tys. zł.).

Porównanie wysokości świadczeń i kosztów w ubezpieczeniach publicznych i prywatnych stawia te ostatnie w niekorzystnym świetle. Wprawdzie działalność ich jest oparta na innych zasadach, to jednak ubezpieczyciele publiczni poza specjalnymi obowiązkami, wynikającymi z przymusu ubezpieczeniowego, ponoszą również koszty akwizycji, a mimo to ogólna procentowa wysokość ich kosztów jest prawie **dwukrotnie** niższą od kosztów prowadzenia działalności przez ubezpieczycieli prywatnych. Tak wysokie koszty ubezpieczeń prywatnych niwelują w znacznym stopniu korzyści jakie winno się posiadać z ubezpieczenia.

W ubezpieczeniach społecznych około 80% zebranych składek wraca z powrotem do życia gospodarczego po przez świadczenia dla osób dotkniętych wypadkami losowymi, a duża część reszty po przez dokonywanie lokaty.

Nie można też zapominać, że ubezpieczenia społeczne w związku z przymusem muszą spełniać wiele czynności z zakresu orzecznictwa i kontroli, że są narażone na duże trudności przy wymierzaniu i ściąganiu składek, ponosząc równocześnie pełną odpowiedzialność świadczeniową za zaszłe wypadki, że charakter świadczeń niektórych rodzajów ubezpieczeń społecznych wymaga wiele czynności ubocznych (prowadzenie sanato-

rów, lecznic, administrowanie majątkiem i t. p.). W tym stanie rzeczy wykazana ogólna wysokość kosztów administracji nie przekraczająca 11% przypisu składek nie wydaje się za wysoką.

Dający się zresztą zauważyć zarówno w ubezpieczeniach społecznych jak i w ubezpieczeniach „indywidualnych" trend rosnących kosztów administracji jest zgodny z przewidywaniami, bowiem okres kryzysu i depresji gospodarczej nie sprzyja bynajmniej redukcji kosztów administracji w tym stopniu, w jakim następuje kurczenie się zbioru składek. Za taką ocenę winien raczej służyć koszt obsługi, przypadający na 1 ubezpieczonego.

Nawet tak fragmentaryczne ujęcie zagadnienia — którego szczegółowa analiza wyrasta ponad miarę zwykłego artykułu — daje pewien obraz działalności różnych instytucyj ubezpieczeniowych.

Uważając za najważniejszy i najistotniejszy cel urządzeń ubezpieczeniowych ich działalność świadczeniową, możemy — reasumując — stwierdzić, że ubezpieczenia społeczne, wydając prawie całą sumę zebranych składek na świadczenia, zadanie swoje spełniają całkowicie. Koszty administracji — niezbędny choć nieproduktywny składnik rozchodów każdej zorganizowanej instytucji —w ubezpieczeniach społecznych, pomimo stałego rozszerzania zakresu ich działalności, ulegają ciągłej dość znacznej kompresji i są dużo niższe niż koszty w innych urządzeniach ubezpieczeniowych.

Dr med. CZ. PIEKARSKI

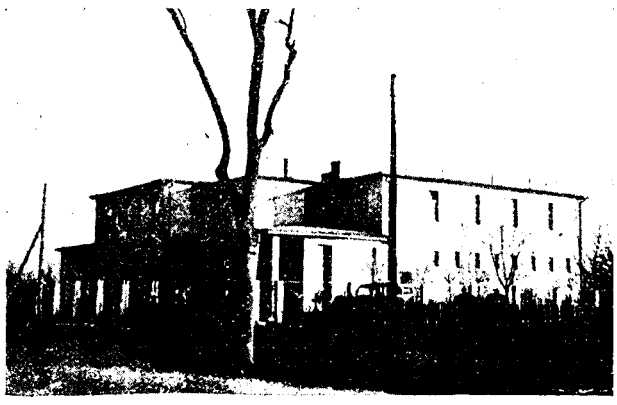
kierownik Ośrodka Zdrowia w Swarzędzu,
lekarz domowy Ubezpieczalni Społecznej
w Poznaniu.

POWSTANIE I DZIAŁALNOŚĆ OŚRODKA ZDROWIA W SWARZĘDZU

Z początkiem roku 1936 z inicjatywy Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu dr. Wierzbickiego oraz przy poparciu władz państwowych i samorządowych zadecydowano otworzyć w Swarzędzu, pow. Poznań, ośrodek zdrowia. Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu przeznaczyła na ten cel gmach po zlikwidowanym szpitalu ortopedycznym, który był budowany według planów Ministerstwa Opieki Społecznej z pierwotnym przeznaczeniem na ośrodek zdrowia. W maju budynek ten od 1½ roku stojący pustką poddano odnowieniu i reperacji. Dnia 8 czerwca zwołano konferencję w sprawie organizacji ośrodka zdrowia. Na konferencji tej ustalono najbliższe zadania nowopowstającego ośrodka oraz następujące subwencje na jego utrzymanie:

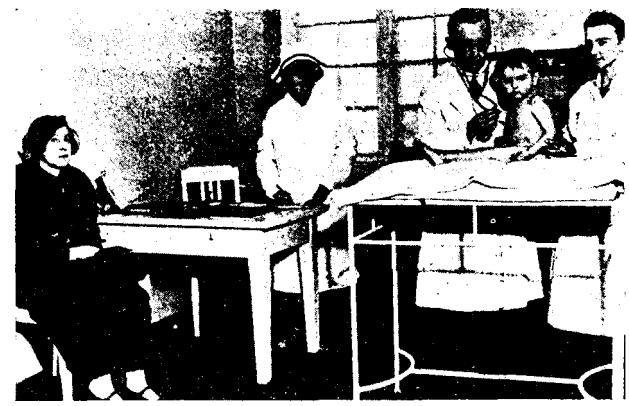
1. Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu	3.500.— zł.
2. Wydział Powiatowy miesięcznie 350.— zł. (od 1.4.36)	3.150.— zł.
3. Województwo i tow. przeciwgruźlicze na urządzenie	1.800.— zł.
oraz za 7 miesięcy po 100.— zł. miesięcznie	700.— zł.
4. Magistrat m. Swarzędza	300.— zł.
Razem:	9.450.— zł.

Zarządza ośrodkiem Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu.



Okrąg działalności ośrodka obejmuje miasteczko Swarzędz, położone o 10 km. od Poznania, i okoliczne wsie, razem około 15.000 ludności, w przeważającej części robotniczej, w tym dużo bezrobotnych. Okolica gęsto zaludniona, bardzo biedna, pod względem mieszkaniowym i sanitarnym bardzo zaniedbana. Brak kanalizacji i światła elektrycznego.

Personel ośrodka składa się z 3 lekarzy pracujących w poszczególnych poradniach, 1 higienistki stałej, 1 posługaczki i palacza centralnego ogrzewania.



Działalność ośrodka rozpoczęła się dnia 1-go lipca 1936 r. uruchomieniem **poradni dla niemowląt.** Poradnia ta w krótkim czasie zyskała zaufanie nietylko miejscowych mieszkańców, ale nawet zasięg jej przekroczył początkowo przewidywane odległości rejonu ośrodka w promieniu do 6 km. tak, że obecnie cały szereg matek dojeżdża nawet z dalszych okolic. W ciągu półrocza poradnia czynna była dni 50. Godzin przyjęć lekarskich 100. Godzin pracy pielęgniarskiej 300, poza poradnią 519. Zbadano dzieci 754, udzielono porad 754. Odwiedzin domowych 652. Na 31.XII.1936 r. było dzieci zarejestrowanych 229, z tego nieślubnych 12. Zmarło dzieci 2, z tego 1 na zapalenie płuc i 1 na dyspepsję. Skierowano do szpitala 4. Wydaje się tran i naświetla dzieci krzywicze lampą kwarcową.

Kuchnię mleczną dla niemowląt otwarto 15.IX.36 r.

Wydano mleka 1.688 litrów w postaci mieszanek = = 5959 porcyj. Na dzień 31.XII.1936 r. z kuchni mlecznej korzystało 33 dzieci, przeważnie bezpłatnie. Wygłoszono 12 pogadanek. Urządzono kurs młodych matek dla absolwentek szkół powszechnych z ćwiczeniami praktycznymi w 10 wykładach. Uczestniczek 12.

Półkolonie letnie, po raz pierwszy w Swarzędzu otwarto z dniem 1-go lipca. Zgromadziły one 102 dzieci z rodzin biednych i bezrobotnych. Otrzymano na ten cel z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu 600.— zł., z innych źródeł 500.— zł. Półkolonie trwały przez 4 tygodnie. Wszystkie dzieci wykazały znaczną poprawę, przyrost wagi zagłodzonej dziatwy wyniósł mimo krótkiego czasu od 1 do 7½ kg.

Dnia 2 listopada odbyto konferencję z przedstawicielami Kuratorium Szkolnego w Poznaniu p. doc. Dr. Ćwirko Godyckim, p. inspektorem szkolnym powiatu Poznańskiego Dr. Groele i kierownikami 5 szkół powszechnych, leżących w rejonie ośrodka a obejmujących około 1400 dzieci, w sprawie organizacji **poradni higieny szkolnej.**

Ustalono, że współpraca ośrodka ze szkołami powinna iść w następujących kierunkach:

a) badanie dzieci szkolnych w ośrodku,

b) organizacja bezpłatnych kąpieli dla szkolnych dzieci,

c) organizacja dożywiania i rozdawnictwa tranu,

d) organizacja półkolonii letnich,

e) organizacja dni przeciwgruźliczych, alkoholowych i t. d.,

f) odczyty z dziedziny popularnej higieny w ośrodku.

W wykonaniu powyższych zaleceń zbadano 576 dzieci. U 159 słabszych wykonano odczyny gruźlicze Pirquet'a w 52% dodatnie.

W kąpielisku ośrodka wykąpano bezpłatnie 220 dzieci. Dożywianie zorganizowane jest w szkołach przy wydatnym poparciu poznańskiej Ubezpieczalni Społecznej, która przeznaczyła do 31.XII.36 r. po 100.— zł. na szkołę. Tranu wydano w szkołach 80 kg., w ośrodku 40 kg. Wszystek tran otrzymano z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu bezpłatnie.

Poradnię przeciwjaglicą otwarto dnia 1.VIII.36 r. Chorych zarejestrowanych 11, wszyscy w leczeniu. Porad i opatrunków udzielono 110 osobom. Poradnia czynna była godzin 43, zabiegów wykonano 113. Należy zaznaczyć, że jaglicy w okolicy jest bardzo niewiele.

Poradnia weneryczna — czynna od 1.VIII.1936 r. Dni i godzin pracy lekarskiej 43, pielęgniarskiej 106. Leczonych na kiłę 14, rzerzączkę 7. Porad udzielono 170, badań serologicznych 21, wstrzykiwań dożylnych 74, domięśniowych 141.

Chorych wenerycznych w okolicy bardzo dużo, lecz krępują się oni leczyć w poradni, do której ludność powoli dopiero nabiera zaufania. Szczególnie daje się to zauważyć u chorych kobiet.

Laboratorium ośrodka jest dostatecznie wyposażone. Wykonuje się podręczne badania mikroskopowe, badania krwi, moczu, plwociny i t. d.

Kąpielisko ośrodka otwarte 4.XII.1936 r., czynne przez cały dzień w piątki i soboty. Posiada 5 wanien i 4 natryski indywidualne, wydajność więc jest bardzo ograniczona i przy całodziennej pracy nie można wykąpać więcej nad 80 osób dziennie. Wykąpano w grudniu 1936 r. — 220 dzieci szkolnych bezpłatnie. Większość z nich kąpała się po raz pierwszy w życiu.

Dorośli dopiero przyzwyczajają się do kąpieli, których tu nigdy nie było. Wydano poza dziećmi 41 wanien i 11 natrysków.

Dział krzewienia higieny i walki z chorobami społecznymi — zorganizowano w postaci popularnych wykładów, bezpłatnych i dostępnych dla wszystkich, odbywających się wieczorami co drugi czwartek w sali odczytowej ośrodka. Odbyły się dotąd:

dnia 22.X.1936 r. dr. Piekarski — Cele i zadania ośrodka zdrowia.

5.XI.1936 r. dr. Kosmala — Choroby wieku dziecięcego i zapobieganie im.

19.XI.1936 r. dr. Skupień — O chorobach wenerycznych.

3.XII.1936 r. dr. Piekarski — Istota gruźlicy i jej rozpowszechnienie.

17.XII. dr. Skupień — Jaglica czyli egipskie zapalenie oczu.

Wykłady cieszą się znaczną frekwencją.

W zapoczątkowaniu projektowanej **poradni sportowo-lekarskiej** zbadano 59 przedpoborowych, zapisanych do organizacyj przysposobienia wojskowego. Badania były niedokładne z powodu braku potrzebnych przyrządów. We wrześniu 1936 r. zwróciła się do ośrodka Dyrekcja Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu z propozycją przyjęcia słuchaczek na praktykę w ośrodku. Poczynając od 1 października dojeżdżają codziennie z Poznania 2 słuchaczki ostatniego roku, zmieniając się co miesiąc. Ponieważ przeszły one już fachowe wyszkolenie teoretyczne i szpitalne, Ośrodek ma dużą korzyść z ich pracy, tak w poradniach jak i przy odwiedzinach domowych. Wyrazem uznania Dyrekcji Szkoły dla Ośrodka jest zwiększenie liczby praktykantek na rok 1937 do 4-ch jednorazowo oraz zamianowanie stałej higienistki-instruktorki, opłacanej przez szkołę i przydzielonej do ośrodka, przez co liczba higienistek społecznych ośrodka wzrasta do 6-ciu i daje możność wydatnego zwiększenia pracy i rozwoju ośrodka.

Dnia 23.XII.1936 r. urządzono w ośrodku Gwiazdkę dla dzieci rodzin zarejestrowanych w ośrodku, przy finansowej pomocy Ubezpieczalni. Dzieci i matki

69 biedniejszych rodzin obdarowano bielizną i ubraniami, które częściowo ofiarowała Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu, oraz łakociami, jak pierniki, cukierki, orzechy i jabłka. Niemowlętom wydano pełuszki, cukier i kaszkę. 30 starszym dzieciom ponadto wydano szczotki i proszek do zębów. W obchodzie tym wzięli udział przedstawiciele władz i miejscowego społeczeństwa.

Jeżeli weźmie się pod uwagę to, że ośrodek zdrowia w Swarzędzu trzeba było stworzyć od podstaw, że pracę w ośrodku prowadzono równolegle z urządzaniem poszczególnych poradni, które nie miały ani mebli ani żadnego urządzenia, a całkowite urządzenie i umeblowanie dostarczyła Ubezpieczalnia Społeczna ze swych zapasów i magazynów w stanie używanym, częściowo bardzo zniszczonym, tak że wszystko trzeba było gruntownie odnawiać, by doprowadzić do stanu używalności, — to trzeba przyznać, że w organizację ośrodka włożono dużo pracy, stwarzając placówkę społeczno-lekarską zdolną wykonać swe rozległe zadania.

W uznaniu dotychczasowych wyników tej pracy na konferencji dnia 15.XII.1936 r. zadecydowano dążyć do dalszego rozwoju ośrodka w myśl instrukcji p. Ministra Opieki Społecznej z dnia 15.VII.1936 r. okólnik 83/36. P. Dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu Mgr. Mańkowski zaproponował wydatne podwyższenie subwencji na rok 1937, które wyniosą:

1. Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu	—	9.500.— zł.
2. Urząd Wojewódzki Poznań	—	1.200.— „
3. Towarzystwo Przeciwgruźlicze	—	500.— „
4. Wydział Powiatowy	—	4.200.— „
5. Zarząd m. Swarzędza	—	400.— „
6. Gmina Swarzędz na cele ośrodka	—	300.— „
7. Gmina Swarzędz na nadzór szkolny	—	300.— „
Razem:		16.400.— zł.

W ramach zadań ośrodka przede wszystkim leży rozwój obecnie istniejących poradni i uzupełnienie ich wyposażenia. Palącym zadaniem jest uruchomienie należycie wyposażonej poradni przeciwgruźliczej ze stacją odmową oraz pracowni rentgenowskiej. Zakup potrzebnych przyrządów lekarskich nastąpi w najbliższym czasie, a instalacja rentgena — z chwilą przeprowadzenia prądu z Poznania, prawdopodobnie w pierwszej połowie bieżącego roku.

Następną koniecznością jest zaangażowanie kontrolera sanitarnego i objęcie przez ośrodek opieki nad otoczeniem przez dozór sanitarno-porządkowy budynków mieszkalnych, w kierunku usuwania nieczystości, zaopatrywania wsi w wodę, kontroli sprzedawanej żywności i t. d. Dozór dotychczasowy jest niedostateczny. Kredyty na pobory kontrolera sanitarnego w połowie uchwalono, o resztę zwraca się ośrodek do Ministerstwa Opieki Społecznej. Ze względu na dużą ilość młodzieży przedpoborowej w rejonie ośrodka projektuje się na rok 1937 uruchomienie w porozumieniu z władzami wojskowymi należycie postawionej **poradni sportowo-lekarskiej.**

W najbliższym czasie zostanie zorganizowany w ośrodku **kurs obrony przeciwgazowo-lotniczej i szkolenie drużyn sanitarnych.**

W porozumieniu z Polską Ligą przeciwalkoholową organizuje się wystawę przeciwalkoholową z serią odczytów propagandowych oraz stałą **poradnią przeciwalkoholową,** która jest tym potrzebniejsza, iż podmiejski charakter rejonu ośrodka bardzo sprzyja alkoholizmowi i alkoholików jest bardzo dużo. Poza tym w niedługim czasie z ramienia Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu zostanie otwarty w Ośrodku gabinet dentystyczno-lekarski, który w zakresie higieny szkolnej obejmie bezpłatne lecznictwo zębów dzieci szkolnych oraz okresowe profilaktyczne kontrole stanu jamy ustnej.

Projektuje się także okresowe objazdy wsi okolicznych przez lekarza i higienistki w celu nawiązania osobistego kontaktu z tą częścią ludności, która mało korzysta z ośrodka wskutek swej nieświadomości.

Poza tym ośrodek obejmuje szczepienia zapobiegawcze przeciwospowe i przeciwbłonicze.

Ośrodek zdrowia w Swarzędzu powstał dzięki współpracy Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu, władz państwowych i samorządowych jako instytucja medycyny społecznej o zadaniach zapobiegania chorobom, walki z chorobami społecznymi oraz opieki higienicznej nad ludnością. Zadania te zostaną spełnione i praca da dodatnie wyniki, o ile ośrodek będzie postawiony na wysokim poziomie.

EDWARD ARNEKKER

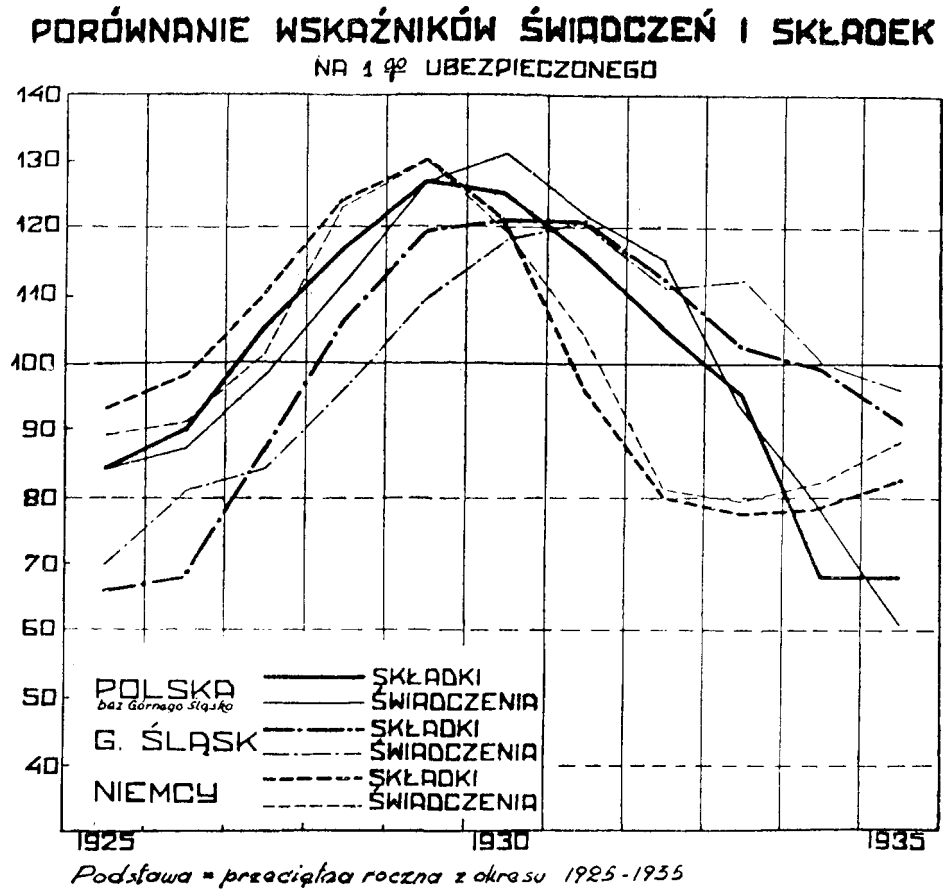
PORÓWNANIE DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W POLSCE I W NIEMCZECH

Na wykresie, którym się tutaj posługujemy, uwzględnione zostały: z jednej strony działalność ubezpieczenia chorobowego w całej Polsce ale z wyłączeniem Górnego Śląska, który posiada dotąd odrębne ubezpieczenie chorobowe, następnie działalność tegoż ubezpieczenia na Górnym Śląsku, które to ubezpieczenie wykazuje inne cechy aniżeli na terenie reszty dzielnic Polski, a wreszcie — działalność ubezpieczenia chorobowego w Niemczech, które, jako nasz najbliższy sąsiad, przytym posiadający to ubezpieczenie już od lat kilkudziesięciu, stanowią odpowiedni obiekt do porównań.

Na tym tle ubezpieczenie chorobowe w Polsce bez Górnego Śląska stanowi oczywiście instytucję najmłodszą, ponieważ jej działalność właściwie ogranicza się do okresu przedstawionego na wykresie, to jest zaledwie do lat jedenastu.

Okres 11-tu lat przyjęty został za podstawę dla wskaźników: a) świadczenia i b) składki, przypadają-

cych na 1 ubezpieczonego, przy czym przeciętna składka i przeciętne roczne świadczenie za ten okres czasu zostało wzięte za 100. Ponieważ lata 1925 — 1930 można zaliczyć do okresu gospodarczo względnie normalnego, natomiast 5 lat następnych — to okres kryzysu gospodarczego, przeto całość rozpatrywanego przez nas okresu podzieliła się na połowy, reprezentujące te dwa różne okresy gospodarcze.



Jak widzimy, składka i świadczenia na 1 ubezpieczonego wykazywały w rozpatrywanym okresie czasu dość znaczne odchylenia od średniej: około 30 punktów w jedną i drugą stronę, przy czym maksimum w górę dla Niemiec następuje stosunkowo wcześniej (rok 1929), w rok później następuje takie samo maksimum dla Polski — bez Górnego Śląska (1930) i na końcu wreszcie — w latach 1930-31 maksimum dla Górnego Śląska. Zwraca uwagę fakt, że w stosunku do średniej składka na 1 ubezpieczonego w Niemczech wzniosła się najwyżej, mniej o kilka punktów w Polsce — bez G. Śląska, natomiast składka na Górnym Śląsku wykazuje najmniejsze odchylenia w górę. To samo dotyczy świadczeń przypadających na ubezpieczonego: największe odchylenie w górę wykazuje Polska — bez G. Śląska, prawie takie samo odchylenie widzimy w Niemczech i znów odchylenie znacznie mniejsze na Górnym Śląsku.

Załamanie spowodowane kryzysem przechodzą wszystkie trzy ubezpieczenia, tylko z pewnymi różnicami w czasie: najpierw załamują się składka i świadczenie w Niemczech, w odstępie rocznym następuje to samo w Polsce — bez G. Śląska i wreszcie — na Górnym Śląsku. W Niemczech obserwujemy najgłębsze załamanie po roku 1930, to jest w okresie przed przyjściem do władzy Hitlera; w roku 1932-im następuje pewne „chwycenie równowagi" i ostatnie dwa lata wykazują już dość znaczny wzrost tak składki jak i świadczeń, przy czym stosunkowo szybszy wzrost świadczeń niż składki. Załamanie na Górnym Śląsku, w porównaniu z Niemcami, jest i łagodniejsze i nie tak głębokie i chociaż nie zostało zakończone w rozpatrywanym okresie czasu (może nastąpi to dopiero w roku 1936), to jednak spośród trzech rozpatrywanych typów ubezpieczenia chorobowego, najmniej odchyla się od średniej. O ile w Niemczech w okresie kryzysowym krzywa świadczeń wykazuje trwałą tendencję do utrzymywania się powyżej krzywej składki, to to samo obserwujemy na Górnym Śląsku, ale tylko w ostatnich trzech latach rozpatrywanego okresu. Jak dotąd, ubezpieczenie chorobowe na Górnym Śląsku znajduje się na względnie wyższym poziomie aniżeli to samo ubezpieczenie w Niemczech: o ile jednak w roku następnym, to jest 1936 nastąpi dalszy względny spadek świadczeń i składki na Górnym Śląsku albo też nastąpi podobny ich wzrost w Niemczech, to ubezpieczenie niemieckie podniesie się względnie powyżej ubezpieczenia na Górnym Śląsku, co wyrazi się w odpowiednim przecięciu się linij na wykresie. Jak dotychczas jest ono jeszcze na względnie niższym poziomie.

Rozpatrzmy teraz sytuację ubezpieczenia chorobowego Polski z pominięciem Górnego Śląska, na tle tych zmian, jakie dotknęły ubezpieczenie to na Górnym Śląsku i w Niemczech. Otóż spadek jaki odbywa się na terenie tego ubezpieczenia jest nieco łagodniejszy niż w Niemczech, a nieco szybszy aniżeli na Górnym Śląsku. Zwraca jednak uwagę fakt, że spadek w rozpa-

trywanym okresie nie zakończył się jeszcze ale trwa nadal, przy czym najgwałtowniej odbywa się w roku 1934 — skutek wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, obniżającej składkę i powodującej zmniejszenie świadczeń. Sądzić należy, że, jak to wynika z porównania, cykl rozpatrywany na wykresie zbliża się do pewnego zakończenia i że już najbliższy okres charakteryzować będzie względny wzrost tak składki jak i świadczeń. Wówczas nastąpi wyrównanie i osiągnięcie względnego poziomu ubezpieczenia chorobowego na Górnym Śląsku i w Niemczech.

Porównanie działalności ubezpieczenia chorobowego w Polsce (bez G. Śląska), na G. Śląsku i w Niemczech

Rok	Polska bez Górnego Śląska							Górny Śląsk							Niemcy						
	Liczba ubezp. w tys.	Składki w mil. zł. *	składka na 1 ubezp. w zł.		świadczenia w mil. zł.	świadcz. na 1 ubezp. w zł.		Liczba ubezp. w tys.	Składki w mil. zł.	składka na 1 ubezp. w zł.		świadczenia w mil. zł.	świadcz. na 1 ubezp. w zł.		Liczba ubezp. w tys.	Składki w mil. mk.	składka na 1 ubezp. w mk.		świadczenia w mil. mk.	świadcz. na 1 ubezp. w mk.	
			cyfry bezwzg.	wskaźnik		cyfry bezwzg.	wskaźnik			cyfry bezwzg.	wskaźnik		cyfry bezwzg.	wskaźnik			cyfry bezwzg.	wskaźnik		cyfry bezwzg.	wskaźnik
1925	1 648	132	79	*84*	107	65	*84*	233	17,1	74	*67*	18,1	78	*70*	18,235	1 325	70	*93*	1 170	61	*89*
1926	1 693	145	85	*90*	114	67	*87*	224	17,1	76	*68*	20,2	90	*81*	18,402	1 425	74	*98*	1 220	64	*91*
1927	1 955	194	99	*105*	149	76	*98*	247	24,0	97	*87*	23,2	94	*84*	19,169	1 647	83	*110*	1 464	73	*107*
1928	2 251	251	111	*117*	194	86	*112*	267	31,7	118	*106*	28,7	107	*96*	19,879	1 914	93	*124*	1 728	84	*123*
1929	2 382	285	120	*127*	233	98	*127*	281	37,3	133	*119*	34,0	121	*109*	20,173	2 059	98	*130*	2 009	89	*130*
1930	2 308	273	118	*125*	234	101	*131*	272	36,8	135	*121*	35,7	131	*118*	19,597	1 831	91	*121*	1 800	81	*119*
1931	2 153	236	109	*116*	201	94	*122*	238	32,0	135	*121*	32,0	135	*121*	18,330	1 360	72	*96*	1 347	71	*104*
1932	1 958	194	99	*105*	158	81	*105*	192	24,0	125	*112*	23,7	123	*111*	17,076	1 019	60	*80*	946	55	*81*
1933	1 896	173	91	*95*	138	73	*94*	172	19,7	114	*102*	21,6	125	*112*	16,827	979	58	*77*	915	54	*79*
1934	1 638	107	64	*68*	99	61	*79*	178	19,5	110	*99*	19,8	111	*100*	18,071	1 072	59	*78*	1 021	56	*82*
1935	1 679	108	64	*68*	80	47	*61*	186	18,7	101	*91*	19,9	107	*96*	18,630	1 153	62	*82*	1 124	60	*88*

*) wraz z odsetkami.

Mgr. A. WAJSMAN

O EGZEKUCJI NALEŻNOŚCI UBEZPIECZENIOWYCH[1])

Wydanie przez Ministra Sprawiedliwości drugiego już z rzędu okólnika, dotyczącego sposobu egzekwowania należności ubezpieczeniowych (patrz Dz. Urz. M. O. S. Nr. 23 z 1936)[2]), jest jeszcze jednym dowodem, jak niedostateczne i niedoskonałe są przepisy prawne, które umożliwiają względnie powinny umożliwić instytucjom ubezpieczeń społecznych uzyskanie składek, niewpłacanych dobrowolnie przez pracodawców. Oba okólniki Ministra Sprawiedliwości, stanowiące urzędowy i bądź co bądź wiążący komentarz przepisów prawa, należało by zasadniczo powitać z uznaniem, jako mające na celu rozwinięcie zasad, zawartych w zbyt lakonicznych przepisach obowiązującego prawa, oraz ułatwienie rozwiązania pozornych czy też istotnych trudności, napotykanych przy stosowaniu tych przepisów w praktyce.

Trzeba jednak już na wstępie zaznaczyć, że omawiane okólniki nie spełniają swego — w powyższy sposób pojętego — zadania.

Okólnik z dnia 16.XI.1936 r. Nr. 1822/II.A/36 powołuje się w treści swojej na okólnik z dnia 15.XI. 1935 r. Nr. 1777/II.A/35, którego jest niejako dalszym ciągiem, to też oba wspomniane okólniki należy omówić łącznie.

Na łamach „Przeglądu" okólnik z dnia 15.XI. 1935 r. był już rozstrząsany dwukrotnie.[3]). Rozstrząsania te jednak nie tylko nie wyczerpały tematu, ale — zdaniem moim — nie dotknęły istoty rzeczy, ponieważ badając legalność okólnika, t. j. zgodność tego okólnika z przepisami prawa, obaj cytowani wyżej autorzy w pracach swych nie zastanawiali się nad praktyczną stroną zagadnienia, t. j. nad tym, jak okólnik będzie względnie winien być w praktyce wykonywany przez urzędy, do których został skierowany, t. j. przez Sądy i Komorników. (Dr. Temnicki wylicza wszystkie ujemne skutki nie o k ó l n i k a, lecz raczej u s t a w y, która wprowadziła przymus ściągania należności ubezpieczeniowych w trybie egzekucji administracyjnej).

Kwestię zgodności okólnika z dnia 15.XI.1935 r. z art. 315 ustawy z dnia 28.III.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym pozostawiam rozmyślnie na uboczu, ponieważ — o ile nawet stanie się na stanowisku, że okólnik jest w całkowitej zgodzie i harmonii z ustawą, czego zwolennikiem jest autor niniejszych uwag — to jednak okólnik należy uważać za nieudany i z tego

[1]) Uwagi na marginesie okólników Ministra Sprawiedliwości.

[2]) Ponadto okólnik ten został ogłoszony po dodatku „Orzecznictwo i opinie prawne" do Nr. 1 Przeglądu z r. b.

[3]) Dr. Włodzimierz Temnicki w Nr. 3—4 z 1936 r.: „Czy należnościom z tytułu ubezpieczeń społecznych służy egzekucja sądowa" i mgr. Jan Tadeusz Wasylecki w Nr. 9 z tego roku: „Czy Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych służy prawo przymusowego ściągania należności ubezpieczeniowych".

powodu specjalnie niekorzystny dla interesów instytucji ubezpieczeń społecznych.

W dotychczasowej praktyce okólnik pociągnął za sobą ujemne skutki dla instytucji ubezpieczeń społecznych w dwóch dziedzinach: przy nadawaniu przez sądy klauzuli wykonalności wykazom zaległości instytucji ubezpieczeń społecznych, oraz przy egzekwowaniu przez te instytucje należności, powstałych przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Skutki powyższe są wynikiem dwóch niedociągnięć redakcyjnych, które — jak to można było przewidzieć — zniekształciły w praktyce słuszną w zasadzie (jeśli chodzi o stan prawny) myśl, zawartą w okólniku.

Niedociągnięcie pierwsze polega na tym, że wnioski końcowe okólnika nie wynikają wcale z przesłanek wstępnych tegoż okólnika, a niedociągnięcie drugie — na tym, że te same wnioski końcowe są zbyt ogólnikowe i nie uwzględniają wypadków szczególnych.

Okólnik z dnia 15.XI.1935 r. rozpoczyna się od słów: „Niektóre Ubezpieczalnie Społeczne zwracają się do Sądów o nadanie klauzuli wykonalności...", wnioski zaś końcowe okólnika brzmią, iż „prowadzenie egzekucji sądowej w celu ściągnięcia należności Ubezpieczalni... jest niedopuszczalne", a „postępowanie egzekucyjne wszczęte na wniosek Ubezpieczalni Społecznej... podlega umorzeniu z urzędu".

Widzimy z powyższego, że mimo iż okólnik ogranicza się do stwierdzenia pod adresem sądów i komorników, że zgodnie z właściwie pojętymi przepisami prawa prowadzenie względnie wdrażanie przez Ubezpieczalnie Społeczne egzekucji sądowej jest niedopuszczalne, oraz, że mimo, iż okólnik nie zawiera bynajmniej analogicznego twierdzenia, jeśli chodzi o nadawanie wykazom zaległości ubezpieczalni społecznych klauzuli wykonalności, to znaczy nie wypowiada się wyraźnie w tym duchu, jakoby nadawanie tych klauzul wykonalności było również niedopuszczalne, — to jednak najniepotrzebniej okólnik wspomina o tych klauzulach, jak gdyby bez tego nie można było dojść do końcowego wniosku.

W praktyce wzmianka okólnika o klauzulach stawia nieraz instytucje ubezpieczeń społecznych w sytuacji bez wyjścia, ponieważ niektóre Sądy Grodzkie (dotyczy to zwłaszcza sądów na prowincji) odmawiają nadawania wykazom zaległości instytucji ubezpieczeń społecznych klauzuli wykonalności, powołując się przy tym — najzupełniej niesłusznie, jak wykazano wyżej — na okólnik Ministra Sprawiedliwości. Ma to dla wymienionych instytucyj nie tylko znaczenie teoretyczno-prestiżowe, wobec odebrania tym instytucjom prawa korzystania z egzekucji sądowej, ale uniemożliwia niejednokrotnie osiąganie praktycznych korzyści, jakie daje np. zabezpieczenie należności na hipotece dłużnika, zgłaszanie pretensji do podziału sum, uzyskanych ze sprzedaży majątku dłużnika i t. p., w których to wypadkach sądy niekiedy (dotyczy to szczególnie sądów na terenie województw poznańskiego i pomorskiego) domagają się klauzuli wykonalności na wykazach zaległości, którymi zgłaszane są pretensje do hipoteki, do podziału i t. p. Charakterystyczna jest w danym wypadku praktyka jednego z Sądów Grodzkich, który domagał się, by instytucje ubezpieczeń społecznych zwracając się o klauzulę wykonalności zaznaczały w podaniu do Sądu, że klauzula będzie wykorzystana nie dla wdrożenia egzekucji sądowej, lecz np. do zabezpieczenia pretensji na hipotece lub t. p.

Jeśli chodzi o drugie niedociągnięcie redakcyjne, to polega ono na tym, że okólnik ograniczył się do stwierdzenia, iż ściąganie należności ubezpieczalni w drodze egzekucji sądowej jest niedopuszczalne i nie wymienił — celem uniknięcia błędnych rozstrzygnięć — tych wyjątkowych wypadków, kiedy instytucje ubezpieczeń społecznych (a więc także ubezpieczalnie społeczne) mogą jednak prowadzić egzekucję sądową. Chodzi tu o egzekucje, wszczęte jeszcze przed wejściem w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25.VI.1932 r. o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych. Wydaje się być bezsporne, że w tych wypadkach egzekucja może być prowadzona w drodze sądowej. Wynika to zresztą także z okólnika, który wyraźnie ogranicza „zakaz" prowadzenia egzekucji sądowej do należności „ubezpieczalni, określonych w art. 230" ustawy o ubezpieczeniu społecznym, z czego należy domyślać się, że okólnik nie ma na względzie należności b. Kas Chorych czy też innych zlikwidowanych już instytucji ubezpieczeń społecznych. Jednakże w praktyce zdarzały się wypadki umarzania przez komornika — z powołaniem się na okólnik — egzekucji, wdrożonych przez b. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych jeszcze przed wejściem w życie cytowanego wyżej rozporządzenia Rady Ministrów.

Przy okazji warto jeszcze podkreślić, że do dziś dnia znaczna ilość urzędów w Polsce nie odróżnia ubezpieczalni społecznych od innych instytucji ubezpieczeń społecznych.

Jeśli chodzi o drugi okólnik (z 16.XI.1936 r.), to może on budzić zastrzeżenia nie ze względu na to, co zawiera, ale raczej ze względu na to, czego nie zawiera. W okólniku powyższym powinno było znaleźć się wyjaśnienie, że odmawianie przez Sądy nadawania klauzuli wykonalności wykazom zaległości instytucji ubezpieczeń społecznych oparte jest na błędnym interpretowaniu ustawy, a umarzanie przez organy egzekucji sądowej postępowania egzekucyjnego, wszczętego jeszcze przed wejściem w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25.VI.1932 r. o postępowaniu egzekucyjnym władz skarbowych, nie może być uzasadnione przepisem art. 315 ustawy z dnia 28.III.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Wreszcie należało by może okólnik tak sformułować, by jasnym się stało, że np. Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie nie należy identyfikować chociażby z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

Poza tym okólnik z dnia 16.XI.1936 r. budzić może poważne zastrzeżenia natury teoretycznej. Rozważania teoretyczne, stanowiące temat dla siebie, nie łączyłyby się jednak bezpośrednio z powyższymi uwagami, będącymi raczej próbą ze strony praktyka właściwego rozwiązania pewnych zagadnień, które w praktyce są przeważnie błędnie rozstrzygane.

KRONIKA KRAJOWA

RUCH SŁUŻBOWY

1. W obsadzie dyrektorów i naczelnych lekarzy ubezpieczalni społecznych miały miejsce następujące zmiany:

L. p.	Ubezpieczalnia społeczna	Dyrektor	Lekarz naczelny
5	Brześć n/Bugiem		Dr Wasilewski Antoni (p. o.)
7	Bydgoszcz		Dr Klikawicz Jerzy
9	Ciechanów		Dr Malinowski Władysław (p. o.)
16	Grodno	Schally Tadeusz (p. o.)	
23	Kołomyja	Mgr. Nieć Eugeniusz (p. o.)	
31	Lwów		Dr Falkiewicz Tadeusz
32	Łódź	Inż. Waligórski Stanisław[1])	
39	Pińsk		Dr Orlewski Stefan
44	Radom	Pietrusiewicz Wiktor	
54	Tarnopol	Krupiński Tadeusz (p. o.)	Dr Szuperski Marian (p. o.)
59	Warszawa	Dr. Zając Michał	
63	Zamość		Dr Korczak (p. o.)
64	Złoczów	Brycki Wacław (p. o.)	
		Poprawki błędów drukarskich z Nr. 1/37 P. U. S.:	
9	Ciechanów	Kubecki Ignacy	
11	Czortków		Dr Skotnicki Jan
14	Gdynia		Dr Dzius Ludwik
22	Kielce		Dr Jakiel Wincenty
52	Szamotuły	Dr Rudkowski Stanisław	
		ponadto poprawka	
	Tczew	zamiast Starogard	

[1]) Od 1.XII 1936 r.

2. W obsadzie innych stanowisk kierowniczych w ubezpieczalniach społecznych miały miejsce nastepujące zmiany:

Nazwisko i imię	Ostatni przydział służbowy	Nowy przydział służbowy
Akłaszewski Justyn	dyrektor U. S. Kołomyja	wicedyrektor w U. S. Łuck
Dorniak Jan	kierownik wydz. w U. S. Kraków	kierownik wydz. U. S. Bielsko
Galicki Ignacy	p. o. dyrektor U. S. Dubno	wicedyrektor w U. S. Lublin
Grzybowski Wacław	kierownik oddz. adm. U. S. N. Sącz	wicedyrektor w U. S. Tarnów
Handzlik Bronisław	dyrektor U. S. Tuchola	kierownik wydz. w U. S. Kraków
Krwawicz Eugeniusz	kierownik wydz. U. S. Kraków	II-gi wicedyrektor w U. S. Kraków
Tomicki Stanisław	kierownik sekcji w U. S. Bielsko	wicedyrektor w U. S. w Ostrowcu kiel.

DOCHODY I WYDATKI UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH W 3 KWARTAŁACH 1936 R.

I.

Dochody ubezpieczalni społecznych w trzech kwartałach 1936 r. wyniosły zł. 82,975,094.— w czym:

wpływy od pracodawców	zł. 74,294.404.—
subwencje z funduszu z art. 239	„ 2,849.249.—
pozostałe dochody	„ 5,831.441.—

W okresie tym przypis składek i odsetek wyniósł 77.994.911.— za 1.715.599 ubezpieczonych (przeciętnie za 9 m-cy). Z kwoty przypisu nie wpłynęło zł. 3.700.507.—, powiększając sumę zaległych należności składkowych do zł. 95,709.646.— na 30/IX 1936 r.

Na jednego ubezpieczonego przypadało przypisu składek ogólnie zł. 45.46, tj. zł. 5,05 przeciętnie miesięcznie. Z poszczególnych Ubezpieczalni Społecznych najwyższe przypisy składek na 1 ubezpieczonego wykazały:

Ubezpieczalnia Społeczna w	Gdyni	— zł. 62,97	czyli zł.	7.—	mies.
„ „	w Warszawie	— „ 60,33	„ „	6.70	„
„ „	w Ostrowcu	— „ 56,80	„ „	6.31	„
„ „	w Chrzanowie	— „ 54,50	„ „	6.05	„
„ „	w Drohobyczu	— „ 54,30	„ „	6.03	„

zaś najniższą wykazały:

Ubezpieczalnia Społeczna w	Brzeżanach	— zł. 19,80	czyli zł.	2.20	mies.
„ „	w Kołomyi	— „ 22,35	„ „	2.48	„
„ „	w Tarnobrzegu	— „ 22,81	„ „	2.53	„
„ „	w Złoczowie	— „ 23,21	„ „	2.58	„
„ „	w Jarosławiu	— „ 23,59	„ „	2.82	„
„ „	w Przemyślu	— „ 26,63	„ „	2.96	„

Poza subwencjami, przyznanymi Ubezpieczalniom przy zatwierdzaniu preliminarzy budżetowych na rok 1936, przyznano w okresie sprawozdawczym dodatkowo zł. 1.361.000.— na lecznictwo szpitalne gruźlicy i na akcję profilaktyczną (kolonie, dożywianie dzieci, profilaktyka poza gruźlicą płuc, usprawnienie przychodni przeciwgruźliczych). Przyznane subwencje przekazuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych stopniowo w miarę zgłaszanych przez Ubezpieczalnie potrzeb.

II.

Wydatki za 9 miesięcy 1936 r. wyniosły zł. 77,471,387.—, na co złożyły się:

świadczenia	zł. 56,478.680.—
opłaty do Og. Fun. chor. (art. 239)	„ 8.602.624.—
koszty administracji	„ 8.918.249.—
pozostałe wydatki	„ 3,471.834.—

Najwięcej, bo trzy czwarte sumy wydatków stanowią wydatki na świadczenia. W stosunku do przypisu składek wyniosły one 72,4% zaś na 1 ubezpieczonego przypadało zł. 32.95. Na poszczególne działy świadczeń wydatkowano:

na zasiłki	zł. 7.920.206.—
„ opiekę lekarską	„ 20.758.650.—
„ leki i opatrunki	„ 9.413.522.—
„ szpitale i zakłady	„ 14.623.734.—
„ leczenie w bratn. ubezp.	„ 636.531.—
„ profilaktykę	„ 1.626.037.—
„ leczenie sanatoryjne	„ 1.500.000.—

Wydatek ostatni, tj. na leczenie sanatoryjne ubezpieczonych pokrywa w zastępstwie Ubezpieczalni Społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych z ogólnego Funduszu Chorobowego (art. 239), na który ubezpieczalnie odprowadzają 10% wpływów. Fundusz ten służy do przychodzenia z pomocą finansową tym ubezpieczalniom, które wskutek warunków lokalnych nie mogą we własnym zakresie utrzymać świadczeń na odpowiednim poziomie.

Odnośnie wydatków na świadczenia, należy jeszcze zaznaczyć, że wykazane cyfry są niekompletne i obejmują tylko te kwoty, które zostały zaksięgowane przed sporządzeniem sprawozdań rachunkowych za okres trzech kwartałów, tj. przed 8/10 1936 r. Pewna część rachunków, szczególnie szpitalnych i aptecznych, jest otrzymywana i księgowana zwykle z opóźnieniem i nie wchodzi do sprawozdań z tego okresu, którego dotyczy. W sumie stanowi to około 500.000.— zł. i o tyle należy podwyższyć wykazaną sumę wydatków na świadczenia.

W stosunku do zatwierdzonych w budżetach na rok 1936 sum, wydatki na świadczenia prawie we wszystkich Ubezpieczalniach wykazują przekroczenia, w związku z czym Ubezpieczalnie wystąpiły do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o zatwierdzenie dodatkowych kredytów.

Wydatek następny, tj. opłaty do Ogólnego Funduszu Chorobowego (art. 239 ustawy) swoim przeznaczeniem należy do poprzedniej grupy wydatków, gdyż fundusz ten służy wyłącznie na cele świadczeniowe Ubezpieczalni Społecznych, którym są w miarę potrzeby udzielane subwencje na wydatki świadczeniowe bądź w gotówce, bądź w naturze (pokrywanie kosztów leczenia sanatoryjnego).

Na koszty administracyjne wydatkowano za 9 miesięcy 1396 r. kwotę zł. 8,918.249.—, co stanowi 11,4% przypisu składek, zaś na 1 ubezpieczonego zł. 5.20 (miesięcznie 57 groszy). Wydatek ten w okresie sprawozdawczym wykazuje pewne oszczędności budżetowe, które jednakże w kwartale ostatnim zostaną prawdopodobnie wykorzystane.

W ostatniej grupie wydatków przeszło połowę, bo 1,812.942.— stanowią odpisy na fundusz rezerwowy, w myśl art. 237 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

III.

Nadwyżki uzyskane z gospodarki budżetowej w okresie sprawozdawczym dopomogły Ubezpieczalniom do częściowej, aczkolwiek nieznacznej spłaty najpilniejszych

i najuciążliwszych zobowiązań, które wskazują w roku sprawozdawczym tendencję zniżkową. W końcu września 1937 r. wynosiły one jescze bardzo znaczne sumy, a mianowicie:

wobec Zakładu Ubezp. Społ.	zł. 17.660.516.—
wobec innych wierzycieli	„ 13.295.736.—
z tytułu pożyczek	„ 28.058.610.—
(w czym hipoteczne około	„ 22.000.000.—)

natomiast z aktywów w sumie 250 milionów złotych tylko niecałe 19 milionów złotych jest ulokowane w gotówce i w papierach wartościowych. Pozostałość mieści się w innych składnikach majątkowych, bardzo trudnych do zrealizowania. Składają się na nie w pierwszej mierze należności od pracodawców w kwocie 95 milionów złotych, z czego około 58 milionów złotych jest przewidywane do spisania na straty z przyczyn zarówno indywidualnych (nieściągalności), jak i ogólnych (ulgi ustawowe).

Następnym składnikiem majątkowym co do wielkości są nieruchomości, z bilansową wartością około 85 milionów złotych, w czym około 10 milionów — w budowie. Wartość szacunkowa tych nieruchomości jest jednakże znacznie niższa, gdyż były one budowane w okresie najwyższych cen.

Na pozostałe składniki majątkowe składają się między innymi; dłużnicy — z kwotą 15 milionów złotych i ruchomości — z kwotą 26 milionów złotych.

A. Utrysko.

KONFERENCJA W MIN. WYZ. RELIG. I OŚW. PUBL. W SPRAWIE PROGRAMÓW LICEÓW HANDLOWYCH I ADMINISTRACYJNYCH.

W konferencji, która odbyła się 15 grudnia 1936 r., brali udział przedstawiciele sfer gospodarczych, rektorowie szkół akademickich typu ekonomicznego, przedstawiciele nauczycielstwa zawodowego, spółdzielców i t. d.

Min. Świętosławski w zagajeniu zaznaczył, że Ministerstwo, projektując programy, nie stawia sprawy sztywno. Ustawa nie krępuje formy liceów, które mogą być 2 lub 3-letnie. Chodzi o wytworzenie wykwalifikowanych praktycznie ludzi, jakich tak bardzo potrzebuje nasz kraj.

Projektuje się otwarcie ok. 50 liceów, których absolwenci przyjmowani być mogą na samodzielne stanowiska.

W długiej dyskusji, jaka się rozwinęła, zabierali głos wszyscy obecni. Większość przedstawicieli sfer gospodarczych wypowiadała się za tym, ażeby nie było rozróżnienia w pierwszych 2-ch latach na 2 rodzaje, lecz aby wszystkie licea miały podkład handlowy. W trzecim roku może być wprowadzona specjalizacja, nawet w dość rozległym zakresie. Ważną jest sprawa rozmieszczenia liceów, znajdą się one prawdopodobnie tylko w większych ośrodkach, wobec czego uczniowie ze sfery rolniczej np. nie będą mieli łatwego dostępu. Typ administracyjny liceów będzie szkołą wybitnie państwową, typ handlowy — może znaleźć się także i w rękach prywatnych. Wobec tego licea administracyjne prawdopodobnie znajdować się będą w miastach wojewódzkich, handlowe — w mniejszych ośrodkach, a przy dużej aktywności inicjatywy prywatnej może namnożyć się ich dużo, nawet ponad potrzebę. Kandydaci będą musieli zadowolić się typem istniejącego w danej miejscowości liceum, niezależnie od zainteresowań czy uzdolnienia. Organizacja obu typów wymagać będzie licznej i dobrze przygotowanej kadry nauczycielskiej. Program winien uwzględniać obowiązkową praktykę conajmniej półroczną, ograniczyć przedmioty teoretyczne i dać więcej praktycznych, zawierając np. geografię gospodarczą i polityczną, przynajmniej jeden język obcy w wysokim stopniu, ekonomię, prawo czekowe, wekslowe i t. d.

Za oddzielnymi liceami typu administracyjnego wypowiedziało się niewiele osób, które motywowały ich potrzebę różnorodnością dziedzin życia państwowego, które potrzebuje wykwalifikowanych w różnych specjalnościach pracowników. Licea nie tylko muszą przygotować młodzież do dalszych studiów, ale również i do pracy w zawodzie. Specjalizacja zatem nawet różnorodna, jest bardzo pożądana.

Grupa spółdzielców przemawiała za utworzeniem osobnych liceów spółdzielczych, dowodząc, że wspólne wychowywanie spółdzielcy i kupca nie jest wskazane, ponieważ kupiec dąży do samodzielności, pracownik spółdzielczy — nie.

Licea typu samorządowego nie są specjalnie pożądane, ponieważ słuchacze znajdą potrzebne wiadomości w liceach typu administracyjnego.

W dyskusji przemawiali również przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: p. prof. J. Łazowski i p. E. Waśniewska, proponując:

1⁰ umieszczenie w programie liceów handlowych przy handlu ziemiopłodami ubezpieczeń: ogniowych, gradowych, bydła ubojowego i transportów;

2⁰ umieszczenie w programach liceów obu typów, w kl. I-ej 2 letnich liceów, w prawoznawstwie — umowy ubezpieczeniowej;

3⁰ umieszczenie w materiale nauczania 3-klasowego liceum handlowego administracji ubezpieczeń prywatnych, i

4⁰ połączenie prawa z organizacją i techniką w jeden przedmiot: „teoria ubezpieczeń" dla wszystkich typów. Wreszcie wyrazili zadowolenie z powodu uwzględnienia w dość szerokim zakresie w programach wszystkich typów liceów tak ważnego zagadnienia, jakim są ubezpieczenia społeczne.

Dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych konferencja ta wysunęła konieczność zajęcia się następującymi zagadnieniami:

1⁰ przygotowanie kadry wykładowców z zakresu ubezpieczeń społecznych,

2⁰ napisanie podręczników dla wszystkich rodzajów liceów,

3⁰ przyjmowanie na praktykę uczniów liceów.

Wobec tego, że w związku z wykonaniem ustawy o ustroju szkolnictwa, licea typu zawodowego muszą zacząć działać już z początkiem roku szkolnego 1937/38, sprawa ta jest specjalnie ważna i pilna.

E. W.

WIEJSKIE LOTNE OŚRODKI ZDROWIA W POWIECIE KRAKOWSKIM [1]).

Wojewódzki Związek Międzykomunalny Opieki Społecznej i Zdrowia publicznego w Krakowie, z inicjatywy Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie i przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej i Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia i Wydziału powiatowego zorganizował t. zw. Lotne Ośrodki Zdrowia na razie w 8 miejscowościach, a mianowicie:

[1]) Zobacz w dziale Materiały artykuł Dr. z. Piekarskiego p. t. Powstanie i działalność Ośrodka Zdrowia w Swarzędzu.

W Liszkach, Mogilanach, Ruszczy, Rybnej, Wołowicach, Wrząsowicach, Skoszowicach i Borku Fałęckim.

Przy wyborze miejscowości przez Lotne Ośrodki Zdrowia kierowano się następującymi wytycznymi:

1) Terenem pracy L. O. Z. są przede wszystkim te miejscowości, które nie mają żadnej opieki lekarskiej czy to od lekarzy stałych, wolno praktykujących czy też od instytucji ubezpieczeniowych.

2) Centralne położenie tych miejscowości wobec wsi okolicznych umożliwia im korzystanie z L. O. Z. i przez to rozszerza znacznie zakres jego oddziaływań.

3) Lotne Ośrodki Zdrowia objęły przede wszystkim te miejscowości, które czy to z racji swego położenia, czy też rozwiniętego przemysłu rolniczego, mleczarskiego (Rybna), masarskiego (Liszki) i t. p., wywożą swoje produkty żywnościowe do miast. Że potrzeba opieki sanitarnej w takich miejscowościach jest rzeczą pierwszorzędnej doniosłości ze stanowiska higieny, nie potrzeba uzasadniać.

Lotne Ośrodki Zdrowia pracują już od 3-ch miesięcy. Okres ten, traktowany jako eksperyment, dał bardzo zachęcające wyniki i pozwala rokować jak najlepsze nadzieje.

Do każdej z wymienionych 8 miejscowości na razie raz w tygodniu przyjeżdża lekarz i higienistka, zaopatrzeni w najniezbędniejszy sprzęt i materiał lekarski. Środkiem lokomocji jest samochód, który pozwala lekarzowi na dużą swobodę ruchów i którym ewentualnie można posłużyć się do transportu ciężko chorego do szpitala.

Praca trwa cały dzień i prowadzona jest w lokalach, dostarczonych przez gminy zainteresowanych wsi. Organem miejscowym, opiekującym się Lotnym Ośrodkiem Zdrowia jest t. zw. Rada Zdrowia, wyłoniona z rady gminnej, względnie gromadzkiej, złożona zazwyczaj z 3-ch osób. Rada Zdrowia czuwa nad rozwojem Ośrodka Zdrowia, zdobywa potrzebne ku temu środki, opiekuje się lokalem, utrzymuje porządek w godzinach przyjęć, inkasuje opłaty za porady (dla biednych są porady zupełnie bezpłatne, zamożniejsi wpłacają drobne kwoty, których wysokość określa Rada Zdrowia), jest łącznikiem między Ośrodkiem Zdrowia, władzami gminnymi i ludnością. Czy w przyszłości Rady Zdrowia nie będą równocześnie organami nadzoru sanitarnego — nie można wyłączyć.

Na początku oddano Lotnym Ośrodkom Zdrowia lokale prowizoryczne, złożone z 2 — 3 izb, starannie wybielonych, oczyszczonych i prowizorycznie urządzonych. Koszta utrzymania tych izb, opału, oświetlenia i obsługi ponoszą gminy. Są to zresztą na razie jedyne wydatki, jakie gminy na tę imprezę łożą. W najbliższej przyszłości gminy zdrowia mają przygotować stałe pomieszczenie dla Lotnych Ośrodków Zdrowia, czy to przez przystosowanie istniejących lokali w domach gminnych, względnie ludowych, czy też przez budowę nowych.

Dalszym etapem ma być celowe urządzenie i wyposażenie tych lokali w najniezbędniejszy sprzęt.

Nadmienić należy, że w każdej z wymienionych wsi myśl założenia Lotnego Ośrodka Zdrowia przyjmowano z prawdziwym entuzjazmem, a w pracach organizacyjnych brali udział w budującej zgodzie władze gminne, księża, nauczycielstwo, kierownicy istniejących na terenie wsi organizacji społecznych, a przede wszystkim młodzież, która np. w Mogilanach specjalnie urządzała imprezy dochodowe, przedstawienia, byle zdobyć grosz na cele Ośrodka.

Równolegle z pracami organizacyjnymi, Lotne Ośrodki Zdrowia prowadzą już właściwą swą pracę. Obejmuje ona w pierwszym rzędzie działalność profilaktyczną, zapobiegawczą. Zadanie to spełniają: poradnia dla matki i dziecka, dla kobiet ciężarnych, poradnie: przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna, przeciwjaglicza, przeciwalkoholowa. Dalej Ośrodek Zdrowia obejmuje swą opieką dzieci przedszkolne i szkolne, z których każde ma być conajmniej raz w roku obowiązkowo przebadane. Wreszcie L. O. Z. sprawuje nadzór sanitarny na wsi oraz prowadzi propagandę zasad higieny przez własną oraz przez współpracę z wszystkimi istniejącymi na terenie wsi organizacjami kulturalno - oświatowymi, gospodarczymi i szkołą.

Jest to więc praca o olbrzymim zasięgu. Oczywiście nieuniknioną koniecznością jest także leczenie, szczególnie ludności ubogiej, jednakże to zasadniczo nie wchodzi w zakres działalności Lotnych Ośrodków Zdrowia.

Pracę lekarza uzupełnia higienistka. Rola jej nie ogranicza się do pomocy lekarzowi w godzinach przyjęć, czy do poradni. Istotą jej pracy są t. zw. wywiady domowe, a więc bezpośredni kontakt z domem i rodziną, zorientowanie się na miejscu w warunkach życia i pracy ludności, udzielanie porad i wskazówek praktycznych, uświadamianie, pouczanie, skierowywanie do lekarza i t. d.

Oto kilka cyfr, które ilustrują 3-miesięczny dorobek Lotnych Ośrodków Zdrowia.

W ciągu 3 miesięcy udzielono 750 porad lekarskich, odwiedzono 30 chorych obłożnie w domu, dokonano 50 wywiadów, odbyto 30 pogadanek w szkołach, odbyto 10 pogadanek i wykładów dla ludności starszej, urządzono 1 konkurs czystości z nagrodami.

Nic więc dziwnego, że dzień przyjazdu lekarza do wsi jest wielkim wydarzeniem. Prowizoryczną poczekalnię zapełnia tłum ludzi. Frekwencja wzrasta z tygodnia na tydzień a coraz częściej zdarzają się wypadki, że lekarz mimo wytężonej całodziennej pracy nie jest w stanie wszystkich obsłużyć. Matki z niemowlętami, dzieci szkolne, dorośli i starcy całymi godzinami cierpliwie wyczekują, byle tylko dostać się do skromnego gabinetu lekarza.

Po drodze samochód lekarza jest często zatrzymywany przez ludzi, którzy zabierają lekarza do chorych obłożnie. W każdym takim domu oprócz właściwego chorego oczekuje lekarza gromadka domowników i sąsiadów z najrozmaitszymi dolegliwościami. Niektórzy z nich po raz pierwszy w życiu zasięgają porady lekarskiej, choć życie ich już jest na schyłku.

Przed domem, w którym mieści się L. O. Z. wyczekują furki, by zawieść lekarza do wiosek sąsiednich z pomocą dla ciężko chorych. A wszystko to przeważnie biedota, która nigdy nie mogłaby sobie pozwolić na sprowadzenie lekarza prywatnego.

Naczelnik Wydziału Zdrowia Wojewódzkiego krakowskiego Dr. Hessek, który w czasie wizytacji Ośrodka Zdrowia w Rybnej tylko przez kilka godzin zetknął się z jego pracą, nie zawahał się określić ją, jako *pracę apostolską*.

VI KURS ODMY SZTUCZNEJ.

W okresie od dnia 25 lutego do dnia 24 marca 1937 r. odbędzie się 4-o tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P.

Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 32 godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i wal-

ki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką w pracy w poradniach przeciwgruźliczych, oraz techniką zakładania odmy.

Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) *najpóźniej do dnia 18 lutego 1937 r.* Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendium w wysokości 200 zł.

Pierwszeństwo w przyjęciu na Kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W KANADZIE.

Parlamenty poszczególnych prowincyj kanadyjskich uchwaliły w toku swych sesyj r. 1936 ustawy, dotyczące pewnych zmian systemów odszkodowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych, rent bezskładkowych i ubezpieczenia chorobowego.

Wszystkie prowincje kanadyjskie zapewniają odszkodowanie wypadków i chorób dla osób zatrudnionych w gałęziach przemysłu objętych działaniem ustawy. Sumy potrzebne na wypłaty odszkodowań dostarcza „Fundusz wypadkowy" utworzony ze składek przedsiębiorców, których przedsiębiorstwa są objęte systemem ubezpieczeniowym. Funduszem zarządza specjalna komisja odszkodowawcza, złożona z osób mianowanych przez gubernatora.

W poszczególnych prowincjach rolnictwo, przedsiębiorstwa handlowe i znaczna ilość drobniejszych przemysłów nie są objęte systemem odszkodowawczym. Komisja ma ogólne pełnomocnictwo do wyłączania z systemu poszczególnych gałęzi przemysłu. Poza tym w kilku prowincjach przedsiębiorstwa należące do gałęzi przemysłu, objętych systemem mogą być wyłączone na podstawie decyzji komisji, jeżeli zatrudniają niewielką ilość pracowników, niższą od minimum określonego ustawą. W tych jednakże wypadkach zarówno pracodawca jak i pracownicy odnośnych przedsiębiorstw mogą zgłosić do komisji żądanie objęcia danego przedsiębiorstwa działaniem ustawy. Systemy poszczególnych prowincyj zapewniają pracownikom — jak już wspomniano na początku — odszkodowanie nie tylko za wypadki przy pracy ale również i za pewne określone ustawą choroby zawodowe.

Komisje odszkodowawcze składają się zazwyczaj z trzech członków, przy czym decyzje mogą być podejmowane w obecności dwu członków. W prowincji Alberta poszczególni członkowie komisji mogą wykonywać wszystkie akty władzy, wynikające z kompetencji komisji, samodzielnie bez odwoływania się do swych kolegów. Decyzje komisji są przeważnie definitywne bez prawa odwołania, jednakże komisje mogą każdej chwili rozpatrzeć na nowo zgłoszone roszczenia względnie zmieniać swe decyzje, w wypadkach, gdy zaszła zmiana okoliczności faktycznych, służących za podstawę uprzedniej decyzji. Poza tym komisje mogą przedłużać okresy czasu przewidziane dla zgłaszania roszczeń, jeżeli zainteresowane osoby udowodnią należycie przyczyny zwłoki w zgłoszeniu.

Przed r. 1936 wprowadzono we wszystkich prowincjach za wyjątkiem Québec'u i Nowego Brunszwiku systemy rent starczych, a to zgodnie z ramową ustawą federalną wydaną w tym względzie. Obecnie parlament Québec'u uchwalił analogiczną ustawę wykonawczą. Ustawa federalna z 31 marca 1927 r. przewiduje, że rząd kanadyjski będzie wpłacać dotacje w wysokości 75% sum wydawanych przez poszczególne prowincje na wypłaty rent. Do rent starczych mają prawo poddani brytyjscy, którzy ukończyli 70 lat, przebywają od dwudziestu lat w Kanadzie i przynajmniej od pięciu lat w danej prowincji, pod warunkiem, że ich dochody nie przekraczają 365 dolarów w stosunku rocznym. Renty wynoszą maksymalnie 240 dolarów rocznie, i kwota ta zmniejsza się w indywidualnych wypadkach o tyle, o ile dochody rencisty przewyższają 125 dolarów. Udzielane świadczenia mogą być po śmierci rencisty zwrócone Skarbowi państwa z majątku po renciście z wyłączeniem jednakże tych obiektów majątkowych, które na podstawie testamentu lub ab intestato przechodzą na osobę, która przyczyniała się do utrzymania rencisty w ciągu trzech ostatnich lat przed śmiercią.

W prowincji Québec wykonanie ustawy należy do ministra spraw samorządowych, przemysłu i handlu. Komisja złożona z trzech członków wyznaczonych przez gubernatora sprawuje administrację kasy rent przy pomocy komisarzy rentowych, wyznaczonych przez poszczególne zarządy miejskie lub okręgi wiejskie. Roszczenia rentowe zgłasza się do zwierzchności gminnej w miejscowości, w której mieszka petent. Zarząd gminny przekazuje roszczenie komisarzowi rentowemu, a ten po przeprowadzeniu dochodzeń przedstawia stosowny wniosek komisji. Komisja decyduje definitywnie bez prawa odwołania, może jednak każdej chwili zmienić lub anulować swoje orzeczenia. Renty są zwolnione od wszelkich opłat publicznych i zajęć egzekucyjnych. Parlament prowincjonalny uchwala corocznie sumy potrzebne na pokrycie wydatków rentowych i kosztów administracyjnych. Gubernator ma prawo w razie potrzeby zaciągnąć pożyczkę na pokrycie wydatków nieprzewidzianych budżetowo.

Przewidzianym jest również udzielanie rent ślepcom, którzy ukończyli 40 lat życia, o ile rząd federalny poweźmie decyzję co do udzielania dotacyj analogicznych jak przy rentach starczych.

Poniżej przytoczona tabelka podaje dane finansowe i statystyczne na dzień 30 czerwca 1936.

Siedem prowincyj przyznaje również renty bezskładkowe matkom mającym na swym utrzymaniu dzieci, pozbawione alimentacyj ze strony ojca z powodu jego zgonu lub trwałej niezdolności do pracy. W Albercie rozciągnięto pojęcie wdowy również na kobiety zamężne, porzucone przez mężów przynajmniej od pięciu lat. W Kolumbii brytyjskiej mogą obecnie ubiegać się o renty również te matki, które były poddanymi brytyjskimi przed swym zamążpójściem, podczas gdy dotychczas prawo do rent tych przysługiwało tylko poddanym brytyjskim.

W zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby została uchwalona przez parlament prowincji Kolumbii w

Prowincja	ilość rencistów	przeciętna renta miesięczna	dotacja rządu federalnego od chwili zastosowania ustawy
		dolarów	
Alberta	8 383	17,82	5 416 253
Kolumbia bryt. .	10 181	19,21	8 573 622
Manitoba . . .	11 085	18,61	9 249 855
Nowa Szkocja . .	13 237	14,36	3 644 065
Ontario	54 310	18,02	42 038 856
Wyspa księcia Edwarda . . .	1 684	10,61	390 835
Saskatchewan . .	10 809	16,48	8 390 795
Terytorium północnego wschodu .	7	18,98	10 013
Razem . . .	109 696	—	77 714 294

roku 1936 ustawa wprowadzająca obowiązkowe ubezpieczenie. W innych prowincjach daje się obserwować tendencje do tworzenia dobrowolnych zrzeszeń ubezpieczenia chorobowego pod kierownictwem zawodowych organizacyj lekarskich. Związek lekarzy prowincji Outario organizuje w ostatnich miesiącach stowarzyszenie ubezpieczenia na wypadek choroby dla osób, których dochody nie przekraczają 1.800 dolarów na rok. Składki są kalkulowane na podstawie ryzyk indywidualnych i rodzinnych.

(Informations Sociales T. LX. Nr. 8).

UBEZPIECZENIE EMERYTALNE DZIENNIKARZY W CZECHOSŁOWACJI

Ubezpieczenie dziennikarzy czechosłowackich na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość jest uregulowane artykułem 124 czechosłowackiej ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych.

Ubezpieczenie emerytalne urzędników prywatnych (pracowników umysłowych), istniejące na ziemiach czeskich od r. 1909, (austr. ustawa pensyjna) obejmowało pierwotnie dziennikarzy na równych zasadach z innymi pracownikami umysłowymi. Od roku 1929 podlegają oni specjalnemu systemowi ubezpieczenia.

Potrzebę stworzenia oddzielnego ubezpieczenia dla dziennikarzy motywował rząd praski m. i. następująco:

„Nadzwyczaj ważna rola, jaką odgrywa publicystyka w życiu publicznym, specjalne warunki położenia gospodarczo-społecznego dziennikarzy, — np. trudność zatrudnienia dziennikarza, który utracił swoje zajęcie — uzasadniają konieczność specjalnej organizacji ubezpieczenia emerytalnego dla nich. Postulat ten znajduje powszechne zrozumienie...".

Administrację tego ubezpieczenia wykonuje Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Pod względem finansowym stanowi to ubezpieczenie zupełnie samodzielną całość; Zakład sporządza dlań oddzielne zamknięcia rachunkowe i bilanse techniczne.

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy dziennikarze zatrudniani przez redakcje pism codziennych i czasopism periodycznych, wykonujący rzeczywiście swój zawód jako główne źródło utrzymania.

Podana poniżej tabela zawiera dane, obrazujące działalność systemu w latach 1930 — 1935.

Udzielane świadczenia są w zasadzie takie same, jak w ubezpieczeniu powszechnym: renta inwalidzka, renta starcza, t. zw. „społeczna" renta starcza, dodatki rodzinne, renty wdowie i sieroce i t. p.

W dniu 31 grudnia	Ilość ubezpieczonych	Ilość pracodawców	Świadczenia w milionach koron czeskich
1930 r.	734,—	—	2 022,—
1931 r.	798,—	—	2 414,—
1932 r.	854,—	255,—	2 369,—
1933 r.	856,—	238,—	2 785,—
1934 r.	868,—	232,—	3 311,—
1935 r.	901,—	238,—	—

Natomiast sposób obliczania świadczeń jest całkowicie odmienny.

W ubezpieczeniu powszechnym podzielono ubezpieczonych na 11 grup zarobkowych. Najniższa obejmuje osoby o zarobkach poniżej 3.000 koron w stosunku rocznym, najwyższa zarabiających powyżej 42.000 koron rocznie. Czynniki tworzące rentę inwalidzką, od której wysokości jest uzależniona wysokość innych świadczeń, są następujące:

1) kwota podstawowa, wynosząca dla wszystkich grup zarobkowych 3.600 koron rocznie,

2) wzrosty roczne, które w zależności od grupy zarobkowej wahają się od 2 do 50 koron za każdą składkę miesięczną.

W ten sposób np. renta inwalidzka, względnie starcza dla ubezpieczonego, który przez 35 lat (wzgl. 420 miesięcy) był ubezpieczony w XI-ej klasie, wynosi rocznie 24.600 koron.

Natomiast kwota roczna renty inwalidzkiej dziennikarza zależy od przeciętnego zarobku podstawowego. Dla ustalenia tego przeciętnego podstawowego zarobku wybiera się z ostatnich 60 miesięcy składkowych, — 24 miesiące o zarobkach najwyższych (z pominięciem oczywiście kwot przekraczających sumę rocznego zarobku 42.000 koron) i 12 miesięcy o zarobkach najniższych — i oblicza się przeciętną arytmetyczną tych 36 miesięcy.

Renta inwalidzka dziennikarza składa się:

1) z kwoty zasadniczej, — po przebyciu okresu wyczekiwania 60 miesięcy składkowych — w wysokości 28% przeciętnej zarobków, obliczonej w przytoczony wyżej sposób,

2) z rocznej kwoty wzrostu wynoszącej 0,2% średniego zarobku za każdą składkę miesięczną wpłaconą ponad okres wyczekiwania.

Po 35 latach składkowych kwota roczna renty inwalidzkiej równa się 100% przeciętnego zarobku. Jeżeli ubezpieczony pracuje ponad okres 35 lat składkowych, renta jego może przekroczyć przeciętny podstawowy zarobek.

Dla zabezpieczenia tych świadczeń składki w ubezpieczeniu dziennikarzy są wyższe od składek w ubezpieczeniu powszechnym. Składki miesięczne w ubezpieczeniu powszechnym wahają się, zależnie od grup zarobkowych, od 12 do 250 koron czechosłowackich miesięcznie (obciążają w połowie pracodawcę i ubezpieczonego), co czyni przeciętnie 8,10% rzeczywistych zarobków, natomiast składki ubezpieczenia dziennikarskiego wynoszą, tymczasowo, 15% zarobków. Definitywnego ustalenia składki dokona Zakład pensyjny za aprobatą Ministra Opieki Społecznej po sprawdzeniu wyników działania systemu i okresowych obliczeń aktuarialnych.

(Informations sociales t. LX nr. 6)

Dr. M.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

ORGANIZACJA PIERWSZEJ POMOCY W ZAKŁADACH PRACY. Dr Brunon Nowakowski. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych, Warszawa — 1936. Str. 131.

Walka z wypadkami przy pracy toczy się niejako na dwóch liniach frontu. W pierwszej linii kroczy techniczna służba bezpieczeństwa pracy, która stara się usunąć okoliczności sprzyjające powstawaniu wypadków. Druga linia frontu luzuje pierwszą, gdy wypadek zdarzy się pomimo usiłowań zapobiegawczych. Wtedy winna przyjść do głosu organizacja pierwszej pomocy, której zadaniem jest osłabić następstwa wypadku dla poszkodowanego.

O tej właśnie organizacji pisze dr. Nowakowski w swojej książce, odznaczającej się głębokim i interesującym ujęciem zagadnienia.

Pierwsza pomoc stanowiła dotychczas, jak trafnie formułuje dr. Nowakowski, teren graniczny, graniczący z jednej strony z lecznictwem, z drugiej — bezpieczeństwem i higieną pracy. Ten teren graniczny jest jednocześnie terenem bezpańskim. Jest więc rzeczą konieczną odpowiedzieć wyraźnie na pytanie: kto jest za pierwszą pomoc odpowiedzialny?

Rozważając szczegółowo i obiektywnie nasuwające się możliwości, autor dochodzi do słusznego i całkowicie uzasadnionego wniosku powierzenia pracodawcy przeprowadzenia organizacji pierwszej pomocy, działającej na terenie zakładu pracy, jako temu czynnikowi, który ma obowiązek przeprowadzać organizację wszelkich urządzeń na terenie zakładu pracy, a tym samym jest odpowiedzialny za zdrowie i życie pracowników! — Za najpraktyczniejsze rozwiązanie finansowej strony autor uważa bezpośrednie poniesienie kosztów organizacji pierwszej pomocy przez pracodawcę. Przy tej koncepcji rekompensatę dla pracodawcy stanowiłaby ustawowo dopuszczalna indywidualna obniżka składki wypadkowej i chorobowej. Koncepcję tę należy uznać za trafną i życiowo uzasadnioną, tym bardziej, że ustawa w przepisach o możliwości indywidualnych obniżek składki wyraźnie suggeruje tego rodzaju rozwiązanie.

Bardzo ciekawie i obszernie ujmuje autor w kilku rozdziałach rodzaj i sposób udzielania pierwszej pomocy oraz wskazania racjonalnego używania sprzętu ratowniczego i materiału opatrunkowego w punktach lub izbach pierwszej pomocy. Pierwsza pomoc musi działać, z natury rzeczy, na terenie zakładu pracy i w czasie wykonywania pracy. Ze względu na rozmiary i rodzaj zakładu pracy, w zależności od ilości zatrudnionych pracowników proponuje autor rozwiązanie w trojaki sposób zagadnienia pierwszej pomocy. Najwłaściwszą formą organizacyjną w dużym przemyśle jest fabryczna służba zdrowia pod kierunkiem lekarza. W zakładach pracy średniej wielkości winne istnieć izby opatrunkowe pod opieką dyplomowanych pielęgniarek, a wreszcie w drobnych zakładach pracy pierwszą pomoc udzielać mógłby kierownik lub inny wyznaczony ratownik z pośród załogi.

Punkty ratownicze winny być wyposażone w znormalizowany sprzęt. Sprzęt ratowniczy powinien znajdować się w odpowiedniej skrzynce lub kabinie najbliżej miejsca pracy wyznaczonego ratownika, albo w większych zakładach pracy w izbie opatrunkowej położonej centralnie lub bliżej szczególnie niebezpiecznych oddziałów obfitujących w wypadki. Autor kładzie specjalny nacisk na konieczność wprowadzenia znormalizowanego materiału opatrunkowego, wzorując się na angielskiej jednostce opatrunkowej, celowej szczególnie do opatrywania skaleczeń palców. Opatrunki takie, stykając się bezpośrednio z raną, mają na celu ochronę przed zakażeniem, spełniają należycie swoje zadanie, gdyż przy ich użyciu uwzględnione są trzy ważne momenty: jałowość opatrunku, oszczędność materiału i łatwość użycia.

Ponieważ rodzaj udzielanej pierwszej pomocy w zakładach pracy wpływa na wyniki dalszego leczenia, instytucje ubezpieczeń społecznych, jako bezpośrednio zainteresowane, winny roztoczyć fachowy nadzór nad udzielaną pierwszą pomocą przez zaopatrywanie ich w znormalizowany sprzęt i materiał ratowniczy oraz fachowe wyszkolenie personelu ratowniczego.

Dalszym uzupełnieniem ratownictwa powinno być stworzenie specjalnych oddziałów lub nawet szpitali traumatologicznych, opartych również na podstawie terytorjalnej, któraby zapewniła dostateczny dopływ chorych konieczny dla pełnego wyzyskania szpitala.

Tak rozbudowana organizacja ratownictwa mogłaby również, zdaniem autora, oddać pierwszorzędne usługi w razie wojny. Z tego też względu organizacja ratownictwa powinna być oparta o odpowiednie komórki państwowej i samorządowej służby zdrowia.

W zakończeniu autor podkreśla rolę ubezpieczeń społecznych w organizacji ratownictwa. Ubezpieczalnie Społeczne powinny ułatwiać zakładom pracy nabywanie odpowiedniego sprzętu, szkolić ratowników i nadzorować funkcjonowanie pierwszej pomocy w zakładach pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych powinien zająć się normalizacją sprzętu, zabiegów i szkolenia.

Książka uzupełniona jest wyciągiem przepisów prawnych, dotyczących pierwszej pomocy, regulaminem sieci samarytańskiej i zestawieniem wyposażenia izb opatrunkowych.

Podane streszczenia najważniejszych tez autora starczy właściwie za ocenę książki. Autor naświetlił zagadnienie pierwszej pomocy w sposób tak wszechstronny i gruntowny, że opracowanie jego można niewątpliwie uznać w tej dziedzinie za podstawowe zarówno dla teoretyka jak i praktyka.

Oddzielne słowo poświęcić należy układowi graficznemu książki. Logiczny podział na rozdziały i podrozdziały, odpowiedni dobór tytułów i podtytułów i wreszcie bardzo szczęśliwie rozmieszczone podkreślenia w tekście ułatwiają czytanie i orientowanie się w obfitym i pełnym treści materiale.

Należy wyrazić wielkie zadowolenie z powodu ukazania się pracy Dr. Nowakowskiego, która w naszych warunkach i sposobie ujęcia zagadnienia organizacji pierwszej pomocy w zakładach pracy jest dziełem o wielkim znaczeniu — ujmuje panujący w tej dziedzinie chaos w ramy organizacyjne. Pracą swoją wypełnia też autor poważną lukę w piśmiennictwie w dziedzinie zdrowia publicznego. Materiał zawarty w pracy, obejmującej 97 stronic, oraz podane w „uzupełnieniach" sposoby organizacji pierwszej pomocy działające już obecnie w silnie uprzemysłowionych państwach zachodnich jak w Anglii, Belgii i Niemczech będą niewątpliwie wykorzystane przez ustawodawcze organa państwowe jako wytyczne przy opracowaniu specjalnej ustawy o pierwszej pomocy dla

przemysłu. Praca Dr. Nowakowskiego powinna już obecnie, niezależnie od przymusu ustawowego, znaleźć szerokie zastosowanie w zakładach pracy i stanowić nieodłączne „vademecum" każdego kierownika, odpowiedzialnego za zdrowie i życie swoich podwładnych.

M. K. i *B. K.*

POLSKIE DRUKI I ARTYKUŁY Z ZAKRESU HIGIENY I BEZPIECZEŃSTWA PRACY DO ROKU 1935. **Regina Rudzińska. Część ogólna.** Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych, Warszawa, 1936. Str. 136.

Zagadnienia higieny i bezpieczeństwa pracy przechodzą u nas w ostatnich latach ciekawą i brzemienną w skutki ewolucję.

Z objektu zainteresowania nielicznego grona specjalistów, zagadnienia te dzięki swej wadze gospodarczej i społecznej wysuwają się stopniowo na czoło życiowych problemów organizacyjnych i technicznych we wszystkich gałęziach pracy.

Powiększa się szybko zastęp pracowników naukowych i technicznych, dla których należyte, praktyczne rozwiązanie spraw higieny i bezpieczeństwa pracy wchodzi w zakres codziennych obowiązków zawodowych.

Dla tych wszystkich wydana ostatnio książka Instytutu Spraw Społecznych stanowi pomoc, przychodzącą w samą porę.

Dotychczas bowiem poznanie literatury rodzinnej z jakiejkolwiekbądź dziedziny higieny i bezpieczeństwa pracy połączone było z trudnościami prawie nie do pokonania dla praktyka, który nie miał możności poświęcić się wyszukiwaniu jej w bibliotekach.

Wydawnictwo Instytutu usuwa w dużej mierze te trudności, chociaż stanowi dopiero pierwszą, ogólną część bibliografii. Druga część wydawnictwa, obejmująca zagadnienia bezpieczeństwa i higieny w odniesieniu do poszczególnych gałęzi pracy ukazać się ma — według zapowiedzi Instytutu — w niedługim czasie.

Pierwsza część zawiera informacje o książkach i artykułach drukowanych do r. 1935, w języku polskim i tłumaczonych na język polski, poruszających zagadnienia *ogólne* z dziedziny higieny i bezpieczeństwa pracy.

Oto najważniejsze z tych zagadnień: dobór zawodowy, czynniki psychologiczne higieny i bezpieczeństwa pracy, statystyka chorobowości zawodowej i wypadków przy pracy, czynniki społeczne higieny i bezpieczeństwa pracy, okres pracy, czynniki fizjologiczne higieny i bezpieczeństwa pracy, higiena pracy umysłowej, choroby zawodowe, organizacja służby zdrowia w zakładach pracy, technika bezpieczeństwa pracy, propaganda higieny i bezpieczeństwa pracy, pierwsza pomoc, ubrania i sprzęt ochronny, urządzenia higieniczne i sanitarne w zakładach pracy.

Bibliografia opracowana jest chronologicznie: wydawnictwa zebrane są w/g roku wydania, co pozwala łatwo odróżnić materiał nowy od starego.

Klasyfikacja zebranego materiału (w/g międzynarodowego systemu dziesiętnego) — bardzo staranna. Drobne usterki, jak np. umieszczenie kilku wydawnictw, traktujących o specjalnych zagadnieniach higieny pracy (o higienie pracy jubilerów, aptekarzy, szmaciarzy w garbarniach, w cukrowniach, telefonistek) w dziale zagadnień ogólnych zamiast przeniesienia ich do działów specjalnych (w 2-ej części), nie będą miały istotnego znaczenia, jeżeli — co należy przypuszczać — wydawnictwa te będą powtórzone w działach specjalnych.

Poważniejszym brakiem jest całkowite pominięcie ustawodawstwa, dotyczącego bezpieczeństwa i higieny pracy oraz niekompletne opracowanie działu statystyki, w którym brak np. informacyj o statystyce wypadków opracowywanej w roczniku Inspekcji Pracy i w sprawozdaniach Zakładów Ubezpieczeń od Wypadków.

Braki te nie pomniejszają jednak roli bibliografii, będącej owocem żmudnej pracy autorki.

Na wstępie bibliografii znajduje się spis czasopism, które dostarczyły materiału do wykazu artykułów. Przy każdym czasopiśmie podane są w skrótach nazwy bibliotek warszawskich, w których te czasopisma można znaleźć. Podobne skróty znajdują się również przy wzmiankach o książkach. Stanowi to duże ułatwienie dla czytelnika, okupione niewątpliwie specjalnym nakładem pracy ze strony autorki.

Dalszymi ułatwieniami są: skorowidz przedmiotowy i skorowidz nazwisk autorów, umieszczone na końcu książki.

Oddzielna wzmianka należy się szacie graficznej książki — jest ona bez zarzutu.

Pożyteczne i piękne wydawnictwo.

B. K.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

AMTLICHE NACHRICHTEN DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR SOZIALE VERWALTUNG. Wiedeń.

Nr. 10 z 10 sierpnia 1936.

Die Gebarung der oesterreichischen Sozialversicherung im Jahre 1934. (Działalność austriackich ubezpieczeń społecznych w r. 1934).

Finanzielle Gebarung der Altersfürsorge nach dem Landarbeitersicherungsgesetz im Jahre 1935. (Działalność finansowa w r. 1935 w dziedzinie starczych zaopatrzeń, w myśl ustawy o ubezpieczeniu robotników rolnych).

Nr. 11 z 15 września 1936.

Stand der Versicherten nach Versicherungsgruppen bei den nach dem GSOG eingerichteten Angestelltenkrankenkassen im 2 Vierteljahre 1936. (Rozkład ubezpieczonych między poszczególne grupy ubezpieczeniowe w kasach chorych dla pracowników umysłowych za II kwartał 1936).

Nr. 12 z 10 października 1936.

Stundung und Nachsicht von Sozialversicherungsbeiträgen. (Umarzanie i odraczanie płatności składek ubezpieczeniowych).

Nr. 14 z 30.XI.1936.

Krankenkassenstatistik für 1934. (Statystyka Kas Chorych za rok 1934).

DIE ARBEITERVERSORGUNG, dwutygodnik, Berlin. Nr. 30 z r. 1936.

Engel, Betrachtungen über die Entwicklung der Sozialversicherung. (Rozważania nad rozwojem ubezpieczeń społecznych).

Funke, Vereinfachung des Anwartschaftsrechtes in der Rentenversicherung. (Uproszczenie ekspektatyw w ubezpieczeniu rentowym).

Eyg, Privatversicherung und Sozialversicherung. (Ubezpieczenia prywatne i społeczne).

Kühne, Die Rechtslage der Bediensteten eines Kassenverbandes bei dessen Auflösung. (Sytuacja prawna pracowników Związku Kas Chorych przy rozwiązaniu Związku).

Ney, Der Anspruch der freiwillig Versicherten auf das erhöhte Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung. (Roszczenie ubezpieczonych dobrowolnie o podwyższony zasiłek połogowy za czas przed rozwiązaniem).

Nr. 32 z r. 1936.

Appelius. Versicherungsfreiheit wegen wissenschaftlicher Ausbildung. (Zwolnienie od ubezpieczenia z powodu naukowego wykształcenia).

Schelbe, Die Mehrleistungen in der Krankenversicherung. (Świadczenia dodatkowe w ubezpieczeniu chorobowym).

Steidl, Die Gewährung von Krankenhauspflege und die Frage der Kostentragung bei Unfallverletzten. (Leczenie szpitalne i zagadnienie ponoszenia kosztów u osób, uległych wypadkowi).

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR ÖFFENTLICHE VERSICHERUNG UND VOLKSWOHLFAHRT, miesięcznik.

Praga, Nr. 8 z sierpnia 1936.

Die Krankenversicherung von Schülerinnen von Krankenpflegeschulen. (Ubezpieczenie chorobowe uczennic szkół pielęgniarskich).

Die Stellung des Versicherungsträgers im Instanzenzuge. (Stanowisko ubezpieczyciela w toku instancji).

Vereinfachung des Verfahrens in der Sozialversicherung im Deutschen Reich. (Uproszczenie postępowania w ubezpieczeniach społecznych w Niemczech).

Nr. 9 z września 1936.

Die neue Bruderladenversicherung. (Nowe ubezpieczenie brackie).

Die Problemstellung für eine Reform der Schweizer bundesrechtlichen Krankenversicherung. (Zagadnienie reformy szwajcarskiego związkowego ubezpieczenia chorobowego).

Die Sozialversicherung im Deutschen Reiche im Jahre 1935. (Niemieckie ubezpieczenie społeczne w roku 1935).

Die Sozialversicherungsträger und die periodischen Untersuchungen der gesamten Bevölkerung im Deutschen Reich. (Instytucje ubezpieczeń społecznych a okresowe badania ludności w Niemczech).

Nr. 10 z października 1936.

Die zwischenstaatlichen Verträge der tschechoslowakischen Sozialversicherung. (Umowy międzynarodowe czeskich ubezpieczeń społecznych).

Nr. 11 z listopada 1936.

Die Arbeiterversicherung in Jugoslavien im Jahre 1935. (Ubezpieczenie robotnicze w Jugosławii w r. 1935).

Die Bekämpfung der Tuberkulose in Hinblick auf die Tätigkeit der Fürsorgestellen der K. V. A. und sozialgesundheitlichen Institutionen. (Zwalczanie gruźlicy w związku z czynnościami instytucyj ubezpieczenia chorobowego i społecznych zakładów zdrowotnych).

Nr. 14 z grudnia 1936.

Vorsicht bei Vereinbarungen mit zahlungsunfähigen Schuldnern von Beitragsrückständen. (Względy ostrożności przy układach z niewypłacalnymi dłużnikami z tytułu składek).

Die Arbeiterkrankenversicherung in der tschechoslowakischen Republik in den Jahren 1933 und 1934. (Ubezpieczenie chorobowe robotników w Czechosłowacji za lata 1933 i 1934).

Die Gemeinschaftsaufgaben in der reichsdeutschen Krankenversicherung. (Zadania wspólne w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym).

Das Jahr 1935 vom gesundheitlichen Gesichtspunkte. (Rok 1935 pod kątem widzenia zdrowotności).

Nr. 1 ze stycznia 1937.

Der Einfluss der Heilfürsorge auf das Dienstverhältnis. (Wpływ lecznictwa na stosunek pracy).

Neuordnung und Neauafbau der reichsdeutschen Sozialversicherung. (Nowa organizacja i odbudowa niemieckich ubezpieczeń społecznych).

Der Krankenversicherte als Heilmittelverbraucher. (Ubezpieczony na wypadek choroby, jako zużywający środki lecznicze).

NEUE ORDNUNG, miesięcznik, Wiedeń.

Nr. 5 z r. 1936.

Arbeitsgerichtsbarkeit und Schlichtungswesen im Geiste berufsständischer Sozialpolitik. (Sądownictwo pracy i postępowania rozjemcze w duchu korporacyjnej polityki społecznej).

DER ÖSTERREICHISCHE VOLKSWIRT, dwutygodnik, Wiedeń.

Nr. 33 z r. 1936.

Kerber, Internationale Arbeitsorganisation und Sozialversicherung. (Międzynarodowa organizacja pracy i ubezpieczenia społeczne).

Nr. 41 z r. 1936.

Kallbrunner, Neue Wege der Arbeitslosenhilfe in der Schweiz. (Nowe drogi pomocy dla bezrobotnych w Szwajcarii).

LEHRLINGS-JUGEND- UND BERUFSFÜRSORGE, miesięcznik, Wiedeń.

Nr. 6, 7, czerwiec—lipiec 1936.

Meister, Über die Nachschulung jugendlicher Arbeitslosen. (Doszkalanie młodocianych bezrobotnych).

DER GEWERKSCHAFTER, miesięcznik, Wiedeń.

Nr. 7, lipiec, 1936.

Schnütz, Die Lage in der Pensionsversicherung. (Położenie ubezpieczenia pensyjnego).

Nr. 9, wrzesień 1936.

Besely, Die Entwicklung der Krankenversicherung der Angestellten. (Rozwój ubezpieczenia chorobowego pracowników umysłowych).

THE MINISTERY OF LABOUR GAZETTE, miesięcznik, Londyn.

Nr. 5 z r. 1936.

Report of the Ministery of Labour for the Year 1935. (Sprawozdanie ministerstwa pracy za rok 1935).

CHRONIQUE DE LA SÉCURITÉ INDUSTRIELLE, dwumiesięcznik, Genewa.

Nr. 4, lipiec—sierpień 1936.

Dixième congrès des hygienistes polonais. (10 kongres polskich higienistów).

Caisse agricole d'assurance contre les accidents pour la Slovaquie. (Rolnicza kasa ubezpieczenia przeciw wypadkom na Słowaczyźnie).

L'inspection du travail en Yougoslavie en 1933 et 1934. (Jugosłowiańska inspekcja pracy w r. 1933, 1934).

Nr. 5, wrzesień—październik 1936.

Congrès économique de 1936 en Pologne. (Kongres gospodarczy 1936 w Polsce).

INFORMATIONS SOCIALES, tygodnik, Genewa.

T. LX. Nr. 12 z 21 grudnia 1936.

Caisse d'assistance du Syndicat national fasciste des Beaux-Arts en Italie. (Kasa pomocy narodowego syndykatu faszystowskiego sztuk pięknych we Włoszech).

T. LX. Nr. 13 z 28 grudnia 1936.

Reorganisation du service du controle médical dans l'assurance-maladie obligatoire en Allemagne. (Reorganizacja kontrolnej służby lekarskiej w obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym w Niemczech).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

Kurjer Warszawski z 1 stycznia rb. poświęcił Radzie Naukowo-Lekarskiej artykuł, w którym omawia kompetencje tego organu. Autor artykułu wyraża przekonanie, że Rada, wyposażona w znaczne kompetencje, ale i obarczona odpowiedzialnością, potrafi usunąć istniejące niedomagania lecznictwa ubezpieczeniowego, ułatwi rozwój tego lecznictwa zgodnie z wymaganiami wiedzy lekarskiej i z doświadczeniami Instytutu medycyny społecznej, który będzie działać według wskazań Rady. Powstanie tego nowego organu powinno zostać powitane z zadowoleniem zarówno przez lekarzy, jak i przez społeczeństwo.

Zagadnienie samorządu instytucyj ubezpieczeń społecznych znalazło zasadniczo wyraz w *Ruchu Pracowniczym* z 20-go stycznia r. b. w artykule pod tytułem „Samorząd w ubezpieczeniach społecznych". W artykule tym poza ogólnymi żądaniami przywrócenia samorządu i krytyką przeciągania tej sprawy w związku — pierwotnie podobno z izbami pracy, a obecnie w związku z opracowywaniem ordynacji wyborczej — znajdujemy dwie nowe myśli w porównaniu z podobnymi artykułami, umieszczanymi uprzednio w innych pismach.

Jedna — to żądanie wprowadzenia w miejsce komisarzy — tymczasowych zarządów, złożonych z przedstawicieli central zawodowych, z tym, że te tymczasowe zarządy winny być organami opracowywującymi ordynację wyborczą. Druga myśl — to postulat nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznym w kierunku usunięcia z samorządu instytucyj ubezpieczeń społecznych t. zw. nominatów, jako czynnika uszczuplającego pełnię samorządu ubezpieczeniowego. Autor kończy artykuł apelem do P. Ministra Opieki Społecznej o dopuszczenie bezzwłoczne przedstawicieli ubezpieczonych do władz ubezpieczeń społecznych.

Robotnik z dnia 23 stycznia rb. i *Naprzód* z 24 stycznia rb. przedrukowały znaczne ustępu z tego artykułu.

Jutro pracy z 24 stycznia rb. w artykule pod tytułem „Naprawa wielkiego aparatu" stwierdza postęp usprawnienia administracyjnego w ubezpieczalniach społecznych i skasowanie różnych przerostów biurokratyzmu. Jako zasadnicze elementy usprawnienia wylicza: skomasowanie czynności, obchodzących pracodawcę i ubezpieczonego w ubezpieczalni społecznej, praktyczność zastosowania legitymacji ubezpieczeniowej, jako środka ułatwiającego korzystanie ze świadczeń i kontrolę uprawnień, przyspieszenie tempa przyznawania świadczeń, ułatwienia dla lekarzy w zakresie obowiązujących ich przepisów administracyjnych zwłaszcza w zakresie zapisywania leków, skasowanie badań lekarskich osób, ubiegających się o zaopatrzenie starcze.

W zakończeniu autor artykułu stwierdza, że znajduje się niewątpliwie dużo jeszcze ujemnych objawów administracyjnych zasługujących na zasadniczą korektę, niemniej daje się odczuć znaczna poprawa dotychczasowego stanu i widać stałe dążenie kierownictwa do dalszego usprawnienia.

Kurjer Polski z 1 stycznia rb. kontynuuje konsekwentnie w artykule pod tytułem „Bezdroża polityki socjalnej" swą krytykę podstaw finansowych ubezpieczeń społecznych. Stwierdza, że ubezpieczenia społeczne są w Polsce rozbudowane nie tylko ponad możliwości kraju, lecz i ponad normy krajów zamożniejszych. W konsekwencji tego stwierdzenia atakuje wysokość obciążenia z tytułu składek i wysuwa postulat rewizji systemu świadczeń, powołując się na raport specjalnej komisji, która pod przewodnictwem prezesa P. K. O. Dr. Grubera badała w latach 1934 i 1935 finanse ubezpieczeń społecznych i stwierdziła rosnący w ukryciu deficyt, oszacowany przez nią na kilkaset milionów złotych. Autor artykułu nie widzi działania w kierunku naprawy i wyraża obawę, że pozostawianie czasowi leczenia niedomagań nie zawsze przynosi właściwe rezultaty.

Również *Kurjer Warszawski* z 2 stycznia rb. w artykule p. t. „Niedomagania ubezpieczeń społecznych" omawia sprawę deficytów ubezpieczeń społecznych, jako chronicznej choroby ubezpieczeń długoterminowych. Po zaznaczeniu wątpliwości co do podstaw technicznych ubezpieczenia od wypadków i deficytu w emerytalnym ubezpieczeniu robotniczym omawia szerzej sytuację ubezpieczenia pracowników umysłowych. Po podkreśleniu, że majątek tego ubezpieczenia wynosi ¾ majątku wszystkich ubezpieczeń społecznych w Polsce i stanowi w naszych stosunkach b. poważny czynnik kapitalizacyjny, przytacza opinię wspomnianej już wyżej komisji, która działa pod przewodnictwem prezesa Dr. Grubera, co do deficytu, ocenianego przez nią na 140 milionów złotych — w chwili opracowania raportu — o ileby natychmiast przedsięwzięto środki naprawy, — a mającego wzrosnąć do 500 milionów przy pozostawieniu składki 8%-wej i obecnego systemu świadczeń.

Zastanawiając się nad środkami zaradczymi, artykuł kwestionuje możność podwyższenia składki, wskazując przykładowo Niemcy, gdzie składka emerytalna wynosi 5,5% przy świadczeniach całkowicie dostatecznych ze społecznego punktu widzenia. Rewizja winna zatem skierować się w stronę systemu świadczeń. Jako zagadnienie rewizyjne wylicza artykuł przede wszystkim zakres osób, posiadających prawa do świadczeń, oraz 5-letni zbyt krótki okres wyczekiwania na świadczenia.

W zakończeniu autor artykułu stwierdza brak inicjatywy reformatorskiej. Ani reprezentacje pracownicze, ani ciała parlamentarne, ani władze państwowe, nie podejmują akcji niepopularnej, bo zwężającej uprawnienia ubezpieczonych.

Nad zagadnieniem sytuacji finansowej ubezpieczeń społecznych zastanawia się również *Mały Dziennik Niepokalanów* z 12 stycznia rb. w artykule p. t. „Przerost czy niedorozwój ubezpieczeń społecznych jest przyczyną katastrofalnej sytuacji finansowej?". Autor artykułu podkreśla przeciwstawiające się sobie tendencje reformatorskie, z których jedne zdążają do zmniejszenia świadczeń, drugie zaś do rozszerzenia zakresu działania ubezpieczeń społecznych specjalnie w kierunku objęcia nimi wsi, po czym zajmuje się szczegółowiej tym ostatnim zagadnieniem. Ludność rolnicza jest pozbawiona opieki lekarskiej, co odbija się ujemnie na ogólnym stanie higieny i na stanie fizycznym poborowych. Oczywiście rozszerzenie systemu ubezpieczeń społecznych na wieś wymagałoby obciążenia gospodarstw wiejskich składkami. Proponuje się ustalenie niższych składek dla wsi, a rekompensatą przynajmniej częściową za to miałoby być objęcie ubezpieczeniem nawet najwyższych uposażeń, zwolnionych ostatnio.

Ogólny stan finansowy ubezpieczeń społecznych nie

przedstawia się dobrze. W ciągu ostatnich 7 lat dochody ubezpieczalni spadły niemal dwukrotnie, podczas gdy nie można było w tym samym stosunku zmniejszać świadczeń leczniczych i rentowych. Na ciężki stan finansowy wpływają znaczne zaległości składkowe, wynoszące około 300 milionów złotych.

Przy ocenie tej sytuacji finansowej jedni przypisują je przerostowi ubezpieczeń społecznych, drudzy niedorozwojowi. Ci ostatni motywują swoje stanowisko porównaniem stosunków w Polsce i w Europie zachodniej i na tle tego porównania domagają się rozszerzenia ubezpieczeń społecznych na wieś. W konkluzji autor artykułu wyraża pogląd, że w tej sprawie powinny się wypowiedzieć zainteresowane czynniki wiejskie, co pozwoliłoby na zorjentowanie się w nastrojach społeczeństwa i w jego ustosunkowaniu się do ubezpieczeń społecznych.

Echo Społeczne z 17 stycznia rb. omawia w artykule p. t. „Ostrzeżenie" zagadnienie zastępczych systemów emerytalnych. Nawiązując do ogłoszonej w prasie wiadomości o obniżeniu przez wydział funduszu emerytalnego pracowników M. Z. E. we Lwowie emerytur wdowich o 50% wyraża pismo wątpliwości co do losu wszystkich zastępczych funduszów emerytalnych. Ciężary finansowe w zastępczych systemach emerytalnych są b. znaczne ze względu na niewielki stosunkowo zastęp ubezpieczonych czynnych. Trwałość i ciągłość podstaw finansowych ubezpieczenia zastępczego jest zawsze pod znakiem zapytania, a przykład lwowski może służyć za ostrzeżenie. W ubezpieczeniu powszechnym będzie zawsze możliwym wyrównanie ciężarów w sposób nienaruszający zbytnio praw emerytalnych ubezpieczonych.

Pracownicy, którzy odseparowali się od ubezpieczenia powszechnego, postąpili lekkomyślnie. Gdyby nie liczne wyłączenia grup pracowniczych z ubezpieczenia powszechnego, świadczenia tego ubezpieczenia mogłyby — zdaniem autora artykułu — zostać utrzymane na poziomie świadczeń normalnie udzielanych przez ubezpieczenia zastępcze. W zakończeniu autor artykułu podkreśla, że interesom świata pracowniczego może odpowiadać tylko zasada powszechności ubezpieczenia społecznego bez wyłączania poszczególnych grup.

W tym samym czasopiśmie z 1 stycznia r. b. analizuje p. Jan Zawadzki zagadnienie uposażeń pracowników ubezpieczeń społecznych. W oparciu o zestawienia cyfrowe stwierdza, że w r. 1936 przeciętna płaca umysłowych pracowników administracyjnych wynosiła zł. 272 miesięcznie, zaś po wyłączeniu członków dyrekcji około zł. 260, a więc nieco mniej niż w r. 1935. Również płace pracowników fizycznych obniżyły się nieznacznie, — o 4 zł. w stosunku do r. 1935 — i wynoszą w r. 1936 przeciętnie zł. 136.

Równocześnie wydajność pracy wzrosła. W r. 1935 obsługiwał 1 pracownik 438 ubezpieczonych, zaś w r. 1936 — 442 ubezpieczonych. Tak więc płace brutto zmniejszyły się nieco, natomiast płace netto uwzględniając wzmożenie wydajności pracy, zmniejszyły się znacznie.

Zagadnienia bezpieczeństwa pracy tworzą w dalszym ciągu przedmiot zainteresowania prasy. *Walka* i *Echo Społeczne* z 1 stycznia r. b. oraz *Pracownik Polski* z 10 stycznia r. b. omawiają w równobrzmiących artykułach p. t. „Pierwsza pomoc" sprawę niesienia natychmiastowej i dobrze zorganizowanej pomocy, któraby zmniejszała szkodliwy dla zdrowia ludzkiego wpływ wypadku. Statystyka wykazuje, że wiele osób traci życie, względnie staje się inwalidami nie tyle skutkiem samych wypadków, ile skutkiem błędów lub opóźnienia w niesieniu pomocy, co powoduje komplikacje w późniejszym leczeniu, lub wogóle prowadzi do utraty życia. W efekcie wzrastają skutkiem tego koszty leczenia i koszty świadczeń rentowych. W Ameryce przemysłowcy stworzyli we fabrykach dobrą organizację pierwszej pomocy jako środek — poza humanitarnymi przesłankami — przynoszący znaczne oszczędności finansowe.

Kurier Czerwony z 8 stycznia r. b. omawia w artykule p. t. „Dbajmy o bezpieczeństwo pracy" pomoc udzielaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych organizacjom przemysłowym i rolniczym w zakresie bezpieczeństwa pracy.

Prawda z 10 stycznia r. b. omawia w artykule p. t. „Zagadnienia bezpieczeństwa pracy" dążenia do uzgodnienia poczynań Inspekcji Pracy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Instytutu Spraw Społecznych i Muzeum Techniki i Przemysłu.

Polonia z 21 stycznia r. b. i *Kłosy* z 24 stycznia r. b. umieściły w równobrzmiących artykułach p. t. „Bezpieczeństwo pracy w rolnictwie" sprawozdanie z działalności organizacyjnej akcji zapobiegania wypadkom w gospodarstwach rolnych. Przy wszystkich Izbach Rolniczych utworzono na koszt Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydziały bezpieczeństwa pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznał w związku z prowadzeniem akcji bezpieczeństwa pracy obniżkę składki od wypadków, a to w przewidywaniu, że akcja ta wpłynie na zmniejszenie kosztów leczenia i ilości rent. Zadaniem wydziałów bezpieczeństwa pracy będzie udzielanie fachowych porad technicznych, organizowanie urządzeń pierwszej pomocy, propaganda higieny pracy, wygłaszanie pogadanek, pomoc przy stosowaniu odpowiednich zabezpieczeń przy maszynach. Przewidziane jest również kwalifikowanie poszczególnych gospodarstw w/g stanu bezpieczeństwa pracy.

Gazeta Polska z 20 stycznia r. b. omawia w artykule p. t. „Udany Eksperyment" organizację wypoczynkowego obozu w Lidzbarku dla młodych rzemieślników. Organizacja obozu jest owocem współpracy Okręgowego Urzędu W. F. i O. W. i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W obozie przebywało 220 chłopców ze środowisk robotniczych, znajdujących się w ciężkich warunkach materialnych. Obóz odbył się w dwu turach w czasie od 4.XII.36 r. do 4.I.37 r., wiążąc się z akcją pomocy zimowej przez utrzymywanie w ciągu dwu tygodni urlopowych członków ubogich rodzin. Badania lekarskie wykazały, że już po 10 dniach ukazywała się nadwaga od 3 do 4 kilogramów, oraz zwiększenie objętości klatki piersiowej o 2 do 3 cm.

Program obozu obejmował gimnastykę, naukę jazdy na nartach, gry sportowe i strzelectwo, odpowiednie pogadanki z dziedziny wychowania obywatelskiego oraz imprezy rozrywkowe. Wyniki badań lekarskich wykazały, że eksperyment obozów dla pracowników fizycznych udał się w stu procentach. Należy oczekiwać inicjatywy ze strony pracodawców w kierunku tworzenia masowych obozów wypoczynkowych dla pracowników fizycznych.

Dr M.

STATYSTYKA

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1934—1936

Okresy	Zakłady pracy [a], których pracownicy ubezpieczeni są	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu: na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalnemu pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy pracowników umysłowych	od wypadków w zatrudnieniu [b]
	w ubezpieczalniach społecznych			w całej Polsce		
Przeciętna w 1934 r. [c]	**395 603**	**1 637 492**	**1 332 895**	**267 632**	**267 406**	**1 828 528**
Przeciętna w 1935 r.	**401 141**	**1 678 635**	**1 385 028**	**278 592**	**277 645**	**1 890 330**
Stan w końcu października 1935 r.	398 615	1 817 546	1 528 051	283 595	282 554	2 037 983
„ „ listopada „	399 944	1 750 822	1 460 139	285 376	284 304	1 971 550
„ „ grudnia „	402 155	1 558 801	1 271 063	284 761	283 492	1 772 561
„ „ stycznia 1936 r.	403 416	1 551 862	1 262 328	285 938	284 620	1 745 223
„ „ lutego „	406 818	1 565 383	1 275 099	287 482	286 148	1 757 994
„ „ marca „	411 450	1 626 596	1 334 622	288 730	287 371	1 820 784
„ „ kwietnia „	412 225	1 694 256	1 400 868	289 673	288 253	1 890 788
„ „ maja „	412 441	1 794 336	1 498 969	292 756	291 198	1 996 018
„ „ czerwca „	410 953	1 825 905	1 529 415	293 499	291 871	2 030 161
„ „ lipca „	407 471	1 845 039	1 548 547	293 095	291 482	2 057 092
„ „ sierpnia „	405 671	1 881 092	1 584 648	292 649	290 977	2 095 437
„ „ września „	408 106	1 906 203	1 604 510	298 150	296 393	2 121 953
„ „ października „	413 594	1 941 237	1 636 073	301 711	299 878	2 146 509

II. Składki (w tysiącach złotych)

1934—1936

Okresy	Ogółem	na ubezpieczenie: na wypadek choroby	emerytalne robotników	emerytalne pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy pracowników umysłowych	od wypadków w zatrudnieniu: razem	w przemyśle	w rolnictwie
		w ubezpieczal. społ.		w całej Polsce				
A. Przypis składek [d]								
w 1934 r. [e]	**274 760**	**94 500**	**61 099**	**58 487**	**21 705**	**38 969**	.	.
w 1935 r.	**318 313**	**104 979**	**71 163**	**66 784**	**21 455**	**53 932**	.	.
we wrześniu 1935 r.	28 799	9 644*	6 941*	5 566	1 495	5 153	4 053*	1 100
w październiku „	26 779	8 746	6 284	5 596	2 102	4 050	3 659	391
„ listopadzie „	26 184	8 625	6 218	5 687	1 526	4 128	3 652	476
„ grudniu „	28 946	9 838*	7 018*	5 721	1 537	4 832	4 066*	766
„ styczniu 1936 r.	24 483	7 971	5 401	5 685	1 528	3 898	3 348	550
„ lutym „	23 049	7 349	4 825	5 584	1 473	3 818	3 095	723
„ marcu „	23 993	8 935*	4 963*	4 548	1 486	4 061	3 294*	767
„ kwietniu „	20 893	7 521	4 105	4 412	1 443	3 412	2 871	541
„ maju „	21 086	7 635	4 157	4 586	1 499	3 209	2 847	362
„ czerwcu „	24 671	9 538*	5 466*	4 466	1 459	3 742	3 591*	151
„ lipcu „	22 850	8 283	4 846	4 620	1 504	3 597	3 094	503
„ sierpniu „	24 278	8 500	4 978	4 540	1 478	4 782	3 304	1 478
we wrześniu „	27 928	10 477*	6 141*	4 603	1 479	5 228	3 956*	1 272
B. Wpływy składek i odsetek zwłoki								
w 1934 r.	**277 890**	**105 621**	**48 776**	**57 908**	**20 961**	**44 624**	.	.
w 1935 r.	**295 112**	**102 161**	**65 782**	**62 672**	**19 680**	**44 817**	**40 036**	**4 781**
we wrześniu 1935 r.	26 313	8 818	6 306	5 385	1 496	4 308	3 373	935
w październiku „	27 411	9 279	6 336	5 707	1 569	4 520	3 473	1 047
„ listopadzie „	26 742	9 022	6 412	5 810	1 593	3 905	3 525	380
„ grudniu „	26 722	9 274	6 602	5 348	1 469	4 029	3 630	399
„ styczniu 1936 r.	23 966	7 832	5 214	5 655	1 497	3 768	3 164	604
„ lutym „	24 294	8 157	5 406	5 508	1 755	3 468	2 950	518
„ marcu „	23 886	9 195	4 991	4 768	1 527	3 405	3 039	366
„ kwietniu „	20 941	7 735	4 269	4 479	1 451	3 007	2 731	276
„ maju „	21 657	7 857	4 370	4 766	1 557	3 107	2 697	410
„ czerwcu „	22 867	8 873	5 001	4 353	1 423	3 217	3 039	178
„ lipcu „	23 212	8 428	4 951	4 584	1 497	3 752	3 023	729
„ sierpniu „	22 928	8 353	4 920	4 418	1 436	3 801	3 363	438
we wrześniu „	25 706	9 926	5 711	4 349	1 418	4 302	3 755	547

a Bez gospodarstw rolnych i leśnych. *b* Bez pracowników rolnych. *c* Przeciętna za 10 miesięcy (III — XII). *d* Przypis składek w danym miesiącu obejmuje zasadniczo przypis składek za miesiąc poprzedni z wyjątkiem przypisu na ubezpieczenie od wypadków w rolnictwie, w którym przypis składek dokonywany jest za okresy półroczne wzgl. roczne (za producentów rolnych w województwach zachodnich). *e* Za 11 miesięcy 1934 r. (I—XI). Celem otrzymania przypisu składek za 12 miesięcy 1934 r. należy dodać do przypisu na ubezpieczenie: na wypadek choroby zł. 10 259 tys., emerytalne robotników zł. 6 204 tys., emerytalne pracowników umysł. zł. 5 705 tys., na wypadek braku pracy pracown. umysł. zł. 2 119 tys., od wypadków w zatrudnieniu zł. 4 208 tys.

Wyszczególnienie	1935 X	1935 XI	1935 XII	1936 I	1936 II	1936 III	1936 IV	1936 V	1936 VI	1936 VII	1936 VIII	1936 IX	1936 X
Ubezpieczenie na wypadek choroby *f*	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
1. *Ogółem* *g*		*18 739*			*17 270*			*18 077*			*19 645*		
2. opieka lekarska		—			6 711			6 797			7 256		
3. środki leczn. i pomocn.		—			3 158			3 269			2 989		
4. szpitale i zakł. leczn.		—			4 439			4 806			5 382		
5. zasiłki pieniężne		—			2 525			2 531			2 864		
6. lecz. w bratnich ubezp.		—			165			233			239		
7. profilakt. i cele sanit.		—			272			441			915		
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)												
8. Porady lekarskie ogół.	1 197,0	1 234,2	1 168,7	1 214,6	1 191,8	1 302,2	1 181,5	1 303,2	1 203,7	1 307,6	1 249,9	1 323,9	1 438,8
9. „ lekarzy dom.	860,1	934,2	839,7	901,1	890,8	969,7	886,2	980,5	908,6	994,1	952,0	992,9	1 080,5
10. „ „ specjal.	336,9	300,0	279,0	313,5	301,0	332,5	295,3	322,7	295,1	312,9	297,9	330,9	358,3
11. Zabiegi dentystyczne	116,3	110,8	101,0	112,2	107,2	114,1	103,2	106,9	93,0	94,3	102,2	116,8	121,6
12. Zabiegi pers. pom.-lek	200,1	188,7	178,2	189,1	205,9	196,6	191,3	213,4	190,8	185,2	184,6	199,9	222,5
13. Leki i środki opatrunk.	1 310,2	1 377,3	1 382,9	1 428,6	1 375,0	1 464,5	1 351,9	1 462,3	1 333,0	1 464,5	1 463,2	1 547,0	1 674,3
14. Zabiegi fizyko-terap.	138,0	141,2	138,4	203,7	199,5	225,7	168,8	167,5	122,6	78,2	78,8	127,5	179,0
15. „ rentgenowskie	28,8	26,2	28,5	31,4	31,3	34,5	32,3	35,9	31,2	28,4	28,1	31,9	33,7
16. Analizy chemiczne *h*	47,7	46,9	44,0	56,1	51,2	57,4	51,3	52,5	48,2	44,0	44,9	51,4	56,4
17. Przekazy do szpitali *i*	11,3	10,2	9,6	10,7	9,9	10,8	10,2	11,8	12,1	13,9	13,5	14,5	14,6
18. Przyrost chorych we własnych szpitalach	4,8	4,6	4,3	5,3	4,6	4,8	4,4	5,1	5,0	5,5	5,1	5,1	5,2
19. Dni szpitalne *j*	73,2	73,5	71,8	77,4	75,6	75,0	69,0	79,3	75,9	77,3	78,1	75,9	78,9
20. Dni zasiłkowe *k*	952,3	918,5	997,9	890,0	847,8	907,3	850,3	891,3	839,2	982,3	977,3	1 084,2	1 184,6
21. Zasiłki pogrzebowe	2,7	2,6	2,6	2,5	2,1	2,5	2,3	2,6	2,7	3,3	3,2	3,1	3,3
Ubezpieczenie emeryt. robotników *l*	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
22. *Ogółem*	*1 407*	*1 415*	*1 386*	*1 357*	*1 419*	*1 472*	*1 578*	*1 639*	*1 615*	*1 603*	*1 499*	*1 536*	*1 641*
23. renty	712	737	744	715	764	778	876	880	840	803	791	771	869
24. zaopatrzenia	627	654	606	638	651	658	682	695	704	699	688	712	732
25. świadcz. jednorazowe *m*	68	24	36	4	4	36	20	64	71	101	20	53	40
	Liczby wypłaconych świadczeń												
26. Renty	38 789	39 008	39 146	38 910	39 135	39 207	39 874	40 379	40 888	41 115	41 435	41 593	43 490
27. zaopatrzenia	26 881	27 293	28 438	29 094	29 697	30 379	31 153	31 983	32 707	33 195	33 497	33 938	34 425
28. świadcz. jednorazowe *m*	448	232	316	35	35	314	184	577	580	512	138	468	370
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
29. *Ogółem*	*3 890*	*3 796*	*3 916*	*3 874*	*3 895*	*4 165*	*4 614*	*4 016*	*4 212*	*4 078*	*4 103*	*4 149*	*4 181*
30. renty	2 768	2 628	2 691	2 786	2 678	2 852	3 414	2 827	3 096	3 085	3 097	3 098	3 155
31. zaopatrzenia *n*	96	106	99	97	113	105	98	101	109	104	112	109	113
32. świadcz. jednorazowe *o*	91	151	104	96	153	160	130	164	154	77	91	122	120
33. zasiłki bezrobotnych	935	911	1 022	895	951	1 048	972	924	853	812	803	820	793
	Liczby wypłaconych świadczeń												
34. Renty	20 666	20 882	21 479	21 922	22 202	22 784	23 634	23 710	24 252	24 255	24 651	25 114	25 574
35. zaopatrzenia *n*	1 838	1 869	1 924	1 923	1 963	1 997	1 986	1 999	2 041	2 041	2 081	2 107	2 135
36. świadcz. jednorazowe *o*	78	117	69	58	118	115	123	118	124	70	74	103	116
37. Zasiłki z powodu braku pracy	11 516	11 292	13 074	11 801	12 317	13 857	12 830	11 969	11 132	10 788	10 379	11 215	11 087
38. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki *p*	9 161	9 039	9 998	9 238	9 720	10 597	10 484	9 967	9 292	8 801	8 526	9 045	9 197
Ubezpiecz. od wypadk.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
39. *Ogółem*	*3 637*	*3 301*	*4 723 t*	*3 344*	*3 796*	*3 705*	*3 914*	*4 105*	*3 764*	*3 798*	*3 855*	*3 999*	*3 710*
40. renty	3 317	3 200	3 914	3 326	3 438	3 327	3 547	3 687	3 463	3 516	3 526	3 649	3 602
41. świadcz. jedn. i rzecz. *r*	320	101	809 *t*	18	358	378	367	418	301	282	329	350	108
	Liczby przyznanych świadczeń												
42. Renty	2 141	1 998	1 753	1 176	1 208	1 625	2 216	2 013	1 677	1 760	1 775	1 860	1 934
43. Świadcz. jednoraz. *s*	63	69	43	49	92	150	94	119	99	66	81	87	84

f Bez Górnego Śląska. *g* W roku 1935 bez profilaktyki, na którą wydały ubezpieczalnie zł. 1 387 tys.; wydatki na przewóz chorych i lekarzy mieszczą się w danych za 1936 r., częściowo w poz. 2 oraz w poz. 4. *h* Analizy chemiczno-bakteriolog. *i* oraz zakładów położn. i sanatoriów obcych. *j* wzgl. sanatoryjne we własn. szpitalach i sanatoriach. *k* Chorobowe, połogowe i dla karmiących. *l* Świadczenia funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników Z. U. S. *m* Odprawy wdowie i sieroce, zasiłki pogrzebowe i zapomogi pośmiertne. *n* Na rachunek Skarbu Państwa. *o* Jednorazowe odprawy inwalidzkie i pośmiertne oraz zasiłki pogrzebowe. *p* Liczba bezrobotnych, którym wypłaca się zasiłki, jest mniejsza od liczby wypłaconych zasiłków w danym miesiącu, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje *łącznie* zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc. *r* Zapomogi pośmiertne, odprawy wdowie oraz koszty protez i lecznictwa. *s* Odprawy i zapomogi pośmiertne. *t* W tym 560 tys. złotych świadczeń rzeczowych, wydanych w 1935 r., a wykazanych przez Oddział Z. U. S. we Lwowie w grudniu 1935 r.

Uwaga. Dane za ostatnie miesiące są częściowo tymczasowe. Kwoty oznaczone gwiazdkami obejmują przypis składek za miesiące 5-cio tygodniowe.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni w Ubezpieczalniach Społecznych

w/g rodzajów ubezpieczenia [a]

Stan w końcu miesiąca — X 1936

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych [b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		pracowników umysłowych [c]	od wypadków w zatrudnieniu
					razem	w tym górnicy i hutnicy (skł. emer. 5,8%)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Ogółem	**413 594**	**1 985 819**	**1 941 237**	**1 636 073**	**45 592**	**275 645** [d]	**1 972 758** [e]
	woj. Centralne . .	*191 565*	*1 038 123*	*1 011 254*	*868 351*	*32 534*	*138 630*	*1 034 343*
	woj. Warszawskie							
1	Ciechanów	3 108	13 211	13 049	11 008	—	1 459	13 055
2	Kutno	3 980	22 608	22 279	19 670	—	2 301	22 319
3	Płock	3 512	13 200	13 017	11 013	—	1 511	13 030
4	Warszawa	78 595	349 442	340 678	270 499	—	67 573	349 028
5	Włocławek	4 214	21 536	21 176	18 366	—	2 353	21 285
6	Żyrardów	3 450	20 093	19 870	17 831	—	1 717	19 953
	woj. Łódzkie							
7	Kalisz	4 865	17 783	17 544	14 487	—	1 970	17 581
8	Łódź	26 453	183 630	182 045	162 753	—	17 006	183 602
9	Pabjanice	3 489	25 588	25 431	23 331	—	1 685	25 503
10	Piotrków	3 253	19 515	19 314	17 005	—	1 836	19 393
11	Tomaszów Mazowiecki	2 347	22 395	22 219	20 191	161	1 674	22 286
	woj. Kieleckie							
12	Częstochowa	6 792	43 550	43 059	38 897	4 803	3 233	43 473
13	Kielce	4 673	23 663	23 386	19 441	—	3 417	23 410
14	Ostrowiec	1 881	18 872	18 578	16 428	2 929	2 146	18 757
15	Radom	4 228	34 949	25 700	30 258	—	3 878	34 836
16	Sosnowiec	9 762	79 300	78 476	70 719	24 641	7 168	79 268
	woj. Lubelskie							
17	Lublin	7 739	38 887	38 075	31 947	—	5 631	38 533
18	Siedlce	2 977	11 975	11 673	9 505	—	1 931	11 696
19	Zamość	3 221	14 377	14 068	11 654	—	2 063	14 077
	woj. Białostockie							
20	Białystok	4 960	34 105	32 417	29 122	—	4 007	33 910
21	Grodno	4 338	18 117	17 971	14 790	—	2 500	18 113
22	Łomża	3 728	11 324	11 229	9 436	—	1 571	11 235
	woj. Wschodnie .	*31 903*	*153 292*	*151 230*	*121 952*	—	*25 393*	*151 453*
	woj. Wileńskie							
23	Wilno	11 604	45 214	44 749	34 683	—	8 356	44 849
	woj. Nowogródzkie							
24	Baranowicze	2 608	11 945	11 661	9 361	—	2 019	11 676
25	Lida	2 386	12 447	12 206	9 859	—	2 177	12 217
	woj. Poleskie							
26	Brześć	3 273	15 153	15 035	11 994	—	2 579	15 058
27	Pińsk	1 534	13 167	13 008	11 247	—	1 604	13 024
	woj. Wołyńskie							
28	Dubno	2 434	10 565	10 400	8 683	—	1 530	10 404
29	Kowel	1 687	8 075	7 970	6 137	—	1 528	7 970
30	Łuck	2 657	9 131	8 945	6 605	—	2 029	8 981
31	Równe	3 720	27 595	27 256	23 383	—	3 571	27 274

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych[b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		pracowników umysłowych[c]	od wypadków w zatrudnieniu
					razem	w tym górnicy i hutnicy (skł. emer. 5,8%)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	woj. Zachodnie . .	*65 562*	*292 651*	*283 548*	*221 834*	*717*	*51 418*	*288 297*
	woj. Poznańskie							
32	Bydgoszcz	6 906	35 468	33 262	27 347	—	6 033	35 123
33	Gniezno	4 015	16 216	15 394	12 522	—	2 369	15 809
34	Grodzisk	3 220	11 523	11 068	8 790	—	1 804	11 111
35	Inowrocław	3 102	16 761	16 206	13 393	453	2 405	16 468
36	Leszno	3 125	11 758	10 936	8 936	—	1 856	11 343
37	Ostrów	4 872	18 637	18 089	13 404	—	2 924	18 121
38	Poznań	16 691	73 379	72 345	54 371	—	15 764	73 066
39	Szamotuły	3 865	12 698	12 095	9 232	259	2 337	12 110
	woj. Pomorskie							
40	Gdynia	4 667	31 315	30 710	24 805	—	5 440	31 220
41	Grudziądz	5 517	24 112	23 635	18 353	—	3 627	23 720
42	Tczew	2 880	10 904	10 494	7 769	—	1 957	10 700
43	Toruń	4 403	20 232	19 963	15 698	—	3 425	20 069
44	Tuchola	2 299	9 648	9 351	7 214	5	1 477	9 437
	woj. Południowe .	*117 938*	*458 133*	*451 875*	*386 343*	*11 239*	*56 047*	*455 137*
	woj. Krakowskie							
45	Biała	5 697	33 754	33 553	30 006	1 666	2 615	33 650
46	Chrzanów	2 478	22 900	22 704	20 855	5 413	1 701	22 848
47	Kraków	25 333	87 305	85 490	73 267	1 022	11 908	87 214
48	Nowy Sącz	4 870	22 319	22 183	19 173	12	2 056	22 251
49	Zakopane	2 632	10 644	10 484	9 085	—	1 093	10 619
50	Tarnów	5 206	20 649	20 434	17 879	398	2 037	20 565
	woj. Lwowskie							
51	Drohobycz	5 579	24 507	24 151	20 710	707	3 060	24 342
52	Jarosław	2 584	11 279	11 082	9 642	—	1 123	11 097
53	Krosno	2 807	15 986	15 902	14 106	—	1 373	15 937
54	Lwów	24 136	80 720	79 974	64 306	—	13 498	80 336
55	Przemyśl	4 052	15 000	14 867	12 948	76	1 564	14 911
56	Rzeszów	3 575	11 031	10 874	9 117	—	1 388	10 880
57	Tarnobrzeg	1 692	10 438	10 151	8 804	—	1 292	10 229
	woj. Stanisławowskie							
58	Kołomyja	3 671	14 184	14 052	12 375	80	1 540	14 086
59	Stanisławów	5 602	20 060	19 862	16 504	166	2 326	19 900
60	Stryj	4 290	21 197	20 943	18 476	1 558	1 934	21 007
	woj. Tarnopolskie							
61	Brzeżany	2 870	6 435	6 297	5 014	—	1 045	6 302
62	Czortków	2 998	10 076	9 728	8 142	—	1 596	9 747
63	Tarnopol	4 267	9 958	9 747	8 051	141	1 484	9 782
64	Złoczów	3 599	9 691	9 397	7 883	—	1 414	9 434
	Śląsk Cieszyński .	*6 626*	*43 620*	*43 330*	*37 593*	*1 102*	*4 157*	*43 528*
65	Bielsko	6 626	43 620	43 330	37 593	1 102	4 157	43 528

a Pracownicy rolni ubezpieczeni od wypadków w zatrudnieniu oraz pracownicy górnośląskiej części woj. Śląskiego nie są objęci niniejszym zestawieniem. *b Ponieważ ubezpieczeni podlegają równocześnie kilku rodzajom ubezpieczenia, kolumna (4) nie jest sumą kolumn (5), (6), (8), (9).* *c* Ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy. *d* Poza tym było *26 066* pracowników umysłowych ubezpieczonych w oddziale Z. U. S. w Chorzowie. *e* Poza tym było *183 751* pracowników zatrudnionych w przemyśle ubezpieczonych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

za m-c sierpień 1936 r.[a]

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ogółem . .	24 907 922	10 477 418	6 141 293	3 960 426[b]	1 285 836[b]	3 042 949[b]
	% . . .	*100,0*	*42,0*	*24,7*	*15,9*	*5,2*	*12,2*
	woj. Centralne . .	*14 294 253*	*6 034 140*	*3 612 682*	*2 215 058*	*729 272*	*1 703 101*
	% . .	*100,0*	*42,2*	*25,3*	*15,5*	*5,1*	*11,9*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów . . .	104 074	46 232	25 962	15 363	4 788	11 729
2	Kutno	184 870	81 297	50 409	24 613	7 702	20 849
3	Płock	105 252	46 553	23 919	17 296	5 350	12 134
4	Warszawa . . .	5 769 171	2 388 666	1 221 949	1 154 020	384 294	620 242
5	Włocławek . . .	221 157	94 646	56 709	31 821	10 173	27 808
6	Żyrardów . . .	234 537	103 538	68 847	26 077	8 680	27 395
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	153 750	69 940	37 466	22 123	6 969	17 252
8	Łódź	2 740 133	1 231 231	798 937	319 179	105 990	284 796
9	Pabjanice . . .	285 686	132 276	92 312	24 759	8 118	28 221
10	Piotrków . . .	200 141	89 236	57 792	21 451	6 897	24 765
11	Tomaszów Maz. . .	280 312	126 990	88 427	24 290	7 895	32 710
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa . .	502 664	219 019	154 962	46 720	15 307	66 656
13	Kielce	240 909	99 781	53 900	39 119	12 287	35 822
14	Ostrowiec . . .	318 226	133 340	86 428	39 402	13 258	45 798
15	Radom . . .	402 568	123 146	131 306	62 321	19 925	65 870
16	Sosnowiec . . .	1 285 790	509 879	357 333	145 052	48 918	224 608
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	391 998	165 932	88 809	69 923	21 921	45 413
18	Siedlce . . .	108 557	46 242	24 582	19 846	6 144	11 743
19	Zamość . . .	119 528	49 773	24 961	22 144	6 962	15 688
	woj. Białostockie						
20	Białystok . . .	368 996	156 673	101 101	45 570	14 163	51 489
21	Grodno . . .	194 427	83 990	45 789	32 178	9 898	22 572
22	Łomża . . .	81 507	35 760	20 782	11 791	3 633	9 541
	woj. Wschodnie . .	*1 467 204*	*616 392*	*310 455*	*270 028*	*83 716*	*186 613*
	% . . .	*100,0*	*42,0*	*21,2*	*18,4*	*5,7*	*12,7*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	447 391	198 369	86 783	89 192	27 674	45 373
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze . .	126 671	45 350	32 101	23 127	7 144	18 949
25	Lida	105 858	44 855	22 617	20 730	6 490	11 166
	woj. Poleskie						
26	Brześć	163 557	71 038	36 502	28 163	8 733	19 121
27	Pińsk	118 467	50 379	27 984	18 725	5 850	15 529
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno . . .	69 608	29 861	13 758	13 988	4 310	7 691
29	Kowel . . .	79 271	34 431	16 561	14 021	4 314	9 944
30	Łuck . . .	106 121	44 101	19 164	23 349	7 196	12 311
31	Równe . . .	250 260	98 008	54 985	38 733	12 005	46 529

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie	*3 587 231*	*1 457 074*	*793 915*	*673 426*	*215 664*	*447 152*
	%	*100,0*	*40,6*	*22,1*	*18,8*	*6,0*	*12,5*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	430 185	170 540	102 235	74 563	23 692	59 155
33	Gniezno	135 814	53 450	30 398	26 925	8 571	16 470
34	Grodzisk	95 165	37 966	20 561	20 014	6 283	10 341
35	Inowrocław	127 413	50 024	30 115	24 018	7 686	15 570
36	Leszno	90 712	33 694	19 101	21 260	6 652	10 005
37	Ostrów	148 250	60 352	30 115	28 200	8 755	20 413
38	Poznań	1 054 340	438 704	214 552	220 294	71 430	109 360
39	Szamotuły	127 748	51 499	27 441	25 875	8 118	14 815
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	656 157	257 945	154 236	107 363	34 727	101 886
41	Grudziądz	261 695	108 943	61 402	44 137	14 006	33 207
42	Tczew	134 351	56 777	30 081	23 836	7 487	16 170
43	Toruń	225 994	95 558	48 829	41 723	13 546	26 338
44	Tuchola	99 407	41 622	24 434	15 218	4 711	13 422
	woj. Południowe	*4 936 615*	*2 102 540*	*1 250 586*	*729 949*	*233 745*	*619 795*
	%	*100,0*	*42,6*	*25,3*	*14,8*	*4,7*	*12,6*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	377 009	163 394	109 602	36 725	11 776	55 512
46	Chrzanów	380 589	150 503	109 343	34 700	11 462	74 581
47	Kraków	1 085 663	466 361	280 369	166 270	52 955	119 708
48	Nowy Sącz	229 008	100 023	64 265	25 632	8 144	30 944
49	Zakopane	104 233	46 717	27 374	13 904	4 291	11 947
50	Tarnów	200 442	85 968	53 362	27 130	8 769	25 213
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	388 960	163 479	101 385	52 943	17 360	53 793
52	Jarosław	55 282	23 031	12 389	11 242	3 585	5 035
53	Krosno	168 036	70 173	43 625	21 841	6 959	25 438
54	Lwów	999 268	430 862	218 207	187 902	61 228	101 069
55	Przemyśl	95 436	42 401	25 145	12 448	3 849	11 593
56	Rzeszów	86 771	36 377	20 115	15 490	4 824	9 965
57	Tarnobrzeg	64 206	26 386	14 672	12 106	3 755	7 287
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	77 559	33 509	18 768	12 460	3 849	8 973
59	Stanisławów	172 730	75 313	42 372	24 506	7 718	22 821
60	Stryj	192 031	78 574	53 036	23 770	7 543	29 108
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	46 216	19 177	8 825	10 382	3 194	4 638
62	Czortków	73 094	30 932	17 097	14 170	4 352	6 543
63	Tarnopol	78 117	33 695	17 916	13 945	4 299	8 262
64	Złoczów	61 965	25 665	12 719	12 383	3 833	7 365
	Śląsk Cieszyński	*622 619*	*267 272*	*173 655*	*71 965*	*23 439*	*86 288*
	%	*100,0*	*42,9*	*27,9*	*11,6*	*3,8*	*13,8*
65	Bielsko	622 619	267 272	173 655	71 965	23 439	86 288

a Zestawienie obejmuje przypis dokonany tylko w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Poza tym w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosi przypis składek na ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych zł. 576 543, na wypadek braku pracy pracowników umysłowych—zł. 192 927, od wypadków—zł. 912 817.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w złotych — w m-cu wrześniu 1936 r. [a]

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ogółem	23 433 732	9 925 819	5 710 411	3 757 643[b]	1 220 835[b]	2 819 024[b]
	%	*100,0*	*42,4*	*24,4*	*16,0*	*5,2*	*12,0*
	woj. Centralne	*13 517 901*	*5 717 944*	*3 388 096*	*2 122 038*	*698 905*	*1 590 918*
	%	*100,0*	*42,3*	*25,1*	*15,7*	*5,2*	*11,8*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów	76 497	34 357	18 951	11 148	3 474	8 567
2	Kutno	170 093	74 593	46 149	23 197	7 258	18 896
3	Płock	84 171	37 517	19 069	13 650	4 222	9 713
4	Warszawa	5 597 309	2 314 682	1 177 806	1 133 970	376 756	594 095
5	Włocławek	210 781	89 763	53 778	31 178	9 971	26 091
6	Żyrardów	253 540	112 972	73 104	29 256	9 676	28 532
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	129 734	59 457	31 281	18 742	5 902	14 352
8	Łódź	2 586 058	1 155 072	756 052	305 663	101 531	267 740
9	Pabjanice	290 838	142 830	88 782	24 326	7 974	26 926
10	Piotrków	221 121	95 916	63 053	27 017	8 702	26 433
11	Tomaszów Maz.	262 117	119 803	82 077	22 548	7 328	30 361
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa	399 296	175 745	123 175	35 040	11 465	53 871
13	Kielce	215 193	90 643	47 267	35 078	11 018	31 187
14	Ostrowiec	332 727	137 837	90 391	42 657	14 318	47 524
15	Radom	304 337	93 890	98 173	47 916	15 326	49 032
16	Sosnowiec	1 294 758	516 575	357 366	147 143	49 950	223 724
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	336 653	142 625	75 962	60 401	18 916	38 749
18	Siedlce	89 129	38 262	20 004	16 280	5 038	9 545
19	Zamość	113 609	46 453	23 738	21 904	6 898	14 616
	woj. Białostockie						
20	Białystok	325 230	139 238	88 707	39 718	12 341	45 226
21	Grodno	154 181	68 953	35 295	24 746	7 616	17 571
22	Łomża	70 529	30 761	17 916	10 460	3 225	8 167
	woj. Wschodnie	*1 338 931*	*566 670*	*278 908*	*249 067*	*77 199*	*167 087*
	%	*100,0*	*42,3*	*20,8*	*18,6*	*5,8*	*12,5*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	417 183	187 364	79 865	82 794	25 668	41 492
	woj. Nowogródzkie	192 087	75 133	44 622	36 502	11 332	24 498
24	Baranowicze	108 303	39 219	26 801	20 322	6 264	15 697
25	Lida	83 784	35 914	17 821	16 180	5 068	8 801
	woj. Poleskie						
26	Brześć	142 690	62 577	31 504	24 524	7 605	16 480
27	Pińsk	103 743	44 179	24 462	16 398	5 123	13 581
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno	75 744	31 761	14 760	16 232	5 004	7 987
29	Kowel	70 813	30 571	14 714	12 819	3 943	8 766
30	Łuck	94 090	39 794	16 550	20 806	6 416	10 524
31	Równe	242 581	95 291	52 431	38 992	12 108	43 759

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie	*3 480 018*	*1 458 380*	*746 154*	*648 352*	*207 708*	*419 424*
	%	*100,0*	*41,9*	*21,4*	*18'6*	*6,0*	*12,1*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	401 219	159 309	94 917	69 806	22 184	55 003
33	Gniezno	135 770	58 081	28 346	25 655	8 162	15 526
34	Grodzisk	125 607	70 059	19 834	19 596	6 155	9 963
35	Inowrocław	119 659	47 524	28 038	22 423	7 176	14 498
36	Leszno	97 994	40 783	18 908	21 590	6 760	9 953
37	Ostrów	167 699	76 845	30 597	29 947	9 299	21 011
38	Poznań	1 070 563	445 341	215 766	226 314	73 418	109 724
39	Szamotuły	135 413	57 190	27 531	27 293	8 570	14 829
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	585 863	232 169	136 856	95 541	30 911	90 386
41	Grudziądz	236 094	98 540	55 295	39 742	12 611	29 906
42	Tczew	136 551	57 299	30 351	24 586	7 728	16 587
43	Toruń	195 761	82 600	42 274	36 314	11 781	22 792
44	Tuchola	71 825	32 640	17 441	9 545	2 953	9 246
	woj. Południowe	*4 565 296*	*1 951 064*	*1 149 291*	*679 509*	*217 932*	*567 500*
	%	*100,0*	*42,6*	*25,2*	*14,9*	*4,8*	*12,4*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	354 925	154 050	102 983	34 649	11 110	52 133
46	Chrzanów	370 538	145 682	106 422	34 739	11 497	72 198
47	Kraków	1 043 851	440 720	268 094	169 151	53 978	111 908
48	Nowy Sącz	188 273	83 348	52 543	20 469	6 503	25 410
49	Zakopane	79 922	36 321	20 837	10 403	3 209	9 152
50	Tarnów	180 055	77 493	47 899	24 145	7 801	22 717
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	389 460	163 067	101 119	54 164	17 784	53 326
52	Jarosław	52 410	22 343	11 463	10 546	3 371	4 687
53	Krosno	182 916	74 836	47 790	25 191	8 078	27 021
54	Lwów	846 462	366 860	183 630	159 289	51 874	84 809
55	Przemyśl	85 368	43 220	19 975	9 909	3 064	9 200
56	Rzeszów	73 010	30 321	16 954	13 338	4 154	8 243
57	Tarnobrzeg	51 531	22 707	11 298	9 077	2 815	5 634
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	69 603	30 391	16 527	11 396	3 524	7 765
59	Stanisławów	171 615	73 375	42 310	25 350	7 990	22 590
60	Stryj	185 251	75 480	50 880	23 290	7 495	28 106
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	35 424	16 259	6 252	7 352	2 262	3 299
62	Czortków	71 620	31 784	15 995	13 667	4 199	5 975
63	Tarnopol	69 047	31 670	14 975	11 863	3 657	6 882
64	Złoczów	64 015	31 137	11 345	11 521	3 567	6 445
	Śląsk Cieszyński	*531 586*	*231 761*	*147 962*	*58 677*	*19 091*	*74 095*
	%	*100,0*	*43,6*	*27,8*	*11,0*	*3,6*	*13,9*
65	Bielsko	531 586	231 761	147 962	58 677	19 091	74 095

a Zestawienie obejmuje wpływy jedynie w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Poza tym w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wynosiły wpływy na ubezpieczenia emerytalne pracowników umysłowych zł. 591 351, na wypadek braku pracy pracowników umysłowych zł. 197 917, od wypadków zł. 936 376.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

XI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę [b] (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I - XI	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 715 315,83**
I. Z ustawy austr. o urządzeniu stosunków bractw górniczych (z dn. 23.VII 1889 r.) — Renty górników i hutników przejęte przez Z. U. S z małopolskich Kas Brackich:					
Renty inwalidzkie	15	356,35	25,00 [c]	3 065	77 778,69
„ wdowie	208	3 109,99	12,50 [c]	1 633	22 509,56
„ sierot niezupełnych	101		6,25 [c]	874	
„ „ zupełnych	1	12,50	12,50 [c]	211	2 362,50
„ wstępnych	—	—	—	2	12,50
Odprawy wdowie	—	—	.	—	—
Zasiłki pogrzebowe	—	—	.	—	—
II. Z ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej (z dn. 19.VII 1911 r.) oraz umowy polsko-niemieckiej (z dnia 11.VI 1931 r.) — Renty przemysłowe przejęte przez Z. U. S. z Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu: [d]					
Renty inwalidzkie	365	10 127,30	25,01	21 059	550 695,12
„ starcze	64	1 225,55	17,45	2 857	64 518,77
„ wdowie	129	1 272,85	9,13	7 290	83 530,58
„ sieroce	93	274,55	5,84	5 326	25 088,83
Odprawy wdowie	3	337,80	104,65	3	337,80
„ sieroce	—	—	—	—	—
III. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	748	14 662,74	20,00 [c]	33 397	724 796,30
„ wdowie	80	830,00	10,00 [c]	1 396	18 898,00
„ sierot niezupełnych	9		4,00 [c]	52	
„ „ zupełnych	15	81,00	7,00 [c]	109	1 820,00
Renty inwalidzkie [e]	1	29,00	44,69	12	1 134,74
„ sieroce [e]	—	—	.	5	84,64
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	.	.	.	962	113 753,31
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	—	—	.	646	13 604,62
„ wdowie	—	—	.	977	12 958,80
„ sierot niezupełnych	—	—	.	31	
„ „ zupełnych	3	6,39	.	167	1 431,07

a Pozycje „Renty" i „Zaopatrzenia" obejmują zarówno świadczenia nowoprzyznane, jak i przywrócone. *b* W pozycjach „Renty" i „Zaopatrzenia" podane są kwoty miesięczne przyznanych świadczeń. *c* Wysokość świadczeń stała. *d* Łącznie z dodatkami państwowymi, które wynoszą dla rent inwalidzkich, starczych i wdowich po 50 zł. oraz dla renty sierocej — 25 zł. rocznie. Sumy rent inwalidzkich podane są łącznie z dodatkami rodzinnymi. *e* Renty przyznane z uwzględnieniem art. 293 — 294 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

X — XI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano					Wypłacono			
	rent, odpraw, zaopatrzeń		na sumę (w złotych)			ilość osób (rencistów)		na sumę (w złotych)	
	X	XI	X [a]	XI [a]	przeciętna mies. wysokość świadczenia I—XI	X	XI	X	XI
Ogółem								**3 388 008,21**	**3 545 956,69**
Renty inwalidzkie	272	181	43 332,90	27 103,40	157,11	10 685	10 774	1 806 715,25	1 872 864,03
„ starcze	53	75	7 619,80	12 470,30	150,41	3 720	3 771	564 789,22	638 680,54
„ wdowie	87	81	8 267,10	7 620,60	97,31	5 807	5 979	683 401,09	706 145,23
„ sieroce	82	80	2 167,60	2 109,10	30,98	4 569	4 640		
Renty z umowy polsko-niem.									
„ inwalidzkie	20	25	1 793,40	2 035,40	82,67	388	411	60 384,37	62 738,55
„ starcze	9	6	835,20	635,10	86,69	146	151	21 059,39	21 493,12
„ wdowie	14	9	793,40	487,70	43,33	170	178	12 921,94	13 247,28
„ sieroce	1	1	12,10	9,30	11,95	89	88	5 393,45	5 387,10
Zaopatrzenia starcze	37	27	1 850,00	1 350,00	50,00 [b]	1 870	1 890	104 725,00	106 065,00
„ wdowie	4	3	120,00	90,00	30,00 [b]	249	252	8 250,00	8 290,00
„ sieroce	—	—	—	—	10,00 [bc]	16	15		
Jednorazowe odprawy	93	67	139 296,80	102 493,10	1 678,81	77	63	111 514,30	99 728,04
Zasiłki pogrzebowe	46	40	10 871,50	9 928,70	221,96	39	39	8 854,20	11 317,80

a W pozycjach „Renty" i „Zaopatrzenia" podane są kwoty miesięczne przyznanych świadczeń. *b* Wysokość świadczeń stała. *c* Dla sierot niezupełnych 10 zł., dla sierot zupełnych 20 zł.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

XI 1936

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych [a]	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I — XI
Ogółem	**8 879**	**10 547**	**771 290,71**	**76,36**
Centralne	*4 108*	*4 661*	*353 939,70*	*80,93*
M. st. Warszawa	2 367	2 607	280 099,87	83,89
Warszawskie				
Łódzkie	778	858	64 211,18	82,89
Kieleckie	457	552	39 118,17	78,45
Lubelskie	272	342	23 307,38	71,47
Białostockie	234	302	19 203,10	64,05
Wschodnie	*769*	*971*	*60 050,50*	*65,04*
Wileńskie	239	291	17 871,20	67,99
Nowogródzkie	129	173	10 113,80	61,86
Poleskie	147	184	11 205,60	67,67
Wołyńskie	254	323	20 859,90	62,40
Zachodnie	*2 482*	*3 011*	*238 953,64*	*78,05*
Poznańskie	1 233	1 454	90 322,20	62,55
Pomorskie	487	568	40 010,24	66,77
Śląskie	762	989	108 621,20	109,59
Południowe	*1 520*	*1 904*	*118 346,87*	*67,42*
Krakowskie	562	722	48 585,57	76,64
Lwowskie	671	818	49 776,20	66,10
Stanisławowskie	124	158	9 599,90	60,54
Tarnopolskie	163	206	10 385,20	54,47

a Liczba wypłaconych zasiłków w danym miesiącu jest większa od liczby bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje łącznie zasiłki za okres dłuższy, niż jeden miesiąc.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

XI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]	Wypłacono [b]	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób [c]	na sumę (w złotych)
Ogółem			**3 947 153,36**
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	122	90 200	2 567 784,77
„ wdów i sierot			
„ dalszej rodziny			
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	3	1 331,94
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	1 859	18 605	861 396,56
„ wdów	74	1 542	72 895,79
„ sierot	112	2 790	85 765,76
„ dalszej rodziny	6	115	3 912,29
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	85	17 522,12
Koszty protez i lecznictwa	.	.	336 544,13

a Renty tylko *nowoprzyznane*. *b* Zarówno z tytułu rent *nowoprzyznanych, jak i rent z lat ubiegłych*. *c* Dane tymczasowe.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Swiadczenia emerytalne Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

XI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych) [a]	przeciętna mies. wysokość świadczenia I — XI	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) [b]
Renty inwalidzkie	663	20 848,80	30,46	42 354	1 904 844,83
„ wdowie	218	3 919,85	17,72	14 785	
„ sieroce	156	2 686,35	16,43	10 353	

a Łącznie z dodatkiem państwowym, który wynosi do renty inwalidzkiej lub wdowiej — zł. 100., a dla każdej sieroty — 50 zł. rocznie.

b Łącznie z dodatkiem państwowym do rent, który wynosił w m-cu październiku 569 755,03 zł.

Uwaga: Dane obejmują również rencistów, którzy pobierają renty złożone (cząstkowe) na podstawie umowy polsko-niemieckiej z dnia 11 czerwca 1931 r.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

Świadczenia emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu

XI 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych) [a]	przeciętna mies. wysok. świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) [b]
Renty inwalidzkie i chorych	466	10 645,15	22,84	27 792	864 946,70
„ starości	88	1 437,00	16,33	6 460	
„ wdowie i wdów chorych	155	1 211,15	7,81	13 397	
„ sieroce	186	749,80	4,03	6 533	

a Łącznie z dodatkami państwowymi, które wynoszą dla rent inwalidzkich, starczych i wdowich po 50 zł. oraz dla renty sierocej—25 zł. rocznie. *b* Łącznie z dodatkiem państwowym.

Źródło: Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Świadczenia emerytalne Kasy Emerytalnej dla robotników Kolei Państwowych w b. dzielnicy pruskiej

XI 1936

Rodzaj świadczenia	Oddział „A"				Oddział „B"			
	Przyznano [a]		Wypłacono [b]		Przyznano		Wypłacono	
	rent odpraw, zapomóg	na sumę (w złotych)	liczba osób	na sumę (w złotych)	rent odpraw, zapomóg	na sumę (w złotych)	liczba osób	na sumę (w złotych)
Renty inwalidzkie i chorych	32	871,70	4 957	162 818,45	—	—	—	—
Renty dodatkowe	—	—	—	—	38	1 637,50	4 764	246 183,23
„ starcze	—	—	25	498,05	—	—	—	—
„ wdów i wdów chorych	16	186,00	1 816	23 070,91	15	607,30	3 254	109 824,09
Renty sieroce	15	144,30	2 594	16 733,78	16	346,00	3 256	53 641,97
Zapomogi pośmiertne	1	260,00	1	260,00	35	7 960,50	35	7 960,50
Odprawy wdowie	—	—	—	—	1	765,60	1	765,60

a Łącznie z dodatkiem państwowym, który wynosi rocznie do renty inwalidzkiej, starości i wdowiej kwotę 50 zł. w Wydziale Obwodowym Nr. 1 i 2 (pomorskie, poznańskie), a w Wydziale Obwodowym Nr. 3 (śląskie) 100 zł., natomiast do rent sierocych 25 zł. w Wydziale Obwodowym Nr. 1 i 2, a 50 zł. w Wydziale Obwodowym Nr. 3. *b* Łącznie z dodatkiem państwowym do rent, który wynosił w miesiącu listopadzie 30 856,24 zł.

Uwaga: Dane obejmują również rencistów, którzy pobierają renty złożone (cząstkowe) na podstawie umowy polsko-niemieckiej z dnia 11 czerwca 1931 r.

Źródło: Dane Kasy Emerytalnej dla Robotników Kolei Państwowych b. dzielnicy pruskiej.

Pracownicy umysłowi podlegający ubezpieczeniu emerytalnemu

według płci, grup zarobkowych i grup województw[a]

A. Mężczyźni — Stan w końcu roku 1934

Grupy przeciętnych miesięcznych płac policzalnych w 1934 r. do ubezpieczenia emerytalnego	Polska		Województwa: centralne		wschodnie		zachodnie [b]		południowe		Górny Śląsk	
	liczby bezwzględne	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Ogółem	181 539	*100,0*	79 585	*100,0*	16 280	*100,0*	29 718	*100,0*	37 032	*100,0*	18 924	*100,0*
%	*100,0*	—	*43,8*	—	*9,0*	—	*16,4*	—	*20,4*	—	*10,4*	—
60	12 921	7,1	3 925	4,9	1 646	10,1	2 336	7,8	4 365	11,8	649	3,4
61 — 119	23 919	13,2	8 631	10,8	3 361	20,6	4 896	16,5	5 633	15,2	1 398	7,4
120 — 179	32 931	18,1	13 367	16,8	4 590	28,2	6 138	20,6	7 268	19,6	1 568	8,3
180 — 239	27 808	15,3	12 391	15,6	2 894	17,8	4 929	16,6	5 546	15,0	2 048	10,8
240 — 299	18 492	10,2	8 759	11,0	1 397	8,6	3 237	10,9	3 480	9,4	1 619	8,6
300 — 359	15 494	8,5	7 697	9,7	854	5,2	2 460	8,3	2 774	7,5	1 709	9,0
360 — 419	10 613	5,9	5 110	6,4	519	3,2	1 535	5,2	1 904	5,1	1 545	8,2
420 — 479	7 925	4,4	3 907	4,9	307	1,9	940	3,2	1 341	3,6	1 430	7,6
480 — 539	6 632	3,7	3 286	4,1	254	1,6	701	2,3	1 071	2,9	1 320	7,0
540 — 599	4 922	2,7	2 282	2,9	107	0,7	519	1,7	777	2,1	1 237	6,5
600 — 659	4 581	2,5	2 304	2,9	104	0,6	471	1,6	658	1,8	1 044	5,5
660 — 719	3 842	2,1	1 839	2,4	73	0,4	346	1,2	559	1,5	975	5,1
720 — 725	11 459	6,3	6 037	7,6	174	1,1	1 210	4,1	1 656	4,5	2 382	12,6

B. Kobiety

Grupy przeciętnych miesięcznych płac policzalnych w 1934 r. do ubezpieczenia emerytalnego	Polska		Województwa: centralne		wschodnie		zachodnie [b]		południowe		Górny Śląsk	
	liczby bezwzględne	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%	liczby bezwzgl.	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Ogółem	76 254	*100,0*	34 489	*100,0*	5 495	*100,0*	14 932	*100,0*	15 841	*100,0*	5 497	*100,0*
%	*100,0*	—	*45,2*	—	*7,2*	—	*19,6*	—	*20,8*	—	*7,2*	—
60	10 197	13,4	3 080	8,9	1 083	19,7	2 537	17,0	2 946	18,6	551	10,0
61 — 119	17 320	22,7	6 419	18,6	1 639	29,9	4 190	28,1	3 806	24,0	1 266	23,0
120 — 179	19 842	26,0	8 696	25,2	1 735	31,6	4 108	27,5	3 994	25,2	1 309	23,8
180 — 239	12 341	16,2	6 331	18,4	644	11,7	2 089	14,0	2 262	14,3	1 015	18,5
240 — 299	7 043	9,3	3 886	11,3	243	4,5	1 063	7,1	1 387	8,8	464	8,5
300 — 359	4 366	5,7	2 654	7,7	89	1,6	499	3,3	743	4,7	381	6,9
360 — 419	1 985	2,6	1 239	3,6	33	0,6	185	1,2	313	2,0	215	3,9
420 — 479	1 301	1,7	869	2,5	14	0,3	104	0,7	192	1,2	122	2,2
480 — 539	705	0,9	492	1,4	6	0,1	55	0,4	79	0,5	73	1,3
540 — 599	392	0,5	264	0,8	3	0,0	32	0,2	47	0,3	46	0,8
600 — 659	303	0,4	215	0,6	2	0,0	29	0,2	32	0,2	25	0,5
660 — 719	174	0,2	128	0,4	2	0,0	13	0,1	17	0,1	14	0,3
720 — 725	285	0,4	216	0,6	2	0,0	28	0,2	23	0,1	16	0,3

a Ubezpieczalnię Społeczną w Bielsku zaliczono do województw południowych.

b Województwa poznańskie i pomorskie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Jeziołkowski Alfons	6686390	Poznań
Kucharska Ludwika	6716187	,,
Matysiak Czesław	6790017	,,
Marciniak Ludwik	6716707	,,
Swornowski Jan	6714153	,,
Wittoń Wacław	1611492	,,
Szandrach Zygmunt	1653138	,,
Klinberg Jakub	4274810	Częstochowa
Nierobiś Józefa	4280853	,,
Ligowski Adam	1578322	Szamotuły
Jaszczuk Antoni	5132302	Siedlce
Wojtal Leon	4281235	Częstochowa
Herman Hugo Brunon	1506593	Łuck
Butkiewicz Katarzyna	5491576	Wilno
Jezierska Hanna	1650346	Grudziądz
Kędzierska Łucja	—	Bydgoszcz
Wojtaszewska Irena	—	,,
Kasztelan Jan	—	Częstochowa
Domańska Marja	—	,,
Frajtag Perec	1282688	Piotrków Tryb.
Cymerman Dawid Hersz	4183759	Tomaszów M.
Kurczyński Józef	5762498	Brześć n/B.
Rado Tadeusz	5762736	,,
Bogdanowicz Jan	7668809	Kraków
Gonewka Jan	7631157	,,
Wilczyński Leonard	1639750	Wejherowo
Bizewski Józef	7043329	,,
Zwalski Stanisław	—	Lublin
Bunin Salomon	1208640	Łódź
Cyranek Józef	1214332	,,
Ciesielski Stanisław	3592722	,,
Zelich Stanisława	3573460	,,
Płoszaj Stanisław	3401177	,,
Gosik Stanisław	3460271	,,
Wolańska Teodozia	3607446	,,
Schreiber Zygmunt	3629212	,,
Wojtania Walenty	3417861	,,
Tylińska Małgorzata	3394878	,,
Rotensztajn Gitla	3503972	,,
Prajs Abram	3402563	,,
Sołtysiak Stanisław	3646160	,,
Przygocka Eugenia	3439342	Łódź
Świaczyńska Antonina	3535770	,,
Pietschman Leokadia	3466149	,,
Majak Czesława	6485873	,,
Milsztajn Szlama	3576137	,,
Nogalska Władysława	3651785	,,
Mak Fiszer Jonas	3651806	,,
Mardos Wiktoria	7624940	,,
Kamiński Józef	3478713	,,
Kuszyński Dawid	1198061	,,
Korzycka Maria	3427692	,,
Chabański Leon	1204458	,,
Grynberg Ignacy	1212880	,,
Chumec Izrael	3396960	,,
Fiegler Stanisław	3451079	,,
Fajerman Jakub Mojżesz	3592381	,,
Bocianowski Stanisław	3421267	,,
Bufal Kazimierz	3574139	,,
Czekalski Józef	3577130	,,
Mroczek Aleksandra	2509516	Warszawa
Idczak Stanisław	2194556	,,
Artur Fansek	—	,,
Hammer Izrael	—	,,
Kawelak Piotr	—	,,
Godlewski Zygmunt	—	,,
Idzikowska Genowefa	—	,,
Dubicki Czesław	—	,,
Głodowski Adam	—	,,
Dykierman Ruchla	2191665	,,
Lubowiński Mieczysław	2522261	,,
Rosiecka Stefanja	—	,,
Rotenberg Brucha	—	,,
Plaza Rozalja	—	,,
Kułakowska Janina	2284438	,,
Cukierman Mydla	2211146	,,
Rosner Majer	2211948	,,
Sobczyński Leon	1054393	,,
Kac Dawid	2227634	,,
Martynowski Jerzy	—	,,

PRENUMERATA: rocznie zł. 30.—, kwartalnie zł. 7.50, numer pojedyńczy 2.50.

Dla pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych i urzędników państwowych cena w prenumeracie zł. 2 mies.

CENY OGŁOSZEŃ: Na wewnętrznej stronie I okładki, jak również na dwuch ostatnich stronach okładki ceny ogłoszeń wynoszą: 1/1 str. — zł. 350.—, 1/2 str. — zł. 180.—, 1/4 str. — zł. 100.—, 1/8 str. — zł. 50.—.

Za tekstem ceny ogłoszeń wynoszą: 1/1 str.—zł. 250.—, 1/2 str.—zł. 130.—, 1/4 str.—zł. 70.—, 1/8 str.—zł. 40.—.

Redakcja i Administracja: Czerniakowska 231, tel. 5-49-20: red.-wew. 182, admin.-wew. 183. Konto P. K. O. Warszawa Nr. 23-429.

Redakcja: JÓZEF ZIELIŃSKI i Dr M. MOSKWA Redaktor odpowiedzialny: JAN LAUDYN

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE.

Druk L. Bogusławskiego i Ski, Warszawa, Świętokrzyska 11, tel. 5.95-52.

BIBLIOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

Nakładem „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" ukazały się dotychczas następujące odbitki artykułów:

Nr. 1. System wymierzania i ściągania składek oraz ewidencji ubezpieczonych w ubezpieczeniu społecznym. — **Dr. H. Berliner** Zł. —.50

Nr. 2. Projekt ustawy o „leczniczym i zapobiegawczym zwalczaniu gruźlicy". — **Dr. Henryk Wilczyński** . . . . „ —.50

Nr. 3. Ubezpieczenia społeczne, a nowy rok.— **Dr. Henryk Wilczyński** . . . . „ —.50

Nr. 4. Próba oznaczenia rzeczywistego poziomu świadczeń w ubezpieczeniu chorobowym na podstawie danych statystycznych z działalności Kas Chorych. — **Prof. L. Waściszewski** . . . . . „ —.50

Nr. 5. Kodeks zobowiązań a ubezpieczenia społeczne. — **Jerzy Wengierow** . . „ 1.—

Nr. 6. Pomoc lekarska w ubezpieczeniu społecznym. — **Dr. Henryk Wilczyński** . „ —.50

Nr. 7. Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznym w świetle teorii i ustawodawstwa dotychczasowego. — **Marian Wisłocki** . . „ 1.—

Nr. 8. Zagadnienia budżetowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. — **Dr. Jan Bogusław Kon** . . . . . „ 1.—

Nr. 9. Ubezpieczenie chorób zawodowych. — **Dr. Brunon Nowakowski** (Państwowa Szkoła Higieny) . . . . . „ 1.—

Nr. 10. Systemy finansowe stosowane w instytucjach ubezpieczeń społecznych w Polsce. — **Piotr Moroz** . . . . . „ —.50

Nr. 11. Międzynarodowy Kongres Aktuariuszy, referat sprawozdawczy **Tadeusza Poznańskiego** . . . . . „ —.50

Nr. 12. 10-cio lecie „Funduszu Bezrobocia". — **Kazimierz Rożniewicz** . . . . . „ 1.—

Nr. 13. Rozstrzyganie sporów w zakresie Ubezpieczeń Społecznych — **Eugeniusz Sisslé** „ —.50

Nr. 14. O składce za ubezpieczenia wypadkowe i pracach techniczno-ubezpieczeniowych nad jej ustaleniem. — **Zbigniew Łomnicki** . . . . . „ —.50

Nr. 15. Konsekwencje systemu jednolitej składki w społecznym ubezpieczeniu chorobowym. — **Dr. Jan Bogusław Kon** . . „ 1.—

Nr. 16. Wyjaśnienie do schematu ubezpieczeń społecznych scalonych (projekt indywidualny). — **Dr. H. Wilczyński** . . . „ —.50

Nr. 17. O chorobach zawodowych. — **Dr. Bronisław Handelsman** . . . . . „ 1.—

Nr. 18. Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia Społeczne. — **Eugeniusz Sisslé** . . . . . „ 1.—

Nr. 19. Prawotwórcza rola trybunału dla spraw ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — **Dr. Julian Hubert** . . . . . „ 2.—

Nr. 20. Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — **Gustaw Simon** . „ —.50

Nr. 21. Podstawowe zagadnienia organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce (referat wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców Ubezpieczeń Społecznych w Budapeszcie w dniach 16 — 21 maja 1935 r.). — **Stanisław Sasorski** . . . . . „ 1.—

Nr. 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — **Dr. Marceli Staroniewicz** . „ 1.—

Nr. 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju koniunkturalnym. — **Bolesław Wścieklica** . . . . . „ —.50

Nr. 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — **Stanisław Sasorski** . . . . . „ —.50

Nr. 25. Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych. — **Mgr. Kazimierz Teisseyre** . „ 1.—

Nr. 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — **Inż. Andrzej Mazurkiewicz** . . „ —.50

Nr. 27. Uwagi o lecznictwie zakładowym o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — **Dr Jerzy Bujalski** . . . . . „ —.50

Nr. 28. Międzypaństwowe Związki w zakresie ubezpieczeń społecznych (referat wygłoszony na drugim Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców Ubezpieczeń Społecznych, w Dreźnie w dniach 4 — 8 września 1936 r.). — **Dr Stanisław Sasorski** . . . . . „ 1.—

Nr. 29. Problem polityki lokacyjnej długoterminowych ubezpieczeń społecznych. — **Dr Stefan Czarnecki** . . . . . „ 3.—

Poszczególne tomiki Biblioteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" są do nabycia w Administracji:
Warszawa, ul. Czerniakowska Nr. 231.
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Prosimy o odnowienie prenumeraty na rok 1937

WYTWÓRNIA WYROBÓW SZKLANYCH
J. ANTCZAK
w Warszawie, Sienna 4, (przy Marszałk.)
tel. 5-85-95
Przyrządy i aparaty szklane dla pracowni fizycznych i chemicznych oraz szkolnych.
SPECJALNOŚĆ:
Szkło dla celów: Chemicznych, Farmaceutycznych, Medyczno - Laboratoryjnych, Technicznych, Cylinderki dla fabryk chemicznych.

ZAKŁADY GRAFICZNE
POLSKA ZJEDNOCZONA
SP. Z O. O.
WARSZAWA ▲ NOWOLIPIE 2 ▲ TEL. 11.40-45
Wykonywują: wszelkie prace w zakres techniki drukarskiej wchodzące.
Specjalność: dzieła, czasopisma, druki wielobarwne, ilustracje, luksusowe oprawy.
Wielki wybór czcionek, najnowsze urządzenia techniczne, własna bogato wyposażona introligatornia
WYKONANIE PUNKTUALNE

POLSKI PRZEMYSŁ KORKOWY
SPÓŁKA AKCYJNA
Warszawa, Solec 59
tel. 9.32-09
SPECJALNOŚĆ
KORKI APTECZNE

ZAKŁADY GRAFICZNE
„KADRA"
SP. Z. O. O.
WARSZAWA, DŁUGA 50
wykonują wszelkie prace w zakres techniki drukarskiej wchodzące

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁYMSTOKU

ogłasza KONKURS na stanowiska 5 lekarzy domowych:

1. w Wysokiem Mazowieckiem
2. w Świsłoczy, pow. wołkowyskiego
3. w Hajnówce „ bielskiego podl.
4. „ „ „ „ z jednoczesną pracą w Ośrodku Zdrowia, prowadzonym przez Urząd Gminy.
5. w Łapach, pow. wys. mazowieckiego.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje, określone § 2 wytycznych do umów z lekarzami U. S., i winni składać podania do Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku, ul. Ś-to Jańska 9 w terminie do dnia **25.II.1937 r.**

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty oryginalne lub uwierzytelnione ich odpisy:
1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom lekarski, 4. dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5. dokument wojskowy, 6. własnoręcznie napisany życiorys, 7. świadectwo z odbytej praktyki i dotychczasowej pracy, 8. świadectwo o przesłuchaniu kursu ratownictwa przeciwgazowego (ad 4— pożądane przesłuchanie kursu przeciwgruźliczego).

Stanowiska są do objęcia:

w Wys. Mazowieckim (1) od dnia 1.IV.37 r. z ryczałtowym wynagrodzeniem 170 zł. liczba ubezpiecz. + 400
w Świsłoczy (2) „ „ 1.V.37 r. ryczałtowe wynagrodzenie mies. 170 zł. liczba ubezpiecz. + 400
w Hajnówce (3) „ „ 1.IV.37 r. z ryczałtowym wynagrodzeniem 500 zł. liczba ubezpiecz. + 1500
w Hajnówce (4) „ „ 1.IV.37 r. z ryczałtowym wynagrodzeniem mies. od ubezpiecz. zł. 150—200 liczba ubezpiecz. + 500, od Urzędu Gminy 150—200 zł. mies.
w Łapach (5) „ „ 1.IV.37 r. z ryczałtowym wynagrodzeniem 120 zł. mies. liczba ubezpiecz. + 350.

Oprócz zasadniczego wynagrodzenia, pp. lekarze otrzymują ryczałtowe dodatki mies. na prowadzenie gabinetu, wzgl. pomoc fachową, zależnie od wielkości punktu.

Białystok, dnia 23 stycznia 1936 r.

Lekarz naczelny
Dr. K. Ryder

Dyrektor
R. Sztukel

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŚCIU n./BUG. ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n. B.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4) dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5) życiorys, 6) zaświadczenie z 5-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tem przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych, 7) zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministra Opieki Społecznej.

Do stanowiska lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n. Bug. w zapieczętowanych kopertach z napisem: „Konkurs na stanowisko Lekarza naczelnego" do dnia *25 lutego 1937 r.* do godz. 12-ej.

Komisarz
W. Junosza-Piotrowski.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KUTNIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4. dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5. życiorys, 6. zaświadczenie z 5-letniej pracy na stanowisku admnistracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub Kasie Chorych, 7. zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministra Opieki Społecznej.

Do stanowiska Lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza naczelnego" do dnia *25 lutego 1937 r.* do godz. 12-ej.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Kutnie
(Jerzy Dodacki)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOPOLU ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Tarnopolu.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. Rz. P. Nr. 51. poz. 396) oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dowody studiów i dotychczasowej pracy,
d) życiorys.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Tarnopolu w terminie do dnia *25 lutego 1937 r.* godz. 12 w południe.

Komisarz Ubezpieczalni Społecznej
w Tarnopolu.
Władysław Przytocki.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51. poz. 396) oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4) dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5) życiorys, 6) zaświadczenie z 5-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych, 7) zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministra Opieki Społecznej.

Da stanowiska Lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza naczelnego" do dnia *(25.II.) 1937 r.* do godz. 12-ej.

Komisarz Ubezpieczalni Społecznej
w Tarnowie
Wojciech Socha.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W NOWYM SĄCZU ogłasza

konkurs

na stanowisko 2 lekarzy domowych, jednego z siedzibą w N. Sączu, a drugiego z siedzibą w Krynicy, przy czym dla ostatniego wymagana jest pełna specjalizacja położniczo-ginekologiczna.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w paragr. 2 wytycznych do umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społ. ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z r. 1933.

Szczegółowe warunki płacy i pracy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej między Ubezpieczalnią Społeczną w Nowym Sączu i organizacjami lekarskimi w Nowym Sączu.

Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty, lub uwierzytelnione odpisy:

1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. świadectwo o poprzedniej pracy, 4. dyplom lekarski, 5. dowód prawa wykonywania praktyki, 6. dokument wojskowy, 7. własnoręcznie napisany życiorys, 8. świadectwo przesłuchania kursu przeciwgazowego, 9. świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza urzędowego.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy przesłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu w terminie do *25 lutego 1937 r.* godzina 12-ta.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu 10-ciu dni od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione. Objęcie stanowiska z dniem *1 marca 1937 r.*

Lekarz Naczelny:
Dr. Stanisław Zaranek

p. o. Dyrektora:
Mgr. Świca Aleksander

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KRAKOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Krakowie.

Kandydaci na to stanowisko winni dołączyć do podania następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dyplom lekarski i świadectwa z odbytej praktyki,
d) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
e) własnoręcznie napisany życiorys,
f) świadectwo z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego.

Warunki pracy i płacy według umowy, zawartej ze Związkiem Lekarzy Kas Chorych w Krakowie. Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie w terminie do dnia *25 lutego 1937 r.*

Podania, które zostaną bez odpowiedzi do dnia 1 *marca 1937 r.* należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny
wz. Dr. W. Medyński.

Dyrektor
Zygmunt Klemensiewicz.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GRODNIE ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. Ust. R. P. Nr 51, poz. 396) oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dowody studiów i dotychczasowej pracy,
d) życiorys.

Podanie wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie, w terminie do dnia *25-go lutego 1937 roku*, godz. 12-ta w południe

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Grodnie.
(R. Tomczak).

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ZAMOŚCIU ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy domowych z siedzibami w Józefowie biłgorajskim i Hrubieszowie.

Kandydaci na powyższe stanowiska, posiadający kwalifikacje wymagane w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, powinni dołączyć do podań następujące dokumenty oryginalne, lub uwierzytelnione ich odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwa praktyki i poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) własnoręcznie napisany życiorys, g) świadectwo przeszkolenia przeciwgazowego.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Zamościu w terminie do *20 marca 1937 r.* godzina 12 w południe w kopertach zapieczętowanych z napisem: „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w....." Do stanowiska lekarza domowego w Hrubieszowie jest przywiązane uposażenie ryczałtowe zł. 300 miesięcznie, zaś lek. domowego w Józefowie Biłgorajskim zł. 200 miesięcznie.

Poza tem warunki pracy są unormowane przez umowę zbiorową ze Związkiem Lekarzy.

Podania które pozostaną bez odpowiedzi do końca miesiąca maja należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny
(—) w|z Dr. St. Korczak.

Dyrektor
Ubezpieczalni Społecznej
(—) A. Bykowski.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA WE LWOWIE ogłasza

konkurs

na stanowiska:

I. czterech lekarzy domowych, z siedzibą: a) w Szczercu, b) w Dawidowie, c) w Warężu, d) w Lubieniu Wielkim.

II. jednego lekarza-analityka, III. jednego lekarza specjalistę-roentgenologa.

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwa poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, g) własnoręcznie napisany życiorys, h) dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2. Wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr. 9. z *r. 1933.*

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umów o pracę.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, ul. Brajerowska 1.8., do dnia *25-go lutego 1937 r.* godz. 12-ta w południe.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
we Lwowie.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KALISZU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza pediatry kolonii leczniczo-szkolnej „Sokołówka" z siedzibą w Sokołówce, pow. kaliski.

Kandydaci na to stanowisko winni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadecwa z poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) świadectwo przesłuchania kursu gazowego, g) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej, h) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr 9 z 1933 r.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Kaliszu, Plac Św. Józefa Nr 1, w terminie do *15 marca 1937 r.*

Lekarz Naczelny
(Dr. A. Dreszer)

Dyrektor
(W. Raniowski)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CIECHANOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznem z dnia 28 marca 1933r. (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4) dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5) życiorys, 6) zaświadczenie 5-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tem przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych, 7) zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz Naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Do stanowiska Lekarza Naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza Naczelnego" do dnia *25.II.1937 r.* do godziny 12-ej.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie.
Bolesław Jarosiński.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Spitala im. Prezydenta Rzplitej Prof. I. Mościckiego w Łodzi (600 łóżek).

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) własnoręcznie napisany życiorys, 2) metryka urodzenia, 3) dowód obywatelstwa polskiego, 4) dyplom lekarski, ważny na terenie Rzplitej Polskiej, 5) świadectwo zdrowia, wystawione przez Lekarza urzędowego, 6) dowód, stwierdzający stosunek do służby wojskowej (z uzględnieniem par. 5 p. 2 umowy zbiorowej z lekarzami P. P. Obwodu Łódzkiego), 7) dowód co najmniej 5-letniej praktyki lekarskiej, odbytej w szpitalach lub klinikach, 8) dowód co najmniej 3-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim w jednym z większych szpitali, 9) świadectwo z ukończenia kursu przeciwgazowego.

Dyrektor szpitala nie może zajmować żadnego płatnego stanowiska ani pełnić płatnych funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi.

Szczegółowe warunki pracy określa regulamin organizacyjny i instrukcja służbowa.

Warunki płacy ustalone będą przy zawarciu umowy. Podania z dokumentami należy kierować do Dyrekcji Ubezpieczalni w Łodzi (Ul. Wólczańska Nr. 225), najpóźniej do dnia *25 lutego 1937 roku,* do godz. 12 w południe, w zamkniętej kopercie, z napisem: konkurs na stanowisko Dyrektora Szpitala.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
w Łodzi.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KOŁOMYI ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Kołomyi.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 51, poz. 396), oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) dowody studiów i dotychczasowej pracy,
d) życiorys.

Podanie wraz z dokumentami oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Kołomyi w terminie do dnia *25 lutego b. r.* godz. 12-ta w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
Aleksander Geringer m. p.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PRZEMYŚLU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Przemyślu i lekarza-ginekologa w Jarosławiu.

Kandydaci na powyższe stanowiska posiadający kwalifikacje, wymagane w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami" ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1933 r. powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) dyplom lekarski, d) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, e) świadectwa dotychczasowej praktyki i pracy, f) własnoręcznie napisany życiorys, g) dowód ukończenia kursu gazowego.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Przemyślu w terminie do dnia *25 lutego 1937 roku* godz. 12-ta w południe.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na zasadzie umowy zbiorowej.

Podania pozostawione bez odpowiedzi do dni 30-tu, należy uważać za nieuwzględnione.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Przemyślu.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁEJ (Woj. Krakowskie) ogłasza

konkurs

na stanowisko 2-ch lekarzy domowych: 1) w Milówce K/Żywca, 2) w Zatorze.

Kandydaci na stanowiska lekarzy domowych winni posiadać kwalifikacje i warunki określone w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami w byłych Kasach Chorych", ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9 z 1933 r. Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawarciu umowy. Podanie wraz z dokumentami (w uwierzytelnionych odpisach), a mianowicie:

1) metryką urodzenia, 2) dyplomem lekarskim, 3) dowodem obywatelstwa polskiego, 4) świadectwami z poprzedniej pracy, 5) dowodem prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) świadectwem zdrowia, 7) dowodem stwierdzającym stosunek do służby wojskowej, 8) świadectwem przesłuchania kursu gazowego i 9) własnoręcznie napisanym życiorysem — należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Białej do dnia *25 lutego 1937 r.* godz. 12 — z wyraźnem zaznaczeniem, czy kandydat reflektuje na stanowisko lekarza domowego w Milówce, czy też w Zatorze.

Podania pozostawione bez odpowiedzi do dnia *28 lutego 1937 r.* należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny: *Dr. St. Matlak.*
Dyrektor: *Dr. F. Mildner.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŚCIU N. BUG. ogłasza

konkurs

na stanowisko Lekarza Domowego Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n. Bugiem.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia,
2) dowód obywatelstwa polskiego,
3) dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
4) dowody studiów i dotychczasowej pracy,
5) życiorys,
6) zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Do stanowiska Lekarza Domowego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n. Bug. w zapieczętowanych kopertach z napisem: „Konkurs na stanowisko Lekarza Domowego" do dnia 25 lutego 1937 r. do godziny 12-ej.

p. o. Lekarza Naczelnego: (—) *Dr A. Wasilewski*
Dyrektor: (—) *J. Bieniewski*

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Nr. 3 MARZEC 1937

SPIS RZECZY

Artykuły:

Dr JERZY BUJALSKI: Uwagi o zachorowalności i śmiertelności wśród uprawnionych do świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby 131

Dr med. JAN SZUMSKI: W służbie lekarskiej świata pracy 135

JERZY WENGIEROW: „Zawód" i „inwalidztwo zawodowe" w ubezpieczeniach społecznych 144

Dr ALEKSANDER KRASUSKI: Zarys historyczny poczynań społeczno-lekarskich w Europie i w Polsce 149

Materiały:

Dr S. SIEGEL: Finansowa działalność instytucyj ubezpieczeń społecznych w Polsce w latach 1928 — 1935 152

Z. M.: Liceum ubezpieczeniowe jako element fachowego przygotowania pracowników ubezpieczeniowych 153

M. BUDZISZEWSKI: Zagadnienie współpracy między rachunkowością a saldo-conti w ubezpieczalniach społecznych 155

Z. R.: Nowe porozumienie z Niemcami w sprawie podziału zobowiązań ubezpieczeniowych w dzielnicy zachodniej 158

JAN ZAWADZKI: Czechosłowackie ubezpieczenia społeczne w czasie kryzysu gospodarczego 165

Kronika krajowa:

Kursy Pierwszej Pomocy i Ochrony Przed Nieszczęśliwymi Wypadkami w Przedsiębiorstwach Przemysłowych 170

Kurs Medycyny Społecznej 170

Kronika zagraniczna 171

Książki i czasopisma 174

Statystyka 182

SOMMAIRE.

Articles:

Dr Jerzy Bujalski: Quelques remarques sur le nombre des cas de maladie et de mort des personnes, ayant droit aux prestations de l'assurance-maladie 131

Dr Jan Szumski: Le médecin au service des salariés (3 suite) 135

Jerzy Wengierow: „La profession" et „l'invalidité professionelle" dans l'assurance sociale 144

Dr Al. Krasuski: Une esquisse historique du developpement de l'activité medico-sociale en Europe et en Pologne 149

INHALT.

Aufsätze:

Dr Jerzy Bujalski: Betrachtungen über die Zahl der Krankheits- und Todesfälle der Leistungsberechtigten in der Krankenversicherung . . 131

Dr Jan Szumski: Als Arzt im Dienste der Arbeitswelt (3 Folge) . . . 135

Jerzy Wengierow: „Der Beruf" und „die Berufsinvalidität" in der Sozialversicherung 144

Dr Aleks. Krasuski: Eine geschichtliche Entwicklungsskizze der sozialmedizinischen Betätigung in Europa und in Polen 149

Notices:

Dr S. Siegel: L'activité financielle des institutions des assurances sociales dans les années 1928 — 1935 . . 152

Z. M.: Un licée des assurances comme un facteur de la choix des employés des institutions de l'assurance sociale 153

M. Budziszewski: Le problème de la collaboration entre la comptabilité et le salco-conti dans les institutions des assurances sociales 155

Z. R.: La nouvelle convention avec l'Allemagne sur le partage des dettes des assurances sociales concernant le territoire de la Pologne occidentale 158

Jan Zawadzki: L'assurance-invalidité des ouvriers en Tschechoslovaquie au temps de la crise économique . 165

La chronique nationale 170

La chronique internationale 171

Littérature 174

La statistique 182

Materialien:

Dr S. Siegel: Finanzielle Tätigkeit der Sozialversicherungsinstitute in den Jahren 1928 — 1935 152

Z. M.: Ein Versicherungslizeum als Faktor eines fachlichen Zuwachses von Angestellten der Sozialversicherungsinstitute 153

M. Budziszewski: Das Problem der Mitarbeit zwischen der Buchhaltung und dem Saldo-Conti in den Sozialversicherungsinstituten 155

Z. R.: Das neue Abkommen mit Deutschland über die Teilung der Versicherungsverpflichtungen in Westpolen 158

Jan Zawadzki: Die tschechoslowakische Invalidenversicherung der Arbeiter zur Zeit der Krise . . . 165

Inlandschronik 170

Auslandschronik 171

Bücher und Zeitschriftenschau . . . 174

Statistik 182

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI

KONKURS

na stanowiska:

1 kierownika-ordynatora sanatorium dla piersiowo-chorych w Tuszynku na 125 łóżek
1 młodszego asystenta „ „ „ „ „
1 starszego asystenta oddz. wewnętrznego szpitala im. Prezydenta Mościckiego w Łodzi
1 młodszego asystenta „ „ „ „ „ „
1 lekarza domowego w Łodzi
1 lekarza pogotowia chorobowego.

Wynagrodzenie dla kierownika-ordynatora sanatorium w Tuszynku wynosić będzie 970 zł. miesięcznie. Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą w umowie służbowej.

Płace i warunki pracy dla innych lekarzy obowiązują według norm, ustalonych umową zbiorową ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego z dnia 17.III.34 r. oraz umową dodatkową z dnia 23.IV.35 r. i regulaminami dla odnośnych lekarzy.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach, lub ich uwierzytelnione odpisy: 1) własnoręcznie napisany życiorys, 2) metryka urodzenia, 3) dowód obywatelstwa polskiego, 4) dyplom lekarski ważny na terenie Rzplitej Polskiej, 5) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza urzędowego, 6) stosunek do służby wojskowej z (uwzględnieniem par. 5 p. 2 umowy zbiorowej) 7) świadectwa z poprzedniej pracy.

a) dla kierownika-ordynatora sanatorium w Tuszynku: Conajmniej 5 lat praktyki specjalistycznej w zakresie phtisiologii.

b) dla starszego asystenta oddz. wewnętrznego Szpitala: Dowód conajmniej 4 letniej praktyki w klinice internistycznej, lub na internistycznym oddziale dużego szpitala.
8) dowód z przesłuchania kursu przeciwgazowego.

Kierownik—ordynator sanatorium w Tuszynku i lekarze asystenci nie mogą obejmować żadnego płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcyj bez osobnego zezwolenia Lekarza Naczelnego. Posady do objęcia od dnia 1 maja 1937 r.

Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska Nr. 225 do dnia *10 kwietnia 1937 r.* do godziny 12-ej, w zamkniętej kopercie, z napisem: Konkurs na stanowisko.....

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi