PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK

ROK XII
WARSZAWA
KWIECIEŃ
1937 R.
ZESZYT 4

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

W SŁUŻBIE LEKARSKIEJ ŚWIATA PRACY

Fragmenty wrażeń i spostrzeżeń z podróży naukowej po Europie

(Dokończenie)

Istnieje w Niemczech od dłuższego czasu spór o unitaryzm w ubezpieczeniu chorobowym. Miejscowe Kasy chorych, najliczniejsze w Niemczech, pragną połknąć inne, te zaś bronią się namiętnie przed tym, wytaczając argumenty przeciwko połączeniu, które często mają zdyskwalifikować działalność Mejscowych K. ch. Prym w tej akcji prowadzą fabryczne i zakładowe K. chor.

Zagadnienie to wzbudzało we mnie szczególne zainteresowanie i zastanawiałem się dlaczego Niemcy, odznaczający się tak dużym zmysłem organizacyjnym nie dążą do koncentracji wszystkich K. chor. działających na terenie ośrodków miejskich. Zdawałem sobie sprawę, że wiejskie K. chor. (Landeskrankenkassen) pracują w warunkach zupełnie odmiennych i łączenie ich z kasami miejskimi w myśl jednych i tychsamych wytycznych organizacyjnych nie może im wyjść na pożytek. Uznałem zatym za konieczne przyjrzeć się z bliska działalności tego klasycznego i głównego konkurenta Miejscowych K. chor., jakiemi są Fabryczne Kasy chorych.

Zagadnienie Zakładowych (fabrycznych) K. ch.

Problem starałem się omówić wszechstronnie z jednej strony *w Państw. Związku Miejscowych K. chor.*, a z drugiej w takimże *Związku Fabrycznych K. chor.* Miejscowe K. chor. dysponują materiałem ludzkim bardzo mieszanym i różnorodnym; mają bezwątpienia najgorsze ryzyka ubezpieczeniowe, mają duże trudności z prowadzeniem ewidencji lotnego elementu ludzkiego (robotnicy sezonowi, służba domowa), obarczone są prowadzeniem kontroli firm i pracodawców od czego zupełnie wolne są Fabryczne K. chor. obejmujące tylko jeden zakład fabryczny. Fabryczne Kasy chorych mają zatym te liczne plusy, które im wiele ułatwiają ich rolę. Nie stanowią one w danym zakładzie przemysłowym tworu samodzielnego, tylko są częścią składową całego jednolitego aparatu organizacyjnego. Fabryka daje lokal biurowy, jej aparat administracyjny współpracuje wydatnie z administracją K. chor. Fabryczne K. chor. są wyrazem życia zbiorowego całej społeczności fabrycznej, mają jednolity charakter ubezpieczonych, te same idealne ryzyka ubezpieczeniowe przy tych samych warunkach pracy ubezpieczonych i ich życia. Wszystko to umożliwia zmniejszenie do minimum strony organizacyjno-biurokratycznej. Pracownicy znają się wszyscy i nawzajem kontrolują i ten czynnik społeczno-psychologiczny i wychowawczy ma tu niezmiernie doniosłe znaczenie. Zarząd fabryki dąży stale i konsekwentnie do selekcji jaknajlepszego materiału ludzkiego, eliminując elementy leniwe i aspołeczne. Nie pozostaje to bez wpływu na efekt działalności K. chor. Na podstawie otrzymanych materiałów stwierdziłem, że Fabryczne K. chor. mają idealne warunki do współpracy na terenie zakładu przemysłowego z innymi rodzajami ubezpieczeń społ., z opieką społeczną, a nade wszystko z tymi czynnikami, które prowadzą akcję zapobiegawczą (lekarz fabryczny, choroby zawodowe, zapobieganie wypadkom, akcja przeciwgruźlicza itp.). Nie ulega wątpliwości, że przy obec-

nej strukturze i polityce państwa niemieckiego, będącej wyrazem polityki partii narodowo-sosjalistycznej, fabryczne Kasy chor. stanowią jedno z ważnych ogniw między fabryczną, a państwową polityką społeczną. I jako takie cieszą się niezawodnie poparciem władz kierujących obecnie w Niemczech.

Związek fabrycznych K. chor. posiada pozatym cały szereg argumentów cyfrowych przemawiających przeciwko połączeniu się z Kasami miejscowymi. A więc wysokość składki w miejscowych K. chor. jest z reguły znacznie wyższa, mimo znacznie niższego poziomu ich świadczeń. Fabryczne K. chor. prowadzą prawie z reguły akcję zapobiegawczą, udzielają świadczeń licznym członkom rodzin ubezpieczonych, z których 70% jest żonatych, podczas gdy, wśród ubezpieczonych w miejscowych K. chor. tylko 30%, dają bardzo wysokie świadczenia dodatkowe i co najważniejsze składki minimalnie są obciążone kosztami admnistracji, które wynoszą rzekomo przeciętnie w całym państwie ok. 1.5%, podczas gdy w Miejsc. K. chor. 10 — 11%.

Celem zebrania materiałów na stwierdzenie powyższych szczegółów zwiedziłem dokładnie *Kasę chorych olbrzymich zakładów Siemensa.* (Betriebs - Krankenkasse der vereinigten Siemens-Werke) i zapoznałem się z jej działalnością.

Posiada ona 75.000 członków, oraz 5.000 rencistów, którym firma daje specjalne świadczenia; wraz z rodzinami opiekuje się K. chor. 150.000 osób. Fabryka utrzymuje własnym kosztem 3 domy wypoczynkowe, własny szpital (Paulinenhaus). Składka wynosi 4%; personel składa się z 78 osób admin., opłacanych przeważnie przez fabrykę. Wypada 1 pracownik na 1000 ubezpieczonych, a koszt administracji ok. 1½% wpływów. Pracownicy zakładów dzielą się na 2 grupy, poniżej 5 lat pracy i powyżej, ci stanowią gwardię fabryczną o specjalnych przywilejach, toteż każdy pracownik usilnie stara się o to, by przejść do tej drugiej grupy. Okres świadczeń wynosi 39 tygodni, dla członków rodzn 26 tyg., dają specjalne dodatki do zasiłków chorob. w wysok. 15%, do zasiłków szpitalnych 10% na żonę i po 10% na każde dziecko; zasiłki położnicze płacą przez 12 tygodni, z czego 6 przed porodem.

Zasiłki pogrzebowe są w wysokości 40-krotnej płacy zasadniczej. Do leków kasa dopłaca 70% ceny.

Na razie mają swoich własnych lekarzy zaufania, jednak wkrótce zostaną poddani orzecznictwu lekarzy zaufania Kraj. Zakł. Ubezp., do czego zresztą odnoszą się bez entuzjazmu (koszt znacznie wyższy!).

Prowadzona jest bardzo dokładna statystyka świadczeń leczniczych, która umożliwia analizę wszystkich dziedzin. I tak przytoczę parę cyfr ze sprawozdania za 1935 r.: ubezpieczonych 62.655 i ok. 60.000 czł. rodzin, na ubezpieczonego wypadło 2.04 skierowań do lekarza (Krankenscheine), 0.74 skierowań do dentystów. Na 1 dzień kalendarzowy wypadło 2.224 dni chorobowych.

Na 31.236 przypadków chorobowych trwał czas choroby:

do 1 tygodnia	4 597	= 14.7%
„ 2 „	10 160	= 32.5%
„ 3 „	6 150	= 19.7%
„ 4 „	4 219	= 13.5%
„ 5 „	2 138	= 6.8%
„ 6 „	1 106	= 3.5%
„ 7 „	699	= 2,2%
„ 8 „	486	= 1.6%
„ 9 „	330	= 1.1%
„ 10 „	233	= 0.7%
„ 11 „	185	= 0.6%
„ 12 „	123	= 0.4%
„ 13 „	148	= 0.5%
„ 26 „	548	= 1.8%
„ 39 „	114	= 0.4%.

Członków — kobiet od 15 — 45 r. ż. było 14.138, porodów 86 z czego płodów żywych 535, martwych 26, poronień 305. Wśród położnic było 420 mężatek = 74,9%, 141 panien = 25.1%. W szpitalach leczono 7 028 os. (156.718 osobodni), w zakładach leczn. dla nerwowo chorych 78 os., w sanatoriach dla płucnie chorych 141 os. (10 995 dni), w uzdrowiskach 571 os. (15 900 dni) w domach wypoczynk. przebywało 1 252 os. (33.686 dni), na wieś wysłano 162 os. (3 349 dni).

Zmarło w roku sprawozdawczym 412 os. (wszystkie liczby obejmują również członków rodzin).

Działalność utrzymywanej przez zakłady fabryczne *poradni przeciwgruźliczej:* 261 przyp. gruźlicy otwartej, śmiertelność 6,2 na 10 000 os. Ogółem zbadano 5 982 os., w czym 1 595 — 1-razowo.

Z pośród pierwszorazowo zbadanych — 273 wezwano do badania, 555 zgłosiło się dobrowolnie, 767 skierowali lekarze leczący i pielęgniarki fabryczne. Stwierdzono u nich:

gruźlicy otwartej	79 przyp.	= 5%
gruźlicy zamkniętej	129 „	= 8,1%
podejrzenia na gruźlicę	11 „	= 0,7%
innych postaci gruźlicy	6 „	= 0,4%
	225 przyp.	= 14,2%

Z innymi schorzeniami dróg oddechowych	128	= 8%
Z innymi schorzeniami	77	= 4,8%
Zdrowych	1 165	= 73%

Łącznie z dawniej badanymi i pozostającymi w obserwacji było zatrudnionych w zakładach w dn. 31.12.1935 r. 887 osób gruźliczych.

Na tym kończę część sprawozdawczą z zakresu ubezpieczenia chorobowego.

Wydział społeczny w Zakładach Siemensa.

Na terenie Zakładów Siemensa zapoznałem się również szczegółowo z działalnością *lekarzy fabrycznych,* których praca nadzwyczaj wszech-

stronna i owocna zasługuje ze wszech miar na dokładne opisanie. Działalność lekarzy fabrycznych stanowi tutaj jeden z etapów nadzwyczaj rozległej i celowo pomyślanej pracy społecznej, prowadzonej przez specjalny „Wydział Pracy Społecznej" zatrudniający około 100 osób. Praca wydziału tego obejmuje następujące dziedziny:

1) Miejsce pracy: pielęgniarki, opieka nad wyżywieniem (kasyna, kuchnie, sklepy aprowizacyjne, opieka zdrowotna (posterunki opatrunkowe, pomoc w nagłych wypadkach, leczenie zakładowe, poradnie gruźlicze, domy wypoczynkowe), ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia prywatne, szkolenie.

2) Rodzina i dom opieka nad dziećmi—własne ochronki i kolonie, szkoła gospodarstwa domowego, własne osiedla, pośrednictwo w sprzedaży wyrobów zakładów).

3) Wczasy robotnicze — organizowanie rozrywek, sportów, urlopów, wypożyczalnie książek, własne czasopismo, liczne Towarzystwa Kulturalne, kluby towarzyskie.

Praca lekarzy fabrycznych u Siemensa.

Lekarzy fabrycznych utrzymuje przedsiębiorstwo; jest ich na razie 5, ma być 1 na 5 — 6000 robotników. Praca ich rozwija się w następujących rozlicznych kierunkach.

1) *Opieka zdrowotna nad pracownikami.* W tym celu lekarz musi się dokładnie zapoznać z miejscem i warunkami ich pracy. Toteż nowo przyjęc lekarze pracowali po 3 miesiące na różnych oddziałach, zapoznając się ze stroną techniczną pracy.

2) *Badanie wszystkich nowo przyjmowanych do pracy: d*okonywane b. dokładnie; skompenzowana wada serca, wygojona gruźlica nie wykluczają przyjęcia tylko wymagają specjalnego doboru zajęcia. Mniej więcej 8% zgłaszających się odrzucają jako niezdolnych do pracy, (przypominam wobec tego w jak korzystnych warunkach pracuje tamtejsza K. chor.!). Wśród odrzuconych są najczęściej chorzy na gruźlicę, wady serca, astmę oskrzelową, ciężkie żylaki, płaskie stopy dużego stopnia, ostre choroby weneryczne. Lekarzowi przyświeca zawsze cel ogólny, by nowo przyjęty pracownik nie stał się zaraz inwalidą pracy, balastem zakładowym i społecznym. Osoby zakwalifikowane do pracy przydziela się odpowiednio do ich kwalifikacji fachowych i cielesnych. Obecnie zaczynają robić również badania psychotechniczne. Nowo przyjęci pracownicy są stale obserwowani przez lekarzy, jak się ich organizm przystosowuje do nowych warunków pracy. Odbywa się to we współpracy z K. chor., majstrami działowymi i z biurami wypłat. Nadzwyczaj ważną rzeczą jest właściwy i umiejętny przydział pracy. Należy uważać np. by pracownik z wrzodem żołądka lub dwunastnicy nie pracował w żadnym pyle, ani w przestrzeni, gdzie są gazy drażniące, których połykanie ze śliną drażni chorą błonę śluzową. Wogóle bardzo ważnym zadaniem technicznej ochrony pracy jest jaknajlepsze usuwanie wszelkich pyłów, jakie powstają w warsztacie pracy. Obecne urządzenia są często niewystarczające, stąd częste nieżyty żołądka (gastritis anacida), przewlekłe nieżyty oskrzeli z następstwam, rozedmy płuc. Jednym słowem materiał ludzki musi być w stałej lekarskiej obserwacji. Zależnie od wyniku badania zachodzi często potrzeba zmiany rodzaju pracy zależnie od decyzji lekarza fabrycznego.

Lekarze fabryczni roztaczają specjalną opiekę nad osobnikami, którzy dłużej, lub częściej chorują, a takich jest od 5 — 10%, a w niektórych oddziałach nawet do 15%; obchodząc stoiska fabryczne sami wzywają do badania osobników gorzej wyglądających i źle się czujących. W oddziałach, gdzie pracują przeważnie kobiety, zachodzą nieraz wypadki drgawek histerycznych, udzielających się sugestywnie innym pracownikom. Surowe postępowanie lekarza fabrycznego może uratować sytuację i zapobiec powtarzaniu się tego rodzaju wypadków, dezorganizujących pracę.

Zakłady Siemensa posiadają własne szkoły zawodowe z 4 letnimi kursami, na których szkoli się stale 1 200 osób. Osobnicy ci są w stałej opiece lekarskiej przez czas trwania nauki i po jej ukończeniu, kiedy doradza się im wybór najwłaściwszego zawodu.

Akcja zapobiegawcza lekarzy fabrycznych rozwija się następująco:

1) Stałe, periodyczne, kontrolne badania pracowników specjalnie zagrożonych przy pracach z ołowiem, rtęcią, gazem świetlnym, z piaskiem przy polerowaniu (Sandstrahlgebläse), przy szlifierniach, z trójchloretylenem, z kwasami (bajcownie), przy hartowaniu, z siarczkiem węgla;

2) Kontrola stanu zdrowia osobników z chronicznymi wadami, którzy często znakomicie zastosowują się do warunków pracy. Dotyczy to głównie osób z różnymi wadami serca, blokami sercowymi, niemiarowością tętna, przerostami mięśnia, z wadami przemiany materii (gł. cukrzycą). Natomast rzecz wielce znamienna dla orzecznictwa lekarskiego: osobnicy ubiegający się o rentę są zazwyczaj w depresji psychicznej i trudny jest wpływ na nich (Renteuneurosen!).

3) Systematyczne badania co jakiś okres czasu wszystkich pracowników, przy czym często wykrywa się nowe przypadki otwartej gruźlicy, polipy, cierpienia nerek, rzadko raka we wczesnym stadium, dość dużo mięśniaków macicy i nnych schorzeń narządów kobiecych. Kobiety po 18 r. prawie wszystkie przeszły już ciążę.

Każdy lekarz fabryczny ma ewidencję kartotekową swej pieczy powierzonych pracowników, i tutaj notuje wyniki badań i orzeczeń swoich.

Na specjalne omówienie zasługuje wreszcie prowadzona przez lekarzy fabrycznych *akcja w zakresie higieny i ochrony pracy:* odbywa się ona za pośrednictwem wykładów objaśnianych przeźroczami, filmów, ulotek pism okólnych itp. Lekarz fabryczny stara się jaknajlepiej poznać warunki pracy, jej stronę techniczną i wpływ na organizm ludzki. Najlepszym sprawdzianem dla

niego będzie reakcja żywego organizmu na jakiś specjalny czynnik szkodliwy, wywołujący masowe schorzenia. Głos lekarza, wołającego na alarm będzie nakazem dla kierownictwa technicznego, by poczynił badana i przeprowadził konieczne inowacje techniczne. Lekarz zatym jest tutaj tym korzystnym czynnikiem, który walczy o zdobycze świata pracy na gruncie jego warsztatu. On jest najlepszym łącznikiem między pracownikiem i jego codziennym warsztatem pracy: Kasą chor., szpitalem, ubezpieczeniem inwalidzkim i wypadkowym, a pracodawcą. Lekarz najłatwiej może wzbudzić i posiąść zaufanie pracowników.

Może najbardziej uwydatnia sę praca higieniczno-zapobiegawcza lekarza fabrycznego w dziedzinie schorzeń skórnych. Brud na rękach przyniesiony z domu, niemycie rąk przy pracy, brak dobrego mydła, ciepłej wody, miękkich ręczników, odtłuszczenie skóry, powodują najczęściej występowanie zapaleń i chronicznych wyprysków. Zaczyna się zazwyczaj od zaczerwienienia, pęknięć i nadżerek, wtórnych zakażeń, które zaniedbane prowadzą do ciężkich schorzeń, powodujących często na długie miesiące inwalidztwo pracy. Należy zwrócić specjalną uwagę na osobników rudych i blondynów z jasną skórą, specjalnie podatnych na schorzenia skórne. U niektórych osobników stwarzają warunki pracy specjalne stany uczuleniowe (alergia nabyta) na pewne czynniki szkodliwe. Robotnicy narażeni na działanie czynników szkodliwych na skórę muszą wcierać specjalne preparaty, inny przed pracą, a inny po niej. Należy pilnować, by robotnicy pozatym używali zawsze rękawic wzgl. palców ochronnych. Bardzo szkodliwie działają następnie ciała mechaniczne: jak proszek miedziany, elektron, pył porcelanowy, które w formie mikroskopijnych pyłków wciskają się w pory skórne i trudno je stamtąd usunąć.

Robotnicy zajęci z tymi ciałami muszą szczególnie dokładnie wcierać w skórę maści ochronne. Jednym słowem dobre zapobieganie i kontrola lekarska, mogą uchronić do 70% osobników od ciężkich schorzeń skórnych.

Dalszą troską lekarza fabrycznego będzie walka z pyłem i jego usuwaniem za pomocą specjalnych ekshaustorów, gdyż masek ochronnych nie chcą robotnicy na ogół używać; następnie dbanie o należyte oświetlenie (zaburzenia akomodacji u młodych ludzi), o wietrzenie, racjonalne odżywianie (kuchnie dietetyczne, których brak na razie u Siemensa) itp.

Ubezpieczenie inwalidzkie

Ubezpieczenie inwalidzkie (prac. fizycznych) prowadzone jest przez terytorialne krajowe zakłady ubezpieczeń (Landesversicherungsanstalt).

Zwiedziłem i zapoznałem się z organizacją pracy lekarskiej berlińskiego Zakładu Ubez., obejmującego swoją działalnością 4¼ milionowe miasto Berlin. Liczba ubezpieczonych wynosi 1,4 miliony. Lekarz — szef działów lekarskich Dr. Beckman służył mi bardzo uprzejmie wszelkimi informacjami i oprowadził po wszystkich lokalach. Aparat lekarski składa się z 80 lekarzy specjalistów, z czego 6 pracuje stale w Zakładzie mając do pomocy po 1 pomocnicy, prowadzącej kancelarię i wykonującej drobne analizy lek. Zakład posiada własny Zakład rentgenowski i laboratorium analityczne. Lekarze pracujący stale otrzymują ryczałt miesięczny, inni mają wynagrodzenie jednostkowe. W orzecznictwie posługują się szpitalami publicznymi i własnym w Beelitz. Każdy lekarz stały ma od 20 — 25 badań dziennie.

Przyczyny inwalidztwa w 1934 r. były następujące:

Rak	396
Gruźlica	883
Choroby weneryczne	334
Gościec stawowy	251
Cukrzyca	195
Inne cierpienia	10 428
Wiek ponad 65 lat	8 855
Razem	21 342 rent.

w dniu 31,12,1934 było łącznie wszystkich rent 222.246.

Zakład prowadzi bardzo żywą działalność w zakresie walki z gruźlicą. Posiadają własne sanatorium w Beelitz na 1 600 ł.(w czym tylko dla gruźlicy 1 200 ł.), poza tym korzystają z licznych obcych zakładów. Szczególną opieką otaczają dzieci wątłe, zagrożone gruźlicą i w których rodzinie są przypadki otwartej gruźlicy. Dzieci te umieszczają w uzdrowiskach, na wsi w leśnych szkołach, w specjalnych schroniskach prowadzonych przez fachowy personel.

Prowadzą w Berlinie 6 poradni przeciwgruźliczych w czym jedną również dla dzieci. W poradniach prowadzą leczenie i opiekę społeczną przy pomocy pielęgniarek.

W Berlinie prowadzą również poradnię przeciwweneryczną.

Wzorowym zakładem leczniczym jest sanatorium w Beelitz, 50 km od Berlina na 1 600 ł. Leczą tutaj wszystkie cierpienia, ale głównie gruźlicę. Bogate wyposażenie djagnostyczne i lecznicze, opieka lekarska w rękach znakomitych specjalistów ze znanym Dr. Kremerem na czele, stwarzają doskonałe warunki dla ubezpieczonych.

Ubezpieczenie inwalidzkie w Niemczech łoży bardzo duże kwoty na akcję leczniczą i zapobiegawczą. W 1935 r., leczono w całym państwie 151 850 osób dorosłych i 18 363 dzieci i wydano na ten cel 42 747 000 MK. Nadmienię, że ubezpieczonych było 13 515 553, a ze składek uzyskano ogromną sumę 945 328 230 Mk.

Na pierwszym miejscu stała naturalnie akcja przeciwgruźlicza, która obejmowała 29 171 osób i wydano na nią 19,5 milionów Mk. Wśród tej liczby było 27 977 chorych na gruźlicę płuc i krtani, 336 na gruźlicę kości i stawów, 371 na inne postaci i 487 na gruźlicę skóry (lupus).

Koszt osobodnia w sanatoriach wynosił średnio 7,75 Mk., średni czas pobytu 92 dni, a 1 leczenie 709,98 Mk.

Na choroby weneryczne leczono ogółem na koszt własny 7 857 os., z czego 1 580 w szpitalach, a 6 277 ambulatoryjnie. Z liczby tej 4 067 os. miało kiłę, a 2 815 rzeżączkę.

Na schorzenia gośćcowe leczono 11 842 os. na co wydano 3,4 mil. Mk. Na pierwszym miejscu stał tutaj przewlekły gościec stawowy z 5 334 chorymi, następnie gościec mięśniowy z 1 833 chor., arthritis deformans z 1 408 chor., spondylosis deformans i spondylarthritis ankylopoetica z 1 027 chor., ostry gościec stawowy z 940 chor., reszta inne rzadsze postaci.

Na raka leczono stosunkowo mało bo 98 osób kosztem 22 270 Mk.

Z innych chorób leczono:

			koszt leczenia
choroby z wyczerpania (niedokrwistość, osłabienie) . . .	6 778	os.	1 309 052
choroby dróg oddechowych .	6 273	„	1 524 560
„ narządu krążenia . .	5 221	„	1 243 880
„ „ pokarmowego	4 741	„	1 090 503
cukrzyca	394	„	106 499
choroby narządów kobiecych .	771	„	182 431
„ nerwów	14 019	„	3 087 396
zęby leczono u	52 762	„	1 139 205

Pragnę jeszcze zwrócić uwagę, że Zakłady Ubezp. Społ. zwracają szczególną uwagę na choroby weneryczne, gdyż one są przyczyną bardzo licznych schorzeń w wieku późniejszym, których następstwem jest inwalidztwo pracy. Ankieta przeprowadzona w 1935 r. stwierdziła 97 119 przyp. chorób wenerycznych. Celem uchwycenia choroby w jej stadium początkowym prowadzono w państwie 182 własnych poradni i subwencjonowano 75 obcych.

Z podanej liczby 97 119 zgłoszonych przypadków chorób wenerycznych ustalono bliższe dane u 50 625 osób, a to:

	mężczyzn	kobiet	dzieci	ogółem
1) Kiła				
Świeże przypadki kiły I i II nieleczone	2 275	1 959	28	4 262
Nawroty kiły	272	315	2	589
Kiła utajona, późne postaci	4 784	5 720	15	10 519
Wiąd rdzenia, paraliż postępowy	868	490	7	1 365
Kiła wrodzona	179	294	1 072	1 545
Razem	8 378	8 778	1 124	18 280
2) Rzeżączka (tryper)				
ostry	16 009	10 561	490	27 060
przewlekły	1 462	1 965	54	3 481
Razem	17 471	12 526	544	30 541
3) Kiła i rzeżączka (jednocześnie)	286	505	2	793
4) Wrzód miękki . . .	266	12	—	278
5) Lymphogranuloma inguinale*)	2	26	—	28
6) Inne choroby weneryczne	432	253	20	705
Razem (od 1 — 6) .	26 835	22 100	1 690	50 625

*) Rzadkie nieweneryczne schorzenie gruczołów chłonnych pachwinowych i otaczających tkanek.

Zakłady ubezpieczeń dysponują 116 własnymi zakładami leczniczymi o 17 157 łóżkach, a pozatym korzystają z licznych obcych zakładów.

Przytoczyłem wszystkie te dane dotyczące działalności ubezpieczenia inwalidzkiego w Niemczech, gdyż doświadczenie przez nie zebrane może być wielce pouczające dla naszego młodego ubezpieczenia, które nie posiada jeszcze własnego materiału porównawczego.

Ubezpieczenie pracowników umysłowych.

Ubezpieczenie to jest całkowicie scentralizowane na całe Niemcy w Centralnym Zakładzie w Berlinie t. zw. Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (Ruhrstrasse 2). Dzięki pomocy nadzwyczaj uprzejmego i ruchliwego wydziału zagranicznego Zw. Docentów berlińskich udało mi się zapoznać z organizacją i działalnością tego olbrzymiego zakładu w dziedzinie lecznictwa.

Ubezpieczonych pracowników umysłowych było w Niemczech w 1935 r. ok. 4 miliony, a tytułem składek wpłynęło (w formie kupionych znaczków w urzędach pocztowych) 357.46 076 Mk. Zakład rozwijał ożywioną działalność leczniczą i zapobiegawczą: ok. ½ miliona Mk. dano w formie subwencji na różne towarzystwa prowadzące akcję zapobiegawczą i naukowo-badawczą w dziedzinie chorób społecznych.

W ciągu 1935 r. wpłynęło z całej Rzeszy 136 257 wniosków na leczenie stałe, z czego przyznano 47 542 leczenie zakładowe, w tym 10 827 dla chorych na gruźlicę z 1 129 876 dniami leczenia, reszta dla innych chorych z 1 110 561 dniami leczenia. Dla chorych gruźliczych wypadło po 109 dni leczenia, dla innych po 31. Koszty leczenia w sanatoriach dla gruźliczych wyniosły 787 Mk. od osoby, w innych sanatoriach 268 Mk., w uzdrowiskach 247 Mk.

Pozatym 44 501 osobom przyznano niestałe leczenie (nicht ständige Heilverfahren). Do 9 własnych załkadów leczniczych przybył 10-ty na 63 ł. dla chorych nerwowych, na przemianę materii i przewód pokarmowy.

Przyznano dodatki na protezy zębowe bezpośrednio 16 998 os., za pośrednictwem K. chor. — 37 041 os.

Subwencjonowano akcję przeciwweneryczną prowadzoną przez Krajowe Zakłady Ubezpieczeń, a z poradni ich korzystało z górą 5 000 ubezp. prac. umysł. Przyznano dodatki na leczenie 3 673 dzieci (prawie wyłącznie chorych na gruźlicę).

Ogółem wydatki na opiekę zdrowotną wyniosły w roku 1935 23 614 188 Mk.

Ubezpieczony ubiegający się o leczenie zakładowe winien wystosować prośbę na specjalnym druku zaopatrzoną poświedczeniem z K. chor. o ile jest jej członkiem. Do prośby dołącza świadectwo lekarza leczącego z dokładnym opisem choroby i wyników badań. Celem przyśpieszenia sprawy może ubezpieczony poddać się również badaniu u najbliższego lekarza zaufania Zakł. Ubezp. Prac. Umysł., płacąc mu za badanie swój ulział w kwocie 2,25 Mk. Lekarz zaufa-

nia przesyła sam cały akt do Zakładu, nie komunikując ubezpieczonemu ani wyniku swoich badań, ani wniosku. Jeśli ubezpieczony leczył się już na koszt Zakładu Ubezpieczeń, jest obłożnie chory, lub przebywał w szpitalu, świadectwo lekarza zaufania jest zbędne.

Lekarze zaufania przy badaniach swoich zwracają szczególną uwagę na stronę rasową i choroby dziedziczne, oraz wyłapują materiały dotyczące bliźniąt, jako bardzo cenne dla badań dziedziczności.

Zakład zawiadamia ubezpieczonego, że przyznał mu leczenie, zaś wezwanie do przyjazdu otrzymuje wprost z Zakładu leczniczego w miarę wolnych miejsc.

Zasadą, którą kieruje się ogólnie dział lecznictwa Zakładu, jest przyznawać ponowne leczenie osobom chorym na gruźlicę po 1 roku, w innych cierpieniach po 2 latach. Zwrócono mi uwagę, że stwierdzono w cierpieniach oczu bardzo częste złe rozpoznania gruźlicy, która zaniedbana i wadliwie leczona prowadzi często do ślepoty. Dlatego też sprawie tej poświęca się obecnie dużo uwagi. Zakład posiada własne sanatorium wyłącznie dla chorych na gruźlicę oczu w Hochenschwang (Sanat. „Sonnenhof" Dyrektor Dr. Bettiner) i wysyła chorych do Davos do Sanat. Dra Werdenberga. Leczenie jest bardzo długotrwałe, często trwa 8 — 9 miesięcy, ale daje znakomite wyniki.

Ubezpieczenie wypadkowe.

Brakło mi czasu i możności na zapoznanie się z całokształtem organizacj i działalności tegoż ubezpieczenia.

W Berlinie odwiedziłem centralę „Związku Spółek Zawodowych" (Verband der deutschen Berufsgenossenschaften), gdzie zapoznałem się z organizacją akcji ochrony pracy i wypadków przy niej. Dziedzinę tą pomijam jako doskonale znaną naszemu Inst. Spr. Społ., który analogiczną akcję prowadzi u nas w państwie.

Z materiałów jakie w Związku otrzymałem, pragnę zwrócić uwagę na niektóre bardziej interesujące ze strony ubezpieczeniowo-lekarskiej. Doceniając znaczenie pierwszej pomocy i właściwego traktowania w wypadku, opracowano wytyczne, których mają się trzymać spółki zawodowe. Wymagania stawiane zakładom leczniczym, w których mogą być umieszczani i leczeni ciężko uszkodzeni przy pracy są następujące:

1) *urządzenia:* nowoczesne sale operacyjne; aparat rentgenowski do zdjęć stereoskopowych z możliwością oznaczania ciał obcych i dobrze w tym zakresie wyszkolonym personelem; filmy winny tu być przechowywane najmniej przez 15 lat; przenośny aparat rentgen. do zdjęć przy łóżku; urządzenia do traktowania złamań kostnych z wyciągami; urz. ruchowe, hydro- i elektroterapeutyczne; przy dużych oddziałach chirurg. winny być tworzone pododdziały wypadkowe; auto sanitarne; porządna kancelaria, bardzo dokładne i staranne prowadzenie kart chorobowych przechowywanych przez 15 lat; organizacja i opanowanie całej procedury orzecznictwa.

2) *lekarze i personel pomocn.:* objąć leczenie może tylko specjalista chirurg, przy czym pożądanym jest, by miał pod ręką neurologa, okulistę, laryngologa, stomatologa. Zwraca się uwagę, by każdy ze specjalistów wykonywał praktykę tylko w swej specjalności, a nie również w ogólnej medycynie.

Specjaliści muszą być lekarzami wypadkowymi, t. zn. posiadać specjalne doświadczenie w leczeniu i orzecznictwie poszkodowanych w wypadku.

Na lekarza kierującego oddziałem nie może wypadać więcej jak 150 ł. i musi on posiadać podobnie doświadczonego zastępcę.

Jeśli na oddziale przebywa najmniej 40 poszkodowanych w wypadku winien być stworzony etat 1 asystenta. (szkolenie nowych sił!).

Oddział musi posiadać wykwalifikowanych masażystów, umiejących również prowadzić gimnastykę leczniczą.

Analogiczne wymagania stawiane są *orzecznictwu wypadkowemu,* które może być wykonywane tylko przez wybitnych fachowców, mających w tej trudnej i odpowiedzialnej dziedzinie specjalne przygotowanie. Na kursie, jaki przeszedłem w Berlinie w Akad. Medyc. Państw. wysłuchałem cyklu wykładów orzecznictwa wypadkowego Prof. Peipera i dla zaokrąglenia całości pozwolę sobie je streścić, wybierając jedynie rzeczy najistotniejsze.

Polegać należy jedynie na własnym badaniu i obserwacji, nie ulegając sugestii badanego (renta!); budować jedynie na uznanej wiedzy, a nie na domniemaniach niepewnych. Jeśli się zauważy u badanego jakieś symulacje, lub agrawacje, nie dać poznać tego po sobie i nie dopuścić, by badany stracił zaufanie do badającego. Unikać możliwie nazwy „Symulacja" w orzeczeniu, bo naraża się często na procesy sądowe o obrazę (ubezpieczony w Niemczech ma prawo wglądu do aktu sam i ew. za pośrednictwem swego lekarza zaufanego!) Pisać raczej, że „subjektywne skargi nie są potwierdzone wynikiem badania objektywnego". Określać bardzo ostrożnie rokowanie. Często trudne jest stanowisko lekarza do poprzednich orzeczeń lekarzy, nie zawsze może godnych zaufania. Pamiętać, że pracownicy, którzy akt dostaną do ręki, cieszą się często potym z różnicy zdań lekarskich!

Wyczerpać możliwie wszystkie metody i środki badania, a w braku ich (na prowincji!), zaznaczyć w orzeczeniu, że użyto wszystkich dostępnych na miejscu środków, że jednakże należałoby jeszcze takie, a takie badanie uzupełnić. Załączać możliwie do orzeczenia diapozytywy oryginalnych zdjęć rentgenowskich.

Uważać szczeg. na agrawacje przy zesztywnieniach stawów; dać ewent. lekkie uśpienie, by spowodować zwiotczenie mięśni.

Uzasadniać wszystko bardzo dokładnie i obszernie, gdyż ubezpieczony przeprowadza po tym obronę, „Gegengutachten", które przy

niedbałym i krótkim orzeczeniu obala bez trudności jego tezy.

Niezapomnieć w orzeczeniu określić dokładnie czas, miejsce i okoliczności towarzyszące wypadkowi.

Rokowanie należy określać dopiero po przebiegu leczenia i dłuższej obserwacji. Zwrócić szczególną uwagę, czy cierpienie nie datuje się z okresu przed wypadkiem. Żądać zawsze wszystkich przedaktów. Szczególne trudności zachodą często z ustalaniem związku przyczynowego wypadku z danym uszkodzeniem; czasem ma miejsce tylko pogorszenie stanu już istniejącego. Lekarz musi również zwrócić krytyczną uwagę na cały tok dochodzenia wypadkowego (koleżeńscy świadkowie!). Do najtrudniejszych należy orzekanie przy ustalaniu związku przyczynowego cierpienia z wypadkiem, jaki miał miejsce przed laty. Określać tylko prawdopodobieństwo związku, a nie pewnik.

Wstrzymuję się na razie z porównywaniem u nas istniejącego stanu w dziedzinie lecznictwa i orzecznictwa wypadkowego!

Współpraca ubezpieczenia wypadkowego z ubezp. chorobowym została szczegółowo unormowana szeregiem rozporządzeń Min. Pracy. Kasom chorych określono ścisłe normy postępowania z wypadkami przy pracy, w jakich warunkach, gdzie i jak ma się odbywać leczenie, by gwarantowało ono jak najlepszy wynik dla ubezpieczonego i spółek zawodowych, jako ubezpieczycieli.

Niemieckie Towarzystwo Ochrony Pracy.

W dziedzinie omawianej zapoznałem się pozatym w Frankfurcie nad Menem z działalnością „Niem. Tow. ochrony pracy" (Deut. Gesellschaft für Arbeitsschutz), które rozwija b. ożywioną działalność w zakresie higieny i ochrony pracy na terenie całych Niemiec. Skład zarządu jest tego rodzaju, że umożliwia kolaborację wszystkich czynników w tej dziedzinie. Tow. zajmuje się pracą naukową, ma dużą bibliotekę, wydaje czasopisma „Zentrallblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung", organizuje liczne kursy ogólne i specjalne.

Muzeum ochrony pracy.

W Berlinie zwiedziłem ogromne i bardzo pomysłowo urządzone Muzeum Ochrony Pracy (Arbeitschutzmuseum) założone jeszcze w 1903 r. i podległe wprost Min. Pracy.

Muzeum posiada ogromny zbiór eksponatów stale uzupełnianych, częścią fundowanych przez duże koncerny przemysłowe. Przy muzeum znajduje się duża bibioteka i czytelnia, odbywają się tu wykłady, kursy i prowadzona jest szeroka propaganda w szkołach rzemieślniczych i ośrodkach pracy fabrycznej.

Choroby zawodowe i lekarze przemysłowi.

Niemcy posiadają szczególnie korzystne warunki dla studium z dziedziny chorób zawodowych. Wysoko rozbudowane przeróżne gałęzie przemysłu, objęcie od lat ustawodawstwem wypadkowym chorób zawodowych, kreowanie licznych etatów lekarzy przemysłowych, którzy rozbudowali ten specjalny dział wiedzy lekarskiej, składają się na to. Od chwili wejścia w życie odnośnej ustawy zgłoszono w całych Niemczech w okresie od 1926 — 34 r. 72 108 przypadków chorób zawodowych, z czego odszkodowano 12 565. Na pierwszym miejscu stały w tej liczbie pylice, gł. krzemica z 7 168 przyp., następnie zatrucia ołowiem z 2 504 przyp.

W dziedziniet lekarskiej ochrony pracy pracuje w całych Niemczech 16 lekarzy przemysłowych, wybitnych znawców higieny pracy i chorób zawodowych.

Szczegółowo zapoznałem się z działalnością Dra Gerbisa, lekarza przemysł. na m. Berlin i okręg Poczdamski. Ma on do pomocy 2 biuralistki i 1 laborantkę.

Przez 3 dni w tygodniu pracuje w biurze, a 3 jest w rozjazdach i zwiedza zakłady przemysłowe. W berlinie ma Dr. Gerbis w swej stałej obserwacji ok. 2 000 robotników, pracujących z ołowiem i jego związkami, których raz w miesiącu bada (również krew morfologicznie). Dzięki dużej uprzejmości Dra Gerbisa zwiedziłem w jego towarzystwie parę typowych warsztatów pracy, zapoznając się z istniejącymi w nich urządzeniami ochronnymi i higienicznymi.

Klinika chorób zawodowych w Berlinie.

W Berlinie zapoznałem się również z organizacją i pracą kliniki chorób zawodowych Prof. Baadera, istniejącą od 1924 r. Klinika dysponuje 300 ł. i mieści się w kompleksie gmachów szpitalnych, w dzielnicy Neukölln. Analogicznie do kliniki medjolańskiej jest to klinika chorób wewnętrznych nastawiona na leczenie chorób zawodowych. W 1934 r. uznano klinikę jako instytut uniwersytecki. Bada się tu i obserwuje przypadki skierowywane z całego państwa. Klinika korzysta z ogólno-szpitalnego oddz. rentgenologicznego i laboratorium analit. Posiada swoje własne laboratorium hematologiczne, aparat Knippinga do badania przemiany spoczynkowej, elektrokardiograf, bogato urządzony oddział kąpielowy, mechano- i elektro-leczniczy zaopatrzone we wszystkie możliwe aparaty; poza tym piękną bibliotekę, oddz. poliklinicznyy, salę wykładową i muzeum chorób zawodowych.

Materiał chorych z całej Rzeszy umożliwia doskonale pracę naukową. Przez oddział przeszło 3 500 przypadków zatruć ołowiem, następnie liczne zatrucia tlenkiem węgla, pylice, zatrucia rtęcią, arsenem, manganem, benzolem, aromatycznymi nitro- i amido-połączeniami, dwusiarczkiem węgla, siarczkiem węgla, liczne schorzenia skórne (praca z egzotycznymi gatunkami drzewa, roboty galwanizacyjne, ze smołą, parafiną, sadzą, antracenem, żywicami itp.).

Z kliniki wyszły liczne, często bardzo cenne prace naukowe w pierwszym rzędzie Prof. Baadera, następnie jego uczniów.

W klinice odbywają się wykłady dla studentów medycyny, różne kursy dla lekarzy, szkolą się tutaj specjaliści w zakresie medycyny pracy (lekarze fabryczni, przemysłowi).

Zwiedzam, oprowadzany przez zastępcę Prof. Baadera Dra Pernice, bardzo ciekawe muzeum chorób zawodowych. W dużej salce zebrano starannie eksponaty z większości chorób zawodowych, a więc fotografie, przeźrocza, mulaże, rozmaite przedmioty i preparaty używane w warsztatach pracy, próbki materiałów i substancji chemicznych, preparaty anatomiczne itp. Zwrócę uwagę na ciężki przypadek gangreny ołowiowej różnych części ciała, na duże podobieństwo objawów zatrucia ołowiem do zatruć bizmutem, na skrzętnie zebrane przypadki symulacji zatruć ołowiem i bizmutem (rentgenogram listu zawierającego te ciała).

W dziale zatruć rtęcią zwracają szczególną uwagę eksponaty z hiszpańskich kopalni, które zwiedzał przed samą rewolucją Prof. Baader. Ludzie pracowali tam z najcięższymi objawami zatrucia i nikt się o nich nie troszczył. Mieli wprawdzie książeczki z pouczeniem, ale nikt z nich nie umiał czytać! W tych warunkach nie należy się dziwić, że nastąpił odruch rozpaczy, którego konsekwencje ponosi dzisiaj Hiszpania. Zaniedbania w tej dziedzinie mszczą się srodze!

Rtęć (żywe srebro) spożyte, nie wchłania się i nie powoduje zatruć, także wstrzyknięte do żyły nie musi wywołać ciężkich następstw, jak świadczy przypadek z siostrą szpitalną, która w celach samobójczych wstrzyknęła sobie rtęć z termometru dożylnie.

Znajduje się w muzeum szczęka górna u osobnika zatrutego fosforem, która samoistnie oddzieliła się i lekarz usunął ją pensetą. Rzecz działa się również w Hiszpanii.

Szczególnie bogato reprezentowany jest dział pyilc, u osobników z gruźlicą i ich wzajemny stosunek, następnie schorzeń zawodwych skóry.

Instytut badawczy do zwalczania reumatyzmu.

Bawiąc w Berlinie zwiedziłem „Instytut badawczy dla zwalczania reumatyzmu im. Arnolda Zimmera". Badacz ten położył ogromne zasługi dla wykazania doniosłości walki ze schorzeniami gośćcowymi, jako klęską społeczną. Na ogromnym materiale statystycznym wykazał on, że schorzenia gośćcowe stanowią 10.69% ogółu schorzeń, podczas gdy gruźlica tylko 2.79%. Gościec do gruźlicy, jako przyczyny inwalidztwa ma się jak 73 do 100, mimo to jednak schorzenia te są po macoszemu traktowane we wszystkich kategoriach ubezpieczeń z krzywdą dla ubezpieczonych i ubezpieczycieli. Wysiłki zatym całego społeczeństwa i ubezpieczeń społecznych muszą iść w tym kierunku, by problem leczenia schorzeń gośćcowych postawić na właściwym poziomie.

„Instytut badawczy do zwalczania reumatyzmu" powstał dzięki inicjatywie znakomitego uczonego, chirurga Prof. Biera, którego asystent Dr. Zimmer całkowicie poświęcił się gośćcowi i był duszą Instytutu, założywczy w Berlinie Tow. przeciwreumatyczne, które utrzymuje Instytut.

Instytut współpracuje żywo z Krajow. Zakładami Ubezp. i z narodowo socialist. Opieką społeczną (N. S. Volkswohlfahrt); prowadzi orzecznictwo, kwalifikuje na leczenie zdrojowiskowe, przepisując rodzaj leczenia. Lekarze, z którymi miałem sposobność rozmawiać, od szeregu lat zajmujący się wyłącznie sprawami gośćcowymi, zwracali mi uwagę, że nigdy się tak nie grzeszy w stawianiu rozpoznania i przepisywaniu leczenia jak tutaj. Pamiętać przytym należy, że często źle wykonany zabieg przynosi w tych sprawach szkodę niepowetowaną.

Chory leczony ambulatoryjnie pozostaje stale u tego samego lekarza. Na miejscu wykonuje się wszelkie badania, szczeg. wysoko ceniąc badania interferometryczne, umożliwiające ustalanie związku przyczynowego z gruczołami wewnętrznego wydzielania. Najwięcej trudu sprawia wyszukanie ogniska pierwotnego, którym najczęściej są chore zęby, rzadziej migdałki, które we wczesnych stanach usuwają, gdyż w późnych przewlekłych z zesztywnieniami jest to bezcelowe. Nierzadko punktem wyjścia schorzenia stawowego jest chory woreczek żółciowy, lub wyrostek robaczkowy, dlatego trzeba zawsze badać bardzo dokładnie całego chorego. Instytut zajmuje się pozatym leczeniem choroby Basedowa, stosując z doskonałym wynikiem świeżą krew zwierzęcą, również organoterapię (szczeg. przysadkę mózgową).

W instytucie odbywają się kursy dla studentów i lekarzy.

Walka społeczna z gruźlicą skóry w Niemczech.

Ustawa o zwalczaniu gruźlicy stworzyła warunki do racjonalnej organizacji walki z różnymi postaciami gruźlicy skóry, z których najczęstszą jest t. zw. wilk, lub toczeń pospolity.

Ciężkie to, o wybitnie chronicznym przebiegu, cierpienie unieszczęśliwia na długie lata osoby nim dotknięte. Dzięki przymusowi zgłaszania zarejestrowano w Niemczech prawie wszystkich chorych w liczbie z górą 40.000, stwarzając w tym celu terytorjalną organizację. Państwo całe zostało podzielone na 13 obwodów (razem z podobwodami 17), w których prowadzi się kartotekową ewidencję chorych z kontrolą ich leczenia. Doskonały typ kartoteki typu „Fortschritt" Essen, umożliwia łatwe czuwanie nad całym materiałem i sporządzanie statystyk, wszyscy chorzy muszą leczyć się ambulatoryjnie, lub szpitalnie. W tym celu buduje w Niemczech praktyczne, tanie, szybko amortyzujące się szpitale przy koszcie budowy 1 łóżka w wysokości 6.000 Mk.

W Berlinie w klinice chorób skórnych zapoznałem się z systemem pracy ambulatoryjnej i centralną ewidencją na m. Berlin (2.600 chorych), oraz zwiedziłem specjalny szpital pod Berlinem t. zw. *„Lupusheilstätte Müncheberg"*. Obie te placówki prowadzi wybitny znawca

gruźlicy skóry Docent Dr. Funk, który w leczeniu dąży do wypracowania techniki jaknajszybszego opanowania cierpienia. Doc. Funk stosuje najczęściej metodę niszczenia tkanki gruźliczej pętlami elektrycznymi (t. zw. Schlingenbehandlung) z następowym stosowaniem maści żrących. Uzyskuje tym ogromne skrócenie, a przez to i potanienie czasu leczenia, który przeciętnie wynosi 6 — 8 tygodni.

Zakład do zwalczania śmiertelności niemowląt i małych dzieci.

Badając problem walki ze śmiertelnością noworodków zapoznałem się z największym w Berlinie Państw. Zakładem do zwalczania śmiertelności niemowląt i małych dzieci t. zw. „Kaicerin Auguste Victoria Haus". W ogromnym kompleksie pięknie urządzonych gmachów mieszczą się tutaj oddziały przyjęć, zakaźny, wcześniaków (elektryczne cieplarki), osesków, chorób wewnętrznych, stacja gruźlicza, oddział porodowy, poliklinika rasowo-dziedziczna, laboratoria, bardzo ciekawe muzeum nowordka, wreszcie oddział dla karmiących kobiet i centrala mleka kobiecego. Licząc się z ogromną częstością zakażeń wewnątrz-szpitalnych u małych dzieci na oddziałach obserwacyjnych i zakaźnych—całkowita izolacja każdego chorego dziecka: oddzielne boksy z kompletnym urządzeniem do pielęgnowania, osobne siostry.

Wobec ogromnego znaczenia odżywiania szczeg. wątłych i chorych dzieci mlekiem kobiecym, zorganizowano specjalną stację, która zajmuje się zakupem mleka kobiecego w Berlinie (płacą matkom po 2.50 Mk), jego sterylizowaniem i specjalnym przechowywaniem, by było na każde zapotrzebowanie zakładów leczniczych a nawet osób prywatnych (5 Mk za 1 L).

Odbyty kurs 2-miesięczny w Akademii Medycyny Państwowej w Berlinie dopełnił moje studia zagranicą, dając mi możność zapoznania się z organizacją niemieckiej służby zdrowia i z polityką rasową i populacyjną tak obecnie wielce charakterystyczną w III Rzeszy.

Starałem się przedstawić treściwie całość moich studiów zagranicą podając rzeczy najbardziej charakterystyczne i godne uwagi w tej formie, by były one dostępne i wzbudziły zainteresowanie i u nielekarza. Proszę zatym niechaj mi Panowie Lekarze wybaczą, jeśli często ogólnikowo wzbudziłem u nich zaciekawienie jakimś tematem, nie rozwijając go należycie w sposób naukowo-lekarski.

Kogokolwiek z wielce Szanownych Czytelników zainteresuje bliżej jakiś poruszony przezemnie temat, z wielką chęcią służę bliższymi wyjaśnieniami i materiałami.

Dr E. STERN

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK INWALIDZTWA I NA STAROŚĆ ROBOTNIKÓW W CZECHOSŁOWACJI

W poprzednich numerach Przeglądu Redakcja umieściła kolejno kilka notatek, omawiających sytuację i działalność finansową poszczególnych gałęzi ubezpieczeń społecznych na terenie Czechosłowacji. M. in. w numerze styczniowym r. b. p. Jan Zawadzki omówił dzieje wydania i późniejszych zmian ustawy o robotniczym ubezpieczeniu emerytalnym. Poniżej zamieszczamy artykuł nadesłany nam przez p. E. Sterna, Generalnego Sekretarza Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Pradze. W artykule tym Sz. Autor podaje intresujące szczegóły z zakresu działalności świadczeniowej i lokacyjnej ubezpieczenia emerytalnego robotników. Należy zaznaczyć, że Autor artykuł swój napisał dla Przeglądu w języku polskim *(Red.)*

1. Świadczenia ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość.

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i na starość przewiduje następujące główne świadczenia:

rentę inwalidzką, która należy się ubezpieczonym po utracie ⅔ zdolności do zarobkowania,

rentę starczą, która należy się po przekroczeniu lat 65, gdy osoba ubezpieczona opuściła zatrudnienie lub gdy jej zarobek zmniejszył się o połowę w porównaniu z zarobkiem zdrowego pracownika.

Prawo do *renty wdowiej* mają wdowy, niezdolne w ⅔ do pracy zarobkowej, następnie wdowy, utrzymujące dwoje dzieci zmarłego ubezpieczonego, pobierających rentę sierocą a wreszcie wdowy, które przekroczyły 60 rok życia.

Renta wdowca wypłaca się wdowcom, którzy z chwilą śmierci żony są w ⅔ niezdolni do zarobkowania, pod warunkiem jednak, że zmarła ubezpieczona w przeważnej części utrzymywała ze swego zarobku rodzinę.

Renta sieroca należy się dzieciom w wieku poniżej lat 17 (do dzieci zaliczają się dzieci ślubne i nieślubne a w pewnych wypadkach dzieci przybrane, osieroceni wnukowie i wychowankowie).

Ubezpieczone kobiety otrzymują w razie zawarcia małżeństwa *wyprawę ślubną*.

Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie powstało prawo do renty wdowiej lub dla wdowca, osoby pozostałe po ubezpieczonych otrzymują odprawy.

Wyżej wyliczone świadczenia są świadczeniami obowiązkowymi, których osoby uprawnione mogą dochodzić w drodze skargi.

Obok tych obowiązkowych świadczeń ustawa uprawnia Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych do udzielania innych świadczeń dobrowolnych, z których najważniejszem jest *pomoc lecznicza*, o charakterze profilaktycznym, mająca na celu zapobiegać przedwczesnej niezdolności do pracy i usuwać ją tam, gdzie już nastąpiła.

2. *Warunki uzyskania świadczeń.*

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość powstaje, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy i gdy są spełnione wszystkie inne warunki ustanowione dla uzyskania tego świadczenia. Przede wszystkim musi być spełniony warunek przebycia okresu wyczekiwania. Pierwotnie ustawa ustanowiła okres wyczekiwania na 150 tygodni składkowych. Aby umożliwić powstanie prawa do świadczeń w krótszym czasie został okres wyczekiwania pierwszą nowelą skrócony na 100 tygodni składkowych, przy czym za tydzień składkowy uważa się każdy tydzień kalendarzowy, w którym był uzyskany chociaż jeden dzień składkowy. Ponieważ skrócony w ten sposób okres wyczekiwania był niedostateczny dla ochrony instytucji ubezpieczeniowej, przeto druga z kolei nowelizacja przedłużyła go w ten sposób, że ustanowiła wymóg 100 pełnych tygodni składkowych o siedmiu dniach; okres wyczekiwania wynosi zatem 700 składkowych dni.

Ubezpieczonego w razie jego wystąpienia z ubezpieczenia chroni t. zw. *termin przedawnienia.*

Termin przedawnienia wedle pierwotnej ustawy wynosił jeden rok, pierwszą nowelizacją został przedłużony na 18 miesięcy, zaś drugą nowelizacją do 24 miesięcy, u osób zaś bezrobotnych aż do 60 miesięcy.

3. *Wysokość świadczeń.*

Wysokość świadczeń zależy od długości okresu opłacania składek i od klas, w których ubezpieczenie było przeprowadzone.

Fundamentalnym świadczeniem od którego wywodzi się wysokość wszystkich innych świadczeń jest renta inwalidzka. Składa się ona z kilku części, z których kwota zasadnicza i kwota indywidualna tworzą t. zw. rentę zasadniczą. Renta zasadnicza służy do obliczania świadczeń dla pozostałych w ten sposób, że renta wdowia wynosi połowę renty inwalidzkiej, renta sieroca dla niezupełnej sieroty jedną piątą, a dla sieroty zupełnej dwie piąte renty inwalidzkiej. Rentę starczą oblicza się tak samo jak rentę inwalidzką.

Kwota zasadnicza wynosi rocznie 550 Kč i jest bez względu na długość okresu ubezpieczenia zawsze i u wszystkich ubezpieczonych jednakowa. Kwota indywidualna zależy od liczby tygodni składkowych i od klas. Wynosi ona za każdy tydzień ubezpieczenia w klasie Aa 0.60 Kč, w klasie Ab 0.85 Kč, w klasie B 1.10 Kč, w klasie C 1.40 Kč, w klasie D 1.75 Kč.

Druga nowela wprowadziła t. zw. dodatek wiekowy, który wynagradza częściowo szkodę, jaką ponieśli starsi pracownicy przez to, że z powodu swego wieku po wprowadzeniu w życie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość, nie mogą uzyskać uprawnień w takiej wysokości jak pracownicy młodsi. Dodatek wiekowy należy się ubezpieczonym, którzy urodzili się do dnia 31 grudnia 1898 r.

Jeśli osoba, pobierająca rentę inwalidzką lub starczą opiekuje się dziećmi w wieku poniżej 17 lat, zwiększa się jej renta o dodatek wychowawczy, który na każde dziecko wynosi 1/10 renty zasadniczej i dodatku wiekowego.

W razie zupełnej bezradności rencisty, renta może zostać podwyższona o połowę. Przyznanie tej podwyżki zależy od uznania instytucji ubezpieczeniowej.

Do rent dopłaca państwo t. zw. dodatek państwowy, który wynosi przy rentach inwalidzkich i starczych 500 Kč rocznie, przy rentach dla wdów i wdowców 250 Kč, przy rentach sierot niezupełnych 100 Kč, dla zupełnych sierot 200 Kč rocznie.

Jeżeli nie powstało prawo do renty wdowiej lub wdowca pozostali otrzymują odprawy w wysokości rocznej renty inwalidzkiej. Jeśli zaś okres wyczekiwania nie upłynął ustalono dla odpraw stałe kwoty w granicach od 550.— do 750 Kč.

Wysokość wyprawy ślubnej, należnej osobom ubezpieczonym płci żeńskiej, w razie zamążpójścia po przebyciu okresu wyczekiwania, zależy od ostatniej klasy ubezpieczenia i waha się od 400 do 600 Kč.

4. *Kwoty wypłaconych rent i liczby osób pobierających renty.*

Prawo do pieniężnych rent inwalidzkich mogło powstać dopiero w roku 1929, po pierwszej nowelizacji, która skróciła okres wyczekiwania do 100 tygodni składkowych.

Aż do roku 1932 liczba osób pobierających renty inwalidzkie nie przekroczyła przewidywanych obliczeń. Jednak już z końcem roku 1932 przewidywany stan został istotnie przekroczony a to z powodu kryzysu gospodarczego i bezrobocia robotników jako też zmniejszenia się śmiertelności wśród pobierających rentę. Do dnia 31.12 1936 liczba osób pobierających renty inwalidzkie doszła do 141.407 osób. Do tego dnia wypłacono tytułem rent inwalidzkich wraz z dodatkiem państwowym 774 milionów 937 tysięcy Kč. Przeciętna wysokość renty inwalidzkiej wynosi dziś w zaokrągleniu 140 Kč miesięcznie.

Prawo do rent starczych mogło powstać normalnie dopiero w drugiej połowie roku 1931, ponieważ dopiero w tym czasie osoby ubezpieczone od roku 1926, a liczące w momencie rozpoczęcia od ubezpieczenia lat 60, osiągnęły 65 rok życia. Do dnia 31.12 1936 liczba osób, po-

bierających rentę starczą wynosiła 32.834. Do tego dnia wypłacono tytułem rent starczych wraz z dodatkiem państwowym 156 milionów 280 tysięcy Kč. Przeciętna wysokość renty na starość wynosi około 154 Kč miesięcznie.

Renty wdowie należały się pierwotnie jedynie wdowom niezdolnym do zarobkowania. Pierwsza nowelizacja rozszerzyła prawo do renty wdowiej na wdowy, które ukończyły 65 lat życia i na wdowy młodsze, które opiekują się przynajmniej dwojgiem dzieci zmarłego ubezpieczonego, pobierających rentę sierocą. Druga nowelizacja zniżyła granicę wieku dla uzyskania renty wdowiej do lat 60.

Liczba osób, pobierających renty wdowie i renty dla wdowców wynosiła do dnia 31.12 1936 — 27.226. Cyfra ta dosięgła zaledwie 81% stanu przewidywanego, co tłumaczy się zmniejszeniem się śmiertelności osób ubezpieczonych. Do tego dnia wypłacono tytułem rent dla wdów i wdowców 76 milionów 530 tysięcy Kč. Miesięczna renta wynosi około 70 Kč.

Ilość sierot pobierających renty wynosi 67% liczby przewidywanej. Do dnia 31.12 1936 liczba osób wyniosła około 58.000. Do tego dnia wypłacono tytułem rent sierocych 66 milionów 490 tysięcy Kč. Przeciętna miesięczna wysokość renty sierocej wynosi okrągło 50 Kč.

Na dodatki państwowe do rent wypłacono do dnia 31.12 1936 328 milionów Kč.

Do spopularyzowania ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość w kole młodych ubezpieczonych przyczyniła się w znacznej mierze instytucja wypraw ślubnych, ustanowiona przez drugą nowelę.

Tytułem wypraw ślubnych wypłacono do dnia 31.12 1936 156 milionów 955 tysięcy Kč.

Odprawa jest jedynym świadczeniem, do którego osoby pozostałe po ubezpieczonych mają prawo, jeśli okres wyczekiwania nie został przebyty.

Tytułem odpraw wypłacono do 31 grudnia 1936 sumę 56 milionów 568 tysięcy Kč.

Razem wypłaty świadczeń ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość wraz z dodatkiem państwowym wyniosły do końca grudnia 1936 — 1 miliard 287 milionów 760 tysięcy Kč.

5. *Opieka lecznicza Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.*

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i na starość dla robotników ma za zadanie nietylko zapewnić świadczenia pieniężne w przypadku niezdolności do pracy, lecz także zapobiegać i usuwać niezdolność tam, gdzie ona zagraża lub już nastąpiła. W tym celu Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych udziela osobom ubezpieczonym oraz pobierającym renty opieki leczniczej.

Opieka lecznicza zwraca przede wszystkim uwagę na choroby, które najczęściej zagrażają zdolności do pracy i zarobkowania ubezpieczonych, a tym samym czynią je niezdolnymi do pracy. Według statystyki badania przyczyn niezdolności do pracy stwierdzono, że największy procent wypada na choroby wieku podeszłego, zwłaszcza choroby sklerozy (19.47%), następnie choroby serca, które objawiają się najczęściej u kobiet (10.44%), rozedmy płuc, które występują głównie u mężczyzn (9.16%) a wreszcie przedwczesny starczy uwiąd (9.48%).

U osób młodych (do 40 lat) najczęstszą przyczyną niezdolności do pracy bywa gruźlica płuc (13.27%), reumatyzm stawowy (5.57%) i niektóre choroby serca (u mężczyzn 5%, u kobiet 8%).

Przy rentach dla wdów na podstawie niezdolności do pracy spotyka się najczęściej choroby sercowe (14.85%), przedwczesny uwiąd starczy (9.04%), reumatyzm stawowy (5.93%), rozedmę płuc (5.19%).

Główną uwagę w stosowaniu opieki leczniczej skierował Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych na gruźlicę, ponieważ więcej niż 10% z całkowitej liczby dni niezdolności do pracy przypada na gruźlicę.

Dla leczenia gruźlicy buduje Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Tatrach w Wyšných Hagach sanatorium na 300 łóżek dla chorych na gruźlicę płuc i na 100 łóżek dla chorych na gruźlicę kości, stawów itp. Opiekę leczniczą Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi w znacznej mierze w miejscach kąpielowych, uzdrowiskach i w innych specjalnych zakładach leczniczych, wspomaga też zasiłkami na potrzeby ortopedyczne.

O tym na jaką skalę prowadzi się opiekę leczniczą, która wiąże się poza tym z pomocą leczniczą, udzielaną przez kasy chorych, świadczy to, że wydano już na nią przeszło 200 milionów Kč.

Opieka lecznicza ubezpieczenia społecznego nie byłaby odpowiednio skuteczną gdyby ograniczała się jedynie do własnej działalności czy to ambulatoryjnej czy też zakładowej. Dlatego Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych wspiera ogólne i specjalne urządzenia, służące do usuwania chorób lub też do polepszania stanu zdrowia wśród osób ubezpieczonych i ich rodzin, jak poradnie dla matek i dzieci, stacje przeciwgruźlicze, poradnie dla chorób wenerycznych, szkolne ambulatoria dentystyczne, sanatoria dla osób chorych na gruźlicę, stacje lecznicze chorób sercowych, nerwowych, reumatycznych, chorób raka itp. W latach 1927 — 1935 wydał Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych na te cele 11 milionów 500 tysięcy Kč.

6. *Lokata funduszów.*

Konstrukcja finansowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość dla robotników opiera się na przeciętnej składce. Składka została ustanowioną tak, aby wartość wszystkich przyszłych dochodów a to ze składek i z procentów wystarczyła wedle zasad matematyki ubezpieczeniowej na pokrycie wszystkich przyszłych wydatków na świadczenia, opiekę lecz-

niczą i wydatki administracyjne. Ten system umożliwia życiu gospodarczemu ścisłą kalkulację i jest najwygodniejszy dla osób ubezpieczonych. Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych gromadzi dlatego znaczne kapitały. Nie jest to majątek w sensie funduszów prywatnych, lecz przeciwwartość roszczeń milionowego zastępu ubezpieczonych. Są to fundusze, których właścicielem jest cały zespół teraźniejszych i przyszłych ubezpieczonych a procenty z nich służą na wypłatę rent.

Gdy ustawa weszła w życie obawiano się, że tak znaczne nagromadzenie majątku będzie szkodzić życiu gospodarczemu, ponieważ w ten sposób zmniejsza się kapitał stojący do dyspozycji dla przemysłu i handlu. Obawy te jednak okazały się nieuzasadnione, naodwrót stwierdzono, że przy regularnej lokacie funduszów Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych stał się ważnym czynnikiem rozwoju naszego życia gospodarczego. Liczne inwestycje, jak np. budowa dróg, byłyby z pewnością natrafiły na większe przeszkody, gdyby ich nie finansował Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Przy lokacie funduszów Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych kieruje się zabezpieczeniem, rentownością, produkcją i ekonomicznym dochodem lokaty. Pożyczki dla państwa i samorządów udziela się jedynie w celach inwestycyjnych. Zwłaszcza w okresie upadającej produkcji Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych starał się przeciwdziałać bezrobociu udzielaniem kredytów inwestycyjnych.

Przy udzielaniu pożyczek zwraca się uwagę nie tylko na produkcyjność inwestycyj. Drugim ważnym zadaniem jest, aby lokaty funduszów ubezpieczeniowych służyły, o ile możności, celom ubezpieczeń społecznych, to jest zdrowiu ludności. Dlatego też Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych brał pod uwagę zwłaszcza inwestycje zdrowotne przy pożyczkach komunalnych, a przy pożyczkach hipotecznych — budowy, które umożliwiały szerokim warstwom ludności zdrowsze mieszkania.

Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest obowiązany lokować 20% swego majątku w papierach państwowych, do czego zalicza się również pożyczki udzielane państwu i przedsiębiorstwom państwowym.

W myśl postanowień ustawy o funduszu drogowym Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych udzielił pożyczkę w wysokości 1 miliarda Kč w 10 ratach. Razem wypłacono dotąd na fundusz drogowy 970 milionów Kč. Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyczynił się w ten sposób do zwiększenia zatrudnienia i do bardzo ważnych produktywnych inwestycji, potrzebnych dla każdego postępowego państwa. Oprócz tego udzielono pożyczki funduszom dla melioracji gospodarczych oraz funduszowi elektryzacyjnemu.

Z całkowitego majątku, którym zarządza Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych inwestowano na koniec 1935 roku w państwowych papierach wartościowych i pożyczkach dla państwa 2.060 milionów Kč t. j. 38%.

Oprócz tego Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych musi lokować najmniej 10% swego majątku w innych papierach, dających pupilarne zabezpieczenie.

Do dnia 31.12.1935 wypłacono na pożyczki komunalne dla krajów, powiatów, gmin itp. 789 milionów Kč. Stan kredytu hipotecznego wynosił z końcem roku 612 milionów Kč. Stan pożyczek na budowę rodzinnych domów wynosił do dnia 31 grudnia 1935, sumę 144 milionów Kč. Centralny Zakład Ubezpieczeń Społecznych udzielał też hipotecznych kredytów na budowę domów czynszowych i na majątki ziemskie. Największą pozycję, która we formie kredytu przyczyniła się do rozwoju rolnictwa stanowią pożyczki dla związków rolniczych na inwestycje melioracyjne. Do końca roku 1935 udzielono na ten cel pożyczek bezpośrednio na sumę 50 milionów a za pośrednictwem krajowych zakładów kredytowych 121 milionów Kč.

Nowością w lokacie funduszów zakładów ubezpieczeń społecznych jest udzielanie kredytu hipotecznego dla przemysłu i dla rzemiosł z funduszów Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za pośrednictwem krajowych zakładów kredytowych. Kredyt hipoteczny dla przemysłu i dla rzemiosła zaczęto udzielać w r. 1928, z końcem r. 1935 wynosił stan tych pożyczek 277 milionów udzielonych za pośrednictwem krajowych zakładów kredytowych; poza tym zakupiono obligacje bankowe za 32 milionów Kč.

Rozwój ubezpieczeń społecznych można porównać ze wzrostem kultur leśnych. Pokolenie, które zakładało początkową kulturę leśną nie dożyje okresu pełnego rozwoju lasu. Podobnie ma się rzecz i z ubezpieczeniem społecznym. Końcowy jego etap i wpływ na wytworzenie zmian stosunków społecznych poznają dopiero ci, którzy nie byli obecni przy jego początkowym tworzeniu i działaniu.

Ubezpieczenia społeczne są już dziś b. ważnym gospodarczym i społecznym czynnikiem, jedną z najwybitniejszych podstaw i ochron nie tylko dla życia warstw pracujących, lecz także i dla państwa. Jeśli uświadomimy sobie dalszy ich rozwój, przekonamy się, że staną się najpewniejszym środkiem do zmniejszenia a nawet może i zupełnego usunięcia nędzy i biedy z naszego życia społecznego.

MATERIAŁY

Inż. FELIKS GADOMSKI

ZASIŁKI PIENIĘŻNE W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA, JAKO JEDNA Z FORM UBEZPIECZENIA RODZINY PRACOWNICZEJ

I. Uwagi ogólne.

Sprawa t. zw. zasiłku chorobowego jest uregulowana art. 95 ust. 1 p. 2 ustawy z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396). Inne artykuły ustawy przewidują dodatki do zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych, mających na utrzymaniu więcej niż dwoje dzieci („począwszy od trzeciego") i t. zw. zasiłek domowy dla ubezpieczonych leczonych w szpitalu, „którzy mają na utrzymaniu jedną lub więcej osób, zamieszkujących razem z ubezpieczonym". Postanowienia te wyczerpują wszystkie możliwości zabezpieczenia rodzin pracowniczych na wypadek choroby i niezdolności do pracy ich żywiciela. Zacytujemy jeszcze art. 109 ustawy, który przewiduje świadczenia t. zw. dodatkowe. Oto, jeśli rezerwy kapitałowe ubezpieczalni przekroczą ustawową granicę, a dochody pokrywają z nadwyżką w ciągu roku koszty świadczeń i wszelkie inne obowiązkowe wydatki, to m. in. ubezpieczalnia może: a) podwyższyć zasiłek chorobowy do 60% przeciętnego tygodniowego zarobku i b) przedłużyć okres udzielania pomocy leczniczej i zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych na czas nie dłuższy, niż trzydzieści dziewięć tygodni. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że ustawa przewiduje te same normy dla zasiłku chorobowego, jeżeli choroba jest chorobą zawodową albo spowodowana wypadkiem w zatrudnieniu, a jest połączona z niezdolnością do pracy i trwa dłużej niż 4 tygodnie. Mamy tu więc do czynienia już z ubezpieczeniem wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej (art. 1 p. 1-a).

Zasiłku chorobowego w ścisłym tego słowa znaczeniu udziela się w myśl ustawy nie dłużej niż dwadzieścia sześć tygodni, poczynając od czwartego dnia niezdolności do pracy. Dodatki zaś do zasiłku tego dla osób posiadających rodzinę przewidziane są dopiero poczynając od trzeciego dziecka, będącego na utrzymaniu i to jedynie na trzecie, czwarte i piąte dziecko po 5% na każde, do 65% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonego.

Obowiązująca do końca roku 1933 ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr 44, poz. 272) przewidywała w Kasach Chorych, istniejących dłużej niż lat 3, obowiązek udzielania świadczeń leczniczych i zasiłku chorobowego w ciągu nie 26 lecz 39 tygodni i dodatek rodzinny utrzymującym więcej niż 2 dzieci po 5% na każde, do 75% płacy ustawowej. Poza tym ustawa z r. 1920 przewidywała możność, w razie dobrego stanu finansowego Kasy, rozszerzenia okresu świadczeń do 52 tygodni.

Oto główny balast pamięciowy dla zorientowania się w zagadnieniu, które chcemy tu bliżej rozważyć. Jak widzimy, zabezpieczenie pieniężne i świadczenia lecznicze były, pomijając zasięg obowiązku ubezpieczenia i inne momenty, szerzej uwzględnione w ustawie z r. 1920. Ustawa t. zw. scaleniowa aktualnie obowiązująca, wprowadza natomiast jednolicie dla całego Państwa ubezpieczenie emerytalne robotnicze, którego poprzednio na większości terenów Rzeczypospolitej nie mieliśmy i to było racją stanu i interesem społecznym świata pracy dla jej wprowadzenia.

Zagadnienie realnego zabezpieczenia rodziny pracowniczej na wypadek choroby i niezdolności do pracy jej żywiciela, podlegającego ubezpieczeniu z art. 1 p. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jest kardynalnym i istotnym celem społecznym ustawy. Zasadniczo istnieją dwie przyczyny utraty zarobku jako podstawy środków do życia dla rodziny pracowniczej:

a) utrata pracy,

b) niezdolność do pracy spowodowana chorobą, w konsekwencji bliższej lub dalszej, powodująca utratę pracy.

Obchodząca nas ta druga przyczyna przerwania normalnych źródeł utrzymania rodziny pracowniczej wywołuje takie same konsekwencje społeczno-gospodarcze dla tej rodziny jak bezrobocie, z tą tylko różnicą, że skutki bezrobocia są widoczne i działają odrazu. Kataklizm społeczno-gospodarczy jest jeden i ten sam. Mało zasobna rodzina pracownicza, szczególnie po dłuższym okresie pozbawienia zarobku jej żywiciela, gospodarczo się zupełnie wyczerpuje. Pod względem zaś zdrowotności ogólnej, już pomijając możność zarażenia się daną chorobą (np. gruźlicą) innych członków rodziny w razie zachorowania ubezpieczonego, a także pod względem odporności psychicznej i moralnej często szybciej się taka rodzina załamuje, aniżeli w razie bezrobocia, gdzie na razie wszyscy są przynajmniej zdrowi i psychika nie jest obarczona tymi patologicznymi naleciałościami, które cechują chorego względnie jego otoczenie.

Zabezpieczenie w wypadku choroby i niezdolności do pracy rodziny pracowniczej ubezpieczonego pracownika umysłowego i robotnika jest różne. Pracownik umysłowy posiadający umowę o pracę na czas nieokreślony, czyli taki, w stosunku do którego w myśl rozporządzenia o umowie o pracę obowiązuje 3 miesięczny okres wymówienia, — ma w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy choroby pełne zabezpieczenie w formie wypłaty normalnie przysługującego mu uposażenia. Pracownik fizyczny, w przypadku choroby połączonej z niezdolnością do pracy, nie posiada analogicznego zabezpieczenia i z chwilą niestawienia się do swego warsztatu pracy może stracić automatycznie swój zarobek. Rozporządzenie o umowie o pracę robotników żadnego okresu zabezpieczenia w przypadku choroby nie przewiduje. Gorzej, bo rozporządzenie o umowie o pracę robotników (art. 11) zezwala pracodawcy wypowiedzieć umowę o pracę **po czterech tygodniach niezdolności do**

zarobkowania, spowodowanej przez nieszczęśliwy wypadek lub chorobę. W praktyce więc poważniejsze wypadki zachorowań ubezpieczonego robotnika powodują w konsekwencji po czterech tygodniach choroby wypowiedzenie i o ile umowa o pracę jest zawarta na czas nieokreślony po 6 tygodniach utratę pracy bez żadnego ustawowego zapewnienia możności powrotu na miejsce opuszczone, względnie bez prawa pierwszeństwa do powrotu na to miejsce.

Inaczej nieco w praktyce życiowej przedstawia się sprawa t. zw. pomocnic domowych. Otóż służące domowe w razie choroby, szczególnie te, które pracują już dłuższy czas u danego pracodawcy, mają u tego pracodawcy mieszkanie i utrzymanie; służące takie z reguły w razie choroby połączonej z niezdolnością do pracy mają nadal mieszkanie i utrzymanie. Często nawet pracodawca nie potrąca im zarobku w wysokości kwot jakie wydał na zastępcę, jednak tu jest tylko dobra wola pracodawcy.

Ogólnie więc biorąc, pracownik fizyczny, w razie choroby od pierwszego dnia niezdolności do pracy jest pozbawiony zarobku i musi liczyć na ustawowe zabezpieczenie, wynikające z ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Zagadnienie utraty zarobku należy rozważyć według trzech jego momentów:

a) długotrwałości utraty zarobku i jej konsekwencji dla rodziny pracowniczej,

b) czasu udzielania zasiłków na wypadek choroby ubezpieczonego,

c) minimum zasiłku dla zaspokojenia niezbędnych potrzeb rodziny ubezpieczonego.

Jak to już wyżej zaznaczono, choroba długotrwała wywołuje powolne zniszczenie szczupłych z reguły zasobów rodziny pracowniczej, rozprzężenie jej moralne i psychiczne, z którym się łączy z uwagi na brak środków do życia (w węższym zakresie odżywiania się), zanik odporności fizycznej, upadek zdrowotności, epidemie, choroby społeczne, między którymi kroczy na czele największy wróg społeczny, gruźlica. Czas udzielania zasiłków pieniężnych jest obecnie w myśl obowiązujących przepisów ograniczony. Okres 26-tygodniowy, jak to poniżej jeszcze dowiedziemy, nie wystarcza, gdyż wiele osób, nawet po 26 tygodniach pomocy leczniczej i pieniężnej w formie zasiłków, nie może często podjąć pracy, a okres leczenia u nich się jeszcze nie zakończył.

Najważniejszym się jednak wydaje naświetlenie momentu trzeciego, t. j. czy zasiłki chorobowe zapewniają minimum egzystencji rodziny pracowniczej.

Mamy 3 zasadnicze zabezpieczenia świata pracy na wypadek utraty zarobku względnie braku pracy:

1. zasiłek na wypadek braku pracy pracowników na mocy rozporządzenia Prez. R. P. z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych;

2. zasiłek na wypadek braku pracy z Funduszu Pracy dla pracowników fizycznych, w zakładach pracy zatrudniających powyżej 4 pracowników;

3. zasiłki chorobowe z ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Bliżej tych trzech rodzajów zabezpieczenia omawiać nie będziemy. **Wystarczy tylko w konkluzji porównania tych zabezpieczeń stwierdzić, że nie posiadają one wspólnej linii przewodniej zarówno przy ustalaniu podstawy zasiłku, która przewiduje różne relacje do zarobku, jak i przy ustaleniu wzrostu zasiłku w wypadku konieczności zaspokojenia potrzeb większej rodziny.** Wzrost zasiłku w procentach, w miarę zwiększania się członków rodziny, przedstawia w tych trzech rodzajach zabezpieczeń następująca tablica:

	Wzrost zasiłku podstawowego, t.j. dla pracownika samotnego przyjętego za 100:										
	Samotny	Ilość członków rodziny, utrzymywanej przez pracownika									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zasiłek na wypadek braku pracy prac. umysł. (zasiłek podstawowy 30 % —22,5% w stosunku do przeciętnej płacy podst.)	—	46,66%	60,00%	73,33%	86,66%	100,00%	113,33%	126,66%	140,00%	153,33%	166,66%
Zasiłek na wypadek braku pracy pracowników fizycznych z F. P. (zasiłek podstawowy 30% w stos. do faktycznego zarobku)	—	—	16,66%	33,33%	66,66 %	—	—	—	—	—	—
Zasiłki chorobowe (zasiłek podstawowy 50% w stos.) do zarobku tygodn.)											
a) dla rodziny ubezpieczonego, żony i dzieci	—	—	—	—	10 %	20%	30%	—	—	—	—
b) dla rodziny ubezpieczonego i dzieci . . .	—	—	—	10,%	20%	30 %	—	—	—	—	—

Pomijając kwestię, że zabezpieczenie pracowników umysłowych przewiduje degresję (z 30% na 22,5%) obliczania zasiłku od podstawy zarobkowej w miarę wzrostu tego zarobku i biorąc pod uwagę różne podstawy zasiłku, musimy dojść do przekonania, że:

1-o. trzy rodzaje zabezpieczeń różnie, co do uwzględnienia kategorii rodzinnych i według niejednolitych norm, załatwiają dodatki rodzinne do zasiłków;

2-o ubezpieczenie na wypadek braku pracy pracowników umysłowych równomierniej i bardziej jednolicie uwzględnia trudności i potrzeby życiowe liczniejszej rodziny bezrobotnego jej żywiciela;

3-o dodatki rodzinne w zabezpieczeniu z Funduszu Pracy pracowników fizycznych uwzględniają prawo do dodatku już mniejszej rodziny, a przede wszystkim żony i pierwszych dwojga dzieci.

4-o. takież dodatki do zasiłków chorobowych w ubezpieczeniu społecznym nie uwzględniają specjalnych potrzeb rodziny mniejszej, w relacji zaś do dość wysokiego zasiłku zasadniczego (dla ubezpieczonego samotnego) są bardzo niskie.

Szczególnie uwaga pod 4 stwierdza, że **dodatki rodzinne do zasiłków chorobowych są wysoce niesprawiedliwe i wprost godzące w rodzinę.** Wykluczają one bowiem większe potrzeby najliczniejszego może typu rodziny zmuszonej już prowadzić własne gospodarstwo domowe i składającej się przecież z reguły z 4-ch osób a mianowicie:

a. z ubezpieczonego,
b. z drugiego małżonka,
c. z dwojga dzieci.

Nie można przypuszczać, byśmy w ochronie świata pracy i w konsekwentnym rozwoju opieki nad tym światem chcieli zapomnieć o rodzinie, jako o podstawowej komórce naszej socjalnej i państwowej pracy. Jest to więc jedna z niekonsekwencji, która tkwi w ustawie obecnej i tkwiła w poprzedniej ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Drugą niekonsekwencją jest fakt, że zasiłek chorobowy w relacji do zarobku nie wystarcza — przy naszych tak niskich poborach pracowniczych w ogólnym przecięciu dla całego państwa i różnych skal zarobkowych — na zaspokojenie niezbędnych wegetacyjnych potrzeb życiowych.

Biorąc pod uwagę najprostsze obliczenie, np. dla bardzo często spotykanego zarobku przeciętnego niewykwalifikowanego robotnika w wysokości 50 zł. miesięcznie, obliczony zasiłek dzienny wynosi według formułki:

$$50 : 6/25 = 12;\ 12 : 7 : 2 = 0{,}85 \text{ zł.}$$

Te 85 groszy dziennie być może, że w nędznych warunkach bytowania i wegetacji życiowej musi wystarczyć złożonemu chorobą samotnemu pracownikowi. Czy może jednak z owych 85 groszy wyżywić się, zapłacić mieszkanie i odziać się rodzina składająca się jak wyżej wykazano z 4-ch osób, która to rodzina nie posiada według ustawy praw do jakichkolwiek dodatków rodzinnych.

Ponieważ koniecznym się stało zdobycie pewnych danych, wziętych z praktyki życiowej stosowania norm ustawowych w wypłacie zasiłków, więc **dzięki inicjatywie i zaprobacie Ministerstwa Opieki Społecznej, a w szczególności specjalnemu zainteresowaniu się sprawą Pana Wiceministra Wincentego Jastrzębskiego, pod kierownictwem** podpisanego podjęta została na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie specjalna praca, mająca na celu zbadanie materiału za pewien okres czasu. Wybranie do tych badań terenu Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie nie jest przypadkowe. Jest to teren pod względem gospodarczym mieszany. Raczej więcej rolniczy a mniej uprzemysłowiony, bez większego nasilenia produkcji przemysłowej, skoncentrowanej na małej przestrzeni, przy zarobkach raczej niższych od przeciętnych dla całej Polski. Przeciętna składki ubezpieczeniowej na 1 ubezpieczonego i przeciętna norm świadczeniowych zbliża się do przeciętnej dla całej Polski. Z pewną więc korektą można na podstawie materiału badanego dochodzić do konkluzji, dających naświetlenie w skali państwowej.

Materiały zdobyte drogą specjalnego przepracowania kartoteki zasiłków wypłaconych w ciągu roku na terenie okręgu Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie, mają za zadanie wyświetlić głównie kwestię, czy zasiłki chorobowe wypłacane ubezpieczonym, mającym na utrzymaniu rodziny, przedstawiają pewną wartość realną, czy są one podstawą wystarczającą do przewegetowania przez rodzinę okresu choroby i niezdolności do pracy jej żywiciela t. j. okresu kryzysowego dla niej pod względem społeczno-ekonomicznym.

Oczywiście materiały te nie mogą być absolutnym sprawdzianem, jednak — jak sądzić należy — rzucają jaskrawe światło na zagadnienie, które zdaniem naszym inaczej, niż to określają przepisy ustawowe, rozwiązane być winno.

II. Analiza materiałów statystycznych, dotyczących wypłaty zasiłków chorobowych, wypłacanych przez Ubezpieczalnię Społeczną w Lublinie w okresie od 1.X. 35 do 30.IX 36 r.

W wymienionym w podtytule okresie czasu, zanotowano 2 068 przypadków zachorowań, połączonych z niezdolnością ubezpieczonych do pracy i pobieraniem zasiłków. Materiał został wybrany z kartotek zasiłków chorobowych i obejmuje sprawy chorobowe **zakończone** w okresie wymienionym, czyli że część spraw dotyczących zasiłków chorobowych, aczkolwiek rozpoczęta, nie została ujęta w okresie badanym, ponieważ zakończenie pobierania zasiłków przypadło na okres po 30.IX. 1936 r. Materiał badany ujęto w pięć tablic.

Tablica pierwsza dotyczy przypadków chorobowych, połączonych z pobieraniem zasiłków według wysokości dziennego zasiłku chorobowego.

Tablica druga dotyczy czasu pobierania zasiłków chorobowych.

Tablica trzecia dotyczy liczby dzieci w rodzinie ubezpieczonego, na które ubezpieczony może pobierać specjalne dodatki (art. 99 ust. 2 ustawy).

Tablica czwarta dotyczy stanu członków rodziny ubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń z art. 111 i 112 ustawy.

Tablica piąta przelicza dzienny zasiłek chorobowy, przypadający na jednego członka rodziny.

We wszystkich pięciu tablicach uwzględniono wypłaty zasiłku szpitalnego i domowego w przeliczeniu na zasiłek chorobowy, przypadający na jednego członka rodziny.

We wszystkich pięciu tablicach uwzględniono wypłaty zasiłku szpitalnego i domowego w przeliczeniu na zasiłek chorobowy wraz z takimi dodatkami rodzinnymi (patrz tablica 3), jakieby ubezpieczony otrzymywał do zasiłku, gdyby leczenie było przeprowadzane w domu ubezpieczonego a nie w szpitalu. Było to konieczne dla ujednolicenia materiału, gdyż w wypadku przebywania ubezpieczonego w szpitalu otrzymuje on utrzymanie w szpitalu na koszt ubezpieczalni, zaś zasiłek domowy na utrzymanie swej rodziny; w szczególności trudno jest wypośrodkować wartość pieniężną utrzymania ubezpieczonego w szpitalu, co jest uzależnione od warunków lokalnych w każdej z tego rodzaju instytucji.

Tablica pierwsza, sprawy chorobowe, połączone z pobieraniem zasiłków według wysokości dziennego zasiłku chorobowego.

Tablica Nr 1.

Okres zasiłkowy: 1.10.35 — 30.9.1936 r.

Sprawy chorobowe połączone z pobieraniem zasiłków według wysokości dziennego zasiłku chorobowego.

	Wysokość dziennego zasiłku chorobowego od — do —													
	0,41 — 0,49	0,50 — 0,59	0,60 — 0,69	0,70 — 0,79	0,80 — 0,89	0,90 — 0,99	1,00 — 1,09	1,10 — 1,19	1,20 — 1,29	1,30 — 1,39	1,40 — 1,49	1,50 — 1,59	1,60 — 1,69	1,70 — 1,79
Liczba spraw chorobow. .	312	92	93	134	136	104	143	114	114	78	81	82	66	75
Stosunek procentowy %% .	15,09	4,45	4,50	6,48	6,53	4,99	6,92	5,52	5,52	3,78	3,92	3,96	3,19	3,63
W tym spraw chor. dot. spr. prac. umysł. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
Stosunek procentowy . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	0,05%	—	—	0,05%	—	0,05%
Kwota wypłacona	3 701,32	1 244,27	1 808,78	2 102,72	2 407,18	2 611,85	4 490,90	2 709,26	4 121,81	2 872,39	2 407,82	2 242,44	2 204,92	4 453,80
Stosunek procentowy . . .	5,16	1,75	2,53	2,94	3,35	3,69	6,55	3,78	5,73	2,60	3,35	3,22	3,07	5,64
Liczba spr. chorobow. . .	871						844							
Stosunek procentowy . . .	42,09%						40,89%							
Kwota wypłacona	13 876,12						29 386,11							
Stosunek procentowy . . .	19,42%						39,93%							

(ciąg dalszy)

	Wysokość dziennego zasiłku chorobowego od — do —															
	1,80 — 1,89	1,90 — 1,99	2,00 — 2,09	2,10 — 2,19	2,20 — 2,29	2,30 — 2,39	2,40 — 2,49	2,50 — 2,59	2,60 — 2,69	2,70 — 2,79	2,80 — 2,89	2,90 — 2,99	3,— — 3,99	4,— — 4,99	5,— i wyżej	Razem
Liczba spraw chorobow. .	52	39	51	34	23	25	24	37	12	17	9	11	89	17	4	2 068
Stosunek procentowy %% .	2,51	1,94	2,46	1,64	1,11	1,20	1,16	1,78	0,58	0,82	0,43	0,53	4,30	0,82	0,19	100,00%
W tym spraw chor. dot. spr. prac. umysł. . . .	—	—	1	1	2	1	1	—	1	—	—	—	3	1	2	16
Stosunek procentowy . . .	—	—	0,05%	0,05%	0,09	0,05	0,05	—	0,05	—	—	—	0,14	0,05	0,09	0,77%
Kwota wypłacona	2 020,27	2 262,44	3 424,89	1 875,77	1 630,95	910,01	1 503,08	2 649,67	1 911,70	367,68	279,98	1 968,65	8 505,58	2 393,22	1 217,44	71 900,85
Stosunek procentowy . . .	2,84	3,15	4,76	2,69	2,47	1,37	2,09	3,69	2,79	0,59	0,51	2,74	11,83	3,43	1,69	100,00%
Liczba spr. chorobow. . .	243												89	17	4	2 068
Stosunek procentowy . . .	11,71												4,30%	0,82%	0,19%	100,00%
Kwota wypłacona	16 522,38												8 505,58	2 393,22	1 217,44	71 900,85
Stosunek procentowy . . .	23,70%												11,83	3,43	169	100,00%

Tablica Nr 2. Okres zasiłkowy: 1.10.1935 — 30.9.1936 r.

Sprawy chorobowe połączone z pobieraniem zasiłków według czasu pobierania zasiłków chorobowych.

Czas pobierania zas. chorobowego	1 dzień	2 dni	3 dni	4 dni	5 dni	6 dni	od 7— 11 dni	od 12— 13 dni	powy- żej 2 tyg.	3 tyg.	4 tyg.	5 tyg.	6 tyg.	7 tyg.	8 tyg.	9 tyg.	10 tyg.
Ilość osób samotnych . .	6	11	22	85	31	33	145	26	92	48	41	33	22	16	8	10	5
Ilość osób rodzinnych .	22	39	70	156	75	59	284	68	192	106	64	35	39	18	18	16	4
Ilość osób razem . . .	28	50	92	241	105	92	429	94	284	154	105	68	61	34	26	26	9
Kwota samotni	7,88	22,09	60,40	281,83	148,65	199,50	1 188,47	303,12	1 450,07	893,10	1 137,95	883,21	808,64	569,87	291,86	499,25	313,77
Kwota rodzinni	37,68	120,78	342,53	993,60	566,70	517,74	3 851,79	1 038,78	4 796,72	3 954,32	2 894,19	2 024,83	2 613,99	1 151,41	1 346,58	1 577,0	230,20
Kwota razem	45,56	142,86	402,93	1 275,43	715,35	717,24	5 040,26	1 341,90	6 246,79	4,847,42	4 032,14	2 908,04	3 422,63	1 721,28	1 638,44	2 076,2	543,97
% ogółu ilości osób . .	1,35	2,40	4,44	11,65	5,12	4,44	20,74	4,59	13,73	7,44	5,07	3,27	2,94	1,65	1,25	1,25	0,43
% kwoty ogólnej . . .	0,06	0,19	0,56	1,77	0,99	0,99	7,01	1,86	8,68	6,74	5,60	4,04	4,76	2,39	2,29	2,88	0,75

(ciąg dalszy)

Czas pobierania zas. chorobowego	11 tyg.	12 tyg.	13 tyg.	14 tyg.	15 tyg.	16 tyg.	17 tyg.	18 tyg.	19 tyg.	20 tyg.	21 tyg.	22 tyg.	23 tyg.	24 tyg.	25 tyg.	26 tyg.	Razem
Ilość osób samotnych .	5	5	6	5	1	4	4	3	1	1	1	2	1	2	7	13	695
Ilość osób rodzinnych .	3	11	11	5	6	4	3	1	4	3	2	4	3	8	18	22	1 373
Ilość osób razem . . .	8	16	17	10	7	8	7	4	5	4	3	6	4	10	25	35	2 068
Kwota samotni	510,16	515,98	1 001,88	639,36	193,60	398,07	460,42	492,82	171,57	61,92	97,68	302,67	73,53	138,99	1 609,52	2 318,78	18046,60
Kwota rodzinni	541,13	2 302,38	1 894,95	670,58	945,55	692,26	465,03	132,00	879,08	1 072,38	707,87	1 342,80	360,07	2 246,33	5 260,36	6 282,64	53854,2
Kwota razem	1 051,29	2 818,36	2 896,83	1 309,94	1 139,15	1 090,33	925,45	624,82	1 050,65	1 134,30	805,55	1 645,47	433,60	2 385,32	6 869,88	8 601,42	71900,85
% % ogółu ilości osób .	0,38	0,77	0,82	0,48	0,33	0,38	0,33	0,19	0,24	0,19	0,14	0,29	0,19	0,48	1,20	1,69	99,86%
% kwoty ogólnej . . .	1,47	3,91	4,02	1,82	1,58	1,51	1,28	0,86	1,46	1,57	1,12	2,28	0,60	3,31	9,55	11,96	99,86%

Tablica i wykres dają dosadną charakterystykę istniejącego stanu rzeczy. Największą liczbę spraw chorobowych, bo 871, czyli 42,09% wykazują sprawy, gdzie zasiłki nie dosięgają 1 zł. W tej grupie zasiłków małych większość reprezentuje minimum zasiłku zaliczonego do rubryki 1 (od 0,41 — 0,49 zł. dziennie). Sprawy, gdzie wysokość dziennego zasiłku chorobowego zamykała się między kwotą 1 zł. do 1,99 gr, było 844, co stanowi 40,89% ogółu spraw badanych. Spraw, gdzie dzienne zasiłki chorbowe wynosiły 2 zł. i wyżej, było poniżej 20% ogółu spraw badanych, przy tendencji zmniejszania się ilości spraw w miarę zwiększania się zasiłku dziennego. Co do kwot wypłaconych w poszczególnych grupach spraw uszeregowanych według wysokości zasiłku dziennie wypłacanego, to wybitną grupę stanowi tu grupa według wysokości zasiłku od 1 zł. do 1,09 zł. (4 490 zł. 90 gr. — 6,55%). Gdyby usunąć zasiłki najniższej grupy, to właśnie na tę grupę (od 1 zł. do 1,09 zł.) przypada najwięcej spraw. Jest to więc grupa dość charakterystyczna w dużym stopniu obrazująca przeciętną wypłacanego na terenie ubezpieczalni zasiłku. Pozwala ona nam już z góry wyciągnąć pewne wnioski co do realności tej pomocy dla rodzin i to w szczególności tych rodzin, które posiadają większe liczby członków na utrzymaniu żywiciela.

Tablica druga. Sprawy chorobowe, połączone z pobieraniem zasiłków według czasu pobierania zasiłków chorobowych.

Załączona tablica wykazuje, że w zależności od czasu trwania choroby ilość spraw chorobowych zmniejsza się proporcjonalnie aż do jedenastego tygodnia trwania choroby; w dwunastym i trzynastym tygodniu trwania choroby daje się zaobserwować pewien wzrost ilości spraw. Wzrost ten należy tłumaczyć dłuższymi okresami leczenia chorych w leczeniu sanataryjnym (gruźlicy). W końcowej fazie uprawnień do zasiłku (26 tygodni) okazuje się dość duży przyrost spraw. Są to ciężkie sprawy chorobowe, głównie gruźlica i gościec.

Na sprawy zasiłkowe krótsze niż 5 dni, przypada 411 spraw, t. j. 19,84% ilości spraw, zaś kwota wypłacona na zasiłki w tej grupie, wynosiła 1,866,87 zł. t. j. 2,59% ogólnej kwoty. Na sprawy zasiłkowe krótsze niż 12 dni, przypada 1,132 wypadki, t. j. 54,74% ilości spraw zasiłkowych, analogicznie kwota tu wypłacona wyniosła 8,339,63 zł, t. j. 11,59% ogólnej kwoty. W końcu sprawy przy których okres pobierania zasiłków został wyczerpany (t. j. 26 tygodni pełnego pobierania zasiłku), stanowiły 1,69% ogółu spraw, było ich 35, zaś kwota przypadająca na te zasiłki wynosiła 8,601,42 zł, co stanowi 11,96% ogólnej kwoty wydatkowanej na zasiłki.

Tablica trzecia i czwarta. Sprawy chorobowe, połączone z pobieraniem zasiłków według liczby dzieci w rodzinie ubezpieczonego (art. 99 ust. 2 ustawy) i według stanu rodziny uprawnionej do świadczeń (art. 111 i 112 ustawy).

Tablica Nr 3. **Okres zasiłkowy: 1.10.35 — 30.9.36 r.**

Sprawy chorobowe, połączone z pobieraniem zasiłków według liczby dzieci w rodzinie ubezpieczonego (art. 99 ust. 2 ustawy).

	50%	55%	60%	65%	Razem
Liczba spraw chorobowych	1 707	198	107	56	2 068
Stosunek procentowy	82,54%	9,56%	5,18%	2,72%	100,00%
Liczba dni zasiłkowych	44,788	4 809	2 640	1 391	53,628
Stosunek procentowy	83,5%	9,0%	4,9%	2,6%	100,00%
Kwota wypłacona	56 750,77	7 445,51	4 778,66	2 925,91	71 900,85
Stosunek procentowy	79,0%	10,3%	6,6%	4,1%	100.00%
W tym dodatek rodzinny	—	744,55	955,73	877,74	2 578,05
Liczba dzieci, za które dodatek rodzinny do zasiłków przysługuje	—	594,—	428	280	1 302

Tablica Nr 4 **Okres zasiłkowy: 1.10.35 — 30.9.36 r.**

Sprawy chorobowe połączone z pobieraniem zasiłków według stanu rodziny ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń (art. 111 i 112 ustawy).

	Posiadający na utrzymaniu członków rodziny:									Razem
	Samotny	1	2	3	4	5	6	7	8	
Liczba spraw chorobowych	706	350	346	312	194	95	51	11	3	2 068
Stosunek procentowy	34,2%	16,9%	16,7%	15,1%	9,4%	4,6%	2,4%	0,6%	0,1%	100,00%
Liczba członków rodziny uprawnionych z art. 111 i 112	—	350	692	936	776	475	306	77	24	3 636
W tym prac. umysł.	10	4	1	1	—	—	—	—	—	16
Stosunek procentowy	0,48%	0,09%	0,05%	0.05%	—	—	—	—	—	0,77%

Tablice charakteryzują uprawnienia ubezpieczonych do pobierania specjalnych dodatków do zasiłku chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku na każde dziecko, począwszy od trzeciego, (z tym jednak ograniczeniem, że zasiłek wraz z dodatkami nie może przewyższać 65% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonego), oraz uprawnienia ubezpieczonych do świadczeń leczniczych dla żony i zstępnych, a także innych członków rodziny, będących na utrzymaniu ubezpieczonego. Na 2,068 spraw chorobowych, co z pewną niewielką niedokładnością odpowiada liczbie ubezpieczonych, przypada 3,636 członków rodziny, uprawnionych do świadczeń leczniczych (art. 111 i 112 ustawy), z czego zaledwie 1302 t. j. 35,81% ogólnej liczby członków rodzin uprawnionych do świadczeń może pobierać dodatki rodzinne do zasiłku chorobowego. Na utrzymanie 3,636 członków rodzin w czasie niezdolności do pracy ubezpieczonego, Ubezpieczalnia Społeczna w Lublinie przyznała i wydała w badanym rocznym okresie czasu, kwotę 2,578,05 zł., to jest zaledwie 3,59% kwoty policzalnej, przypadającej na zasiłki chorobowe.[1])

Ponieważ na jedną sprawę chorobową, połączoną z wypłatą zasiłku Ubezpieczalnia przeciętnie wydała 71,900,85 — 2,578,05 t. j. 33,52 zł, zaś przeciętny okres pobierania zasiłku wynosi w okresie badanym w zaokrągleniu 26 dni, przeto **przeciętny dzienny zasiłek chorobowy wyniósł 1,29 zł.**

Dla uprawnionych z art. 99 ust. 2 ustawy wypada dziennie na osobę tytułem dodatku rodzinnego kwota 2,578,05 (1,302) 26 — t. j. około 0,08 zł dziennie, zaś gdyby ten dodatek do zasiłku rozdzielić na wszystkich pozostających na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny i uprawnionych po myśli art. 111 i 112 ustawy, **to przeciętnie wypadnie na osobę dziennie 2,578,05 (3,636) 26 — t. j. mniej niż 0,03 zł.**

Rachunek ten ulegnie zmianie na niekorzyść przy uwzględnieniu dodatkowych 3 dni niezdolności do pracy, za które ubezpieczony zasiłku nie otrzymuje, a zatem w wyżej podanym rachunku należało by wstawić ilość przeciętną dni trwania niezdolności do pracy 29 (a nie 26), co przy obliczeniu analogicznym jak wyżej da przeciętną dzienną dla uprawnionego do dodatku rodzinnego z art. 99 ust. 2 ustawy **mniej niż 0,07 zł.**, zaś dla jednego uprawnionego z art. 111 i 112 ustawy **około 0,024 zł, a zatem nieco więcej niż 2 gr. dziennie.**

Jak to już zaznaczono, zaledwie 35,81% członków rodzin pozostających na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego i uprawnionych przez Ubezpieczalnię pobierało dodatki do zasiłków chorobowych, podczas gdy reszta korzystać musiała jedynie z zasiłku zasadniczego, jaki przysługuje choremu ubezpieczonemu, zmniejszając tym samym możność utrzymania się całej rodziny podczas choroby jej żywiciela.

Przy analizie tabl. 4 zauważyć można, to cośmy już zresztą na wstępie zaznaczyli, że największa liczba osób uprawnionych do świadczeń z art. 111 i 112 ustawy przypada na rodziny 4-osobowe, których skład zazwyczaj jest następujący:

a) ubezpieczony,
b) żona ubezpieczonego,
c) dwoje dzieci.

Zgodnie więc z art. 99 ust. 2 ustawy ubezpieczony nie posiada uprawnień na pobieranie zasiłku rodzinnego na taką rodzinę.

Tablica piąta. Sprawy chorobowe, połączone z pobieraniem zasiłków według dziennego zasiłku chorobowego, w przeliczeniu na jednego członka rodziny (art. 111 i 112 ustawy).

[1]) terminu kwota policzalna użyto celowo z uwagi na wyjaśnienia przytoczone na str. ust. 5-ty.

Tablica Nr 5 **Okres zasiłkowy: 1.10.35 — 30.9.36 r.**

Sprawy chorobowe połączone z pobieraniem zesiłków według dziennego zasiłku chorobowego, w przeliczeniu na 1 członka rodziny (art. 111 i 112 ustawy)*

		Wysokość dziennego zasiłku chorobowego w przeliczeniu na 1 czł. rodz. ubezpiecz. od — do —																								razem
		poniżej 0,20	0,20 — 0,29	0,30 — 0,39	0,40 — 0,49	0,50 — 0,59	0,60 — 0,69	0,70 — 0,79	0,80 — 0,89	0,90 — 0,99	1,00 — 1,09	1,10 — 1,19	1,20 — 1,29	1,30 — 1,39	1,40 — 1,49	1,50 — 1,59	1,60 — 1,69	1,70 — 1,79	1,80 — 1,89	1,90 — 1,99	2,00 — 2,19	2,20 — 2,49	2,50 — 2,79	2,80 — 2,99	3,00 i powyżej	
Ubezp. posiad. rodzinę	Liczba spraw	207	272	244	162	138	92	60	57	29	32	17	15	12	7	6	3	3	—	2	1	3	—	—	2	1 364
	% og.	15,2	19,9	17,9	11,9	10,1	6,8	4,4	4,2	2,1	2,3	1,2	1,1	0,9	0,5	0,4	0,2	0,2	—	0,2	0,1	0,2	—	—	0,2	100,0%
Samotni	Liczba spraw	—	—	—	240	50	41	58	52	31	43	26	33	14	19	15	8	15	6	6	12	14	4	1	16	704
	% og.	—	—	—	34,1	7,1	5,8	8,2	7,4	4,4	6,1	3,7	4,7	2,0	2,7	2,1	1,1	2,1	0,90	0,9	1,7	2,0	0,6	0,1	2,3	100,0%
Razem	Liczba spraw	207	272	244	402	188	133	118	109	60	75	43	48	26	26	21	11	18	6	8	13	17	4	1	18	2 068
	% og.	10,0	13,1	11,8	19,4	9,1	6,4	5,7	5,3	2,9	3,6	2,1	2,3	1,3	1,3	1,0	0,5	0,9	0,3	0,4	0,6	0,8	0,2	0,1	0,9	100,0%
Ubezp. posiad. rodzinę	Liczba spraw				1 261						97										6					
	% og.				92,5 %						7,0%										0,5%					
Ubezb. posiad. rodzinę	Liczba spraw	723																								
	% og.	53,0%																								

* Ubezpieczony wliczony

Poprzednia tablica daje obliczenia charakteryzujące szczupłość dodatków rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka bądź uprawnionego w myśl art. 99 ust. 2 ustawy, do specjalnego dodatku, bądź uprawnionego jedynie do ogólnych świadczeń leczniczych na zasadzie art. 111 i 112. Tablica piąta charakteryzuje zaopatrzenie rodzin w razie choroby ubezpieczonego w przeliczeniu na wszystkich uprawnionych do świadczeń leczniczych członków rodziny, wliczając w to również samego ubezpieczonego, w najlepszy więc sposób odzwierciadla możliwości finansowe ubezpieczonych w okresie choroby i pobierania zasiłku chorobowego. W tablicy zupełnie celowo wydzielono sprawy dotyczące ubezpieczonych, posiadających rodzinę i ubezpieczonych samotnych. Liczba spraw, dotyczących ubezpieczonych posiadających rodziny, wyniosła 1364 co stanowi 65,96% ogółu spraw. Dane dotyczące dziennego zasiłku chorobowego w przeliczeniu na jednego członka rodziny wykazują maksimum sprawy przy zasiłku dziennym na osobę, wynoszącym 0,20 — 0,29 zł. Następnie dane te okazują spadek dość równomierny liczby spraw w miarę wzrostu zasiłku dziennego, przypadającego na osobę rodziny, przy czym krzywa ewentualnie sporządzonego wykresu zbliżałaby się wyraźnie do 0 już przy zasiłkach 1,60 — 1,69 zł. dziennie na osobę rodziny ubezpieczonego. Poza tą granicą liczba spraw występuje sporadycznie.

Samotni, po gwałtownym spadku spraw poza zasiłkiem minimalnym w następnych wyższych grupach, dotyczących wysokości zasiłku, wykazują równomierny spadek, znacznie łagodniejszy niż w sprawach dotyczących ubezpieczonych rodzinnych.

W granicach od 0,70 do 0,99 zł dziennie na osobę, dane dotyczące zasiłków wypłacanych (ilość spraw) wykazują pewną równomierność, lecz o ile przed tą granicą liczba spraw rodzinnych była znacznie większa jak u samotnych, to po tej granicy liczbę spraw dla samotnych ze zrozumiałych względów przeważa. Zbliżanie się ewentualnie wykreślonej krzywej do 0 nie następuje dla spraw u samotnych w sposób wyraźny, zaś liczba spraw dla większych zarobków jest jeszcze dość pokaźna.

Liczba spraw obejmująca łącznie sprawy rodzinnych i samotnych, daje maksimum przy minimalnym zasiłku chorobowym (0,40 — 0,49 zł dziennie), a powyżej tej kategorii zasiłku wykazuje powolny, dość równomierny spadek. Biorąc pod uwagę kategorie minimalnych zasiłków, włączając w to grupę zasiłku od 0,40 — 0,49 zł dziennie, widzimy że na najniższe pod względem zasiłkowym grupy spraw przypada 64,88% ogółu spraw zasiłkowych dla rodzinnych, a 34,09% takichże spraw dla samotnych. W tym w kategorii poniżej zasiłku minimalnego ustawowego znalazło się jeszcze 53,00% ogółu ilości spraw chorobowych dla rodzinnych, w żadnej zaś sprawie, dotyczącej ubezpieczonego samotnego nie zanotowano — ze zrozumiałych względów — zasiłków poniżej tego minimum.

Do zasiłku poniżej 0,99 zł włącznie zaliczono 92,42% ogółu liczby spraw zasiłkowych rodzinnych a 67,02% ogółu ilości spraw zasiłkowych, dotyczących ubezpieczonych samotnych.

Jak z powyższego wynika, tablica ta najlepiej charakteryzuje niewystarczalność dotychczasowych przepisów zabezpieczających rodzinę ubezpieczonego w razie utraty przez niego zarobku. Przypomnieć należy, że 92,42% ogółu spraw, to sprawy, gdzie zasiłek nie przekracza 1 zł na osobę rodziny dziennie, przy tym jest to górna granica tego zasiłku, gdyż poniżej 50 gr dziennie na osobę rodziny wypłacono w 64,88% ogółu wypadków zasiłkowych rodzinnych a poniżej 40 gr dziennie na jedną osobę wypłacono w 53,00% ogółu wypadków zasiłkowych rodzinnych. **Poważna zaś liczba spraw chorobowych w ubezpieczonych obciążonych rodziną, to sprawy gdzie zasiłek dzienny, przypadający na jedną osobę rodziny ubezpieczonego wynosi 20 — 30 gr.**

dok. nastąpi.

WACŁAW LENGA

GOSPODARKA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH W 1937 R.

W ciągu stycznia r. b. w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zostały zatwierdzone budżety 61 ubezpieczalni społecznych na rok bieżący 1937.

Fakt ten rejestrujemy — jako wejście ubezpieczenia chorobowego w 3-ci z kolei rok o **zrównoważonej** gospodarce budżetowej.

Dwa lata ubiegłe, mianowicie 1935 i 1936 r. zostały zamknięte bez deficytu; jeżeli uprzytomnimy sobie, że od roku 1925 do 1934 r., a więc na przestrzeni 10 lat, zaledwie 3 lata t. j. 1926, 1927 i 1928 zostały zamknięte z równowagą, zaś 7 okresów rocznych t. j. 1925 r., 1929, 1930, 1931, 1932, 1933 i 1934 r. wykazywały wielomilionowe niedobory — to jasnym się stanie znaczenie osiągnięcia w gospodarce budżetowej 1935 i 1936 r. Przewyżka dochodów nad wydatkami 1935 r. wyniosła zł. 8.595.000; zamknięcia 1936 r. w ostatecznej kwocie wykażą również nadwyżkę około zł. 8 milionów.

Mamy świadomość, że ta niejako **techniczna równowaga budżetowa** nie świadczy o zupełnym opanowaniu **trudności ubezpieczenia chorobowego:** wyjście jednak z deficytów i wstrzymanie narastających zadłużeń **pozwoli na celową poprawę działalności świadczeniowej** ubezpieczalni, czego symptomaty już możemy zarejestrować.

Rok 1937 według zatwierdzonych budżetów w poszczególnych ubezpieczalniach przedstawia się następująco:

Dochody ze składek:

Zn. U.	Ubezpiecz. Społeczna	Liczba ubezpiecz.	Składki		
			Kwota	%	na 1 ub.
1	Ciechanów	10 000	434 280	100,—	43,43
2	Kutno	18 800	886 002	100,—	47,00
3	Płock	10 200	452 370	100,—	44,35
4	Warszawa	315 000	24 966 600	100,—	79,25
5	Włocławek	16 000	893 632	100,—	55,54
6	Żyrardów	17 267	986 194	100,—	57,11
7	Kalisz	14 400	669 036	100,—	46,46
8	Łódź	168 615	11 900 736	100,—	70,19
9	Pabianice	22 491	1 240 560	100,—	55,27
10	Piotrków	17 200	863 940	100,—	50,04
11	Tomaszów Maz.	18 800	1 221 300	100,—	64,97
12	Częstochowa	39 000	2 060 000	100,—	52,82
13	Kielce	22 500	981 916	100,—	43,64
14	Ostrowiec	16 121	1 225 075	100,—	75,99
15	Radom	21 852	1 260 540	100,—	52,52
16	Sosnowiec	77 040	5 266 720	100,—	67,95
17	Lublin	32 000	1 650 990	100,—	51,60
18	Siedlce	9 650	452 760	100,—	46,92
19	Zamość	11 072	510 316	100,—	46,09
20	Białystok	28 350	1 491 508	100,—	52,62
21	Grodno	17 500	757 504	100,—	44,50
22	Łomża	10 500	405 320	100,—	38,60
	Woj. Centralne	914 358	60 577 399	100,—	65,25
23	Wilno	46 000	2 116 642	100,—	45,74
24	Baranowicze	10 104	409 776	100,—	40,55
25	Lida	10 500	396 596	100,—	37,51
26	Brześć n/B.	13 500	707 040	100,—	52,37
27	Pińsk	9 700	438 828	100,—	45,24
28	Łuck	16 363	782 736	100,—	47,83
29	Równe	33 700	1 364 684	100,—	40,50
	Woj. Wschodnie	139 867	6 216 302	100,—	44,44
30	Bydgoszcz	28 800	1 693 440	100,—	58,80
31	Gniezno	11 780	556 010	100,—	46,88
32	Grodzisk	9 110	398 030	100,—	43,69
33	Inowrocław	11 450	530 000	100,—	46,29
34	Leszno	8 833	356 758	100,—	40,39
35	Ostrów	14 100	626 304	100,—	43,42
36	Poznań	67 000	4 460 868	100,—	66,58
37	Szamotuły	11 200	503 835	100,—	45,00
38	Gdynin	30 000	2 461 200	100,—	82,04
39	Grudziądz	20 000	1 035 224	100,—	51,33
40	Tczew	18 631	927 660	100,—	49,79
41	Toruń	16 200	950 790	100,—	58,23
	Woj. Zachodnie	247 104	14 500 119	100,—	58,68
42	Biała	30 000	1 491 180	100,—	49,71
43	Chrzanów	30 000	1 359 940	100,—	68,00
44	Kraków	82 000	4 785 409	100,—	58,36
45	Nowy Sącz	18 995	864 044	100,—	45,48
46	Zakopane	10 600	460 044	100,—	43,40
47	Tarnów	18 000	867 456	100,—	48,19
48	Drohobycz	23 000	1 629 854	100,—	70,86
49	Krosno	14 192	694 530	100,—	48,93
50	Lwów	77 000	4 403 200	100,—	57,18
51	Przemyśl	22 400	747 211	100,—	33,36
52	Rzeszów	10 200	353 412	100,—	34,65
53	Tarnobrzeg	8 700	278 460	100,—	32,00
54	Kołomyja	13 000	371 700	100,—	28,59
55	Stanisławów	13 000	749 075	100,—	41,62
56	Stryj	18 500	793 908	100,—	43,24
57	Brzeżany	6 550	194 424	100,—	29,68
58	Czortków	8 919	330 580	100,—	36,90
59	Tarnopol	9 950	338 366	100,—	33,83
60	Złoczów	9 000	266 580	100,—	29,62
61	Bielsko	37 000	2 381 115	100,—	64,35
	Woj. Południowe	433 405	23 360 488	100,—	53,90
	OGÓŁEM	1 734 735	104 654 308	100,—	60,33

Tabl. 2

Zn. U.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zasiłki	Opieka lekarska	Środki lecz. i pom.	Szpitale i zakł. leczn.	Leczenie w bratnich ubezp.	Profilaktyka i cele sanit.	Razem świadczenia	Koszty administracji		
		Kwota	Kwota	Kwota	Kwota	Kwota	Kwota	Kwota	Kwota	%	na 1 ub.
1	Ciechanów	32 400	138 546	61 200	66 000	7 800	11 600	317 546	68 286	15,7	6,83
2	Kutno	84 050	242 611	128 234	114 870	15 250	27 822	612 837	107 581	12,2	5,71
3	Płock	39 000	137 261	72 779	61 185	6 200	13 038	329 463	77 282	17,1	7,57
4	Warszawa	2 500 000	7 962 760	3 314 750	4 645 570	187 000	502 185	19 112 265	2 305 070	9,2	7,32
5	Włocławek	84 602	225 557	106 402	127 058	13 180	21 848	578 647	142 985	16,0	8,88
6	Żyrardów	112 463	338 373	133 000	191 000	11 180	37 250	823 266	162 728	16,5	9,42
7	Kalisz	56 355	179 387	77 720	108 397	5 245	36 185	463 289	118 765	17,7	8,24
8	Łódź	1 527 000	3 317 892	1 314 840	2 410 032	54 228	374 460	8 998 452	971 616	8,2	5,73
9	Pabianice	132 000	344 792	171 384	233 112	9 960	51 262	942 510	168 832	13,6	7,51
10	Piotrków	98 860	235 800	104 930	149 230	9 120	26 570	624 510	124 995	14.5	7,24
11	Tomaszów M	157 210	327 782	132 000	168 121	15 840	33 856	834 809	174 176	14,2	9,22
12	Częstochowa	230 000	557 280	216 030	382 800	15 000	57 640	1 458 750	301 620	14,0	7,73
13	Kielce	83 936	295 254	144 245	156 804	49 100	40 927	770 266	183 822	18,7	8.17
14	Ostrowiec	149 325	321 460	150 890	241 990	18 810	33 175	915 650	120 765	9,9	7,49
15	Radom	130 350	445 051	199 750	208 156	23 500	62 730	1 069 537	193 572	15,4	8,07
16	Sosnowiec	695 340	1 494 750	659 400	1 255 915	52 800	111 468	4 269 673	560 896	10,6	7,24
17	Lublin	127 300	433 833	168 641	271 335	23 350	54 670	1 079 129	186 094	11,2	5,81
18	Siedlce	32 700	127 068	67 704	81 540	5 280	15 084	329 376	66 996	14,8	6,94
19	Zamość	28 450	141 225	66 025	88 098	7 000	25 726	356 524	90 033	17.6	8,13
20	Białystok	128 670	412 274	196 440	223 380	13 500	47 084	1 021 348	188 169	12,6	6,64
21	Grodno	66 192	211 454	105 010	114 970	14 136	21 484	533 246	116 879	15,4	6,87
22	Łomża	27 640	117 973	45 216	59 861	4 980	14 798	270 467	60 966	15,0	5,80
	Wojew. Centralne	6 523 843	18 008 383	7 636 589	11 359 424	562 459	1 620 862	45 711 560	6 492 128	10,7	7,10
23	Wilno	175 000	616 385	277 120	447 102	13 865	57 103	1 586 575	293 151	13,8	6,34
24	Baranowicze	24 000	117 943	60 184	61 783	12 132	11 765	287 807	81 966	20,0	8,11
25	Lida	28 405	110 642	73 073	69 447	20 400	14 352	316 319	66 922	16,9	6,32
26	Brześć n/B.	49 200	173 385	74 784	111 300	9 264	23 316	441 249	105 444	14,9	7,81
27	Pińsk	37 200	129 292	61 000	77 519	6 520	14 682	326 213	72 654	16,6	7,49
28	Łuck	56 740	227 687	101 404	118 385	10 800	25 502	540 518	133 750	17,1	8,17
29	Równe	121 868	380 610	204 302	283 556	16 851	32 871	1 040 058	175 362	12,9	5,20
	Wojew. Wschodnie	492 413	1 755 944	851 867	1 169 092	89 832	179 591	4 538 739	929 249	14,9	6,64
30	Bydgoszcz	140 940	399 358	206 540	350 060	11 880	103 590	1 212 368	195 466	11,5	6,79
31	Gniezno	50 020	166 205	66 976	98 231	11 900	22 206	415 538	94 520	17,0	7,97
32	Grodzisk	44 200	107 764	37 559	51 620	5 500	18 959	265 602	69 523	17,5	7,64
33	Inowrocław	48 160	146 376	67 700	83 904	8 040	11 481	365 661	76 073	14,4	6,64
34	Leszno	29 734	119 183	42 409	64 682	4 000	10 008	270 016	72 120	20,2	8,16
35	Ostrów	51 419	197 497	67 772	102 490	3 250	24 585	446 613	101 156	16,8	7,29
36	Poznań	391 716	1 158 864	462 702	980 220	54 552	122 272	3 170 326	473 100	10,6	7,06
37	Szamotuły	52 010	164 470	71 680	99 549	4 800	20 375	412 884	72 730	14,4	6,49
38	Gdynia	242 568	623 824	211 752	438 540	28 812	183 736	1 729 232	274 920	11,2	9,16
39	Grudziądz	85 000	283 713	114 090	150 596	10 600	49 740	693 739	121 803	11,8	6,04
40	Tczew	90 720	246 060	106 740	154 920	14 820	65 880	679 140	133 380	14.4	7,16
41	Toruń	85 000	223 680	106 990	169 416	11 000	30 490	626 576	114 845	12,1	7,03
	Wojew. Zachodnie	1 311 487	3 836 994	1 562 510	2 744 228	169 154	663 322	10 287 695	1 799 636	12,4	7,28
42	Biała	260 967	376 611	161 777	326 753	18 480	51 497	1 106 085	176 951	12,1	5,90
43	Chrzanów	263 720	347 540	150 450	262 040	14 200	31 500	1 069 450	156 340	11,5	7,82
44	Kraków	520 813	1 354 678	492 000	1 437 198	33 924	203 480	4 042 093	661 431	13,8	8,07
45	Nowy Sącz	93 516	212 880	84 108	118 348	20 088	33 109	562 049	127 526	14,8	6,71
46	Tarnów	107 290	229 179	115 102	146 210	10 692	33 121	641 594	96 072	20,8	9,06
47	Zakopane	44 004	135 732	57 576	97 004	7 200	15 538	357 054	148 528	17,1	8,25
48	Drohobycz	282 495	443 424	215 420	306 855	11 960	41 518	1 301 672	204 278	12,5	8,88
49	Krosno	113 200	181 415	102 660	110 000	7 460	18 654	533 389	121 145	17,4	8,54
50	Lwów	412 000	1 160 350	462 995	906 440	27 000	145 580	3 114 365	674 755	15,3	8,76
51	Przemyśl	63 250	230 626	99 802	115 000	6 940	44 998	560 616	98 268	13,2	4,38
52	Rzeszów	27 720	100 096	39 660	63 688	9 620	16 340	257 124	58 668	16,6	5,75
53	Tarnobrzeg	16 778	89 515	31 000	40 700	10 950	14 163	203 106	40 577	14,7	4,66
54	Kołomyja	25 200	93 725	39 000	59 131	3 862	12 870	233 788	87 755	19,8	6,75
55	Stanisławów	74 000	209 290	115 445	117 005	6 720	17 620	540 080	130 545	17,4	7,25
56	Stryj	108 730	233 320	98 000	105 875	7 140	30 297	583 362	112 027	14,1	6,10
57	Brzeżany	13 105	62 426	29 470	34 650	1 940	7 570	149 161	60 120	30,9	9,18
58	Czortków	31 932	94 742	47 785	44 398	3 280	11 620	233 757	58 875	17,8	6,60
59	Tarnopol	25 700	92 218	51 540	64 577	6 000	12 708	252 743	68 177	20,1	6,81
60	Złoczów	16 000	82 285	40 053	38 765	1 280	10 430	188 813	58 628	21,9	6,51
61	Bielsko	499 880	565 696	255 774	422 310	40 550	65 940	1 850 150	291 236	12,4	7,87
	Wojew. Południ.	3 000 300	6 295 748	2 689 617	4 726 947	249 286	818 553	17 780 451	3 431 902	14,7	7,92
	Ogółem	11 328 043	29 897 069	12 740 583	19 999 691	1 070 731	3 282 328	78 318 445	12 652 915	12,1	7,29

Prócz wymienionych podstawowych dochodów ze składek, płaconych przez ubezpieczonych i pracodawców przewiduje się w 1937 r. jeszcze wpływy:

1. z odsetek zwłoki	—	zł. 2.389.993
2. z dopłat i opłat ubezp.	—	„ 1.858.113
3. ze zwrotów za świadczenia	—	„ 3.880.069
4. z subwencji z art. 239	—	„ 3.250.000
5. z innych dochodów	—	„ 1.090.113

łącznie z uprzednią podaną kwotą ze składek dochody 61 ubezpieczalni społecznych na rok bieżący 1937 — preliminowane są w sumie **zł. 117.122.596.**

Przeciętny wpływ na jednego ubezpieczonego z tytułu składek preliminowano w wysokości zł. 60.33. Według prowizorycznych zamknięć za 1936 r. uzyskano składkę na jednego ubezpieczonego w sumie zł. 59.76.

Wydatki — Preliminowano łącznie **na sumę zł. 111.970.796.—**

Tablica 2 ilustruje poszczególne **rodzaje** najbardziej typowych i najistotniejszych wydatków świadczeniowych i kosztów administracyjnych w ubezpieczalniach społecznych.

Z tablicy 2 wynika, iż preliminowane wydatki świadczeniowe wynoszą zł. 78.318.445 i stanowią 74,8% w stosunku do przypisu składek i zł. 45.15 na jednego ubezpieczonego.

W kwocie tej nie mieszczą się koszty leczenia sanatoryjnego, które to wydatki pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych z art. 239 — w r. 1937 w wysokości zł. 1.900 tys. Po uwzględnieniu więc tej kwoty łączne wydatki na świadczenia wyniosą zł. 80.218.445 **t. j. 76,7%** w stosunku do przypisu i zł 46,24 na jednego ubezpieczonego. W stosunku zaś do **wpływu** składek wydatki świadczeniowe przewidziano w wysokości 78,9%; preliminarz pierwotny roku 1936 przewidywał globalnie wydatek świadczeniowy w kwocie zł. 70.507.660 i na leczenie sanatoryjne z art. 239 zł. 1.500.000 — łącznie zatem na świadczenia preliminowano zł. 72.007.660 t. j. 71,7% do przypisu składek i zł. 43.48 na jednego ubezpieczonego. **Preliminarz roku bieżącego wykazuje poprawę wydatków świadczeniowych w cyfrze absolutnej okrągło przeszło o zł. 8 milionów (ze zł. 72.007.660 — do zł. 80.218.445) i na jednego ubezpieczonego ze zł. 43.48 w preliminarzu 1936 — do zł. 46.24 w r. b., w stosunku zaś do przypisu składek z 71,7% w 1936 r. — do 76,7% na rok bieżący.**

Cechy symptomatyczne budżetu świadczeniowego są następujące:

Pierwsza — to jeszcze ciągle niskie wydatki na zasiłki preliminowane na 1937 r. w wysokości 10,8% do przypisu. W porównaniu jednak z 1935 i 1936 r. przewidziano **wzrost** tego wydatku. Sądzimy, że wobec zrównoważonego budżetu władze ubezpieczeń społecznych będą mogły poddać rewizji **normy zasiłkowe — w kierunku ich zwiększenia.** Dwa zwłaszcza rodzaje zasiłków t. j. 50% zasiłek chorobowy i połogowy powinnyby ulec rewizji.

Drugą, a dodatnią cechą tego budżetu, — to wydatki na profilaktykę. Preliminarz przewiduje wydatek **zł. 3.282 tys. tj. 3,1% do przypisu składek.**

W czasach najlepszej koniunktury ubezpieczenia — nie prowadzono akcji zapobiegawczej tak **planowej** i w takich **rozmiarach.**

Profilaktyka to dosłownie kopciuszek w przeszłości. Dopiero rok 1936, a następnie zamierzenia 1937 r. świadczą o wysiłku i planowaniu tej działalności. Końcem tego działania to objęcie w opiekę najsłabszych i stąd bezbronnych — **dzieci.** We wszystkich ubezpieczalniach przewidziano organizację kolonii i półkolonii, oraz dożywianie dzieci. Ponadto częściowe, w miarę możliwości, zajęcie się chorymi na gruźlicę. Naturalnie, dysponowane środki ograniczają zakres działalności, niemniej wysiłek uwidoczniony cyfrą 3 milionów i trzykroć sto tysięcy złotych, wskazuje na dążności i zamierzenia.

Wykazane w zestawieniu **koszty administracji,** wynoszące globalnie **zł. 12.652.915,** stanowią **zł. 7,29 na jednego ubezpieczonego** i 12,1% do przypisu. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że jeszcze kilka lat temu koszty administracji wynosiły ponad **zł. 27 milionów i przekraczały zł. 12 na jednego ubezpieczonego** — to dalsze wyjaśnienia okażą się może zbędne. Wysiłek kierownictwa i pracowników, naprawa organizacji dały wyniki. Tu należy dodać, ż preliminowana na rok 1937 suma nie obejmuje zwiększeń wydatkowych, wynikłych ze skasowania obniżek komisarycznych z ważnością od 1.11.1937 i podwyżek dla najniższych pracowniczych grup uposażeniowych.

Te ostatnie zmiany w uposażeniach spowodują zwiększenie kosztów administracji w przybliżeniu o ca zł. 1 milion.

Inne wydatki, nie podane w powyżej zamieszczonych tabelach, wynoszą:

1. Opłaty do ogólnego Funduszu chorobowego (art. 239 i 244) 11.2% do przypisu i zł. 6.74 na 1 ubezp.	zł. 11.688.535
2. koszty ogólne 2,2% do przypisu i zł. 1,32 na 1 ubezp.	zł. 2.296.189
3. odpisy na zaległe ksłady 5,1% do przypisu i zł. 1.32 na 1 ubezp.	zł. 5.362.181
4. odpisy na Fundusze 1,6% do przypisu i zł. 0.95 na 1 ubezp.	zł. 1.652.531

Ostateczne kwoty budżetu zamykają się następująco:

1. Dochody	—	zł. 117.122.596
2. Wydatki	—	„ 111.970.796
		Nadwyżka zł. 5.151.800

W tych cyfrach zamyka się budżet — a więc **i możliwości** działania ubezpieczalni społecznych.

Jeżeli uprzytomnimy sobie, że w czasach dobrej koniunktury lat 1929 i 1930 — dochody ubezpieczenia chorobowego wynosiły prawie **300 milionów złotych;** gdy jeszcze **w 1933 r.** dochody zbliżały się **prawie do 200 milonów złotych** — a na jednego ubezpieczonego uzyskiwano ponad zł. 120 rocznie — i zestawimy ze szczupłymi wpływami 1937 r. w kwocie zł. 117 milionów, a na jednego ubezpieczonego w kwocie zł. 60.33 — to odpowiedź nie powinna nastręczać trudności. **Poziom działania musiał być obniżony i dostosowany do dysponowanych środków.** Stąd z dużą wyrozumiałością i zakłopotaniem traktujemy częste głosy krytyczne, zarówno wypowiedane w prasie, jak i ostatnio z trybuny parlamentarnej. Twierdzimy, że braki istotne i gruntowniejsze znane są ubezpieczalniom społecznym i mimo, iż wiemy o brakach — nie ma możności aby wiele z owych braków usunąć. Budżet i środki wyznaczają twardo gra-

nice. Cóż bowiem może zdziałać kierownictwo ubezpieczeń gdy dysponuje tak obniżonymi dochodami. Tu już i talent geniusza, i oszczędności „skąpca" — nic nie znaczą i nie wyrównają. Poprostu **mus** każe **obniżyć poziom świadczeń** dla ubezpieczonych i wykorzystywać ofiarny i nadmierny — wysiłek personelu ubezpieczalni.

Ubezpieczeni mają prawo żądać by koszty aparatu administracyjnego były możliwie niskie. Uzyskane wyniki świadczą, że osiągnięto znaczne rezultaty. Tu pozostało niewiele do zrobienia. **Polityka świadczeniowa** ubezpieczenia chorobowego — nie jest jeszcze tak ustalona i wymaga dalszej uwagi i wytycznych. Zapowiedziane przez Pana Ministra Opieki Społecznej powołanie ubezpieczonych do głosu w gospodarowaniu ubezpieczalniami, powoli zainteresowanym ukształtować ostatecznie ramy działalności świadczeniowej — co wyjdzie na dobre. A gdyby jeszcze i wpływy do kas ubezpieczenia chorobowego uległy poprawie i zwiększeniu — to możnaby patrzyć w przyszłość ze znacznym optymizmem.

Nie zamknęlibyśmy w pełni charakterystyki gospodarki ubezpieczenia chorobowego, gdyby pominięta została sprawa zadłużeń ubezpieczalni społecznych.

Zadłużenia wynikły w rezultacie deficytowej gospodarki lat ubiegłych — lat przecież i dobrej koniuktury dochodowej.

I oto w złych, chudych latach ubezpieczalnie muszą spłacać deficyty z lat tłustych. Na 1 stycznia 1935 zadłużenia ubezpieczalni społecznych wynosiły okrągło zł. 78 milionów; w ciągu 1935 i 1936 roku przy zrównoważonej gospodarce spłacono okrągło zł. 16 milionów. Według zamknięć na 31.12.1936 r. obecne zadłużenia wynoszą okrągło zł. 62 miliony, w tym zadłużenia hipoteczne ca zł. 27 milionów, pozostałe, z otwartych rachunków, ca zł. 35 milionów.

Trzeba pamiętać, iż w latach 1935 i 1936 spłata zobowiązań, polegała na regulacji zaległych poborów lekarzy i personelu, na pokryciu nadmiernych zobowiązań wobec aptek za dostarczane ubezpieczonym leki, na regulacji nadmiernych zadłużeń wobec szpitali za leczenie chorych, wobec dostawców i t. d. Gdyby ubezpieczalnie nie podołały tym spłatom, to niezawodnie ich działalność uległaby znacznym perturbacjom. Łatwo sobie bowiem wyobrazić, jak mogą przedstawiać się stosunki z lekarzami i pracownikami, którym nie wypłaca się w terminach uposażeń. Apteki, nie mające uregulowanych rachunków odmawiały zgłaszającym się ubezpieczonym leków. Szpitale utrudniały przyjmowanie chorych. Wszystkie te działania bez względu na skutki, musieliśmy uznawać za usprawiedliwione z punktu widzenia wierzyciela.

Najtrudniejszy więc okres, w wyniku pracy lat 1935 i 1936, jest niejako poza nami. Niemniej pamiętać trzeba, że ubezpieczalnie z roku na rok **muszą** spłacać i dalej pewną część najuciążliwszych zobowiązań, by stopniowo oczyścić teren do należytej działalności świadczeniowej.

Finansowo i budżetowo stanęliśmy w dwu ostatnich latach na twardym gruncie. Rok bieżący w przewidywaniach utrzymuje linię swych dwu poprzedników — osiąga równowagę. Jeżeli i wykonanie wytrzyma linię przewidywań — będzie to dalsze dodatnie osiągnięcie.

Dr WŁ. MEDYŃSKI

ZAPOBIEGANIE CHOROBOM ZAWODOWYM

W rozwoju biologicznym i historycznym człowiek przeszedł długą drogę stopniowego przystosowywania się do otoczenia. W zaraniu jego dziejów czynniki materialne kształtują prawie wyłącznie jego byt i warunki istnienia. Później dopiero współżycie, narzędzia pracy, podział pracy i t. d. stwarzają nowe społeczne warunki życia, tak, że już życie współczesne jest kompleksem krzyżujących się wpływów materialnych. psychologicznych i społecznych.

Człowiek w swoim rozwoju dziejowym przystosowuje się do nich, odzwierciedla te wpływy i reaguje na nie. Szczególnie wybitnie widzimy to w chorobie. Choroby człowieka są w większości wypadków reakcjami organizmu na wpływy zewnętrzne. Znane nam dotąd choroby, etjologicznie wiążą się z zewnętrznymi czynnikami lub socjalnymi. Usunięcie ich jest możliwe pod warunkiem uzdrowienia środowiska, otaczającego człowieka. Uzdrowienie środowiska, w którym żyje człowiek, jest wyrazem dążeń kultury sanitarnej. Na kulturę sanitarną składają się: 1) prawodawstwo sanitarne z odnośnymi władzami, 2) lecznictwo, 3) udoskonalenia techniczno-sanitarne, 4) sanitarne **wychowanie i oświata.**

Punktem ciężkości w działalności Ubezpieczalni Społecznych w kierunku zapobiegawczym musi być z konieczności punkt ostatni, jakkolwiek i na trzy poprzednie mogą Ubezp. Społeczne wywrzeć wpływ bardzo doniosły. W szczególności doskonałym terenem i blisko interesującym Ubezp. Społeczne są **choroby zawodowe,** które stanowią podstawowe zagadnienia higjeny społecznej.

Oddawna znane są cierpienia, wywoływane różnymi rodzajami pracy, szkodliwymi wpływami zawodowymi, noszące z tego tytułu nazwy chorób zawodowych.

Ojcem higieny zawodowej jest prof. Bernardino Ramazzini, który już w r. 1700 w Morenie napisał dzieło p. t. „O chorobach artystów i rękodzielników". Od tego czasu liczba prac o chorobach zawodowych znacznie wzrosła, w szczególności w związku z zainteresowaniem się zagadnieniem pracy wogóle, czy to pod kątem fizjologii, psychologii czy higieny, czy też pod kątem społecznym i ekonomicznym. W miarę pogłębiania tego zagadnienia rozszerza się krąg chorób zawodowych, podczas gdy dawne prawodawstwa szły w tym kierunku, aby liczbę chorób zawodowych sprowadzić do możliwego minimum, wysuwając na czoło przeważnie tylko wszelkiego rodzaju zatrucia, jak: zatrucia ołowiowe, rtęciowe, fosforowe, arszenikowe, benzynowe, nitrofenolowe, azotowe i siarkowe i t. d. Wiemy jednak dobrze, że człowiek spędza w pracy jedną

trzecią część życia, musi więc ona wywierać wpływ doniosły na cały jego ustrój, wywołując w rezultacie pewne schorzenia, które chociażby nie miały cech specyficznych, nie mniej jednak wiążą się — chociażby tylko z racji częstotliwości schorzenia — z danym zawodem. Znane powszechnie są schorzenia natury gośćcowej wśród robotników pracujących w warunkach wahania się ciepłoty, w wysokiej temperaturze (palacze, piekarze, górnicy), w wilgoci lub chociażby tylko w zwiększonej wilgotności powietrza. Jakkolwiek gościec może tu nie mieć postaci zawodowej, z racji częstości należy go ująć pod kątem widzenia zawodopatologicznym. Warunki pracy mogą wpłynąć na porażenie tych narządów, które uległy przemęczeniu (serce, naczynia), sprzyjać rozwojowi chorób na tle zawodowej słabości i mniejszej odporności (np. schorzenia skóry pod wpływem jadów zawodowych. Wreszcie pod wpływem zawodu może rozwinąć się pewna niedomoga czynnościowa, znacznie obniżająca wydajność pracy. Na ogół podzielić możemy choroby zawodowe na specyficznie zawodowe oraz postacie tych chorób zawodowych, które powstać mogą i pod wpływem czynników pozazawodowych. Obecnie główne dążenie medycyny zawodowej polega na ujęciu zagadnienia pod kątem etiologicznym. Interesować się jednak musimy nie tylko specjalnymi chorobami zawodowymi, lecz i chorobami zawodowymi w ogólności z podkreśleniem doniosłości ilościowego związku tej choroby z danym zawodem. Dla Ubezp. Społecznych statystyczne ujęcie tego zagadnienia ma olbrzymią doniosłość, zwróci bowiem uwagę na te zawody, które obciążają ubezpieczenia społeczne bardzo znacznymi świadczeniami. Weźmy dla przykładu zawody t. zw. „lżejsze", jak drukarzy i pracowników tytoniowych, licznie reprezentowanych na gruncie krakowskim. Do zawodów tych jako niby „lżejszych" garnie się często młodzież ze słabym zdrowiem. Już po kilku latach pracy obserwujemy wpływ zawodu drukarzy na zdrowie: niedokrewność, bóle mięśniowe i stawowe, artretyzm, gruźlica, objawy zatrucia ołowiowego, jak kolka, poronienia, żylaki, stopy płaskie, choroby skórne.

U pracowników tytoniowych, przeważnie kobiet, występują objawy przewlekłego zatrucia nikotynowego, wzmożona pobudliwość nerwowa, nerwica serca i żołądka, bóle głowy i mięśni, zap. spojówek oraz skłonność do poronień.

Lekarz Ubezpieczalni Społecznej winien ujmować chorego pracownika w przekroju jego dnia pracy, ustalić tę rolę, jaką grają właściwości jego pracy zawodowej (moment etiologiczny), czynniki wpływające na dane schorzenie, zmiana charakteru schorzenia, pogorszenia, przedłużenia i t. d.). **Szkodliwości** sprzyjające chorobom zawodowym można ująć w następujących punktach:

1) wpływ otaczającej atmosfery temperatury powietrza, wilgoci, czystości, wszelkiego rodzaju pyły, jak metalowy, mineralny, roślinny, zwierzęcy, mieszany, pot i gazy;

2) wpływ **surowca i narzędzi: (kwasy i zasady,** barwniki anilinowe, metalowe, roślinne) jady, szerść, skóra i narzędzia;

3) wpływy **samej pracy:** stanie, pozycja zgięta, napięcie mięśni, wysiłek płuc, zmysłów i uwagi;

4) **przeziębienia** i przemoknięcia.

Higjena przemysłowa walczy z tymi szkodliwościami, wpływa na zmniejszenie się chorób zawodowych, wobec czego musi się stać terenem zainteresowań lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Zapobieganie chorobom zawodowym sprowadzić można do następujących czynności: sanitarno-technicznego urządzenia warunków pracy, indywidualnej profilaktyki, ochrony pracy oraz lecznictwa szybkiego i sprawnego.

Higjena przemysłowa walczy z tymi szkodliwodrogę, jaką winna kroczyć ochrona pracy przez usunięcie wszystkich szkodliwości zawodowych, w szczególności **jadów** (ołów, arszenik, rtęć i t. d.), dalej **pyłu** przez automatyzację i przejście od suchej produkcji do wilgotnej. Cały szereg wielkich zakładów przemysłowych osiągnął zwiększenie się zdrowotności przez *odpowiednie udoskonalenia techniczno-sanitarne.* Również wysoka temperatura i jej wpływ na ustrój pracownika musi być usunięty przez automatyzację pracy. Na zachodzie praca przy piecach w metalurgii i ceramice, w chemicznych zakładach odbywa się obecnie już zupełnie automatycznie.

Nadmierne napięcie mięśniowe usuwa mechanizacja pracy drogą wprowadzenia dźwigów elektrycznych. W tych wypadkach, gdy niema możliwości usunięcia szkodliwych czynników ze względu ekonomicznych, należy przynajmniej osłabić ich wpływ na zdrowie pracownika. Niemożliwość zupełnego usunięcia trucizn przemysłowych zmusza do jaknajwiększej mechanizacji procesu przemysłowego w ten sposób, by zetknięcie się trucizny z robotnikiem było minimalne (hermetyczne zamknięcie naczyń, automatyczne przelewanie płynów i t. d.).

Kurz i gaz usuwają ekshaustory, nie pozwalające przenikać im do atmosfery. Mechanizmy fabryczne tworzące dużą ilość ciepłoty należy zaopatrzyć ściankami niepromieniującymi lub pokryć materiałem izolacyjnym, powietrzem, rurami wodnymi i t. p. Wreszcie zwrócić należy uwagę na **ochronę maszyn,** aby nie były źródłem nieszczęśliwych wypadków. W tym celu wszystkie szybko poruszające się części maszyny, transmisje, młoty parowe, prasy i t. d. należy ściśle odgrodzić od pracownika.

Prócz tych elementarnych wymagań ochrony pracy, doniosłą rolę odgrywa prawidłowa organizacja pracy.

Naukowa organizacja pracy, stojąca na stanowisku racjonalizacji jej, a nie intensyfikacji, liczy się z wynikami fizjologii, psychologii i higieny pracy, tym samym doskonale zabezpiecza zdrowotność pracownika przez zachowanie odpowiedniego tempa pracy, czasu pracy i wypoczynku oraz przez stworzenie odpowiednich warunków pracy: dostatecznej przestrzeni, która zabezpiecza pracownikowi odpowiednią ilość powietrza, należyte oświetlenie pracowni oraz wentylację.

Racjonalna wentylacja powoduje też i obniżenie ciepłoty i wilgoci, sprzyja zmniejszeniu się wpływów tych szkodliwości, których nieda się zupełnie usunąć innymi sposobami, wpływa też na zwiększenie odporności organizmu przeciw szkodliwym wpływom. Nawet wysoki stan sanitarno-techniczny nie usuwa jeszcze wszystkich szkodliwości zdrowotnych związanych z pracą zawodową, to też konieczna jest stała **osobista profilaktyka** pracownika. Polega ona zarówno na przestrzeganiu czystości, jak i korzystaniu z masek ochronnych

i respiratorów. W szczególności zagadnienie czystości w zapobieganiu chorobom zawodowym odgrywa rolę pierwszorzędną i to przede wszystkim tam, gdzie robotnik styka się z truciznami (potrzeba natrysków i umywalni w zakładach przemysłowych!). W trujących przemysłach konieczne jest czyste i dokładne mycie i czyszczenie zębów, w fabrykach z wysoką temperaturą dużą rolę gra organizacja specjalnych ubikacji dla umywalni, w fabrykacji gdzie osiada na odzieży pył jadowity i przenika w głąb, konieczne są specjalne ochronne odzienia lub bluzy robotnicze, niekiedy zaś i obuwie specjalne.

We wszystkich zakładach przemysłowych, gdzie wydzielają się jady, robotnikom należy zabronić kategorycznie przyjmowania pokarmów w pracowniach, palenia tytoniu przy pracy i wogóle zbliżania rąk do ust. Szczególną uwagę należy zwrócić na włosy, na których osiada pył i para, w pewnych zaś wypadkach konieczne jest stosowanie specjalnych rękawic. Wreszcie dużą rolę gra asenizacja, wzorowe ubikacje klozetowe, zaopatrywanie robotników w wodę przegotowaną lub herbatę. Niezmiernie doniosłą rolę w dziele zapobiegania chorobom zawodowym odegrało nasze ustawodawstwo o ochronie pracy z ustawą o 8 godzinnym dniu pracy na czele, o urlopach, o pracy nocnej, o pracy dzieci, młodzieży i kobiet.

W ostatnich latach rozwinęła się rzecz pierwszorzędnej wagi, mianowicie systematyczne badanie młodzieży pracującej. Zasady profilaktyki przemawiają zatem, aby przeglądowi lekarskiemu poddawali się, od czasu do czasu, wszyscy robotnicy szczególnie w tych zawodach, które wywierają wybitnie szkodliwy wpływ na zdrowie. Zadanie tych przeglądów polegałoby na wyławianiu nie tylko robotników, którzy ulegli już zatruciu zawodowemu, lecz i tych którzy zdradzają pierwsze objawy zatrucia. Wynikiem tych przeglądów musiałyby być dłuższe urlopy chorych lub zmiana ich zajęcia. W zapobieganiu chorobom zawodowym ubezpieczalnie społeczne odegrały już rolę pierwszorzędną przez szybką pomoc lekarską i wczesne rozpoznawania choroby dzięki korzystaniu ze wszystkich nowoczesnych sposobów badania klinicznego. Muszą jednak ubezpieczalnie w dalszym swoim rozwoju przejść od leczenia indywidualnego do, że tak powiem, diagnostyki zawodowo-społecznej przez specjalizację poszczególnych ubezpieczalni w pewnych specjalnych zawodach i w ocenie stosunku pracy do tych chorób. Tak więc np. ubezpieczalnie Zagłębia mogłyby się zająć specjalnym badaniem chorób górników, ubezpieczalnie w Łodzi i Bielsku chorób tkaczy, krakowska — chorób drukarzy itp. W dziale zapobiegania chorobom zawodowym ważnym momentem jest to samo co i w profilaktyce ogólnej, a więc **pełne uświadomienie robotników** o wszystkich szkodliwościach zawodowych, gdyż wówczas tylko będą oni przestrzegali przepisów sanitarnych, względnie żądać wprowadzenia ich w życie. Dlatego też specjalną uwagę zwrócić należy na sanitarno-oświatową pracę w sprawach higieny i ochrony pracy w zakładach przemysłowych. Konieczne są wykłady i pogadanki na temat niebezpieczeństwa i szkodliwości danej gałęzi przemysłu. Praca ta winna iść w porozumieniu z inspektoratem pracy, związkami zawodowymi i kierownictwem fabryki.

Momentem jednak decydującym o najbliższej przyszłości rozwoju profilaktyki chorób zawodowych będzie **poradnictwo zawodowe,** które ubezpieczalnie winny otoczyć specjalnie czułą opieką. Sprawa poradnictwa zawodowego na szczęście weszła już u nas na zupełnie realne tory, gdyż cały szereg miejscowości posiada już dość sprawnie funkcjonujące poradnie zawodowe. Poradnictwo zawodowe wiąże się ściśle z psychotechniką czyli psychologią stosowaną ,której dział gospodarczy zajmuje się między innymi badaniem uzdolnień ogólnych i zawodowych. Psychotechnik bada dokładnie kandydata do zawodu za pomocą specjalnych przyrządów, aby ustalić podstawowe skłonności i prawidłowo je ocenić. Nie ulega kwestii, że psychotechnika jest kolosalnym postępem w stosunku do metody Taylora, który oceniał zdatności zawodowe tylko na zasadzie wydajności a nie wedle zdolności. Jakkolwiek psychotechnika powstała niedawno, wyniki jej są już bardzo znaczne. Badania psychotechniczne muszą być uzupełnione fizjologią i higieną pracy. Do ostatnich czasów lekarze oceniali zdolność zawodową tylko w sensie negatywnym. Ustalono np. że pewien zawód łączy się ze szkodliwością dla przewodu oddechowego, a więc osobnik ze słabymi płucami nie powinien poświęcić się temu zawodowi. Należy jednak na podstawie danych fizjologicznych ustalić i pozytywne podstawy dla oceny uzdolnień zawodowych, opierając się na znajomości procesu pracy, napięcia organizmu w danej pracy, względnie wymagań od poszczególnych narządów. Opracowano już dziś pewne normy ułatwiające orientację zawodową w kierunku poradnictwa i selekcji zawodowej. Dla lekarza i dla psychotechnika profesjologia jest tą podstawą, na której zbudowana jest ich działalność, jako poradników zawodowych.

Związek **między procesem pracy i fizycznym** uzdolnieniem ustala fizjologia pracy. W roku 1913 powstał w Berlinie Instytut fizjologii pracy, którego celem jest rozwiązanie podstaw, mało dotąd zbadanych zagadnień dziedziny fizjologii pracy w różnych praktycznych warunkach, związku między momentem fizjologicznym i psychologicznym itd. Zagadnienia te jeszcze mniej są wyjaśnione niż wpływ poszczególnych zawodów na zdrowie, szkodliwości zawodowe, wpływ jadów, nieszczęśliwe wypadki itd.

W ostatnich latach w Anglii, a szczególnie w Ameryce rozpoczęły się na wielką skalę badania nad znużeniem i wytwórczością. Tu należy wspomnieć o pracach angielskiego fizjologa Kenha, który specjalną uwagę zwrócił na znużenie robotnika, nadliczbowe godziny pracy i pracę nocną, odżywianie i przeszkody w pracy oraz ich wpływ na wydajność pracy. Te momenty grają specjalnie ważną rolę w ustaleniu zdolności zawodowych młodzieży i kobiet. Badania psychotechniczne kobiet należy połączyć z ustaleniem wpływu na czynności psychiczne organizmu kobiecego takich momentów jak miesiączkowanie, ciąża, klimakę itd.

Jaki więc kierunek winny Ubezpieczalnie Społeczne obrać w zapobieganiu chorobom zawodowym?

Przede wszystkim 1) **poradnictwo zawodowe** musi się stać integralnym składnikiem działalności ubezpieczalni społecznych, albowiem w interesie ubezpieczalni leży, aby chorych było jaknajmniej, osiągnąć zaś to można tylko wówczas, gdy osoby predysponowane do pewnych chorób względnie bez kwalifikacji fizycznych czy psychicznych nie będą poświęcać się zawodom, które sprzyjać będą rozwojowi chorób. 2) **Systematyczne** badanie młodzieży pozwoli wyłowić i ustalić chorobę w zarodku, co jest pierwszym postulatem współczesnej

medycyny leczniczej. 3) **Systematyczny przegląd lekarski robotników** pracujących w zawodach szkodliwych dla zdrowia zmniejszy liczbę nieuleczalnych i kalek. Współpraca ubezpieczalni z inspektoratami pracy może wpłynąć w sposób dodatni na uzdrowienie warsztatów pracy przez wprowadzenie do nich ostatnich wymagań techniczno-sanitarnych. Wreszcie — i tu musimy to podkreślić, — profilaktyka w zasadzie zaczyna się i kończy na uświadomieniu sanitarnym, to też w tym kierunku Ubezpieczalnie Społeczne, jako już dziś potężne organizacje zdrowotne mogą odegrać rolę decydującą w uzdrowieniu szerokich mas pracujących. Jednak akcja **sanitarno-oświatowa**, jeśli ma dać wyniki, musi być oparta na zasadach organizacyjnych; musi być planowa, celowa, wytrwała i systematyczna, bez cech dorywczości. W ruch musi być puszczony cały aparat oświatowo-propagandowy jak odczyty, pogadanki, wydawnictwa profilaktyczne („Droga do zdrowia"), ulotki, plakaty o ochronie zdrowia, kino, wystawy stałe i ruchome. Ubezpieczalnie Społeczne winny stać się ośrodkiem towarzystw „walki o zdrowie" lub „Przyjaciół zdrowia", które opierając się o ubezpieczalnie, jako jednostce organizacyjnej, szerzyłyby i popularyzowały hasła „drogi do zdrowia".

Akcja profilaktyczna (półkolonie, kolonie, domy i obozy wypoczynkowe) wiąże się z dużymi kosztami, które pozornie tylko obciążają Ubezpieczalnie Społeczne, ponieważ najbliższa już przyszłość stwierdzi niewątpliwie, iż profilaktyka jest najrentowniejszą lokatą funduszów ubezpieczonych.

W. MAMROTOWA

ZASADNICZE ZMIANY W UPRAWNIENIACH EMERYTALNYCH SALINARZY

W dniu 20 marca br. sejm uchwalił projekt ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, dotyczący robotników przedsiębiorstwa „Polski Monopol Solny". Projekt ten wprowadza zasadniczą zmianę w uprawnieniach emerytalnych tych robotników i stanowi przewrót w ich dotychczasowych tradycjach — posiadania ubezpieczenia zawodowego, chroniącego ich w wypadkach losowych, związanych z pracą w salinach.

Tradycja odrębnego ubezpieczenia emerytalnego „salinarzy" sięga ostatnich lat dziewiętnastego wieku i związana jest ściśle z historią ubezpieczenia górniczego w b. dz. austriackiej (polskie kopalnie soli położone są wszystkie w tej dzielnicy). Ustawa austriacka z 28 lipca 1899 r. o urządzeniu stosunków bractw górniczych, które na zasadzie powszechnej ustawy górniczej są lub będą utworzone (Dz. U. P. austr. Nr. 127), normująca zasady ubezpieczenia górniczego i wprowadzająca przymus ubezpieczenia w bractwach górniczych, zwalniała od tego obowiązku robotników, pracujących w państwowych żupach solnych, jeżeli zapewnione mieli ze strony państwa takie same lub lepsze świadczenia emerytalne (jeżeli wtedy, gdy staną się inwalidami, im, a po ich śmierci ich rodzinom służy na zasadzie istniejących lub przyszłych przepisów prawo do pobierania od państwa prowizji, wynoszącej tyle, co wsparcia ustanowione w § 4, wzgl. 5, albo i więcej" — § 12 ust. 4 ustawy). W wykonaniu powyższego upoważnienia reskrypt Ministra Skarbu z 1893 r. uregulował w odrębny sposób uprawnienia emerytalne „salinarzy", ogłaszając specjalny statut „prowizyjny" (Statut über die Provisionen der männlichen Salinenarbeiter, ihrer Witwen und Waisen mit Berücksichtigung der einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes vom 28 Juli 1889 J. R. G. Bl. nr. 127. bei den K. K. Salinen in Galizien und in der Bukowina). Statut powyższy przetrwał z niewielkimi zmianami do czasów wojennych. W 1918 r. zobowiązania państwa wobec salinarzy potwierdziła Polska Komisja Likwidacyjna w Krakowie, zmieniając nawet niektóre postanowienia na korzyść robotników. W 1922 r. a następnie w 1924 r. na podstawie statutu austriackiego opracowane zostały statuty polskie. Obowiązujący ostatnio tekst nadany został reskryptem Ministrów Przemysłu i Handlu oraz Skarbu w dniu 1 marca 1924 r. (Monior Polski nr. 95 poz. 266), jako „Statut prowizyjny dla robotników, zatrudnionych w Państwowych Żupach Solnych w Małopolsce, oraz zaopatrzenia dla ich wdów i sierot".

W myśl art. 1 działaniem statutu objęci byli robotnicy stali, t. j. „zajęci przy pracach zawodowych w żupach solnych i ponadto... zapisani do ksiąg robotników stałych". W praktyce wszyscy prawie robotnicy żup solnych byli robotnikami stałymi i podlegali działaniu statutu. Prawo do prowizji nabywali salinarze po 10 latach pracy w salinach, przy czym w razie utraty zdolności do zarobkowania wskutek nieszczęśliwego wypadku, doznanego z powodu lub w czasie pełnienia obowiązków służbowych — doliczano dodatkowo 5 lat pracy. Zaznaczyć należy, że powyższy okres wyczekiwania był niekorzystny dla robotników w porównaniu z postanowieniami wspomnianej wyżej ustawy z 1889 r., przewidującej maksymalny 5-letni okres wyczekiwania, wysokość natomiast świadczeń była dla salinarzy znacznie korzystniejsza od świadczeń, udzielanych przez bractwa górnicze. Za podstawę obliczania prowizji przyjęto kwotę $^{7}/_{10}$ „trzydziestokrotnej każdoczesnej zasadniczej płacy szychtowej (dziennej)". Prowizja po 10 latach pracy wynosiła 40% powyższej podstawy wymiaru, wzrastając w miarę lat ubezpieczenia do pełnej podstawy, a więc do 70% miesięcznych zarobków (po 35 latach pracy). Sprowizjonowanie robotników mogło nastąpić z urzędu przez Żupę Solną oraz na jego prośbę. Warunkiem otrzymania prowizji była niezdolność do zarobkowania, rozumiana, jako niezdolność zawodowa do pracy w salinach. Wdowy i sieroty do lat 18 po robotnikach, którzy pobierali prowizje lub też mieli do nich prawo — otrzymywały również odpowiednie świadczenia. Prowizja wdowy wynosiła 50% prowizji zmarłego męża, prowizja zaś sieroca 25% — 50% prowizji wdowej, przy czym łączna suma prowizji nie mogła przekraczać prowizji, przysługującej zmarłemu robotnikowi. Pozostali po robotnikach niezależnie od prowizji otrzymywali pośmiertne w wysokości jednomiesięcznego jego zarobku lub prowizji. Robotnicy nie mający prawa do prowizji z powodu nie przebycia okresu wyczekiwania otrzymywali jednorazową zapomogę w

wysokości trzymiesięcznego zarobku, połowę zaś tego otrzymywały wdowy albo sieroty po takich robotnikach. Świadczenia przewidziane statutem prowizyjnym były zupełnie niezależnie od innych świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych. Jedynie w razie zbiegu z innym świadczeniem, płynącym ze Skarbu Państwa — uprawniony miał prawo wyboru. Ciężar świadczeń prowizyjnych ponosił Polski Monopol Solny. Robotnicy nie byli pociągani do żadnych składek, jednak fakt ten miał rzekomo, jak twierdzili, wpływ na wysokość ich płac bieżących.

Powyżej przedstawiony system świadczeń prowizyjnych salinarzy nosił charakter ubezpieczenia „zastępczego" w stosunku do ubezpieczenia górniczego, unormowanego wspomnianą wyżej ustawą z 28 lipca 1899 r. Ewentualne jego zniesienie lub ograniczenie leżało w kompetencjach Ministrów Przemysłu i Handlu oraz Skarbu, jednak musiałoby być dokonane w drodze odpowiednich postanowień tych ministrów, należycie ogłoszonych i wydanych z honorowaniem praw nabytych. W razie ograniczenia uprawnień określonych statutem prowizyjnym poniżej wymogów ustawy z 1899 r., względnie w wypadku zupełnego zniesienia statutu, robotnicy salinarni byliby przeszli automatycznie do ubezpieczenia górniczego w powszechnych bractwach górniczych.

Powyższy stan prawny zastała ustawa o ubezpieczeniu społecznym i ustosunkowała się do „salinarzy" inaczej, jak do ogółu górników w b. dz. austriackiej. Zarówno jedni, jak i drudzy poddani zostali obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego, jednak górnicy, ubezpieczeni w powszechnych bractwach górniczych objęci zostali działaniem art. 301 ustawy, podczas gdy „salinarze" poddani zostali art. 304. Pomimo, że ubezpieczenie prowizyjne było ubezpieczeniem „zastępczym" w stosunku do ubezpieczenia w bractwach górniczych, to jednak nie zostało ono przez ustawę uznane za ubezpieczenie „w myśl dotychczas obowiązujących ustaw" i nie zostało przejęte przez ubezpieczenie powszechne, na zasadach, określonych w art. 301 ustawy i rozporządzeniu Rady Ministrów z 27 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 102 poz. 791). „Salinarzy" ustawa o ubezpieczeniu społecznym pominęła milczeniem, podstawy jednak prawne ich ubezpieczenia uległy zmianie, i to zasadniczej. Wobec zniesienia ustawy z 28 lipca 1899 r. odebrany został ubezpieczeniu prowizyjnemu jego charakter „zastępczy" w stosunku do ubezpieczenia ustawowego. W ten sposób statut prowizyjny stracił współzależność z przepisami ustawowymi i istnieje od 1 stycznia 1934 r. jako zwykły fundusz emerytalny w zakresie kompetencji Ministrów Przemysłu i Handlu oraz Skarbu (per analogiam — gdyby zniesiono ubezpieczenie pracowników umysłowych, to fundusze np. banków państwowych nie uległyby zniesieniu, a zachowałyby byt samoistny). W ten sposób ubezpieczenie prowizyjne podpadało pod przepisy art. 304 ustawy o ubezpieczeniu społecznym (ust. 2 w związku z ust. 1). W myśl tych przepisów trwało ono dalej i nie mogło zostać zlikwidowane „z powodu wejścia w życie... ustawy", jedynie zaś świadczenia prowizyjne mogły ulec zmniejszeniu odpowiednio do wysokości świadczeń, przewidzianych ustawą. Oczywiście zmiany takie musiałyby być dokonane z zachowaniem odpowiedniej procedury.

Po wejściu więc w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym powstał stan taki, że „salinarze" objęci zostali dwoma systemami ubezpieczeń emerytalnych: systemem ubezpieczenia powszechnego na zasadach ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz systemem ubezpieczenia specjalnego, zawodowego, opartego na statucie prowizyjnym z 1924 r. Stan taki nie spotkał się jednak z uznaniem ze strony robotników salinarnych. Uważali oni, że ubezpieczenie prowizyjne zabezpiecza dostatecznie ich potrzeby ubezpieczeniowe i zaprotestowali przeciwko objęciu ich obowiązkiem ubezpieczenia na zasadach ustawy o ubzpieczeniu społecznym. Protesty te były zrozumiałe, jeśli uwzględni się fakt, że wszyscy prawie robotnicy, przyjmowani do pracy przed 1 stycznia 1934 r. posiadali za sobą wieloletnią pracę w salinach, wobec czego posiadali uprawnienia do świadczeń prowizyjnych. Potrzeba natomiast ubezpieczenia powszechnego dla robotników, przyjmowanych później do pracy, nie była poddawana w wątpliwość. Stanowisko powyższe szło po myśli Polskiego Monopolu Solnego, przy czym, w następstwie tego stanowiska, uważał on za bezprzedmiotowe dalsze istnienie ubezpieczenia prowizyjnego, co znalazło nawet wyraz w tekstach umów o pracę, zawieranych z robotnikami po 1 stycznia 1934 r. Dążenia powyższe nie mogły być jednak realizowane wobec wyraźnych przepisów ustawowych, poddających wszystkich „salinarzy" obowiązkowi ubezpieczenia powszechnego, a traktujących ubezpieczenie prowizyjne, jako ubezpieczenie dodatkowe o charakterze zawodowym.

Uchwalony obecnie przez Sejm projekt ustawy, wysunięty z inicjatywy poselskiej, rozwiązuje zagadnienie po myśli bezpośrednio zainteresowanych t. j. robotników i Monopolu Solnego. Projekt ten zmienia art. 304 ustawy o ubezpieczeniu społecznym i wprowadza dodatkowe przepisy przejściowe. Ze względów formalnych zmieniony zostaje przede wszystkim art. 304 ust. 2. Ustęp ten mówi o zobowiązaniach pracodawców do bezpośredniej wypłaty świadczeń emerytalnych, do których mają odpowiednie zastosowanie przepisy, dotyczące kas emerytalnych robotników. Obecnie projekt dodaje do ustępu 2 wyrazy: „o ile szczególne przepisy ustawy niniejszej nie stanowią inaczej", co stało się konieczne wobec faktu, że rozwiązanie sprawy „salinarzy" zawarte w projekcie, odbiega od zasad, odnoszących się do kas emerytalnych. Rozwiązanie to polega na zniesieniu na przyszłość ubezpieczenia prowizyjnego, z drugiej zaś strony na wyłączeniu z powszechnego ubezpieczenia emerytalnego tych „salinarzy", którzy objęci byli dotychczas ubezpieczeniem prowizyjnym i w ubezpieczeniu tym nadal pozostają. W ten sposób, chociaż to nie jest w projekcie wyraźnie powiedziane — statut prowizyjny utraci moc obowiązującą i będzie miał zastosowanie nadal jedynie w stosunku do „salinarzy", dotychczas przyjętych do pracy i podpadających pod przepisy statutu prowizyjnego (stałych). Robotnicy ci korzystać będą z dobrodziejstw statutu (ok. 2 tys. osób), natomiast nie będą podlegać obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego na zasadach ustawy. Robotnicy zaś, przyjmowani na przyszłość do pracy podlegać będą jedynie obowiązkowi ubezpieczenia powszechnego i ubezpieczenie prowizyjne nie będzie już miało do nich zastosowania. Uzupełnieniem powyższych postanowień jest przepis projektu, upoważniający Ministra Opieki Społecznej do ustalenia, w porozumieniu z Ministrem Skarbu zasad przekazywania składek za robotników, podlegających ubezpieczeniu prowizyjnemu, w przypad-

kach, gdyby przeszli do zatrudnienia, podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia powszechnego, nie uzyskawszy praw do prowizji salinarnej, — a to w celu zaliczenia im przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych okresów pracy w salinach. Przepis ten ma na celu ochronę robotników w przypadkach, gdyby skutkiem wydania ustawy, nie mogli uzyskać świadczeń emerytalnych z żadnego ubezpieczenia.

W ten sposób, w efekcie, ubezpieczenie na zasadach ustawy o ubezpieczeniu społecznym zastąpi ubezpieczenie prowizyjne, przy czym data wstąpienia do pracy, — przed lub po noweli — będzie decydowała, którym ubezpieczeniem dany robotnik salinarny będzie objęty. Rozwiązanie to idzie w kierunku stworzenia ze statutu prowizyjnego jakby „przepisów dotychczas obowiązujących", o których mówi art. 301 ustawy, z tym jednak, że osoby dotychczas ubezpieczone na podstawie statutu prowizyjnego będą ubezpieczone nadal na jego zasadach (aż do wymarcia tej masy ubezpieczonych).

Uzyskanie zgody Senatu na powyższy projekt noweli zdaje się być tylko formalnością, a wówczas załatwienie omawianej sprawy stanie się faktem dokonanym.

Nie wdając się, gdyż nie jest to celem niniejszego sprawozdania, w sprawę bliższej oceny „istotnych" interesów „salinarzy", trudno jednak i na tym miejscu nie poddać w wątpliwość celowości podobnego załatwienia sprawy. Ubezpieczenie „prowizyjne" posiadało charakter ubezpieczenia zawodowego, a takie ubezpieczenie posiada wszak specjalne zadania, odrębne od zadań ubezpieczenia powszechnego. Ubezpieczenie powszechne z samej swej istoty kształtuje się na skromnym poziomie i nie uwzględnia zasadniczo ryzyk zawodowych. Nawet ulgowe warunki do uzyskania świadczeń, przewidziane dla górników nie wyczerpują ich potrzeb, gdyż właśnie w tym zawodzie istnieje szczególna potrzeba i tradycja dodatkowych ubezpieczeń zawodowych, czego wyrazem jest choćby stworzenie ostatnio kosztem dużych ofiar wszystkich czynników zainteresowanych, Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego. Z tego względu przypuszczać należy, że omawiany projekt noweli nie załatwi ostatecznie zagadnienia ubezpieczenia emerytalnego salinarzy, i że po chwilowym uspokojeniu odezwie się znów potrzeba zaspokojenia przez ubezpieczenie społeczne zawodowych interesów tej grupy robotników.

F. KLAS

PRZEJĘCIE PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH WYPŁATY I USTALANIA RENT OD KASY BRATNIEJ ZAGŁĘBIA DĄBROWSKIEGO[1])

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dn. 27 sierpnia 1935 r. o ubezpieczeniu brackim w powiecie będzińskim (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 410), na którego podstawie Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników przejął obciążenie, wynikające z tytułu rent, przyznanych przez b. kasy bratnie w Zagłębiu Dąbrowskim, zleciło nowoutworzonej Kasie Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego dokonanie na rachunek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Funduszu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników) wypłaty rent zaległych, oraz ustalanie i wypłacanie rent bieżących do czasu przejęcia ich wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie osobnego zarządzenia Ministra Opieki Społecznej, które określi termin przejęcia przez Z. U. S. wypłaty tych rent.

Na zasadzie wspomnianego rozporządzenia Minister Opieki Społecznej wydał w dniu 18 lipca 1936 r. zarządzenie, którym zlecił Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych przejęcie z dniem 1 października 1936 r. od Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego wypłaty wszystkich rent płynnych w terminie przejęcia oraz przejęcie przyznawania i wypłaty rent pochodnych (wdowich i sierocych) od rent płynnych. Należy nawiasem zaznaczyć, że zarządzenie Ministra Opieki Społecznej mówi o przejęciu przyznawania (ustalania) tylko przyszłych rent pochodnych (wdowich i sierocych), gdyż od chwili zreformowania ubezpieczenia brackiego górników i zreorganizowania tego ubezpieczenia przez złączenie dawnych dziesięciu kas bratnich w jedną Kasę Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego, zasadniczą formę świadczeń dla robotników — członków Kasy stanowią jednorazowe odprawy, za których wypłatę odpowiada wyłącznie Kasa Bratnia. Zakład przejął więc zamknięty portfel rent (emerytur) robotniczych, składający się z rent, przyznanych przez b. kasy bratnie w Zagłębiu Dąbrowskim przed dniem 1 września 1935 r., w którym na miejsce istniejących do tego czasu dziesięciu kas bratnich została powołana do życia jedna instytucja — Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego.

Portfel przejętych przez Zakład rent robotniczych będzie zatem z biegiem czasu stale się zmniejszał wskutek ubytku (śmierci) rencistów, nie będzie natomiast w nim przybytku nowych rent. Jeżeli zaś chodzi o portfel przejętych rent wdowich i sierocych, to wprawdzie i on będzie się stopniowo zmniejszał, lecz będą w nim również i przybytki nowych rent pochodnych, które będą przyznawane członkom rodziny w miarę wymierania rencistów.

Zarządzeniem swym z dnia 18 lipca 1936 r. w sprawie przejęcia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaty i ustalania rent od Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego Minister Opieki Społecznej zlecił równocześnie Zakładowi przeprowadzenie z Kasą Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego rozrachunku z tytułu wydatków na renty za okres od dnia powstania Kasy (tj. od 1. IX.1935) do dnia przejęcia od niej przez Zakład wypłaty rent (tj. do 1.X.1936), postanawiając zarazem, że rozrachunkiem, który będzie bezodsetkowy, mają być

[1]) Reformę ubezpieczenia brackiego górników w Zagłębiu Dąbrowskim wyczerpująco omówił Dr. St. Fischlowitz w artykule p. t.: „Reforma ubezpieczenia górników w Zagłębiu Dąbrowskim", zamieszczonym w Nr. 10 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z roku 1935.

objęte wydatki Kasy z tytułu: a) wypłaty rent zaległych, b) bieżących rat rentowych za okres rozrachunkowy, c) odpraw kapitałowych i d) kosztów organizacyjnych i administracyjnych Kasy, związanych z wypłatą rent na rachunek Zakładu. Termin przedłożenia Ministerstwu Opieki Społecznej powyższego rozrachunku do zatwierdzenia został ustalony na dzień 31.XII. 1936 r.

Wykonując wspomniane zarządzenie, Zakład przejął (we wrześniu ub. r.) od Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego karty likwidacyjne rentowe, stanowiące podstawę do wypłaty rent, oraz inne potrzebne materiały, przygotował przed końcem września wypłatę przejętych rent pod względem technicznym i 28 września przesłał P. K. O. zlecenie wypłaty rent za październik.

Ilość przejętych przez Zakład rent płynnych wynosiła na dzień 1.X.1936 r.:

1) rent (emerytur) robotniczych	— 676	na mies. sumę	13.793,90 zł.
2) rent wdowich	— 991	„ „ „	12.885,95 zł.
3) rent sierocych	— 209	„ „ „	1.693,99 zł.
Ogółem rent	1.876	na mies. sumę	28.373,84 zł.

Należy podkreślić, że liczba ta nie obejmuje rent, które z mocy rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z 27.VIII.1935 r. przejął Zakład (Fundusz Ubezp. Emer. Rob.), lecz które na podstawie zarządzenia Ministra Opieki Społecznej o kapitalizacji rent brackich z ubezpieczenia w Zagłębiu Dąbrowskim zostały skapitalizowane przez Kasę Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego przed przejęciem od niej przez Zakład wypłaty wspomnianych rent. Ilość rent skapitalizowanych i wypłacone przez Kasę Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego na rachunek Zakładu kwoty tytułem kapitałowych odpraw podane są niżej w części omawiającej rozrachunek między Zakładem i Kasą Bratnią.

Zakład przejął nadto 116 rent, po których odbiór uprawnieni nie zgłaszają się od dłuższego czasu (wielu od kilku i kilkunastu nawet lat), przy czym niewiadomo, którzy z nich pozostają jeszcze przy życiu i gdzie się znajdują. Na te 116 rent składają się: 24 renty robotnicze na miesięczną kwotę 309 zł. 10 gr., 84 renty wdowie na mies. kwotę 779 zł. 95 gr. i 8 rent sierocych na kwotę mies. 74 zł. 77 gr. Zaległość z tytułu powyższych rent, po których odbiór uprawnieni nie zgłaszają się, wynosiła na dzień 1 września 1935 r. (tj. na dzień powstania Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego) ogółem kwotę 36.210.09 zł. Z kwoty tej Zakład wypłacił dotychczas zaledwie 164,80 zł. dwóm wdowom, które zgłosiły się po należne im renty. Pozostało więc jeszcze 114 tego rodzaju rent, obciążających Zakład w/g stanu na dzień 1.III. b. r. kwotą około 57.000 zł. Niewątpliwie jednak wypłaty z tytułu tego rodzaju rent zaległych będą bardzo małe, gdyż według wszelkiego prawdopodobieństwa cały szereg osób z pośród uprawnionych już nie żyje, bądź przebywa za granicą, o czym można sądzić z faktu, że — jak wyżej wspomniano — wiele z nich nie zgłasza się po odbiór rent od dłuższego już czasu, wynoszącego kilka, a często kilkanaście lat.

Przejęte przez Zakład renty robotnicze wynoszą od kilku do kilkudziesięciu złotych miesięcznie. Tak znaczne różnice w wysokości tych rent wynikają stąd, że b. kasy bratnie przyznawały je w wymiarze, zależnym od lat członkostwa i takich czynników, jak stan rodzinny członka kasy i stan funduszów kasy.

Przeciętna wysokość przejętych rent płynnych wynosiła w stosunku miesięcznym:

1) rent (emerytur) robotniczych	— 20 zł. 40 gr.
2) rent wdowich	— 13 zł. — —
3) rent sierocych	— 8 zł. 10 gr.

Renty, których wypłatę Zakład przejął z dniem 1.X.1936 r. od Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego, były przyznane przez następujące b. kasy bratnie poszczególnych przedsiębiorstw górniczych:

1) Kasę Pomocy Robotników Tow. Kopalń i Zakładów Hutniczych Sosnowieckich,

2) Kasę Wsparcia Robotników Kopalń Węgla Tow. Francusko-Włoskiego,

3) Kasę Bratniej Pomocy Robotn. Tow. Przem.-Górn. „Renard",

4) Kasę Pomocy dla Robotników Kopalń „Flora",

5) Kasę Pomocy Robotników Warszawskiego Tow. Kopalń Węgla i Zakładów Hutniczych,

6) Kasę Pomocy Robotn. Tow. Bezimiennego Kopalń Węgla „Czeladź",

7) Kasę Bratniej Pomocy Robotn. Zakładów „Solvay" w Grodźcu.

Z pozostałych trzech kas bratnich, które wraz z wyżej wymienionymi siedmioma kasami, zostały połączone w Kasę Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego, a mianowicie:

1) Kasa Wzaj. Pomocy Robotn. Kopalń Węgla Tow. Górn.-Przem. „Saturn",

2) Kasa Bratnia przy Grodzieckim Tow. Kopalń Węgla i Zakładów Przem. i

3) Kasa Zapomogowa Kopalni „Jakób" w Niemczech,

nie przejął Zakład żadnych rent płynnych. Kasa Zapomogowa kopalni „Jakób", od początku swego istnienia (r. 1926) nie udzielała bowiem świadczeń rentowych, lecz wypłacała jedynie jednorazowe odprawy, a jeżeli chodzi o Kasę Wzaj. Pomocy przy Tow. „Saturn" i Kasę Bratnią przy Tow. Grodzieckim, Kasy te, które powstały po zlikwidowaniu swych poprzedniczek, dawniej działających przy tych przedsiębiorstwach, zlikwidowały przyznane renty na podstawie statutów dawniejszych kas bratnich przez wypłacenie rencistom jednorazowych odpraw.

Przyznawanie przez Zakład rent wdowich i sierocych będzie dokonywane po rencistach pierwszych pięciu z pośród wyżej wymienionych siedmiu b. kas bratnich, t. zn. po rencistach b. kas bratnich: Tow. Sosnowieckiego, Francusko-Włoskiego, Tow. „Renard", kop. „Flora" i Tow. Warszawskiego, gdyż z b. Kasy Bratniej Tow. „Solvay" zostały przejęte tylko renty sierocе, a jeżeli chodzi o b. Kasę Pomocy Tow. „Czeladź", to wprawdzie Zakład przejął po niej i renty (emerytury) robotnicze (prócz rent wdowich i sierocych), lecz nie jest zobowiązany do wypłaty rent pochodnych po emerytach, gdyż i Kasa ta nie była do tego zobowiązana. Jak wynika z protokółu z dnia 6 lipca 1929 r., dotyczącego likwidacji istniejącej przy

T-wie „Czeladź" do r. 1929 „Kasy Wsparć Robotników T-wa Czeladź" i utworzenia nowej kasy bratniej pod nazwą „Kasa Pomocy Robotników T-wa Bezimiennego Kopalń Węgla Czeladź", renty (emerytury) robotnicze, które po tej ostatniej Kasie przejęła Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego, a od niej Zakład, są to renty, które T-wo „Czeladź" przyznało w swoim czasie dobrowolnie niektórym swym wysłużonym robotnikom. Wypłatę tych rent przejęła w r. 1929 od T-wa „Czeladź" Kasa Pomocy T-wa „Czeladź" w zamian za pewną rekompensatę ze strony przedsiębiorstwa, bez zobowiązań jednak do wypłaty rent pochodnych po zmarłych rencistach.

Wymiar rent wdowich i sierocych po rencistach wyżej wymienionych 5-ciu b. kas bratnich, po których Zakład przejął wypłatę rent (emerytur) robotniczych wraz z zobowiązaniem do wypłaty rent pochodnych, będzie dokonywany w/g postanowień statutów, na których podstawie przyznane i wymierzone były renty robotnicze. Te postanowienia zawarte są w zatwierdzonych przez ross. ministra rolnictwa i dóbr państwa w dn. 29.XI.1901 r. t. zw. „przepisach tymczasowych" lub „przepisach czasowych" dla poszczególnych kas, oraz uzupełniających te „przepisy" późniejszych uchwałach zarządów kas.

Uprawnienia do rent wdowich i sierocych oraz wymiar tych rent nie zostały uregulowane jednolicie we wspomnianych „przepisach tymczasowych", a późniejsze uchwały zarządów kas wprowadziły w tym zakresie jeszcze większe zróżniczkowanie. W sposób jednolity uregulowane są tylko warunki nabycia prawa do renty wdowiej: wdowa nabywa prawo do renty wdowiej po śmierci męża, prawo do renty wdowiej nie jest zależne od niezdolności wdowy do zarobkowania, wdowa nie ma prawa do renty, jeżeli zmarły jej mąż pobierał już rentę w chwili zawierania związku małżeńskiego; w razie ponownego zamążpójścia wdowa traci prawo do renty.

Różnolicie natomiast przedstawia się sprawa wymiaru rent wdowich i sierocych, oraz warunków uprawnień do rent sierocych, dotyczących granicy wieku sierot, do jakiej przysługuje im prawo do rent. Wdowom po rencistach (emerytach) b. kas bratnich przy Tow. Sosnowieckim i T-wie „Hr. Renard" przysługują renty w wysokości ⅔ renty zmarłego męża, wdowcom po rencistach T-wa Francusko-Włoskiego i kopalni „Flora" — w wysokości ½ renty zmarłego męża, wdowy po rencistach T-wa Warszawskiego otrzymują jednolite renty, wynoszące 17 zł. miesięcznie. Sierotom przysługuje prawo do rent po ukończeniu: 14 lat życia — T-wo Sosnowieckie, Warszawskie i kop. „Flora", 15 lat życia — T-wo Francusko-Włoskie i T-wo „Hr. Renard", przy czym po rencistach b. kasy bratniej przy T-wie Francusko-Włoskim przysługuje również prawo do rent sierocych i dzieciom w wieku powyżej 15 lat życia, jeżeli są one niezdolne do pracy. Po rencistach b. kasy bratniej T-wa Sosnowieckiego mają prawo do rent sierocych tylko sieroty zupełne (bez ojca i matki), podczas gdy po rencistach innych kas prawo do rent sierocych przysługuje zarówno sierotom zupełnym jak i niezupełnym. Renty sieroce wynoszą: po rencistach T-wa Sosnowieckiego — po ¼ emerytury ojca dla każdej sieroty z zastrzeżeniem, że renty sieroce nie mogą łącznie przekraczać ¾ tej emerytury; po rencistach Tow. „Hr. Renard" i kop. „Flora" należy się sierotom, których matka żyje: 1 sierocie — ⅙ emerytury ojca, 2 lub więcej sierotom — ¼ tej emerytury, sierotom zaś zupełnym — po ¼ emerytury ojca z zastrzeżeniem, że łącznie renty sieroce mogą wynosić najwyżej ¾ emerytury ojca; po rencistach T-wa Francusko-Włoskiego sierotom niezupełnym przysługują renty w wysokości po 2 zł. 13 gr. miesięcznie dla każdej z nich, sierotom zupełnym — po 4 zł. 27 gr. miesięcznie; po rencistach T-wa Warszawskiego sieroty tak niezupełne jak i zupełne otrzymują renty w kwocie 15 zł. miesięcznie. Jak z powyższego wynika istnieją bardzo znaczne różnice w wymiarze rent sierocych.

Materiały do rozrachunku między Zakładem a Kasą Bratnią Zagłębia Dąbrowskiego, którego przedłużenie władzy nadzorczej zarządzenie Ministra Opieki Społecznej z 18 lipca 1936 r. ustaliło na dzień 31.XII.1936 r., otrzymał Zakład z Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego w połowie listopada 1936 r. Ostateczny wynik rozrachunku przedstawiał się następująco:

Kasa Bratnia wypłaciła na rachunek Zakładu w okresie od 1.IX.1935 r. (tj. od dnia powstania Kasy) do 1.X.1936 r. (tj. do dnia przejęcia przez Zakład rent brackich) tytułem:

a)	rent zaległych, których nie wypłaciły b. kasy bratnie	— 439.128,33 zł.
b)	rent bieżących	— 496.515,73 zł
c)	kapitałowych odpraw dla 437 emerytów	— 487.619,51 zł.
d)	kapitałowych odpraw dla 679 wdów	— 566.175,24 zł.
e)	rent mylnie przekazanych nieuprawnionym osobom	— 1.083,90 zł.
	Razem	1.990.522,71 zł.

Osobną pozycję rozrachunku z Kasą Bratnią stanowiły koszty administracyjne i organizacyjne Kasy, związane z dokonywaną przez nią do 1.X.1936 r. wypłatą rent brackich na rachunek Zakładu. Wydatki, które z tego tytułu przypadły na Zakład, wyniosły:

a)	wynagrodzenie personelu	— 8.463,13 zł.
b)	diety i przejazdy Komisji Rewiz.	— 26,30 zł.
c)	„ „ Zarządu Głównego	— 276,80 zł.
d)	koszty przekazywania rent	— 8.689,31 zł.
e)	materiały piśmienne	— 1.614,36 zł.
f)	porto	— 1.491,07 zł.
g)	telefon	— 119,60 zł.
h)	komorne i światło	— 290,35 zł
	Razem	20.970,92 zł.

Łączna kwota wydatków, która w wyniku przeprowadzonego rozrachunku przypadła Kasie Bratniej od Zakładu, wyniosła zatem 2.011.493,63 zł. Należy nawiasem zaznaczyć, że nie został jeszcze dokonany podział wydatków na Komisję Rozjemczą Kasy, których przypadającą na Zakład część ma podać Kasa Zakładowi po zakończeniu przez tę komisję rozpatrywania spraw rentowych. Te wydatki wpłyną oczywiście w nieznacznej tylko mierze na zwiększenie podanej kwoty 2.011.493,63 zł., przypadającej Zakładowi do pokrycia w wyniku rozrachunku z Kasą Bratnią.

Jak wynika z podanych wyżej liczb przeciętna wysokość kapitałowych odpraw, wypłaconych robotnikom, wynosiła 1.115 zł. 83 gr., przeciętna wysokość kapitałowych odpraw dla wdów — 833 zł. 84 gr. Z kapitaliza-

cji rent skorzystało ca 57% osób uprawnionych do zgłoszenia wniosków o kapitalizację rent. Interesującą byłoby rzeczą sprawdzić, w jaki sposób zużytkowały osoby, którym renty skapitalizowano, uzyskane odprawy kapitałowe, w szczególności jaka część sumy, wypłaconej tytułem kapitałowych odpraw, została zużytkowana na cele konsumpcyjne, jaka zaś na cele gospodarcze i jakiego rodzaju cele. Brak jednak jakichkolwiek danych, na których podstawie możnaby co do tego wysnuć jakieś wnioski lub przypuszczenia.

Należy w końcu jeszcze nadmienić, że wg. przeprowadzonych w Zakładzie obliczeń technicznych, kapitałowa wartość na dzień 1.IX.1935 przejętych rent płynnych, które nie zostały skapitalizowane, z wartością uprawnień do rent pochodnych wynosi 3.207.000 zł. Dodając do tej sumy kwotę, stanowiącą wynik rozrachunku z Kasą Bratnią Zagł. Dąbr., otrzymamy pełną wysokość obciążenia F. U. E. R., spowodowanego przejęciem przez ten Fundusz bieżących i zaległych rent z ubezpieczenia w zagłębiowskich kasach bratnich. Obciążenie to wyraża się kwotą 5 milionów 200 tys. zł.

Dr MARIAN MOSKWA

SAMOKSZTAŁCENIE PRACOWNIKÓW INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ogół społeczeństwa nie zdaje sobie jeszcze w dostatecznym stopniu sprawy ze wzrastającego znaczenia ubezpieczeń społecznych. Jakkolwiek znaczny odłam społeczeństwa odczułby dotkliwie brak świadczeń, udzielanych przez poszczególne rodzaje ubezpieczeń, to nie rozpowszechniła się jeszcze odpowiednio świadomość znaczenia w ramach gospodarki narodowej i w przekroju międzynarodowym tego urządzenia, które począwszy od drugiej połowy XIX w. rozpowszechniło się stopniowo w krajach cywilizowanych wszystkich pięciu części świata.

Nie wiele odmienniej rzecz się ma z oceną zadań i charakteru czynności pracowników ubezpieczeń społecznych. Świadomość tego zwolna tylko przenika w głąb masy pracowniczej. Przyczyny tego w naszych warunkach należy szukać w okolicznościach, w jakich odbywał się na ziemiach polskich rozwój instytucyj ubezpieczeń społecznych. W pierwszych latach odrodzonego państwa polskiego obowiązywało powszechnie jedynie ubezpieczenie chorobowe administrowane przez stosunkowo małe kasy chorych, które w swym szczupłym zakresie zadań stawały się częstokroć terenem politycznych czy też osobistych lokalnych rozgrywek. Urzędników angażowano z najrozmaitszych zawodów i zasadzano ich do pracy bez przygotowania i wyszkolenia. Rozproszkowanie ośrodków dyspozycyjnych w kierownictwie całości ubezpieczeń powodowało naturalne konsekwencje w braku jednolitych norm, określających wymogi wykształcenia i zawodowego wyszkolenia. Oczywiście w tym całym zespole personelu administracyjnego były również jednostki, które jako działacze społeczni i pionierzy rozwoju ubezpieczeń społecznych, rozwijali bardzo owocną działalność. Kadra tych pełnowartościowych pracowników była jednakże szczupła, a cym samym skuteczność promieniowania ich wartosci osobistych była nieznaczną.

Wymogi, jakie należy stawiać pracownikom ubezpieczeń społecznych wzrastały i wzrastają w miarę wprowadzania co raz to nowych rodzajów ubezpieczeń, w miarę co raz silniejszego zazębiania się wzajemnego działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych, powstawania konwencyj międzynarodowych, wiążących działalność ubezpieczeniową poszczególnych krajów i wreszcie reform ostatnich lat, rozszerzających zakres działania poszczególnych instytucyj ubezpieczeniowych w Polsce. Praca w instytucji ubezpieczeniowej wymaga dziś nie tylko odczuwania społecznego i wyrobienia sumienności. Nie wystarcza ograniczona znajomość prostych zasad służby biurowej. Potrzebną jest znajomość najrozmaitszych przepisów ustawowych, zarządzeń administracyjnych, ustaw regulujących stosunki pracy i stosunki gospodarcze. Obok znajomości zasad księgowości i rachunkowości musi wartościowy urzędnik ubezpieczeniowy zdawać sobie sprawę z ducha przemian, jakie przechodzi jego własny kraj, zaznajomić się z międzynarodowymi socjalnymi i gospodarczymi zazębieniami. Ustawodawstwo socjalne znajduje się w stałym rozwoju. Ubezpieczenia społeczne stają się ważnym czynnikiem struktury społecznej i gospodarczej, a tym samym stają co raz większe zadania przed tymi, którzy sprawują związane z tym funkcje.

Ubezpieczenia społeczne mają za zadanie troskę o zdrowie, a tym samym o zdolność do pracy szerokich rzesz świata pracy. Jest to bardzo ważne zadanie natury państwowej i socjologicznej.

W obecnym stanie rzeczy wymogi kwalifikacyj wykształceniowych są jedynie ogólnie określone w przepisach służbowych. Wskazują one minima wykształcenia ogólnego dla poszczególnych kategoryj urzędników i zawierają postanowienie, że jednym z warunków stabilizacji jest złożenie egzaminu fachowego. Jednakowoż nie istnieją na razie żadne wykonawcze zarządzenia w zakresie egzaminów. Jedynym za tym środkiem szkolenia jest praktyczne wykonywanie obowiązków służbowych, które siłą faktu jest ograniczone do sfery zadań związanych z pełnioną funkcją.

Istnieje w tej sytuacji jedna możliwość pogłębiania i rozszerzania wiadomości fachowych a jest nią samokształcenie. Jednakże jest to metoda nie łatwa. Wymaga ona przedewszystkiem silnej woli, ażeby przy ciężkich nieraz warunkach pracy i związanym z tym zmęczeniem umysłowym i nerwowym zdobyć się na odpowiedni wysiłek woli i poświęcać stale pewien czas na naukę. Duże znaczenie ma również metoda pracy. Dlatego wydaje mi się pożytecznym podanie kilku uwag omawiających niektóre środki, ułatwiające samokształcenie i jego metodykę.

Każdy pracownik już po krótkim nawet okresie pracy może przekonać się, że potrzebne wiadomości dzielą się na dwie części: jedną stanowią wiadomości,

potrzebne mu w każdej chwili przy wykonywaniu obowiązków służbowych. Opanowanie tych wiadomości daje codzienna praktyka pracy. Poza tym jednak istnieje cały b. wielki dział wiadomości, których zastosowanie w praktyce codziennej zdarza się rzadziej jednakowoż stanowią one zasób wiedzy, potrzebny dla pracownika w celu ogólnej fachowej orientacji. Oczywiście wiadomości tych wszystkich opanować pamięciowo nie sposób. Niemożliwym jest pamięciowe opanowanie całego materiału. Pamięć musi tu odgrywać rolę czynnika orientacyjnego w sensie jak najłatwiejszego odnalezienia potrzebnych przepisów i wiadomości we właściwych źródłach. Dla przykładu możemy wziąć doświadczonego adwokata, który po dłuższym okresie pracy nie zachowuje może w pamięci dosłownej znajomości tekstów poszczególnych przepisów, w przeciwieństwie do młodego prawnika, który zdawszy świeżo egzaminy ma jeszcze dużo pamięciowych wiadomości wyniesionych bezpośrednio z nauki. Za to ten doświadczony adwokat dysponuje niewątpliwie pamięcią orientacyjną, służącą mu do łatwego odszukiwania potrzebnych tekstów ustawowych i innych materiałów prawnych. Jego wiedza polega na posiadanym księgozbiorze prawniczym, zbiorach orzecznictwa, na rozmaitych zapiskach i t. p.

Przez to porównanie dochodzimy do pewnych elementów, jakie są konieczne dla utrzymania w stałej kontroli potrzebnego zasobu wiadomości. Należy tu przedewszystkiem fachowa biblioteka. Oczywiście ideał posiadania obszernej fachowej biblioteki jest prawie że nie do zrealizowania dla przeciętnego pracownika ubezpieczeniowego. Trudności, nasuwające się wynikają przedewszystkiem z drożyzny książki na polskim rynku księgarskim, która nie pozwala przy bardzo skromnych przeciętnych budżetach pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych na zakupywanie znaczniejszej ilości książek. Druga trudność wynika stąd, że polska bibliografia dotycząca ubezpieczeń społecznych jest jeszcze stosunkowo szczupła. Znajdujemy jednakże dostateczne materiały do kompletowania fachowych podręcznych bibliotek prywatnych w wydawnictwach Instytutu Spraw Społecznych, w dawniejszych wydawnictwach b. Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, wreszcie w rocznikach i w bibliotece Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych. Pracownik, dbały o pogłębianie swej wiedzy fachowej powinien posiadać kilka przynajmniej zasadniczych książek, zawierających zbiory przepisów ustawowych z dziedziny ubezpieczeń społecznych i ustawodawstwa socjalnego.

Wykorzystanie w całej rozciągłości własnych książek fachowych wymaga utrzymania ich treści w aktualności i uzupełniania dodatkowymi materiałami. To też własne książki fachowe czyta się z ołówkiem w ręku, używając nawet ewentualnie kilku ołówków w różnych kolorach. Służą one do podkreślania pewnych zasadniczych ustępów, do uwag na marginesie, do wpisywania notatek uzupełniających. Poza tym należy uzupełniać posiadane teksty wstawkami doklejanymi, które mogą zawierać interpretację przepisów, judykaturę, odsyłacze do źródeł, względnie wyjaśnień władzy nadzorczej i t. p. W ten sposób książka nabiera wartości dla jej posiadacza, jest utrzymana w stanie stałej aktualności i ułatwia bardzo pracę. Niewątpliwie system ten wymaga od posiadacza książki pewnego wkładu sumienności i systematyczności, ale korzyści z tym związane wynagradzają poniesiony trud.

Pożytecznym jest bardzo, o ile znajdą się osoby chętne do współpracy, wspólne przerabianie materiałów, połączone z dyskusją i notatami. Dotyczy to zwłaszcza studiowania takich książek, które pracownik nie może sam sobie sprawić, a które znajdują się ewentualnie w bibliotece instytucji. Tutaj należy zwrócić uwagę na znaczenie, jakie dla dobra służby posiada biblioteka instytucji, zaopatrywana w odpowiedni sposób w fachowe wydawnictwa. Orientacji w tym kierunku zarówno dla instytucji jak i dla poszczególnych pracowników dostarcza rubryka Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych, poświęcona przeglądowi wydawnictw i fachowej prasie zagranicznej. Służy ona jako przewodnik, wskazujący, gdzie można znaleźć materiały dotyczące poszczególnych działów ubezpieczeń lub zagadnień ogólnych. Prawdziwie sumienny czytelnik może przy pomocy tych źródeł informacyjnych założyć sobie indeks, względnie kartotekę, w której w/g. działów odnotowuje najważniejsze publikacje i dzieła. Ten ostatni sposób może wydać się zbyt drobiazgowym i męczącym. Jednakowoż stosowanie go ułatwia ogromnie pracę w momencie, gdy zainteresowany pracownik pragnie przestudiować pewne zagadnienie lub ma je opracować.

Tych kilka uwag może służyć jako praktyczny wskaźnik do organizacji systematycznego samokształcenia. W chwili obecnej, gdy urzędowa organizacja szkolenia i dokształcania pracowników nie została jeszcze zrealizowana, pozostaje dla pracowników pragnących pogłębienia swej wiedzy fachowej tylko droga samokształcenia. Praca tego rodzaju wymaga stosowania pewnej systematycznej metody, ażeby mogła być wykonywana z jak najbardziej ekonomicznym nakładem czasu i pozostawiać trwałe korzyści. Podane wyżej uwagi powinny ułatwić systematyczność pracy.

Prosimy o odnowienie prenumeraty
na rok 1937

JAN ZAWADZKI

CZECHOSŁOWACKIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W CZASIE KRYZYSU GOSPODARCZEGO

(Dokończenie)

III. Świadczenia.

W ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych t. zw. ruch rent w latach 1932 — 1935 (za poprzednie lata brak danych) był następujący:

Tablica Nr 15

Rok	Stan na 1 stycznia	Przybyło rent	Ubyło rent	Stan w końcu roku
1932	35 433	9 007	2 609	41 831
1933	41 841	9 207	2 932	48 106
1934	48 106	10 067	4 244	53 929
1935	53 929	10 438	3 433	60 934

Bardziej szczegółowe dane, dotyczące rent ubezpieczenia pracowników umysłowych czytelnik znajdzie w „Przeglądzie" Nr. 5 z 1936 r. (str. 373 — 375 „Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych w Czechosłowacji w świetle cyfr").

Niżej podajemy zestawienia, dotyczące kwot świadczeń obowiązkowych, wypłacanych z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych w latach 1929 — 1935; przy czym odrębnie podano kwoty zasadniczych świadczeń przewidzianych ustawą i znajdujących pokrycie w normalnej składce, a odrębnie wszelkie podwyższenia świadczeń, wynikające czyto z zaliczenia do ubezpieczenia czasu zatrudnienia poprzednio nie objętego ubezpieczeniem (uprzywilejowanie starszych roczników, w tym celu nałożono specjalną składkę, płatną przez 40 lat), czy też z zaliczenia do ubezpieczenia czasu służby wojskowej podczas wojny (wydatki z tego tytułu pokrywa państwo).

Świadczenia obowiązkowe Powszechnego Zakładu Pensyjnego w latach 1929 — 1935

Tablica Nr 16

Rok	Renty ubezpieczonych	Renty pozostałych	Świadczenia jednorazowe	Sumy
	w milionach koron			
	a) świadczenia podstawowe			
1929	87,3	39,0	31,3	157,6
1930	107,9	42,6	26,6	177,1
1931	133,0	47,6	25,0	205,6
1932	171,1	53,7	24,5	249,3
1933	209,1	60,4	22,6	292,1
1934	248,8	67,2	23,0	339,0
1935	279,3	75,0	24,5	379,0
	b) podwyżki świadczeń wskutek zaliczenia do ubezpieczenia nieubezpieczonego poprzednio zatrudnienia (§ 177a ustawy)			
1929	—	—	—	—
1930	—	—	—	—
1931	17,0	2,0	0,1	19,1
1932	51,1	13,0	0,8	64,9
1933	50,1	10,5	0,8	61,4
1934	53,5	11,2	0,8	65,5
1935	56,3	12,2	0,8	69,3
	c) podwyżki świadczeń wskutek zaliczenia służby wojennej (§ 176 ustawy)			
1929	—	—	—	—
1930	1,0	1,0	—	2,0
1931	1,9	1,9	—	3,8
1932	2,4	1,4	—	3,8
1933	2,9	1,4	—	4,3
1934	5,2	2,0	—	7,2
1935	10,7	4,4	—	15,1

Ogółem wypłacono w latach 1919 — 1935 tytułem świadczeń koron:

Tablica Nr 17

	1919 — 1923	1924 — 1928	1929 — 1935	Razem
Renty	7 622 968	49 427 015	1 898 946 091	1 955 996 074
dodatki drożyźniane	25 904 950	175 710 493	2 727 660	204 343 103
świadczenia jednorazowe	3 734 840	8 376 449	180 692 179	192 803 468
świadczenia dobrowolne	3 563 276	25 680 395	206 507 469	235 751 140
dodatek państwa	—	—	36 377 566	36 377 566
zwroty składek i rezerw	—	19 740 725	85 089 403	105 830 128
Sumy świadczeń	40 826 034	278 935 077	2 411 340 368	2 731 101 479

Świadczenia dobrowolne ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych zawiera następujące zestawienie (w koronach):

Z powyższych zestawień okazuje się, że sumy świadczeń obowiązkowych z roku na rok wzrastają, a dzieje się to nie tylko wskutek przyczyn normalnych — z biegiem lat wzrasta wskutek przebycia okresu wyczekiwania liczba osób uprawnionych do świadczeń, — lecz i skutkiem tej okoliczności, że w okresie kryzysu gospodarczego następuje wzrost liczby rent inwalidzkich i starczych zwłaszcza, że w Czechosłowacji nie było i dotychczas nie wprowadzono ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Następujące zestawienie zawiera dane bezwzględne i względne zaszłych faktycznie wypadków inwalidztwa i wypadków spodziewanych. Z tego zestawienia widać, że jeszcze w 1929 r. przebieg wypadków inwalidztwa był normalny i odpowiadał założeniom asekuracyjno-technicznym ustawy, ale

Tablica Nr 18

Rodzaj świadczenia	1929 r.	1932 r.	1935 r.
1. Pomoc lecznicza . .	5 314 324	9 933 177	9 346 742
2. Zapomogi dla bezrobotnych	715 195	14 622 789	8 527 341
3. Leczenie rencistów .	1 033 544	9 872 665	13 955 513
4. Zapomogi dla rencistów	171 230	2 560	—
5. Podatek dochodowy wypłacony za rencistów	10 374	747 822	52
6. Zapomogi z funduszu im. Masaryka . . .	218 974	122 316	198 401
7. Dopłaty do rent za 1928 r.	16 838 766	13 788	—
Suma świadczeń .	24 302 407	35 315 117	32 028 049

już w 1930, tj. z wzrastającym nasileniem kryzysu wzrasta również i liczba rent inwalidzkich, która osiąga maksimum w 1932 r. Później następuje poprawa, ilość nowych rent inwalidzkich maleje i dane z 1936 r. świadczą o tem, że następuje powrót do stosunków normalnych.

Tablica Nr 19

Rok	Liczba rent inwalidzkich wypłaconych	Liczba rent inwalidzkich przewidywanych	Nadwyżka	w %	Liczba rent kryzysowych
		a) mężczyźni			
1929	963	963	—	—	—
1930	1 256	1 011	245	24	245
1931	1 846	1 062	784	74	1 014
1932	2 572	1 115	1 457	131	2 410
1933	2 439	1 171	1 268	108	3 533
1934	2 100	1 230	870	71	4 191
1935	1 800	1 292	508	39	4 498
		b) kobiety			
1929	253	253	—	—	—
1930	293	292	1	—	1
1931	406	327	79	24	80
1932	540	356	184	52	259
1933	538	381	157	41	401
1934	500	408	92	23	468
1935	470	428	42	10	481

c) warunkowe renty starcze mężczyzn

Rok	Liczba rent wypłaconych	Liczba rent przewidywanych	nadwyżka	w %	Liczba rencistów „kryzysowych" którzy nie ukończyli 65 lat	ponad 65 lat
1929	613	613	—	—	—	—
1930	1 000	644	356	65	350	6
1931	1 444	676	738	109	1 008	59
1932	1 976	710	1 266	178	1 953	315
1933	1 956	746	1 210	162	2 612	698
1934	1 930	986	944	96	3 054	1 163
1935	1 900	1 300	600	46	2 776	1 763

Na ilość rent, a tym samym na wysokość kwot wypłacanych świadczeń rentowych wywiera wpływ nie tylko stan gospodarki społecznej, lecz niemniej i przedłużanie się życia ludzkiego, a więc dłuższy czasokres pobierania rent. Jak zmniejszyła się śmiertelność rencistów inwalidów, rencistek wdów i możliwość ponownego wchodzenia w związki małżeńskie wdów ilustrują to niżej podane zestawienia:

Tablica Nr 20

Renty inwalidzkie	Liczba rent badanych	Liczby reaktywowanych	Wypadki śmierci przewidywane	Wypadki śmierci zaszły istotnie	zmniejszenie się śmiertelności w %
	w latach 1929 — 1931				
mężczyźni	22 472	123	1 367	1 238	9
kobiety	3 519	67	212	135	36
Razem	25 991	190	1 579	1 373	13
	w latach 1932 — 1934				
mężczyźni	38 716	335	2 380	1 850	22
kobiety	6 917	169	412	172	58
Razem	45 633	504	2 792	2 022	28
	w latach 1929 — 1934				
mężczyźni	61 188	458	3 749	3 088	18
kobiety	10 436	236	624	307	51
Razem	71 624	694	4 373	3 395	22

Renty wdowie w latach	Liczby rent badanych	Wypadki śmierci przewidywane	Wypadki śmierci zaszłe istotnie	Wypadki śmierci w % mniej	Ponowne małżeństwa przewidywane	Ponowne małżeństwa zaszłe istotnie	Ponowne małżeństwa w % mniej
1929—1931	29 412	775	495	36,1	498	151	69,7
1932—1934	41 044	1 235	781	36,8	630	130	79,4
1929—1934	70 456	2 010	1 276	36,5	1 128	281	75,1

Stale postępujące zmniejszanie się procentu ponownych małżeństw wdowich, tłumaczy się skutkami kryzysu gospodarczego (w ogóle liczba małżeństw spada) i do pewnego stopnia również jest skutkiem przedłużonego życia w ogóle mężczyzn (mężczyźni w późniejszym wieku umierają, małżeństwa dłużej trwają i pozostałe wdowy są starsze).

W ubezpieczeniu emerytalnym robotników, podobnie jak i w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych, zauważyć można wskutek kryzysu gospodarczego, stale postępujący wzrost liczby rent inwalidzkich, tak że w końcu 1935 r. liczba rent inwalidzkich była o 75% wyższa niż wynikało z założeń asekuracyjno-technicznych ustawy. Zjawisko to, jak widać z podanego niżej zestawienia, zależne jest również poniekąd od wieku ubezpieczonych, stosunkowy bowiem wzrost liczby rent inwalidzkich był następujący:

grupy wieku	mężczyźni	kobiety
21 — 25	125,8%	117.8%
26 — 30	114,3	60,5
31 — 35	127,1	75,3
36 — 40	144,9	88,0
41 — 45	140,2	101,0
46 — 50	129,8	129.3
51 — 55	139,1	159,4
56 — 60	174,1	176,2
61 — 64	151,6	136,7

Ruch rent w tym ubezpieczeniu ilustruje tablica Nr. 21.

Tablica Nr 21

Ruch rent w ubezp. emerytalnym robotników.

Rok	Inwalidzkie	Starcze	Wdowie	Sieroce	Ogółem
	a) przyznano rent				
1929	613	1	1 043	1 503	3 160
1930	6 012	11	2 568	3 666	12 257
1931	16 123	921	3 577	4 498	25 119
1932	27 685	4 906	4 007	4 679	41 277
1933	35 379	7 314	4 572	5 262	52 527
1934	38 625	8 451	5 128	5 309	57 513
1935	39 570	8 684	6 067	6 292	60 613
	b) wstrzymano rent				
1929	9		36	59	104
1930	554	1	176	358	1 089
1931	1 690	16	296	538	2 540
1932	3 379	161	424	655	4 619
1933	6 850	600	664	671	8 785
1934	9 878	1 121	1 025	791	12 815
1035	11 993	1 453	1 150	855	15 451
	c) stan rencistow w końcu roku				
1929	604	1	1 007	1 444	3 056
1930	6 062	11	3 391	4 752	14 224
1931	20 495	916	6 680	8 712	36 803
1932	44 801	5 661	10 263	12 736	73 461
1933	73 330	12 375	14 171	17 327	117 203
1934	102 077	19 705	18 274	21 845	161 901
1935	129 654	26 936	23 191	27 282	207 063

Wysokość wypłaconych świadczeń wynosi:

Tablica Nr 22

Rok	Renty inwalidzkie	starcze	wdowie	sieroce	Ogółem
	w milionach koron				
1929	0,5		0,5	0,5	1,5
1930	6,3		1,9	2,2	10,4
1931	23,6	0,6	4,0	4,1	32,3
1932	54,3	5,8	6,3	6,1	72,5
1933	92,0	14,7	9,0	8,6	124,3
1934	148,3	29,3	13,4	11,6	202,6
1935	212,2	47,1	18,8	15,2	293,3
Razem	537,2	97,5	53,9	48,3	736,9

Prócz kwot powyższych wypłacono w latach 1929 — 1935 tytułem świadczeń jednorazowych (odprawy dla pozostałych, zasiłki posagowe) kwotę 175,3 milionów Koron, tak, iż ogółem Centralny Zakład Ubezp. Społ. w tym czasokresie wypłacił tytułem świadczeń kwotę 912,2 mil. Koron, a do końca maja 1936 r. kwotę 1.067 mil. Koron.

W ubezpieczeniu chorobowym i wypadkowym przebieg ruchu świadczeń był odmienny, niż w ubezpieczeniu emerytalnym robotników i pracowników umysłowych, a to wskutek tego, że choroby, a zwłaszcza wypadki mniej są zależne od sytuacji gospodarczej, niż inwalidztwo. Świadczenia ubezpieczenia chorobowego w latach 1928 — 1935 zawiera tablica Nr. 23.

Tablica Nr 23

Rok	Wydatki ogółem		Świadczenia		Przec. dzienne liczby chorych	
	w miljonach Koron	na 1 ubezp. Koron	w miljonach Koron	na 1 ubezp. Koron	absolutna licz. osób	w % liczby ubezp.
1928	973,5	370,25	757,4	288,07	82,863	3,15
1929	1 085,4	401,70	859,0	317,91	96,010	3,55
1930	1 110,3	419,39	865,3	326,84	93,472	3,53
1931	1 086,8	435,43	844,4	338,29	91,100	3,65
1932	967,6	427,35	719,7	317,86	76,406	3,37
1933	852,1	409,03	625,1	300,05	57,036	2,74
1934	770,2	370,91	549,4	264,58	55,068	2,65
1935	783,6	375,23			54,148	2,59

Jeżeli przyjmiemy liczby 1930 r. za 100, to dla poszczególnych lat otrzymamy następujące liczby stosunkowe:

Tablica Nr 24

Rok	składki	wydatki ogółem	świadczenia
1928	87,94	87,94	87,54
1929	99,00	97,76	99,28
1930	100,0	100,00	100,00
1931	93,21	97,89	97,58
1932	84,11	87,15	83,18
1933	74,39	76,75	72,24
1934	72,79	69.37	63,50
1935	72,52	70,57	

Spadek kwot wydanych na świadczenia w czasie kryzysu zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i względnych (na 1 ubezpieczonego), oraz spadek od 1931 r. liczb przeciętnych dziennych chorych tłumaczy się zmniejszeniem się liczb ubezpieczonych, ograniczeniem świadczeń (nowela 1934 r.), bardziej zaostrzoną kontrolą chorych i wreszcie tą okolicznością, że ubezpieczeni w czasie kryzysu bojąc się utraty zatrudnienia tylko w razie koniecznej potrzeby zgłaszają się jako chorzy. Opieka jednak lecznicza w czasie kryzysu nic nie traci na intensywności, o czem przekonać się można z porównania wydatków na ten cel w latach 1928 — 1935:

Tablica Nr 25

Rok	Koszt jednego dnia choroby	Koszt jednej choroby
1928	22,18 Kor.	458,18 Kor.
1929	21,97 „	455,52 „
1930	22,67 „	499,24 „
1931	22,70 „	494,70 „
1932	22,89 „	501,40 „
1933	24,35 „	517,33 „
1934	24,29 „	521,56 „

W ubezpieczeniu wypadkowym, jak było zresztą do przewidzenia, wskutek spadku liczby ubezpieczonych, nastąpił spadek liczby odszkodowanych wypadków, choć liczby względne (% wypadków przypadających na 100 „pełnych" robotników), z wyjątkiem Bbrna Mor. wykazują tendencję wzrostu.

Tablica Nr 26

Liczby odszkodowanych wypadków w latach 1928 — 1933 Zakłady ubezpieczeń

Rok	Praga		Brno Morawskie		Bratysława	
	wypadki	%	wypadki	%	wypadki	%
1928	18 780	1,82	11 481	2,54	1 721	1,06
1929	20 147	1,89	12 319	2,63	1 875	1,06
1930	19 905	1,98	11 988	2,63	1 981	1,09
1931	19 556	2,06	11 178	2,60	2 238	1,45
1932	16 656	2,01	9 127	2,48	2 039	1,54
1933	16 555	2,25	7 739	2,51	1 963	1,65

Kwoty wypłaconych odszkodowań były następujące (w milionach koron):

Tablica Nr 27

Rok	Praga	Brno	Bratysława
1928	81,7	42,6	12,6
1929	92,2	46,3	14,2
1930	99,1	52,5	17,4
1931	104,4	57,4	19,7
1932	107,7	59,5	21,0
1933	109,9	58,3	20,3
1934	108,6	59,0	19,6

Z powyższych zestawień wynika, że kwoty wypłaconych odszkodowań, mimo spadku ilości ubezpieczonych i wypadków, wzrastają, co tłumaczy się tym, że nie nastąpił jeszcze t. zw. okres stabilizacji liczby rent, że renciści dłużej żyją, że wypadki w czasie kryzysu bywają cięższe (większe odszkodowanie), że ze względu na zły stan rynku pracy liberalniej przyznaje się odszkodowania.

IV. Pokrycie roszczeń i uprawnień ubezpieczonych.

Poprzednie rozważania wykazały, że w omawianych trzech rodzajach ubezpieczeń długoterminowych (ubezpieczenie emerytalne i wypadkowe) liczby roszczeń ubezpieczonych, mimo spadku ilości ubezpieczonych, wzrosły. Powstaje więc pytanie, jaki wpływ wywarł kryzys gospodarczy na pokrycie świadczeń przyznanych i przyszłych, tj. na stan majątkowy instytucyj, przeprowadzających te ubezpieczenia.

Niżej podane tablice dają na to odpowiedź.

Tablica Nr 28

Powszechny Zakład Pensyjny

Rok	Ogólna suma dochodów	Ogólna suma wydatków	Majątek w końcu roku	Przyrost majątku	w %
	w milionach koron				
1928	—	—	1 805,8		
1929	787,7	301,7	2 291,8	486,0	26,91
1930	688,8	274,4	2 706,2	414,4	18,08
1931	740,3	307,2	3 139,3	433,1	16,0
1932	747,5	429,0	3 455,7	316,4	10,08
1933	871,0	489,3	3 838,3	382,6	11,7
1934	728,3	562,4	3 999,9	161,6	4,21
1935	827,4	584,9	4 232,6	232,7	5,82

Kwoty powyższe obejmują ubezpieczenia przymusowe, dodatkowe i ubezpieczenie dziennikarzy. Majątek

Tablica Nr 29

Centralny Zakład ubezpieczeń społecznych.

(ubezpieczenie emerytalne robotników).

Rok	Dochody w milionach Koron			Wydatki w milionach Koron			
	sktadki	dochód z majątku	ogółem	świadczenia	pomoc lecznicza	koszty administr.	ogółem
1926	335,1	1,2	336,6	0,4	—	12,8	16,1
1927	675,3	26,4	709,5	3,6	0,1	30,3	43,3
1928	730,2	63,6	797,5	4,4	51,6	33,4	93,0
1929	647,4	105,9	763,1	16,2	19,0	42,3	88,1
1930	627,6	144,7	798,8	34,7	46,0	58,4	165,2
1931	588,4	179,6	789,7	59,0	30,9	50,3	185,6
1932	508,3	210,6	758,8	100,4	23,4	50,6	207,8
1933	446,6	225,9	727,9	151,4	30,4	51,4	295,9
1934	430,9	249,6	753,2	229,5	27,4	52,9	351,9
1935	423,7	272,3	830,7	320,9	35,7	54,5	439,1

Tablica Nr 30

Stan majątku w końcu roku		Przyrost majątku (w mil. koron)	w %
1929	2 366,2 mil. Koron	675,1	39,92
1930	2 999,8 „ „	633,6	26,78
1931	3 603,9 „ „	604,1	20,14
1932	4 154,8 „ „	550,9	15,29
1933	4 586,9 „ „	432,1	10,40
1934	4 988,1 „ „	401,2	8,75
1935	5 379,6 „ „	391,6	7,85

Tablica Nr 31

Stan majątkowy ubezpieczenia chorobowego

(w milionach koron)

Rok	Dochody			Wydatki			Fundusze rezerwowe
	składki	dochody z majątku	ogółem	świadczenia	koszty adm.	ogółem	
1926	848,9	16,6	923,0	707,9	154,8	906,8	464,2
1927	781,4	19,7	867,8	737,2	161,3	935,9	395,8
1928	871,1	23,5	953,7	757,4	169,1	973,5	375,0
1929	980,6	24,3	1077,7	859,0	179,3	1085,4	367,3
1930	990,5	26,0	1113,8	865,3	189,6	1110,3	370,8
1931	923,2	26,0	1025,2	844,4	190,7	1086,8	302,1
1932	833,2	26,5	930,7	719,7	190,3	967,6	265,3
1933	736,9	23,9	845,5	625,0	179,5	852,1	359,0
1434	721,1	24,3	825,6	549,4	168,5	770.2	314,3
1935	718,3		819,2			783,6	380,4

ubezpieczenia przymusowego wynosił w końcu 1935 r. kwotę 3.951 milionów koron.

Tablica Nr 32

Stan majątkowy ubezpieczenia wypadkowego

w miljonach koron

Rok	Fundusze pokrycia rent	Fundusze rezerwowe bezpieczeństwa	Składki	Wypłacone odszkodowanie	Koszty administracyjne	Dochód z majątku
	Zakład ubezpieczeń w Pradze					
1928	677,1	124,7	142,1	81,7	15,3	40,5
1929	742,5	130,6	140,2	92,2	15,9	45,5
1930	807,0	140,5	128,6	99,1	16,6	49,9
1931	872,2	99,1	126,1	104,4	16,9	53,7
1932	913,1	94,3	116,7	107,6	16,6	55,9
1933	913,6	45,9	93,8	109,9	16,1	51,2
1934	962,0	76,3	90,4	108,6	16,2	31,5
	Zakład ubezpieczeń w Brnie Morawskim					
1928	360,0	37,0	83,1	42,6	10,4	20,1
1929	393,3	45,8	80,7	46,3	10,7	22,7
1930	436,9	46,9	77,2	52,5	11,4	24,6
1931	478,0	23,0	71,3	57,4	11,5	26,1
1932	491,6	22,7	59,4	59,4	11,5	27,1
1933	503,7	3,1	46,3	58,2	11,4	26,2
1934	510,8	23,2	45,1	59,0	11,2	25,6
	Zakład ubezpieczeń w Bratysławie					
1928	110,0	11,4	27,1	12,6	3,2	6,1
1929	129,1	11,4	27,8	14,2	3,2	7,4
1930	151,4	10,2	28,5	17,3	3,5	8,7
1931	172,2	1,3	26,5	19,7	3,8	9,2
1932	186,1	—	23,8	21,0	4,0	9,2
1933	175,2	1,7	22,6	20,3	4,4	9,4
1934	175,8	4,5	21,1	19,6	4,1	10,2

Ogólny zatem majątek omawianych rodzajów ubezpieczeń wynosił w końcu 1935 r. kwoty:

Powszechny Zakład Pensyjny .	4 232,6	milionów
Zakłady zastępcze ubezp. emerytalnego pracowników umysłowych	2 660,6	„
Centralny Zakład Ubezp. Społ.	5 379,7	„
Zakłady ubezp. chorobowego .	380,4	„
Zakłady ubezp. wypadkowego .	1 761 0	„
Razem . . .	14 414,3	milionów koron

Taką poważną kwotę przedstawia majątek instytucyj ubezpieczeń społecznych, przyczym należy zwrócić uwagę na fakt, że fundusze majątkowe prawie wszystkich rodzajów ubezpieczeń (z wyjątkiem ubezp. wypadkowego), będą i w przyszłości także wzrastały, ponieważ składki za ubezpieczenie przewyższają wydatki na świadczenia, a przytem nie małą rolę w ubezpieczeniu emerytalnym spełniają dochody z lokat majątkowych. Widzimy więc, że nawet tak silny kryzys gospodarczy, chociaż bezsprzecznie wiele szkody przyczynił ubezpieczeniom społecznym, nie naruszył jednak zdrowych podstaw, na których są oparte te ubezpieczenia. Stan więc majątkowy czechosłowackich ubezpieczeń społecznych nie budzi obaw na przyszłość, chociaż nie jest wykluczone, że z punktu widzenia techniki asekuracyjnej równowaga wartości świadczeń i składek może została wskutek kryzysu cokolwiek naruszona. Na to jednak odpowiedź mogą dać jedynie bilanse asekuracyjno-techniczne, które w ubezpieczeniu wypadkowym sporządzane bywają corocznie, w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych (Powszechny Zakład Pensyjny) co trzy lata (bilans na dzień 31.XII.1934 r. ma być gotowy już w połowie b. r.), w ubezpieczeniu zaś emerytalnym robotników bilanse techniczne sporządza się co pięć lat.

KRONIKA KRAJOWA

RUCH SŁUŻBOWY

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

L. p.	Ubezpieczalnia społeczna	Dyrektor	Lekarz naczelny
	Białystok	Bogdański Mieczysław (p. o.)	
	Brześć n/B.	Bykowski Aleksander (p. o.)	
	Ciechanów		Dr. Michałowicz Narcyz (p. o.)
	Grodno	Schally Tadeusz	
	Grudziądz	Sztukel Ryszard	
	Kołomyja	Nieć Eugeniusz	
	Ostrowiec kiel.	Pigułowski Jan (p. o.)	
	Ostrów Wlkp.		Dr. Michejda Tadeusz (p. o.)
	Piotrków		Dr. Słupecki Zygmunt
	Tarnopol	Krupiński Tadeusz	
	Toruń	Matula Władysław	
	Zamość		Dr. Skarbek-Telszewski (p. o.)
		Poprawki	
	Zakopane	Kasztelewicz Władysław	

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

Nazwisko i imię	Ostatni przydział służbowy	Nowy przydział służbowy
Dziamski Roman	pracownik U. S. Lublin	kierownik sekcji U. S. Rzeszów
Hornung Marian	kierownik sekcji U. S. Rzeszów	„ „ U. S. Nowy Sącz
Mgr. Mielniczek Alfons	„ wydziału U. S. Lwów	„ „ U. S. Gdynia
„ Szczygiel Józef	„ sekcji U. S. Nowy Sącz	„ wydziału U. S. Lwów
Wrzesień Roman	„ wydziału U. S. Lwów	„ sekcji U. S. Brześć n/B.

RADA NAUKOWO-LEKARSKA PRZY ZAKŁADZIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W dn. 5 marca 1937 r. odbyło się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych posiedzenie konstytuujące Rady Naukowo-Lekarskiej, powołanej przez Pana Ministra Opieki Społecznej na podstawie postanowień §§ 50 — 58 statutu Z. U. S.

W posiedzeniu wzięli udział:

Pan Minister Opieki Społecznej *Marian Zyndram-Kościałkowski*, pp. Wice-ministrowie W. Jastrzębski i Dr. E Piestrzyński, Dyrektorowie Departamentów M. O. S. pp. M. Klott, Dr. T. Dyboski, Dr. J. Adamski, B. Nakoniecznikoff i S. Trella, naczelnicy wydziałów Dep. Ub. Społ. M. O. S. pp. Bruner i Dagnan, z ramienia Z. U. S. Komisarz Dr. St. Hubicki, Dyrektor Naczelny J. Wł. Lgocki, wraz z członkami Dyrekcji Z. U. S. pp. Dr. J. Pasternakiem, Dr. St. Wąsowiczem, S. Kucharskim, W. Pawłowiczem, S. Sasorskim, P. Morozem i L. Piotrowskim, oraz wszyscy członkowie Rady Naukowo-Lekarskiej: pp. Gen. Dr. St. Rouppert, Senator Prof. Dr. M. Michałowicz, Dziekan Prof. Dr. Czyżewicz, Prof. Dr. Czubalski, Prof. Dr. Jonscher, Prof. Dr. Pawlas, Prof. Dr. Pieńkowski, Prof. Dr. Franke, Płk. Dr. Rudzki, Dyr. Dr. Adamski, Dr. St. Zamecki, Dr. T. Falkiewicz, Dr. T. Kaszubski, oraz Dr. Tomaszewski.

Po zagajeniu zebrania przez P. Gen. Dr. Hubickiego, zabrał głos Pan Minister Opieki Społecznej.

Przemówienie Pana Ministra:

„Naukowe dociekanie prawdy tym się odznacza, że poza uczuciem radości z osiągniętych wyników pozbawione jest pierwiastków emocjonalnych, które w innym działaniu ludzkim nieraz stają się przeszkodą w dążeniu do wytkniętego celu. Nie szukając dowodów na postawioną sobie zgóry tezę, człowiek nauki zbiera i rejestruje czynniki, które osądzane bez uprzedzeń, złożyć się mają na nieznany naprzód wynik. Wynik ten zależnie od ścisłości założeń i ścisłości toku pracy badawczej urasta do wartości *ugruntowanego naukowo pewnika*.

Pragnąłem podkreślić na samym wstępie bezemocjonalny charakter pracy naukowo-badawczej, dlatego, że socjolog szukający prawdy naukowej w swej dziedzinie z chwilą, gdy z wewnętrznego popędu czy też z konieczności zmuszony jest do działania, niechybnie jest narażony na pewne wstrząsy uczuciowe, gdyż od pierwszego kroku swej działalności praktycznej stykać się musi z takimi warunkami bytowania ludzi i ośrodków ludzkich, które odbiegają daleko, już nie od idealnego stanu, ale od przeciętnej i może kiedyś możliwej do osiągnięcia doskonałości. Potrzebnym wydaje się tutaj regulator w postaci ciała zbiorowego, złożonego z ludzi do pracy naukowej wdrożonych, a więc, o ile natura ludzka na to pozwala, jak najbardziej chronionych przed emocjonalnymi przeszkodami.

Takie kolegium pragnąłbym widzieć w Radzie Naukowo-Lekarskiej, powołanej do pracy nad szczególnym zagadnieniem medycyny społecznej, jakim jest lecznictwo w ubezpieczeniach społecznych.

Rada wyposażona w szerokie kompetencje, posiadająca prawo wydawania niezależnych sądów i opinii na tematy jej postawione, posiadająca prawo inicjatywy, bez wątpienia stanie się autorytetem przez nikogo nie kwestionowanym w sprawach tego lecznictwa, jeśli, w realnym rozumieniu warunków finansowych dzisiejszą strukturą ubezpieczeń podyktowanych, zastanawiać się będzie przede wszystkim nad racjonalną obsługą tych zobowiązań ustawowych i tych potrzeb społecznych, które ubezpieczenia społeczne w zakresie służby zdrowia publicznego zaspokoić muszą.

Seria zagadnień, które nowo powołanej Radzie się nasuną, jest długa. Hierarchiczne uszeregowanie tych zagadnień wymagać będzie troskliwego rozważenia przez Prezydium Rady, opracowanie ich zaś wymagać będzie gruntownego zaznajomienia się przez wszystkich Panów Członków Rady z całym kompleksem spraw ubezpieczeń społecznych.

Pragnę położyć nacisk na kilka problemów, które uważam za ważne.

Podniesienie poziomu lecznictwa ubezpieczeniowego, podjęcie próby normalizacji tego lecznictwa, przeanalizowanie tych czynników, które się składają na jego racjonalne wykonanie, — oto pierwsze zadanie, tym ważniejsze, że 80% budżetu ubezpieczenia chorobowego znajduje się wyłącznie w ręku lekarzy. Czynniki zaś składowe, zasługujące na szczegółową analizę, są różnorakie: właściwy stosunek leczenia przez lekarzy ogólnych do leczenia specjalistycznego, leczenie szpitalne i sanatoryjne jako świadczenie fakultatywne, rewizja koniecznego, jak dotąd, spisu leków. To tylko kilka przykładów.

Ze sprawy leczenia szpitalnego wyrasta problem polityki szpitalnej, dla instytucyj ubezpieczeń społecznych w obecnych polskich warunkach wskazanej. Problem ten, sam w sobie ważny, prowadzi bezpośrednią drogą w samo sedno drugiej kategorii zadań, które muszą być wypełnione, jeśli ubezpieczenia społeczne mają w służbie zdrowia spełnić swą funkcję państwową. Zadania te leżą w dziedzinie profilaktyki, która i ze względu na dobrze pojęty interes samych ubezpieczeń i ze względu na interes ogólnopaństwowy nie może zacieśniać się do własnego podwórka, ale musi być opartą na harmonijnej współpracy wszystkich czynników państwowych, samorządowych i

społecznych. Na pierwszym planie staje sprawa gruźlicy, niszczącej siły narodu i podważającej jego siłę obronną. Rozmiary tej klęski społecznej nie powinny nas zniechęcać, ale muszą skłonić do podwojenia wysiłków dla jej zwalczenia, wysiłków, których skala rozległa idzie od usiłowań podniesienia standardów najmniejszych mieszkań aż do sanatoriów ludowych włącznie, poprzez sieć ośrodków, zajmujących się poradnictwem.

Opieka nad kobietą rodzącą i nad dzieckiem, konsekwentnie prowadzona aż do czasu kiedy młodociany obywatel dorośnie do pracy zawodowej, — to zagadnienie równorzędne z poprzednim. Pracę tę podstawową obliczoną na długą metę, powinna kontynuować dobra organizacja higieny pracy i zapobieganie tym chorobom, na jakie człowiek pracy w zawodzie swoim jest narażony. Dziedzina ta mało w Polsce jest opracowana, nielicznych posiada znawców. Przygotowany do ogłoszenia w najbliższym czasie rozszerzony spis chorób zawodowych, podlegających ubezpieczeniu, wypełni dotkliwie odczuwaną lukę i zrówna nas z ustawodawstwem innych państw, pośrednio zaś będzie podnietą do specjalnych studiów w tej gałęzi medycyny.

Plan dokształcania młodego pokolenia lekarzy winien również być przedmiotem rozważań Rady. Nawiązana z wynikiem dodatnim współpraca z uniwersytetami, znalazła swój wyraz w organizowanych przez Wydziały lekarskie pięciu wszechnic kursach medycyny społecznej, pomyślanych jako zawiązek przyszłych lektoratów czy katedr. Programy tych kursów różnią się dość znacznie pomiędzy sobą. Porównanie zebranych doświadczeń da nam wskazania praktyczne na przyszłość, a przydać się może również jako materiał do pracy tych z pomiędzy Panów, których zadaniem jest organizacja studiów lekarskich.

Ograniczam się do wyliczenia kilku tylko zagadnień Rady Naukowo-Lekarskiej. W rozwiązaniu ich Rada korzystać może w pełnym zakresie z doświadczeń i wyników pracy zakładów leczniczych ubezpieczeń społecznych. Jako baza jej prac badawczych i dydaktycznych powstać ma w stolicy duży zakład leczniczy, którego budowa została przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych postanowiona. Rozplanowanie nowego Instytutu — to przedmiot praktyczny studiów Rady w pierwszym roku jej istnienia.

Łącząca nas wszystkich idea służby dla Państwa, myśl o jego całości i potędze uczyni z dyskusji Rady dyskusję twórczą, zjednoczenie w szlachetnej służbie dla ogólno-ludzkich ideałów przekreśla zgóry wszelkie sprawy prestiżowe i ambicje czysto osobiste. W tym przekonaniu otwieram pracę Rady Naukowo-Lekarskiej".

Po przemówieniu Pana Ministra na wniosek Pana Komisarza Z. U. S. członkowie Rady Naukowo-Lekarskiej dokonali jednomyślnie wyboru Gen. D-ra Stanisława Roupperta na przewodniczącego Rady, a Senatora Prof. D-ra Mieczysława Michałowicza na zastępcę przewodniczącego. Wybór powyższy został zatwierdzony przez Pana Ministra Opieki Społecznej.

Po przerwie Pan Gen. Dr. Hubicki poświęcił dłuższe wspomnienie ś. p. Dr-owi Henrykowi Wilczyńskiemu, Naczelnemu Lekarzowi b. Og. P. Zw. K. Ch. i przewodniczącemu istniejącej podówczas Rady Administracyjno-Lekarskiej o podobnych zadaniach, jak obecnie stworzona Rada Naukowo-Lekarska. Cenne materiały z prac i studiów Rady Administracyjno-Lekarskiej złoży Gen. Dr, Hubicki do dyspozycji Rady Naukowo-Lekarskiej.

Na wniosek przewodniczącego Rady Naukowo-Lekarskiej Gen. Dr-a Roupperta Rada wybrała jednomyślnie b. dyr. lwowskiej Ubezpieczalni Społecznej Dr-a Jana Szumskiego na stałego sekretarza Rady.

Po przeprowadzeniu ogólnej dyskusji nad projektem regulaminu Rady została wybrana specjalna komisja w celu rozpatrzenia zgłoszonego projektu regluaminu i przedstawienia go na następnym posiedzeniu. Do komisji weszli: Prof. Dr. Czubalski, jako przewodniczący, Prof. Dr. Czyżewicz i Dr. Zamecki, a ponadto stały sekretarz Rady Dr. Szumski oraz z ramienia Naczelnego Dyrektora Z. U. S. Dyr. Sasorski i Dyr. Wąsowicz.

W dn. 22 marca r. b. odbyło się pod przewodnictwem Gen. Dr. Roupperta plenarne posiedzenie Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Po referacie p. Lgockiego, Naczelnego Dyrektora Z. U. S. na temat rozwoju i organizacji polskich ubezpieczeń społecznych, uchwalono tymczasowy regulamin prac Rady, oraz preliminarz budżetowy na 1937 r.

Dłuższa dyskusja rozwinęła się na temat opracowanego przez Prezydium programu prac Rady na 1937 r. Uchwalony uwzględnia najistotniejsze i najpilniejsze potrzeby ubezpieczeń społecznych, które wysunęło życie.

Do naukowego, wszechstronnego przepracowania licznych tematów i zagadnień wyłoniono z pośród członków Rady 4 zespoły. I tak:

Zespół pierwszy pod przewodnictwem Pana Dziekana Wydz. Lek. U. J. P. w Warszawie, prof. D-ra Czyżewicza zajmie się zagadnieniami z dziedziny akcji zapobiegawczej, prowadzonej przez U. S.; zespół drugi, pod przewodnictwem Dyr. Dep. Sł. Zdrowia M. O. S. D-ra Adamskiego, poświęci swe prace problemowi walki z gruźlicą, a w szczególności koordynacji tej akcji w terenie; zespół trzeci pod przewodnictwem Prof. Dr-a Czubalskiego Prorektora U. J. P. ma za zadanie opracowanie niezmiernie doniosłego dla dalszej działalności U. S. zagadnienie szkolenia lekarzy w kierunku dostosowania zasobów wiedzy do wymogów ubezpieczeń społecznych i medycyny pracy. Zespół ten już się ukonstytuował i rozpoczął swe prace, — wreszcie zespół czwarty pod przewodnictwem Gen. Dr-a Roupperta weźmie współudział w toku prac przygotowawczych w związku z mającą się rozpocząć za rok budową Instytutu Medycyny ubezpieczeniowej w Warszawie.

W końcu uchwaliła Rada na wniosek Przewodniczącego następujące oświadczenie:

„Powołana do życia przez Pana Ministra Opieki Społecznej Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przystępując do pracy oświadcza, że jej głównym i podstawowym celem jest praca dla wzmocnienia i rozwoju idei ubezpieczeń społecznych, jako czynnika podnoszącego poziom zdrowotności warstw pracujących, oraz oddziaływującego na spoistość i obronność państwa Polskiego".

Z DZIAŁALNOŚCI ODCZYTOWEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA POLITYKI SPOŁECZNEJ.

Dnia 16 marca b. r. na zebraniu członków Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej p. mgr. Kazimierz Teisseyre wygłosił prelekcję na temat polskiego ustawodawstwa oddłużeniowego.

Na wstępie prelegent zaznaczył, że ze względu na istotne różnice zachodzące między prywatnymi a publicznymi zobowiązaniami, ogranicza się do omówienia inter-

wencji ustawodawstwa w dziedzine zobowązań prywatnoprawnych.

Ze stanowiska teleologii norm prawnych prelegent odróżnia normy kształtujące życie, zapomocą których ustawodawca zamierza przewidywanym zjawiskom nadać pażądany kierunek od norm porządkujących życie, które mają na celu opanowanie zjawisk o charakterze faktów dokonanych. Do rzędu tych ostatnich norm prelegent zalicza ustawodawstwa oddłużeniowe.

Prelegent wywodzi ganezę akcji oddłużeniowej z przemian gospodarczych, pod wpływem których ciężar zobowiązań ulega zmianom polegającym na pogłębieniu rozpiętości między wartością „wewnętrzną" t. j. siłą nabywczą reprezentowaną przez walutę zobowiązania a jego wartością nominalną. Ujemne gospodarcze i społeczne skutki tych dysproporcyj zmuszają ustawodawcę do interwencji na rzecz bądź wierzyciela bądź dłużnika w obronie zachwianej równowagi. Akcja oddłużeniowa wypływa z tendencji do ochrony nietylko dłużnika lecz i wierzyciela, zakładając, że racjonalna ochrona dłużnika jest najskuteczniejszą formą obrony interesów wierzyciela.

Interwencja ustawodawcy może objąć wszelkie zobowiązania istniejące w danym momencie („seisachteia" Solona, waloryzacja zobowiązań wyrażonych w zdeprecjonowanej walucie) bądź może dotyczyć niektórych tylko zobowiązań zależnie od ich cech podmiotowych lub przedmiotowych, może działać mechanicznie lub indywidualnie.

Na tle tych ogólnych uwag prelegent zwięźle omówił poszczególne oddłużeniowe akty ustawodawcze o prywatno-prawnym zasięgu, które pojawiły się od 1932 r.

Jako charakterystyczne cechy polskiego ustawodawstwa oddłużeniowego prelegent wymienia cząstkowy zasięg akcji oddłużeniowej, która objęła przede wszystkim rolnictwo i samorząd terytorialny oraz tendencję do indywidualnego stosowania ulg zależnie od stosunków majątkowych poszczególnych dłużników objętych oddłużeniem.

Miarą zainteresowania zebranych była żywa dyskusja, w której poruszono m. in. kwestię techniki oddłużenia (czasowe moratorium czy skreślenie długu), wpływ oddłużenia na zdolność kredytową dłużnika i na moment zaufania oraz sprawę objęcia oddłużeniem prywatnoprawnych należności instytucyj ubezpieczeń społecznych. Co do tej ostatniej kwestii podkreślono, że prywatnoprawne należności instytucyj ubezpieczeń społecznych nie mają charakteru zwyczajnych wierzytelności, ponieważ stanowią one środki obsługi świadczeń obliczonych na zaspokojenie najniezbędniejszych potrzeb szerokich warstw ludności.

KURS DLA LEKARZY DOMOWYCH W UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W CZĘSTOCHOWIE.

W pierwszej połowie ubiegłego roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych polecił Ubezpieczalniom Społecznym najwyższego typu, jak Ubezpieczalniom w Warszawie, Krakowie, Lwowie i t. p. — zorganizowanie kursów dokształcających dla lekarzy domowych, zalecając równocześnie i pozostałym Ubezpieczalniom, w pierwszym rzędzie posiadającym własne szpitale, by w miarę możliwości i warunków organizowały u siebie podobne kursy. Wykłady w myśl wytycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych winny były obejmować zakres najważniejszych wiadomości z dziedziny ubezpieczeń społecznych i fachowo-lekarskiej.

Z inicjatywy dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie, po uzyskaniu aprobaty ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, odbył się w czasie od dnia 1.XII.1936 r. do dnia 13.II.1937 r. — cykl wykładów dla lekarzy domowych, zarówno z terenu m. Częstochowy, jak i z powiatu.

Wykłady odbywały się dwa razy w tygodniu w godzinach wieczorowych w szpitalu Ubezpieczalni i w lokalu miejscowego Towarzystwa Lekarskiego, z którym Ubezpieczalnia nawiązała kontakt w celu uzyskania odpowiednich prelegentów.

Na wykłady uczęszczali prócz lekarzy domowych, również prawie wszyscy lekarze specjaliści i szpitalni. Ogółem było 28 słuchaczy. Frekwencja była dobra i na niektórych wykładach dochodziło do 100%, co wymownie świadczy o zainteresowaniu i celowości kursu.

Obsada tematu wykładów przez pp. prelegentów — przedstawiała się następująco:

1) organizacja lecznictwa domowego — p. Dr. *A. Hall;*

2) ustawa o ubezpieczeniu społecznym — p. *Fulman;*

3) zasady budżetowania w U. S. — p. *Krygier;*

4) wypadki przy pracy i choroby zawodowe — p. Dr. *Borkowski;*

5) wczesne rozpoznawanie gruźlicy oraz wytyczne przy kierowaniu gruźlików do sanat. — Dr. *Szwedowski.*

6) choroby społeczne i ich zwalczanie — p. Dr. *Hall;*

7) wskazówki rozpoznawcze przy ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, uwięźniętych przepuklinach, i t. p. — p. Dr. *Dykier;*

8) wskazówki, jak postępować przy ostrych sprawach z dziedziny laryngologii i otiatrii — p. Dr. *Bielunas;*

9) wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne z dziedziny wenerologii i dermatologii — p. Dr. *Petrykat;*

10) klinika schorzeń gośćcowych — p. Doc. Dr. *Biernacki* z Krakowa;

11) podstawy oceny zdolności w chorobach narządu krążenia — p. Doc. Dr. *Siedlecki* z Krakowa;

12) wypadki szczególne w położnictwie — p. Dr. *Łokczewski.*

Cały cykl wykładów ukończono w ciągu 32 godzin.

Dobór tematów fachowo-lekarskich wskazuje na zrozumienie i odczucie przez organizatorów zainteresowań, których uzupełnianie coraz to nowymi zdobyczami wiedzy lekarskiej wpłynie na pewno dodatnio na poziom praktyki lekarzy domowych Ubezpieczalni Społecznych.

ZAOPATRZENIE KANDYDATÓW NA SZEREGOWYCH POLICJI PAŃSTWOWEJ.

Dekret Prezydenta R. P. z dn. 17 kwietnia 1936 r. stanowiący uzupełnienie rozporządzenia Prezydenta R. P. z dn. 6 marca 1928 r. o policji państwowej wprowadził instytucję służby przygotowawczej w policji państwowej. Osoby pełniące tę służbę noszą charakter pracowników kontraktowych.

W Dzienniku Ustaw R. P. Nr. 6 z 20 stycznia 1937 r. ukazała się ustawa z 23 stycznia 1937 r. regulująca sprawę zaopatrzenia kandydatów na szeregowych P. P.

Osoby odbywające służbę przygotowawczą P. P. nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na podstawie przepisów o ubezpieczeniach społecznych. Natomiast przysługuje im, jako też ich żonom i dzieciom, prawo do zaopatrzenia emerytalnego, odszkodowań i pomocy lekarskiej na warunkach ustanowionych dla szeregowych P. P. w obowiązujących przepisach.

Podstawę dla wymiaru zaopatrzenia emerytalnego i odszkodowań ustala ustawa na Zł. 90.— miesięcznie. Ustawa obowiązuje od dnia 20 kwietnia 1936 r., a wykonanie jej zostało poruczone ministrom: spraw wewnętrznych, skarbu i opieki społecznej.

STATYSTYKA WYPADKÓW PRZY PRACY, JAKO PODSTAWA AKCJI ZAPOBIEGAWCZEJ.

Około 50 milionów, wpłacanych corocznie instytucji ubezpieczeniowej przez przemysł i rolnictwo na ubezpieczenie od wypadków zatrudnionych pracowników, pozostawiają wystarczające dyspozycje finansowe, aby przy ich pomocy można było skłonić zakłady wytwórcze do przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, o ile same nie uznają, że jest to jednym z naczelnych postulatów organizacji produkcji, jak również nakazem płynącym z poczucia obowiązku czysto ludzkiego. Stwierdzić wszakże należy, iż racjonalne prowadzenie akcji bezpieczeństwa i higieny pracy może jeszcze długo nie znalazło by szerokiego zrozumienia, gdyby instytucja ubezpieczeniowa nie wkroczyła na drogę stosowania metod, przyjętych zresztą i w innych krajach, tworzenia bodźca do poważniejszego zajęcia się tym zagadnieniem i nie wprowadziła czynnika gry składek, różniczkowanej w zależności od stopnia bezpieczeństwa danego zakładu przemysłowego.

Podobnymi względami kierowano się i w Stanach Zjednoczonych, gdy po wprowadzeniu obowiązku odszkodowania robotników, tzw. „work compensation law", obciążającego całkowicie pracodawców, towarzystwa ubezpieczeniowe, działając zresztą we własnym interesie — możliwego ograniczenia liczby ciężkości wypadków, a tym samym zmniejszenia sum wypłacanych odszkodowań —zaczęły udzielać daleko idących ulg przedsiębiorstwom, które wprowadziły u siebie odpowiednie zabezpieczenia, zorganizowały kontrolę wypadków oraz wykazały się zmniejszeniem wypadkowości w ciągu określonej ilości lat. Oszczędności na samych składkach, nie licząc korzyści, wynikających ze zracjonalizowania produkcji, zachęciły przedsiębiorców do tworzenia wydziałów bezpieczeństwa i wprowadzenia udoskonaleń ochronnych. Oszczędności z tego tytułu, naprzykład w przemyśle stalowym, wyniosły w ciągu ostatnich pięciu lat ok. 5 miliardów dolarów. Dodamy dla orientacji, że opłaty ubezpieczeniowe oblicza się według trojakiego rodzaju stawek: „base rate" stanowi stawkę podstawową, „schedule adjustement" dostosowuje jej wysokość do stopnia niebezpieczeństwa w danym przemyśle i „experience adjustement" wpływa na zmniejszenie wymiaru, zależnie od wyników obserwacji prowadzonej w danym zakładzie w okresie 3 — 5 lat.

Podobnie i u nas ustawa z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniach społecznych stwarza podstawę do obniżania lub podwyższania wymiaru składek w zależności od warunków bezpieczeństwa i higieny w zakładzie pracy.

Nie na drodze przymusu, ani nakazu, lecz przez wykazanie istotnych korzyści z wprowadzenia racjonalnych metod bezpieczeństwa i higieny stwarza się sprzyjające warunki dla rozwoju akcji w zakładach pracy, zachęca *się do niej całe grupy wytwórcze.*

Pociągnęło to za sobą konieczność prowadzenia szczegółowej analizy wypadków pod względem ich przyczyn i częstotliwości. Analiza ta, oparta o możliwie ścisłą statystykę, musi być prowadzona przez instytucję ubezpieczeniową i równolegle przez zainteresowane zakłady pracy, a to w celu przyśpieszenia wyników obserwacji i jednocześnie realizowania korzyści materialnych za dokonane wysiłki. Statystyka powinna odgrywać rolę sygnalizatora, rolę tę musi spełniać szybko i zrozumiale, w przeciwnym bowiem razie staje się zestawieniem suchych cyfr, na zbieranie których marnuje się czas i pieniądze. Statystyka prowadzona przez instytucję ubezpieczeniową i kontrolowana przez obszerne dane zbierane przez same zakłady pracy — musi operować pewnymi całościami zjawisk, nie rozbierając wypadków na dwie liczby przyczyn, a ograniczając się do ujmowania ich w odrębne grupy odpowiadające podziałowi, według którego materiał opracowywany jest przez przedsiębiorstwa.

Stosując podobną metodę, można bez trudu stworzyć racjonalne podstawy do kontroli co najmniej 65 — 70% wypadków, a tym samym do odpowiedniej polityki składek, która może doprowadzić do szybkiego zmniejszenia liczby wypadków i obciążeń, wynikających z tego tytułu dla życia gospodarczego.

(Komunikat informacyjny Instytutu Spraw Społ. Nr 9/37).

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W KRAJACH AMERYKI POŁUDNIOWEJ.

Na podstawie pełnomocnictw udzielonych przez parlament, prezydent republiki Peru podpisał w dniu 12 sierpnia 1936 r. ustawę wprowadzającą obowiązkowe ubezpieczenie społeczne.

Wydane pod tą samą datą rozporządzenie zawiera wstępne dyspozycje dla wykonania ustawy. Skarb państwa otworzył kredyt w wysokości 100.000 solów na pierwsze wydatki organizacyjne Krajowej Kasy Ubezpieczeń Społecznych. Kasa zorganizowała służbę informacyjną dla udzielania zainteresowanym wyjaśnień i pouczeń co do postanowień ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Wydano również broszury propagandowe i afisze, mające na celu spopularyzowanie ubezpieczeń społecznych. Prasa peruwiańska prowadzi akcję propagandową, podkreślając zwłaszcza znaczenie ubezpieczenia chorobowego dla podniesienia stanu zdrowia publicznego. Śmiertelność ogólna w obrębie klasy robotniczej wynosi 47‰ podczas, gdy dla reszty ludności Peru wyraża się ona liczbą 22. Specjalnie gruźlica stanowi dla klasy robotniczej o wiele większe zło społeczne, niż dla innych warstw społecznych.

Według wspomnianej na wstępie ustawy z 12-go sierpnia 1936 r., wprowadzającej powszechne ubezpieczenie w Peru, dochody ubezpieczeń mają składać się ze składek ubezpieczonych i pracodawców, subwencji państwa oraz pewnych opłat i podatków. Składki pracowników i pracodawców ustalone na 2½% i 4½% średn-

nich zarobków miały być wpłacane we formie znaczków począwszy od 1 września 1936 r. Wypłata świadczeń miała rozpocząć się w sześć miesięcy od chwili wpłacenia pierwszych składek.

Wprowadzenie w życie tych postanowień natrafiło na pewne trudności, w wyniku których przesunięto datę opłacania składek na 1 grudnia 1936. Tymczasem Kasa ubezpieczeń społecznych przeprowadziła badania, mające na celu zmniejszenie składek pracowniczych i zmianę systemu opłacania składek. Na podstawie tych badań rząd wydał rozporządzenie, w myśl którego pracodawcy mieli opłacać składki od 1 grudnia 1936 r. zaś pracownicy dopiero do chwili, gdy urządzenia opieki leczniczej zaczną funkcjonować. Składki pracodawców nie miały być obliczane według przeciętnych zarobków ubezpieczonych, lecz w stosunku do sumy zarobków wypłaconych w danym miesiącu przez pracodawców. System znaczków został skasowany i zastąpiony wpłatami gotówkowymi. To rozporządzenie wywołało sprzeciwy kół pracodawców, które podnosiły, że opłata składek zarówno pracowniczych, jak i pracodawców powinna rozpocząć się w tym samym terminie. Rząd nie uwzględnił tych zastrzeżeń, jednakowoż rozporządzeniem z 30 listopada 1936 r. przesunął termin rozpoczęcia przez pracodawców opłacania składek na 1 marca 1937 r.

W miesiącu sierpniu 1936 r. wprowadzono w Peru również w życie nowe zasady ubezpieczenia społecznego dla personelu nauczycielskiego, stanowiącego oddzielny system organizacyjny od ubezpieczenia powszechnego. Przedstawiają się one w zarysie następująco:

Ubezpieczenie obowiązkowe obejmuje wszystkie osoby mianowane przez ministra oświecenia publicznego w charakterze profesorów nauczających w zakładach publicznych. Inne osoby zatrudnione w ministerstwie oświecenia publicznego lub w instytucjach pokrewnych mogą ubezpieczać się dobrowolnie.

Administrację ubezpieczenia prowadzi „Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych personelu nauczycielskiego" wyposażone w osobowość prawną i mające swą siedzibę w Limie.

Stowarzyszeniem kieruje komitet dyrekcyjny złożony z 12 członków, a mianowicie: trzech przedstawicieli ministerstwa, siedmiu przedstawicieli nauczycielstwa i dwu urzędników.

Na dochody składają się wpisowe, składki miesięczne, procenty od pewnych opłat szkolnych i ewentualne subwencje rządowe. Z chwilą ubezpieczenia osoby ubezpieczone opłacają w 24 ratach wpisowe, którego wysokość zależy od zarobków. Wysokość wpisowego i składek podaje poniższa tabela:

Klasa zarobku	zarobki (w solach)	wpisowe (w solach)	składka miesięczna (w solach)
1	do 70	24	4
2	od 71 do 90	30	5
3	„ 91 do 150	36	6 50
4	„ 151 „ 215	42	8
5	„ 216 „ 350	48	10
6	„ 351 „ 500	54	13
7	„ 501 „ —	60	16

Poza tym wpływa do kasy ubezpieczeń:

a) 10% z opłat od egzaminów,

b) 20% wpływów biura cenzury filmów,

c) 10% ceny sprzedaży przedmiotów wytworzonych w szkołach przemysłowych.

Począwszy od 1 stycznia 1939 r. Towarzystwo będzie pokrywać połowę kosztów szpitalnych za ubezpieczonych, nie pobierających rent inwalidzkich. Renty inwalidzkie będą wypłacane osobom dotkniętym zupełną niezdolnością do pracy. Renty mogą wynosić co najwyżej ¾ ostatniego zarobku ubezpieczonego i maksymalnie 150 solów miesięcznie.

Członkowie rodzin pozostali po zmarłym renciście mają prawo do odprawy. W wypadku braku członków rodziny ubezpieczony może wskazać swobodnie osobę, której ma przypaść odprawa. Odprawy są przyznawane w następujących wysokościach:

Klasa zarobku	kwota (w solach)
1 i 2	5.000
3	6.000
4 i 5	7.000
6 i 7	8.000

Towarzysto udziela pożyczek do wysokości 30% odprawy ubezpieczonym, którzy opłacili składki przynajmniej w ciągu 5 lat od chwili wejścia w życie dekretu z 30 sierpnia 1936 r.

Rząd republiki Costarica rozważa możliwości wprowadzenia ubezpieczeń społecznych. Projekt odnośnej ustawy jest w opracowaniu i ma być przedłożony parlamentowi w pierwszej połowie r. b.

Na terenie Urugwaju obowiązywała w zakresie ubezpieczenia od wypadków ustawa z 26 listopada 1920 r., która regulowała jedynie zakres ochrony, należne świadczenia i sposób przedstawiania roszczeń przez poszkodowanych, względnie osoby uprawnione po nich. Administracja ubezpieczenia była powierzona Państwowemu Bankowi Ubezpieczeniowemu, przy czym nie istniał obowiązek ubezpieczenia się pracodawców, lecz ubezpieczenie nosiło charakter dobrowolny. Ten stan prawny został zmieniony ustawą z 11 stycznia 1934 r., która wprowadziła obowiązkowe ubezpieczenia i powierzyła administrację ubezpieczenia kasie emerytalnej pracowników przemysłu, handlu i przedsiębiorstw publicznych. Ustawa ta nie weszła w życie, ponieważ ustawa z lipca 1935 r. odroczyła jej wykonanie do 1 stycznia 1938 r. W ślad za tą ostatnią ustawą rząd przedłożył parlamentowi projekt ustawy zmierzającej do utrzymania w mocy stanu prawnego, stworzonego przez ustawę z roku 1920 z tym, że zasięg ryzyk ubezpieczeniowych ma objąć również pewne choroby zawodowe.

Kasa emerytalna personelu kolei argentyńskich zorganizowana na podstawie ustaw z 30 kwietnia 1919 r. i z 7 grudnia 1923 r. ogłosiła sprawozdanie z działalności za rok 1935. Najważniejsze dane sprawozdawcze przedstawiają się następująco:

Obowiązek ubezpieczenia obejmuje wszystkich stałych urzędników i robotników przedsiębiorstw kolei żelaznych, linii żeglugowych i kolei linowych, lekarzy i personel sanitarny, zatrudniony w tych przedsiębiorstwach, personel biur podróży i personel restauracyj i bufetów, działających w obrębie przedsiębiorstw komunikacyjnych. Za stałych pracowników uważa się te osoby, które pracują przynajmniej 6 miesięcy w tem samem przedsiębiorstwie.

Stan ubezpieczonych wynosił z końcem 1920 r. osób 104,792 i wzrósł do liczby 141,632 z końcem r. 1935.

Ubezpieczeni opłacają składkę w wysokości 6% (do końca marca 1935 r. — 5%) od zarobków miesięcznych nie przekraczających 1000 pesów. Części zarobków ponad 1000 pesów nie uwzględnia się przy obliczaniu składek, poza składkami miesięcznymi wpłacają ubezpieczeni w 24 ratach taksę w wysokości jednomiesięcznych poborów, jakie pobierają w chwili przyjęcia do kasy, zaś przy uzyskaniu podwyżki poborów jednorazowo różnicę między starymi a nowymi poborami.

Składki pracodawców wynoszą 8% od sumy płac urzędników i robotników, przy czym nie uwzględnia się również części zarobków indywidualnych, przekraczających 1000 pesów miesięcznie.

Poza tym czerpie Kasa dochody z kapitałów przejętych po kasach ubezpieczeniowych, zniesionych ustawą z 30 kwietnia 1919 r., z lokat wpływów bieżących, z darów, zapisów i kar, nakładanych na przedsiębiorstwa za przekroczenia ustawy.

Poniższa tabela podaje wpłaty składek pracodawców i ubezpieczonych na przestrzeni czasu od r. 1920 (w tysiącach tysięcy *solów*):

Rok	Składki ubezpieczonych	Składki pracodawców	Suma
1920	12 058	13 347	25 305
1925	12 847	17 673	30 520
1930	17 033	25 478	42 511
1934	15 045	23 312	38 357
1935	13 106	18 331	31 437

Za inwalidów uważa się tych ubezpieczonych, których komisja lekarska uznała za niezdolnych fizycznie lub umysłowo do wykonywania swego zawodu wzgl. innego pokrewnego zawodu. Okres wyczekiwania wynosi 10 lat (do marca 1935 r. wynosił 5 lat).

Poza tym uważa się za inwalidów tych pracowników, którzy bez względu na długość okresu pracy, padli ofiarą wypadku w służbie lub stracili zdolność do pracy, z przyczyny spowodowanej wykonywaniem obowiązków służbowych.

Normalne emerytury otrzymują ubezpieczeni, którzy ukończyli przynajmniej 50 lat życia i mają 30 lat służby. Osoby, które ukończyły 50 lat życia i nie mają 30 lat służby lecz przebyły przynajmniej 10 lat w służbie mają prawo do emerytury dobrowolnej. Natomiast osoby w wieku lat 50, lecz mające mniej niż 10 lat służby, mogą otrzymać jednorazową odprawę.

Renty inwalidzkie są obliczane na podstawie przeciętnej zarobków, pobieranych w ciągu 10-ciu ostatnich lat służby z uwzględnieniem drabinki normalnych emerytur (wzrost 5% za każdy rok służby, aż do górnej granicy). Normalna emerytura jest obliczana na podstawie przeciętnych zarobków, pobieranych w ciągu 5-ciu ostatnich lat służby z uwzględnieniem następującej drabinki:

1. do 100 pesów w przecięciu maksymalnie 95%,

2. przy zarobkach od 100 do 300 pesów: 95 pesów zwiększone maksymalnie o 80% różnicy między 100 i 300 pesów,

3. przy zarobkach od 300 do 1000 pesów: 255 pesów zwiększone maksymalnie o 70% różnicy między 300 i 1000 pesów.

Wysokość emerytury dobrowolnej ustala się przyjmując 2% zwyczajnej emerytury za każdy rok służby.

Odprawa równa się sumie składek opłaconych przez ubezpieczonego, zwiększonej o oprocentowanie 5%. Pracownicy zwolnieni ze względów oszczędnościowych lub ze względu na likwidację agend, w których byli zatrudnieni, otrzymują odszkodowanie w wysokości wpłaconych składek bez oprocentowania.

Podajemy poniżej tabelkę obrazującą wypłacone świadczenia:

Rok	Wypłacono tytułem rent inwalidzkich i emerytur		Wypłacono tytułem odpraw i zwrotów składek	
1920	545 539	pesów	30 742	pesów
1925	10 591 467	„	504 817	„
1930	25 364 396	„	352 625	„
1934	38 663 553	„	277 503	„
1935	39 052 727	„	146 390	„

Renty po uprawnionych przysługują wdowom, wdowcom niezdolnym do pracy, dzieciom względnie w braku tych członków rodziny, rodzicom zmarłego ubezpieczonego. W braku rodziców roszczenie o rentę przysługuje siostrom nieamężnym do 22-go r. życia, oraz powyżej tego wieku, o ile są niezdolne do pracy.

Suma rent pochodnych wynosi połowę renty, którą ubezpieczony pobierał albo do której miał prawo. Połowa renty przypada wdowie, a druga połowa wspólnie dzieciom i rodzicom ubezpieczonego. W braku rodziców i dzieci cała renta przypada wdowie. W wypadku śmierci ubezpieczonego, który nie uzyskał jeszcze prawa do świadczeń, członkowie rodziny mają prawo do odszkodowania w wysokości 5% zarobków ubezpieczonego. Podana niżej tabelka podaje wysokość świadczeń wypłaconych członkom rodziny:

Rok	Wypłacono tytułem rent		Wypłacono tytułem odpraw	
1920	63 140	pesów	316	pesów
1925	4 311 016	„	32 889	„
1930	10 647 479	„	35 864	„
1934	16 123 578	„	36 905	„
1935	13 257 662	„	33 626	„

W Chile weszły w życie nowe postanowienia ustawowe dotyczące opieki nad matką i niemowlęciem. Stanowią one znaczne rozszerzenie ram dotychczasowego stanu organizacyjnego.

Służba opieki nad macierzyństwem jest związana ściśle z organizacją kas przymusowego ubezpieczenia. Rejony, w obrębie których zostaje stwierdzona ilość przynajmniej 500 urodzin rocznie u ubezpieczonych kobiet, otrzymują specjalne stacje opieki przy ambulatoriach kas. Personel składa się z lekarza-szefa (który jest specjalistą-ginekologiem), higienisty, urzędnika statystycznego, położnej, pracującej stale w siedzibie stacji, i odpowiedniej ilości położnych, wykonujących swe funkcje po domach i otrzymujących ryczałtowe wynagrodzenie od każdego wypadku urodzin. Lekarz-ginekolog może żądać pomocy innych lekarzy, zatrudnionych w ambulatorium.

Służba opieki nad niemowlęciem jest organizowana według rejonów, liczących przynajmniej 500 dzieci w wieku poniżej dwu lat. Personel składa się z lekarza-pediatry, higienisty, pielęgniarski-dietetyczki, urzędnika statystycznego i krawczyni. Czynności poszczególnych członków stacji opieki są dokładnie określone regulaminami.

Służba higienistów opiera się na uznanej obecnie zasadzie, że opieka nad matką i dzieckiem nie może nosić

wyłącznie charakteru klinicznego, ale również winna dążyć do usunięcia tych wpływów środowiska, które mogą oddziaływać szkodliwie na normalne życie dziecka. Higienista przeprowadza zatem wywiady co do trybu życia kobiet w ciąży i udziela im potrzebnych porad w okresie ciąży. Po urodzeniu się dziecka higienista poucza matki o właściwych metodach karmienia i chowania dzieci, ułatwia związki małżeńskie w wypadkach urodzin dzieci nieślubnych, zachęca matki do odwiedzania ambulatoriów, udziela matkom bezrobotnym pomocy dla uzyskana pracy i kontroluje żłobki, utrzymywane przez przedsiębiorców lub kasy ubezpieczeń.

Pielęgniarki-dietetyczki mają za zadanie udzielać matkom pouczeń w zakresie przyrządzania pokarmów w sposób higieniczny i ekonomiczny.

Wreszcie krawcowe uczą matki szycia pieluszek i bielizny dziecięcej.

Dla zachęcenia ubezpieczonych matek do współpracy z organami opieki, stworzono system nagród i kar. Nagrody są udzielane we formie nagród pieniężnych i dyplomów, kary polegają na częściowym lub całkowitym pozbawieniu świadczeń.

Ubezpieczone, których składki wpływają regularnie, mają prawo do następujących świadczeń:

1. Specjalna opieka lecznicza podczas całego okresu ciąży, porodu i okresu po porodowego.

2. Zasiłki w wysokości 50% zarobków, płatne w okresie dwu tygodni przed i po porodzie.

3. Opieka lecznicza nad dzieckiem do ukończenia dwu lat.

4. Zasiłki w wysokości 10% zarobków, wypłacane matkom karmiącym dzieci, od trzeciego tygodnia po porodzie, aż do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia.

5. Karmienie sztuczne dzieci, których matki nie mogą karmić.

Na pokrycie wydatków związanych z opłacaniem personelu opieki służą pewne oszczędności uzyskane w ubezpieczeniu chorobowem. Dotychczas zasiłki chorobowe wypłacano dopiero od piątego dnia choroby, o ile nie trwała dłużej niż tydzień, a tylko w wypadkach dłuższego jej trwania wypłata należała się od pierwszego dnia choroby. Obecnie wypłata zasiłku od pierwszego dnia choroby wtedy tylko jest dopuszczalna, jeżeli choroba trwa dłużej niż dwa tygodnie.

Ponadto zasiłki chorobowe dla ubezpeczonych, umieszczonych w szpitalach, zmniejszono o połowę.

Kodeks pracy nakłada na pracodawców obowiązek wypłacania ubezpieczonym pracownicom zasiłków w wysokości połowy zarobków w okresie 4 tygodni, poprzedzających i następujących po okresach, w czasie których ubezpieczone otrzymują zasiłki z kasy ubezpieczeń. W ten sposób ubezpieczona pobiera zasiłek przez 6 tygodni przed i po połogu, częściowo z kasy, częściowo od pracodawcy.

(Informations sociales tom LXI zesz. 1 — 7).

Z MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

Na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, które odbyło się w Paryżu w dniu 9 stycznia r. b, postanowiono, że X Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy, który miał się odbyć we wrześniu 1936 r. w Lizbonie, a nie odbył się z przyczyn od Związku niezależnych, odbędzie się stanowczo we wrześniu 1937 r.

O ile okaże się możliwe odbycie tego Zjazdu w Lizbonie, termin będzie ustalony na pierwsze dni września, w razie, gdyby odbycie Zjazdu w Lizbonie okazało się niemożliwe — ostateczny ścisły termin i miejsce Zjazdu będą ustalone w końcu kwietnia lub na początku maja r. b.

W dalszym ciągu Komitet Wykonawczy powziął decyzję zwołać XI Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego zamiast w roku 1938 — w roku 1939, do Berlina, z zastrzeżeniem, że decyzja ta winna być, w myśl wymagań statutu, zatwierdzona przez najbliższe Walne Zebranie Międzynarodowego Związku.

Członkowie Komitetu Wykonawczego wyrazili jednogłośnie wdzięczność Rządowi Italskiemu za oddanie do dyspozycji Związku, wzorem lat ubiegłych 6 stypendiów w Instytucie Carlo Forlanini w Rzymie.

Komitet zatwierdził regulamin Fundacji im. Prof. Léon Bernard'a w myśl której będzie wypłacana co dwa lata przez Komitet Wykonawczy, nagroda autorowi wyróżnionej przez Komitet Wykonawczy pracy na temat społecznej walki z gruźlicą. Praca winna być napisana w języku angielskim lub francuskim.

Wreszcie postanowiono zwrócić się do członków Międzynarodowego Związku z różnych krajów z prośbą o zgłoszenie zagadnień naukowych, które mogłyby być zaproponowane jako temat prac naukowych obliczonych na dłuższą metę, a które następnie, mogłyby wejść do programów następnych Zjazdów Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

PRACODAWCY A UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BRAKU PRACY W BELGII.

Belgijski Centralny Komitet Przemysłowy wypowiedział się pozytywnie w sprawie stworzenia obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek braku pracy, projektowanego przez rząd. Według projektu rządowego ma być utworzony centralny fundusz reasekuracji, którego zadaniem będzie kompensata ryzyk ubezpieczeniowych pomiędzy różnymi kasami. Fundusz ten będzie równocześnie pośrednikiem między ubezpieczeniem w ścisłym tego słowa znaczeniu a pomocą, dostarczaną bezrobotnym przez państwo.

Według opinii Komitetu, kasy powinny być zorganizowane terenowo i obejmować ubezpieczonych według zawodów. Składki na to ubezpieczenie powinny być potrącane z wynagrodzenia, w połowie przez pracodawców i ubezpieczonych. Bezrobotnym składki powinny być potrącane z wypłacanych świadczeń.

Z ubezpieczenia tego — zdaniem pracodawców — winni być wyłączeni robotnicy rolni, chałupnicy, pracownicy doków, służba i robotnicy sezonowi.

Uzupełnieniem tego ubezpieczenia powinny być organizacje pośrednictwa pracy i środki zmierzające do zawodowego przeszkalania bezrobotnych. Pozwoli to na zapobieżenie dzisiejszemu stanowi, w którym — mimo istnienia 125.000 bezrobotnych — przemysł odczuwa brak wykwalifikowanych robotników.

(Informations Sociales Nr. 5 z 21 lutego 1937 r.).

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BRAKU PRACY W JAPONII.

Według sprawozdania z działalności towarzystw wzajemnej pomocy bezrobotnym miast Tokio, Kobé i Nagya — roczne wpływy (1935 r.) tych towarzystw wyniosły 327.157 yen — (w tym składki robotników — 74.583, pracodawców — 181.163, subwencje — 16.710 yen, inne — 4.777), — a saldo z poprzedniego roku — 49.924 yen. Wydatki tych towarzystw w tym okresie wyniosły 216.281 yen (w tym zasiłki bezrobotnym — 82.405 yen, inne — 76.552 yen), wydatki na pokrycie składek — 7.144, emerytur — 1.915, koszty administracyjne — 48.265, na następny rok przeniesiono — 110.876 yen.

Pierwsze z tych towarzystw, w Kobé, założono w 1925 r. Zarządza nim Komitet, złożony z 3 członków — przedstawicieli administracji ogólnej, magistratu i biura pośrednictwa pracy. Rada towarzystwa składa się z przedstawicieli pracodawców, pracujących i biur pośrednictwa. Towarzystwo obejmuje 3 rodzaje członków:

1) osoby fizyczne zdolne do pracy, które ją otrzymały za pośrednictwem biur pośrednictwa pracy lub za pośrednictwem towarzystwa;

2) osoby, które pracowały przynajmniej jeden dzień na 5;

3) pracodawców, którzy zatrudniają pracowników, poleconych przez biura pośrednictwa pracy lub towarzystwa, uiszczające składkę, ustaloną statutem.

Składka wynosi dla robotników 5 sen dziennie za pracę, opłacaną w wysokości max. 65 sen dziennie, dla pracodawców 5 — 7 sen dziennie. Składkę wpłacają również samorządy i administracja ogólna. Wpływy zebrane w ten sposób, przeznaczane są nie tylko na świadczenia bezrobocia, lecz i na świadczenia chorobowe, od wypadków i w razie śmierci.

Osoby fizyczne w czasie trwania bezrobocia mają prawo do zasiłku w wysokości 50 sen dziennie.

(Informations Sociales Nr. 5 z 21 lutego 1937 r.).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

PRZEGLĄD PRASY LEKARSKIEJ.

Społeczne obozy wędrowne Koła Medyków Stow. Samopom. Stud. Medyc. Uniw. J. Piłsudskiego. Warszawa 1937. Wydane z subw. Uniw. J. Piłsudskiego w Warszawie.

Koło Medyków studentów Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie, instytucja jak na nasze stosunki akademickie niezwykle ruchliwa i wydajna w swej pracy społecznej, powzięło myśl zorganizowania społecznych obozów wędrownych, o założeniu następującym:

1) realizowanie hasła „frontem do wsi" na drodze udzelania ludności wiejskiej szybkiej i bezpośredniej pomocy w tym zakresie, w jakim to jest w tej chwili możliwe;

2) umacnianie na terenach, zagrożonych wpływami nacjonalizmu mniejszościowego, polskości przez jednostki, które dzięki odpowiedniemu nastawieniu i przejawieniu swej bezinteresowności w pracy potrafią wzbudzić zaufanie do siebie ze strony miejscowej ludności;

3) dokładne, zapoznanie młodych lekarzy z nędzą proletariatu wsi i miasta i wyrobienie w nich społecznego nastawienia, bez czego nie będą mogli być nigdy dobrymi lekarzami.

Realizując powyższe założenia, Koło Medyków chciało tym samym dać ujście nurtującym zgrupowaną w Kole Medyków młodzież akademicką dążeniom do pracy społecznej, dążeniom nieraz bardzo silnym, ale dotychczas niejasnym i niesprecyzowanym w formie konkretnego programu.

Program prac obozów wędrownych ujęto w następujące punkty:

1) udzielanie pomocy lekarskiej ludności na trasie wędrówki obozu (porady ambulatoryjne, odwiedzanie chorych po domach, rozdawnictwo leków);

2) zebranie informacji na temat stanu sanitarnego tej ludności;

3) uświadamianie jej w zakresie higieny osobistej i zbiorowej (rozdawnictwo mydła);

4) prowadzenie pracy oświatowej (rozdawnictwo pomocy naukowych) i budzenie polskości;

5) nawiązywanie stałego kontaktu z ludnością i czynnikami administracyjnymi dla kontynuowania powyższych prac w czasie późniejszym.

Utworzone zostały 4 grupy pięcioosobowe, każda — z lekarzem na czele, i każdej grupie wyznaczono określoną trasę; punkt wyjścia wszystkich grup: Lesko (powiat Leski); punkt końcowy: Sianki (powiat Turczański). Teren, objęty trasami, to t. zw. Łemkowszczyzna i Bejkowszczyzna. Grupy, odpowiednio wyposażone, wyruszyły w teren 4 sierpnia 1936 r., ukończyły zaś swoją wędrówkę 25 sierpnia tegoż roku. Zatrzymywano się w poszczególnych miejscowościach na 1 — 3 dni. Kwatery i wyżywienie — we własnym zakresie.

Cała akcja została zorganizowana w porozumieniu z Depart. Służby Zdrowia Min. Op. Społ., Uniwersytetem J. Piłsudskiego, Polsk. Tow. Higienicznym, Państw. Zakł. Higieny, Tow. Rozwoju Ziem Wschodnich i Centr. Tow. Org. i K. Rolniczych.

Z obszernego ogólnego sprawozdania z działalności obozów wędrownych przytoczę tylko parę najbardziej charakterystycznych danych.

Stan sanitarny — wszędzie bardzo niski. Chaty — w znacznym procencie t. zw. kurne (bez kominów); pod jednym dachem mieści się izba mieszkalna (zwykle jedna), stajnia obora, stodoła i komórka. Higiena osobista — na bardzo niskim poziomie; zużycie mydła — minimalne. Łaźni — brak. Wszawica panuje wszędzie (były przypadki wszawicy rzęs u dzieci). Czystość mieszkań — niżej krytyki. Panuje nagminnie tyfus plamisty, tyfus brzuszny i okresowo czerwonka. Co 20-ty chory to gruźlik i obarczony wolem, co 58-y — chory na jaglicę.

Odżywianie — niedostateczne pod każdym względem. Główne składniki pożywienia: kartofle, kapusta, kasza (rzadziej), mleko i chleb żytni; tłuszczów spożywa się bardzo mało, mięso — 2 do 3 razy w roku. Jada się 2 razy dziennie, wszyscy jedzą z jednej misy.

Stan kulturalny. Ogólny % analfabetów dochodzi u dorosłych do 90%; po polsku mało kto pisze i czyta. Ludność pod względem narodowościowym — raczej bierna; określa swą narodowość jako ruską. Do obozów i ich pracy odnosiła się z życzliwością i zainteresowaniem.

Obozy odbyły ponad 400 km wędrówek w terenie. Udzielono pomocy lekarskiej 4.189 osobom. Praca dzienna trwała przeciętnie 9,5 godzin. Pomoc, okazywana ludności, polegała na udzielaniu porad chorym, udzielaniu wskazówek co do higieny, odżywiania, opieki nad matką i dzieckiem, chronienia się przed chorobami zakaźnymi; poza tym rozdawano ludności lekarstwa, środki odżywcze dla dzieci, mydło, pomoce naukowe (zeszyty, ołówki i t. p.), odzież.

Wyżywienie każdego członka grupy kosztowało 2 zł. dziennie; żywiono się chlebem, mlekiem, jajkami, masłem i miodem (plus pewne zapasy, wzięte z Warszawy).

Sprawozdanie kończy się stwierdzeniem pełnego osiągnięcia przez obozy wędrowne zamierzonych wyników i wezwaniem pod adresem pozostałej młodzieży akademickiej, innych wydziałów by prowadziły analogiczną akcję w zakresie swoich specjalności i zainteresowań na różnych odcinkach życia wsi i miast.

Dokonana przez Koło Medyków studentów Uniw. J. Piłsudskiego po raz pierwszy w roku 1936 próba pójścia w teren dla wszczęcia prac „nad wydźwignięciem z nędzy polskiej wsi kresowej" — zdała swój egzamin w pełni. Poza wynikami liczbowymi, statystycznymi dała ona uczestnikom obozów dobre samopoczucie i satysfakcję ze spełnienia wysoce korzystnej i realnej pracy społecznej.

Cz.

PIELĘGNIARKA POLSKA Nr. 1 — 2, 1937 r.

N. Marcin Kacprzak: „Pielęgniarka społeczna na wsi".

O ile w opiece nad chorymi pielęgniarka gra rolę jedynie podrzędną, prawie wyłącznie pomocniczą, o tyle w dziedzinie zapobiegania powstawaniu i szerzeniu się chorób — gra ona rolę dużą i bez mała decydującą o wyniku tej akcji. Tutaj dopiero jest właściwe dla niej pole do rozwinięcia inicjatywy i samodzielności i do przejawienia swych wartości społecznych; na tym polu *nie wolno jej* ograniczać się do roli pomocniczej.

Specjalne trudne zadanie czeka pielęgniarkę w akcji zapobiegawczej na terenach wiejskich, tak niesłychanie zaniedbanych pod względem zdrowotnym i higienicznym. Praca pielęgniarki na wsi wymaga od kandydatek na to stanowisko szczególnych wartości wrodzonych i specjalnego przygotowania.

Pielęgniarkę na wsi musi cechować przyjacielski stosunek do chłopa, umiejętność i ochota wżycia się w jego środowisko, szacunek dlań i zrozumienie jego potrzeb — oczywiście bez rezygnowania, ze strony pielęgniarki, z jej własnych aspiracji i bez zniżania się do poziomu środowiska chłopskiego. „Całe zachowanie działacza społecznego wiejskiego powinno być takie, żeby wieś uważała go za swego, aczkolwiek wyższego umysłowo". Wówczas pielęgniarka zwalczy tę charakterystyczną dla chłopa nieufność, bądącą „tylko aktem samoobrony, którą wytworzyły wieki". Poza tym, pielęgniarka musi posiadać mocne zdrowie (ze względu na oczekującą ją ciężką pracę) i zamiłowanie do życia wiejskiego.

Wreszcie, pielęgniarka wiejska musi przejść — przed wyruszeniem w teren — specjalne przeszkolenie teoretyczne i praktyczne i odbyć staż wiejski paromiesięczny u boku starszej i doświadczonej koleżanki. Po objęciu zaś przez nią jej stanowiska, trzeba koniecznie roztaczać nad nią i nad jej pracą nadal troskliwą opiekę.

Cz.

LEKARZ POLSKI Nr. 3, marzec 1937 r.

Sprawozdanie z konferencji poświęconej opiece lekarskiej na wsi odbytej w dn. 31.I. — 2.II 1937 r.

Konferencja ta została zorganizowana przez Instytut Spraw Społecznych; udział w niej wzięło około 200 osób (lekarzy, przedstawicieli organizacyj rolniczych, samorządów i t. p.), przybyłych z całego kraju.

Podstawowy referat, omawiający obecny stan opieki lekarskiej na wsi, wygłosił Dr. M. Kacprzak, kierownik Działu Zdrowia Instytutu Spraw Społecznych. W referacie tym podkreślił autor, że wieś właściwie nie ma lekarzy, gdyż wypada tam (licząc razem z miastami poniżej 10 tysięcy mieszkańców) na 1 lekarza — 9.600 ludności; według norm zachodnioeuropejskich na 1 lekarza powinno wypaść nie więcej, jak 2.000 ludności. Do tego zaś, lekarze na prowincji grupują się przeważnie w miastach powiatowych i ze względów komunikacyjnych dostępni są tylko dla części ludności; właściwa zaś wieś korzysta szeroko z pomocy felczerów i znachorów. Fatalnie przedstawia się sprawa zwłaszcza w zakresie pomocy położniczej, gdyż fachowe akuszerki obecne są przy porodach zaledwie w 5 — 30% przypadków; resztę porodów przeprowadzają t. zw. „babki wiejskie", narażające położnice na zakażenia i inne ciężkie powikłania poporodowe.

Również i pomoc szpitalna jest niewystarczająca; szpitali jest zamało i są nieracjonalnie rozmieszczone, a koszty leczenia w nich przekraczają możliwości płatnicze nawet średnio zamożnych gospodarzy. W wyniku wysłuchania szeregu referatów w obszernej dyskusji przyjęto następujące tezy:

1) Opieka lekarska na wsi jest obecnie niewystarczająca — brak jest lekarzy, położnych, pielęgniarek, urządzeń rozpoznawczych; brak jest szpitali wogóle, a zwłaszcza oddziałów zakaźnych i położnych, przy czym koszty leczenia szpitalnego są niewspółmiernie duże w stosunku do możliwości finansowych ludności; akcja zapobiegawcza rozwija się zbyt powoli.

2) Stan opieki nad zdrowiem robotników rolnych jest fatalny i — w zakresie zarówno ostrych, jak i przewlekłych chorób zakaźnych — groźny dla całego pozostałego społeczeństwa.

3) Ze względu na liczne i brzemienne w skutki wypadki przy pracy na wsiach, należałoby koniecznie usprawnić organizację pierwszej pomocy lekarskiej, oraz pomocy specjal. chirurgicznej.

4) Wychodząc z założenia, że każdy obywatel ma prawo do pomocy lekarskiej w chorobie, należy możliwie śpiesznie opracować realny i jednolity plan organizacji powszechnej pomocy lekarskiej na wsi, który byłby stopniowo zrealizowany w ciągu szeregu lat, — gdyż przy obecnych warunkach gospodarczych wsi nie można oczekiwać samoistnego uregulowania się tej sprawy w płaszczyźnie wolnej podaży i popytu.

5) Najracjonalniejszą formą organizacji powszechnej ochrony zdrowia ludności wiejskiej stanowią terenowe ośrodki zdrowia, mające za zadanie zarówno leczenie chorych, jak i zapobieganie chorobom i prowadzenie ogólnej akcji sanitarnej. Organizację tę należy oprzeć o sa-

morządy którym należy zapewnić dla tych celów specjalne źródła dochodu.

6) Ponieważ lekarstwa, ze względu na ich wysoką obecnie cenę, są prawie że niedostępne dla ludności wiejskiej, należy dążyć do wydatnego obniżenia ceny środków leczniczych na drodze ustawodawczej i organizacyjnej.

7) Należy udostępnić ludności wiejskiej pomoc szpitalną przez obniżenie opłat szpitalnych (zwłaszcza w oddziałach położniczych i zakaźnych); niedobory budżetów szpitalnych powinny być pokryte z funduszów publicznych.

8) Całość opieki lekarskiej nad wsią powinna być oparta o specjalny akt ustawodawczy i rozporządzenia rządowe.

9) W celu przygotowania lekarzy do pracy na wsi należy odpowiednio zmienić system nauczania na wydziałach lekarskich i stosować następnie doszkalanie lekarzy dla celów pracy na wsi.

Cz.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INFORMATIONS SOCIALES, tygodnik, Genewa.
T. LXI Nr. 9 z 1 marca 1937.

Entr'aide mutuelle des institutions d'assurance-accidents allemandes et polonaises en matière d'expertises médicales. (Wzajemna pomoc niemieckich i polskich instytucyj ubezpieczenia od wypadków w zakresie ekspertyz lekarskich).

Affiliation volontaire des Allemands résidant à l'étranger à l'assurance - invalidité - vieillesse - decès. (Dobrowolne ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość Niemców przebywających za granicą).

Proposition de loi sur l'assurance-pension des marins en république Argentine. (Projekt ustawy o ubezpieczeniu pensyjnym marynarzy w Argentynie).

Projet de reforme en matière de prévoyance sociale au Danemark. (Projekt opieki społecznej w Danii).

Projets de loi sur l'assurance et l'assistance sociale en Finlande. (Projekty ustawy o ubezpieczeniu i o pomocy społecznej we Finlandii).

Protection des marins tuberculeux en Grèce. (Opieka nad marynarzami gruźlikami w Grecji).

Développement de l'assurance - maternité obligatoire en Italie. (Rozwój przymusowego ubezpieczenia macierzyństwa we Włoszech).

Création d'un conseil médical pour les assurances sociales en Pologne. (Stworzenie rady naukowo-lekarskiej ubezpieczeń społecznych w Polsce).

Création d'une caisse mutuelle de pensions ouvrières en Suède. (Stworzenie kasy wzajemnego ubezpieczenia rentowego robotników w Szwecji).

INTERNATIONALE RUNDSCHAU DER ARBEIT, miesięcznik, Genewa.

Nr. 12 z grudnia 1936.

P. Lamartine Yates. Die arbeitslosen Industriearbeiter und die Frage der ländlichen Siedlung in Grossbritannien. (Bezrobocie robotników przemysłowych a znaczenie osadnictwa wiejskiego w Anglii).

REICHSARBEITSBLATT, dekada, Berlin.

Nr. 1 z 5 stycznia 1937.

Dr. M. Bauer, Die dritte Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16 Dezember 1936. (Trzecie rozporządzenie z 16.XII.36 o objęciu ubezpieczeniem wypadkowym chorób zawodowych).

Nr. 3 z 25 stycznia 1937.

Heinze, Ausbau der rechnerischen Grudlagen in der deutschen Invalidenversicherung. Zahlen über die Versicherten und erste Ergebnisse der Rentenstatistik. (Rozbudowa podstaw rachunkowych niemieckiego ubezpieczenia inwalidzkiego. Liczby ubezpieczonych i pierwsze wyniki statystyki rentowej).

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT, kwartalnik Berlin,

tom 37, zeszyt 1 ze stycznia 1937.

Dr. Klemens Löer, Grudsätzliche Bemerkungen zur Wahl der Rechnugsgrudlagen in der Lebensversicherung. (Zasadnicze uwagi co do wyboru podstaw rachunkowych w ubezpieczeniu życiowym).

Dr. Hermann Doll, Diabetes und Lebensversicherung. (Cukrzyca i ubezpieczenie na życie).

Dr. Johannes Zahn, Moderne Versicherungsgedanken im Kreditwesen. (Nowoczesne idee ubezpieczeniowe w obrocie kredytowym).

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR ÖFFENTLICHE VERSICHERUNG UND VOLKSWOLFAHRT, miesięcznik, Praga,

zeszyt 1 ze stycznia 1937.

Neuordnung und Neuaufbau der reichsdeutschen Sozialversicherung. (Nowa organizacja i rozwój niemieckich ubezpieczeń społecznych).

Der Krankenversicherte als Heilmittelverbraucher. (Zużycie środków leczniczych przez ubezpieczonych na wypadek choroby),

Zeszyt 2 z lutego 1937.

Dr. Gisela Augustin, Wirtschaftsaufschwung und Sozialversicherung. (Rozwój gospodarstwa narodowego a ubezpieczenie społeczne).

Die Durchführung der Pensionsversicherung der behandelnden Aerzte der Krankenversicherungsanstalten. (Ubezpieczenie pensyjnej lekarzy zatrudnionych w zakładach ubezpieczenia chorobowego),

zeszyt z 3 marca 1937.

Ing. Alois Gütling, Die Unfallverhütung und die Einteilung der Betriebe in Gefahrenklassen. (Zapobieganie wypadkom przy pracy i podział przedsiębiorstw na klasy niebezpieczeństwa).

Dr. Wilhelm, Butschek, Die historische Entwicklung der Arbeitslosenversicherung. (Rozwój historyczny ubezpieczenia na wypadek braku pracy).

Dr. S. Augustin, Tuberkulosenversicherung. (Ubezpieczenie przeciw gruźlicy).

SVÉPOMOC, dwutygodnik, Praga.

Nr. 3 z lutego 1937.

Dr. Jaroslav Pechar, Prevencia vo verejnom zaharotwictie a v sociálnom poisteni volaste. (Profilaktyka w lecznictwie publicznym a w szczególności w ubezpieczeniu społecznym).

Zdravotni a hospodarsky wyznam sociálniho pojisteni. (Zasady lecznicze i gospodarcze ubezpieczeń społecznych).

Sociálni pojisteni w Madársku za r. 1935. (Ubezpieczenia społeczne na Węgrzech w r. 1935).

Nr. 4 z 15 lutego 1937.

Krise a duchodové pojisteni delnické. (Kryzys a działalność ubezpieczeń społecznych).

Josef Bubnik: Hospodarstwi urazové pojistovny delnické pro Cechy w roce 1935. (Działalność ubezpieczenia wypadkowego w Czechach w r. 1935).

Adolf Kania, Oposicni zaloby proti nemocenskym pojistovniam. (Zarzuty przeciw ubezpieczeniu chorobowemu).

SOZIALE RUNDSCHAU, miesięcznik, Praga.

Nr. 11 — 12, grudzień 1936.

Robert Wiener, Einige Bemerkungen zu der Selbständigenversicherung. (Uwagi w sprawie ubezpieczenia samodzielnie zarobkujących).

Dr. Max Bloch, Zu Unrechtempfangene Versicherungsbeiträge. Nieprawnie pobrane składki).

Nr. 1, styczeń 1937.

Dr. E. Stein, Die Lage der Sozialversicherung. (Położenie ubezpieczeń społecznych).

J. Jeyl, Kontrolle der Meldungen in der Sozialversicherung. (Zagadnienie kontroli w ubezpieczeniu społecznym).

DAS VERSICHERUNGSARCHIV, miesięcznik, Wiedeń.

Nr. 8/9 marzec 1937.

Dr. Karl Mumelter, Geschichte und Entwicklung der oesterreichischen Sozialversicherung. Dzieje rozwoju austriackich ubezpieczeń społecznych).

DIE SOZIALVERSICHERUNG, miesięcznik, Wiedeń.

Nr. 3 z grudnia 1936.

H. Koban, Die oesterreichische Landarbeiterversicherung. (Ubezpieczenie austriackich robotników rolnych).

Dr. Fritz Kagr, Versicherung und Fürsorge im Arbeitslosenrecht. (Ubezpieczenie i opieka w ustawodawstwie bezrobocia).

Nr. 1 ze stycznia 1937.

Dr. Lutz Richter, Wesenszüge der deutschen Sozialversicherung. (Cechy charakterystyczne niemieckich ubezpieczeń społecznych).

Zehn Jahre Invaliditäts-und Altersversicherung in der Tschechoslowakei. (Dziesięciolecie ubezpieczenia inwalidzkiego w Czechach).

Nr. 3 z marca 1937.

Dr. Herbert Eberhartingen, Sozialärztliche Fragen. (Zagadnienia medycyny społecznej).

Dr. Robert Kerber, Die Tagung des Sachverständigen-Ausschusses für Sozialversicherung inn Genf im November 1936. (Konferencja rzeczoznawców ubezpieczeń społecznych w Genewie w listopadzie 1936).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

Dekada z 10 marca i *Pionier rodzinnego przemysłu* z 1 marca rb. zamieściły równobrzmiące artykuły, omawiające zagadnienie powszechności ubezpieczeń społecznych. Jako założenia zasady powszechności są wymienione przedewszystkiem *podział* dochodu społecznego na korzyść warstw słabszych materialnie i *wzajemność*. Ogół pracowników nie ma możności, zwłaszcza w okresach gorszej koniunktury gospodarczej; uzbierania odpowiednich oszczędności i zapewnienia sobie środków utrzymania na czas choroby, bezrobocia lub w wypadku trwałej niezdolności do pracy. Świadczenia ubezpieczeń społecznych umożliwiają złagodzenie ujemnych skutków wypadków losowych. Wzajemność polega na jakby subwencjonowaniu składkami pracowników zdrowych i zatrudnionych tych, którzy skutkiem złego stanu zdrowia czy też złych warunków ekonomicznych nie mogą zarobkować. Powszechność ubezpieczenia jest wyrazem solidarności świata pracy i umożliwia utrzymanie na odpowiednim poziomie świadczeń. Dlatego nie powinny mieć miejsca wyłączenia we formie systemów zastępczego ubezpieczenia, ponieważ te wyłączenia prowadzą do uszczuplenia funduszów ubezpieczeniowych. Pozatem grupy wyłączonych pracowników należą zazwyczaj do lepiej uposażonych i pracujących w zrównoważonych warunkach pracy, co ma znaczenie zarówno dla finansów ubezpieczeniowych jak i dla częstotliwości ryzyk. Powszechność ubezpieczeń pozwala na prowadzenie racjonalnej akcji profilaktycznej, co ma znaczenie dla ogólnej zdrowotności kraju.

Zagadnieniu ubezpieczeń zastępczych poświęca uwagę również *Front Robotniczy* z 3 marca rb. w artykule pt. „Skasować ubezpieczenia zastępcze". Autor artykułu wyraża wątpliwość co do możliwości utrzymania na stałe zastępczych systemów ubezpieczeniowych ze względu na *to*, że przy węższych podstawach liczebnych zespołów pracowniczych objętymi tymi systemami konieczne są znacznie większe wkłady pieniężne, niż w ubezpieczeniu powszechnem. Konieczność wkładów przekracza częstokroć możliwości finansowe instytucyj utrzymujących zastępcze systemy ubezpieczeniowe i to dało zdaniem autora podstawę do wydania dekretu Prez. Rz. z 3 grudnia 1935 w przedmiocie rewizji zaopatrzeń emerytalnych udzielanych przez zastępcze systemy emerytalne. Intencją dekretu było ratować instytucje choćby kosztem emerytów, wdów i sierot Dekret dał zdaniem autora możliwość poszczególnym instytucjom redukcji świadczeń nawet w wypadkach, gdy nie zachodziła konieczność finansowa. Stąd płynie nauka dla pracowników objętych zastępczymi systemami ubezpieczenia, że nie są pewni jutra. Tylko solidarność całego świata pracy, wyrażająca się w powszechności ubezpieczeń społecznych może dać zapewnienie przyszłości.

Przegląd Katolicki z 14 marca rb. w artykule pt. „Czy duch chrześcijański jest obcy ubezpieczeniom społecznym?" omawia cele ubezpieczeń społecznych, wskazując na zawarte w ubezpieczeniach pierwiastki humanitaryzmu i solidaryzmu społecznego. Państwo polskie przejęło w spadku po zaborcach dużo ustaw i zobowiązań ubezpieczeniowych. Przepracowanie i ujednostajnienie norm wymagało dłuższego czasu, a wyrazem tendencyj i prac dokonanych była ustawa o ubezpieczeniu społecznym. Nastąpiło znaczne uproszczenie. Pracodawca i pracownik ma do czynienia z jedną instytucją, ubezpieczalnią społeczną. Kierownicze czynniki instytucyj ubezpieczeniowych dokładają starań, aby personel stał na wysokości zadania i aby rzesze ubezpieczonych mogły korzystać w pełni ze swych uprawnień.

Front Robotniczy z 28 lutego rb. w artykule pt. „Kto winien?" wskazuje na brak zrozumienia własnego interesu u pracowników, którzy nie doceniają doniosłości konieczności ubezpieczenia i zawierają z pracodawcami „umowy" o niezgłaszanie do ubezpieczenia. Skutki takich „umów" wyrażają się w pozbawieniu pracowników świadczeń w znaczenie zajścia wypadku losowego. Wtedy jednak częstokroć można spotkać się z narzekaniami na instytucje ubezpieczeniowe, a nie na własny brak zainteresowania.

Umowy o niezgłaszanie do ubezpieczenia, chociaż nie mają skutku prawnego, z jednej strony pozbawiają pra-

cowników świadczeń, z drugiej strony stanowią dla pracodawców jeden ze sposobów uchylania się od płacenia składek i uszczuplania w ten sposób funduszów ubezpieczeniowych. Dalsze uszczuplanie następuje we formie np. oddłużania samorządów, które są dłużne ubezpieczeniom z różnych tytułów 93,000,000 zł. Należy również wspomnieć o projektach oddłużenia rolnictwa i przemysłu kosztem ubezpieczeń.

Jutro pracy z 21 marca rb. poświęca artykuł pt. „Droga do podniesienia zdrowotności wsi" zagadnieniom sanitarnym ludności rolniczej. Wieś jest prawie zupełnie pozbawiona opieki lekarskiej. Brak lekarzy, personelu pomocniczego, szpitali, poradni i t. p. Sytuacja taka ułatwia działanie znachorów i szarlatanów. Paradoksem jest, że równocześnie słyszeć się dają głosy o nadmiarze lekarzy w wielkich miastach i o wynikającej stąd pauperyzacji zawodu lekarskiego.

Robotnicy rolni, którzy na terenie b. zaboru niemieckiego korzystali przed ustawą scaleniową z pomocy lekarskiej ubezpieczeń społecznych, zostali pozbawieni jej przez przerzucenie obowiązków w tej mierze na pracodawców rolnych. Wywiązują się oni nieodpowiednio ze swych obowiązków. Min. Op. Społ. zainicjowało niedawno narady poświęcone zagadnieniu zdrowotności wsi. Ratunek jej powinien iść przez reformę ustawodawstwa socjalnego. Ubezpieczenia społeczne przetrwały ciężką próbę kryzysu gospodarczego. Kształcą się zastępcy lekarzy — społeczników. Jednakże działalność ubezpieczeń uległa uszczupleniu przez dopuszczalność ubezpieczeń zastępczych i przez stworzenie górnej granicy zarobków, policzalnych do wymiary składek. Narusza to finanse ubezpieczeniowe, utrudniając rozszerzenie akcji.

Podstawy finansowe dla realizacji podniesienia zdrowotności wsi należy stworzyć przez koordynację działalności Skarbu P-a, samorządów i ubezpieczeń społecznych. Brak koordynacji wytwarza rozproszenie środków finansowych i dwutorowość działalności. Tak więc wzmożenie funduszów ubezpieczeniowych przez zniesienie ograniczeń w odniesieniu do pewnych grup pracowniczych, przeważnie lepiej sytuowanych, koordynacja działalności i środków finansowych zainteresowanych czynników, pozwolą na rozbudowę urządzeń sanitarnych na wsi bez obarczania ubogiej ludności wiejskiej nowymi obciążeniami i na stworzenie tysięcy etatów lekarzy wiejskich, które należy obsadzić ludźmi młodymi, energicznymi i uspołecznionymi.

W czasopiśmie „Praktyczna pani" z 20 marca rb. znajdujemy artykuł pt. „Doniosła inicjatywa". Artykuł omawia obozy wypoczynkowe dla młodzieży robotniczej w Rozłuczy, Siankach, Lidzbarku, Międzybrodziu i Limanowej podkreślając pozytywne rezultaty akcji obozowej wyrażające się we wzmocnieniu sił fizycznych i moralnych i nauce higieny. Główny warunek podniesienia zdrowotności klasy robotniczej polega na polepszeniu zarobków, a tem samem na polepszeniu stopy życiowej. Do czasu nastania tej poprawy należy szukać wszelkich innych środków możliwych do zastosowania, a jednym z nich są obozy wypoczynkowe, przez które powinny przejść najliczniejsze rzesze młodzieży.

Kurier Poranny z 16 marca w artykule pt. „Nie ma wolnych miejsc" porusza zacofanie Polski pod względem szpitalnictwa, które stawia ją na bardzo dalekim miejscu przed... Grecją i Litwą. W tej sytuacji budowa szpitala Ubezpieczalni Społecznej na Solcu w Warszawie nabiera znaczenia ogólno - państwowego i przyczyni się do podniesienia zdrowotności stolicy.

Bluszcz z 20 marca zamieszcza opis sanatorium Z.U.S. w Bystrej podkreślając zarazem konieczność wzmocnienia akcji przeciwgruźliczej.

Czasopismo *Dziecko i matka* omawia rozbudowę sanatorium dla dzieci w Andrychowie, które pozwoli na pomieszczenie 150 dzieci. Dzieci wychodzą z sanatorium w doskonałym stanie zdrowia. Jednakże sanatorium to daje szczupłe tylko możliwości w stosunku do potrzeb społeczeństwa. Koniecznem jest stworzyć gęstą sieć szkół - sanatoriów, ażeby chronić młodzież zagrożoną gruźlicą.

Front robotniczy z 16 marca zamieścił reportaż pt. „U lekarza domowego". Reportaż zawiera opis wizyty u lekarza domowego w śródmieściu i w rejonie na przedmieściu. Reportaż stwierdza duże zaufanie, z jakiem odnoszą się szerokie rzesze ubezpieczonych do swych lekarzy domowych, — poczekalnie są przepełnione. Lekarz rejonu na przedmieściu podkreśla złe warunki mieszkaniowe, pracy i wyżywienia jako źródło przeważnej ilości chorób swych pacjentów. Większość chorób to cierpienia dziedziczne i zawodowe.

Echo społeczne z 15-go lutego zawiera artykuł p. Jana Zawadzkiego pt. „Racjonalizacja ubezpieczeń społecznych". Autor wskazuje jako cele racjonalizacji właściwą organizację instytucji oraz dobre i tanie wykonywanie agend. Ubezpieczenia społeczne noszą charakter urządzeń gospodarczych, należy je więc rozpatrywać pod kątem gospodarczej racjonalizacji. Zagadnienie to stanowi przedmiot zainteresowań w przekroju międzynarodowym i było przedmiotem obrad kilku kongresów. Racjonalizacja przejawia się w jednolitej kodyfikacji, obejmującej kilka gałęzi ubezpieczeń, w koncentracji administracji, w doborze fachowym pracowników i kierownictwa. Jest to niejako formalna racjonalizacja. Zagadnienie racjonalizacji polega również na racjonalizacji treści przepisów. A więc składki powinny być tak skonstruowane, ażeby wystarczały na pokrycie świadczeń. Tu autor zwraca uwagę na zbyt niską składkę ubezpieczenia chorobowego w Polsce, co powoduje niskość świadczeń, a tem samem stawia ich celowość pod znakiem zapytania. W ubezpieczeniach długoterminowych składka początkowo może być niższa i wzrastać z biegiem lat równomiernie do wzrostu dochodu społecznego.

Co do świadczeń racjonalizacja ich wymaga, by nie były zbyt małe, bo wtedy ubezpieczenie społeczne staje się fikcją i nie spełnia swych celów, a zarazem nie były zbyt wysokie, bo i to jest sprzeczne z zadaniem ubezpieczeń społecznych, polegającem na zapewnieniu minimum egzystencji. Autor zwraca uwagę, iż ubezpieczenie emerytalne robotnicze w Polsce daje świadczenia, znacznie niższe niż zagranicą i powinno ulec nowelizacji.

Potanienie administracji jest ważnym problemem, który w okresie kryzysu gospodarczego uległ znacznej poprawie. Dużą rolę w tej mierze odgrywa fachowe kierownictwo i społeczne jego nastawienie, co znajduje już wyraz w wielu krajach w wymogach kwalifikacyjnych.

Obserwacja postępu zarządzeń, dotyczących ubezpieczeń społecznych w rozmaitych krajach, wykazuje stopniową realizację tendencyj zmierzających do jak najlepszej racjonalizacji tego ważnego urządzenie społecznego.

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**
Przeciętna w 1936 r.	**410 753**	**1 767 832**	**1 470 632**	**293 980**	**292 359**	**1 972 956**
Stan w końcu grudnia 1935 r.	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	2 156 509
„ „ listopada „	415 304	1 878 129	1 571 947	303 681	301 817	2 088 927
„ „ grudnia „	421 591	1 703 949	1 400 561	300 398	298 298	1 914 588

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**	.	.
w listopadzie 1935 r.	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*	4 537	1 479	5 228	3 956*	1 272
w październiku „	25 921	9 320	5 577	4 694	1 525	4 805	3 673	1 132
„ listopadzie „	29 158	10 778	6 304	4 601	1 491	5 984	5 546*	438
B. Wpływy składek i odsetek zwłoki								
w 1934 r.	**277 890**	**105 621**	**48 776**	**57 908**	**20 961**	**44 624**	.	.
w 1935 r.	**294 560**	**101 609**	**65 782**	**62 672**	**19 680**	**44 817**	**40 036**	**4 781**
w listopadzie 1935 r.	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
w październiku „	26 618	9 663	5 756	4 852	1 577	4 770	3 811	959
„ listopadzie „	27 305	9 931	5 760	4 275	1 388	5 951	5 020	931

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 XII	1936 I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ubezpieczenie na wypadek choroby													
						Świadczenia (w tysiącach złotych)							
1. *Ogółem* [g]			*17 270*			*18 077*			*19 645*			*22 090*	
2. opieka lekarska			6 711			6 797			7 256			7 310	
3. środki leczn. i pomocn.			3 158			3 269			2 989			3 505	
4. szpitale i zakł. leczn.			4 439			4 806			5 382			6 310	
5. zasiłki pieniężne			2 525			2 531			2 864			3 270	
6. lecz. w bratnich ubezp.			165			233			239			447	
7. profilakt. i cele sanit.			272			441			915			1 248	
						Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)							
8. Porady lekarskie ogół.	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	1 439,9	1 372,2
9. „ lekarzy dom.	889,7	901,1	890,8	969,7	886,2	980,5	908,6	994,1	952,0	992,9	1 080,5	1 093,1	1 053,2
10. „ „ specjal.	279,0	313,5	301,0	332,5	295,3	322,7	295,1	312,9	297,9	330,9	358,3	346,8	319,0
11. Zabiegi dentystyczne	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.	178,2	189,1	205,9	196,6	191,3	213,4	190,8	185,2	184,6	199,9	222,5	207,9	193,5
13. Leki i środki opatrunk.	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	1 605,5	1 735,7
14. Zabiegi fizyko-terap.	138,4	203,7	199,5	225,7	168,8	167,5	122,6	78,2	78,8	127,5	179,0	200,2	190,9
15. „ rentgenowskie	28,5	31,4	31,3	34,5	32,3	35,9	31,2	28,4	28,1	31,9	33,7	35,9	32,3
16. Analizy chemiczne[h]	44,0	56,1	51,2	57,4	51,3	52,5	48,2	44,0	44,9	51,4	56,4	56,1	53,5
17. Przekazy do szpitali[i]	9,6	10,7	9,9	10,8	10,2	11,8	12,1	13,9	13,5	14,5	14,6	14,2	13,0
18. Przyrost chorych we własnych szpitalach	4,3	5,3	4,6	4,8	4,4	5,1	5,0	5,5	5,1	5,1	5,2	4,8	4,9
19. Dni szpitalne[j]	71,8	77,4	75,6	75,0	69,0	79,3	75,9	77,3	78,1	75,9	78,9	78,0	74,2
20. Dni zasiłkowe[k]	997,9	890,0	847,8	907,3	850,3	891,3	839,2	982,3	977,3	1 084,2	1 184,6	1 094,8	1 250,2
21. Zasiłki pogrzebowe	2,6	2,5	2,1	2,5	2,3	2,6	2,7	3,3	3,2	3.1	3,3	3,0	3,0
Ubezpieczenie emeryt. robotników [l]						Świadczenia (w tysiącach złotych)							
22. *Ogółem*	*1 386*	*1 357*	*1 419*	*1 472*	*1 578*	*1 639*	*1 615*	*1 603*	*1 499*	*1 536*	*1 641*	*1 715*	*1 645*
23. renty	744	715	764	778	876	880	840	803	791	771	869	856	849
24. zaopatrzenia	606	638	651	658	682	695	704	699	688	712	732	745	756
25. świadcz. jednorazowe[m]	36	4	4	36	20	64	71	101	20	53	40	114	40
						Liczby wypłaconych świadczeń							
26. Renty	39 146	38 910	39 135	39 207	39 874	40 379	40 888	41 115	41 435	41 593	43 490	44 155	44 318
27. zaopatrzenia	28 438	29 094	29 697	30 379	31 153	31 983	32 707	33 195	33 497	33 938	34 425	34 954	35 490
28. świadcz. jednorazowe[m]	316	35	35	314	184	577	580	512	138	468	370	965	195
Ubezpieczenie pracowników umysłow.						Świadczenia (w tysiącach złotych)							
29. *Ogółem*	*3 916*	*3 874*	*3 895*	*4 165*	*4 614*	*4 016*	*4 212*	*4 078*	*4 103*	*4 149*	*4 181*	*4 317*	*4 237*
30. renty	2 691	2 786	2 678	2 852	3 414	2 827	3 096	3 085	3 097	3 098	3 155	3 321	3 235
31. zaopatrzenia[n]	99	97	113	105	98	101	109	104	112	109	113	114	108
32. świadcz. jednorazowe[o]	104	96	153	160	130	164	154	77	91	122	120	111	112
33. zasiłki bezrobotnych	1 022	895	951	1 048	972	924	853	812	803	820	793	771	782
						Liczby wypłaconych świadczeń							
34. Renty	21 479	21 922	22 202	22 784	23 634	23 710	24 252	24 255	24 651	25 114	25 574	25 992	26 553
35. zaopatrzenia[n]	1 924	1 923	1 963	1 997	1 986	1 999	2 041	2 041	2 081	2 107	2 135	2 157	2 150
36. świadcz. jednorazowe[o]	69	58	118	115	123	118	124	70	74	103	116	102	124
37. Zasiłki z powodu braku pracy	13 074	11 801	12 317	13 857	12 830	11 969	11 132	10 788	10 379	11 215	11 087	10 547	10 605
38. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki[p]	9 998	9 238	9 720	10 597	10 484	9 967	9 292	8 801	8 526	9 045	9 197	8 879	8 787
Ubezpiecz. od wypadk.						Świadczenia (w tysiącach złotych)							
39. *Ogółem*	*4 723*[t]	*3 344*	*3 796*	*3 705*	*3 914*	*4 105*	*3 764*	*3 798*	*3 855*	*3 999*	*3 710*	*3 947*	3 955
40. renty	3 914	3 326	3 438	3 327	3 547	3 687	3 463	3 516	3 526	3 649	3 602	3 592	3 596
41. świadcz. jedn. i rzecz.[r]	809[t]	18	358	378	367	418	301	282	329	350	108	355	359
						Liczby przyznanych świadczeń							
42. Renty	1 753	1 176	1 208	1 625	2 216	2 013	1 677	1 760	1 775	1 860	1 934	2 173	1 916
43. Świadcz. jednoraz.[s]	43	49	92	150	94	119	99	66	81	84	88	94	

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 — XII 1936

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych [b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		emerytalnemu pracowników umysłowych	od wypadków w zatrudnieniu
					razem	w tym górnicy i hutnicy (skł. emer. 5,8%)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Ogółem	**421 591**	**1 747 536**	**1 703 949**	**1 400 561**	**46 250**	**273 933** [c]	**1 734 495** [d]
	woj. Centralne . .	*196 097*	*920 490*	*893 798*	*753 004*	*33 032*	*137 223*	*916 834*
	woj. Warszawskie							
1	Ciechanów	3 177	9 473	9 301	7 279	—	1 474	9 306
2	Kutno	3 935	16 596	16 283	13 659	—	2 258	16 323
3	Płock	3 693	10 173	10 001	8 030	—	1 524	10 012
4	Warszawa	82 278	332 798	324 476	255 421	—	66 628	332 476
5	Włocławek	4 337	16 816	16 456	13 781	—	2 221	16 567
6	Żyrardów	3 573	15 368	15 150	13 322	—	1 559	15 233
	woj. Łódzkie							
7	Kalisz	4 902	13 834	13 591	10 563	—	1 995	13 628
8	Łódź	25 387	165 855	164 235	144 961	—	17 040	165 827
9	Pabianice	3 518	20 358	20 187	18 090	—	1 701	20 265
10	Piotrków	3 376	16 859	16 672	14 277	—	1 859	16 742
11	Tomaszów Mazowiecki	2 486	19 352	19 181	17 189	125	1 644	19 247
	woj. Kieleckie							
12	Częstochowa	7 098	38 580	38 075	33 898	5 030	3 237	38 500
13	Kielce	4 685	18 551	18 274	14 285	—	3 406	18 296
14	Ostrowiec	2 066	18 818	18 516	16 341	2 959	2 185	18 701
15	Radom	4 271	28 998	19 422	24 293	—	3 900	28 887
16	Sosnowiec	10 256	73 191	72 329	64 619	24 918	7 255	73 155
	woj. Lubelskie							
17	Lublin	7 973	30 054	29 240	23 368	—	5 480	29 701
18	Siedlce	2 973	10 170	9 872	7 732	—	1 910	9 893
19	Zamość	3 227	10 909	10 598	8 127	—	2 128	10 606
	woj. Białostockie							
20	Białystok	4 903	27 883	26 775	22 896	—	4 046	27 680
21	Grodno	4 364	16 109	15 966	12 863	—	2 334	16 105
22	Łomża	3 619	9 745	9 198	8 010	—	1 439	9 684
	woj. Wschodnie.	*32 508*	*135 700*	*133 553*	*103 694*	—	*25 925*	*133 788*
	woj. Wileńskie							
23	Wilno	11 630	44 455	43 984	33 625	—	8 634	44 081
	woj. Nowogródzkie							
24	Baranowicze	2 756	10 001	9 704	2 460	—	2 018	8 721
25	Lida	2 413	10 254	9 988	7 521	—	2 330	9 997
	woj. Poleskie							
26	Brześć	3 467	13 565	13 441	10 184	—	2 774	13 467
27	Pińsk	1 524	9 240	9 079	7 355	—	1 570	9 095
	woj. Wołyńskie							
28	Dubno	2 471	9 459	9 304	7 541	—	1 515	9 307
29	Kowel	1 821	6 722	6 607	4 767	—	1 561	6 607
30	Łuck	2 687	8 668	8 470	6 224	—	1 940	8 518
31	Równe	3 739	23 336	22 979	19 011	—	3 583	22 995

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ogólna liczba ubezpieczonych[b]	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		emerytalnemu pracowników umysłowych	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 . .	*65 863*	*248 401*	*239 399*	*178 442*	*719*	*51 097*	*244 031*
	woj. Poznańskie							
32	Bydgoszcz	6 921	31 749	29 570	23 791	—	5 951	31 417
33	Gniezno	4 101	11 265	10 455	7 642	—	2 349	10 867
34	Grodzisk	3 201	9 044	8 587	6 343	—	1 752	8 637
35	Inowrocław	3 023	11 680	11 133	8 412	456	2 320	11 382
36	Leszno	3 151	8 878	8 049	6 080	—	1 850	8 456
37	Ostrów	4 913	13 829	13 285	8 878	—	2 740	13 310
38	Poznań	16 699	69 528	68 506	50 528	—	15 820	69 210
39	Szamotuły	3 978	11 337	10 754	8 024	258	2 263	10 764
	woj. Pomorskie							
40	Gdynia	4 821	29 680	29 125	23 207	—	5 506	29 567
41	Grudziądz	5 648	17 828	17 345	12 066	—	3 690	17 428
42	Tczew	2 835	10 213	9 806	7 078	—	1 958	10 013
43	Toruń	4 247	15 288	15 013	10 783	—	3 392	15 119
44	Tuchola	2 325	8 082	7 771	5 610	5	1 506	7 861
	woj. Południowe .	*120 705*	*406 926*	*401 447*	*335 411*	*11 408*	*55 504*	*403 906*
	woj. Krakowskie							
45	Biała	6 002	28 645	28 440	24 906	1 658	2 630	28 542
46	Chrzanów	2 549	17 814	17 601	15 780	5 502	1 708	17 744
47	Kraków	25 866	79 335	78 428	66 068	1 015	10 870	79 260
48	Nowy Sącz	4 943	19 325	19 117	16 232	1	2 107	19 249
49	Zakopane	2 687	8 038	7 913	6 398	—	1 181	8 016
50	Tarnów	5 204	18 253	18 036	15 388	381	2 125	18 169
	woj. Lwowskie							
51	Drohobycz	5 706	23 143	22 784	19 257	784	3 156	22 977
52	Jarosław	2 544	6 534	6 279	4 978	—	1 019	6 331
53	Krosno	2 940	15 567	15 484	13 693	—	1 379	15 521
54	Lwów	26 039	75 861	75 129	59 237	—	13 559	75 497
55	Przemyśl	4 147	13 743	13 610	11 633	76	1 598	13 652
56	Rzeszów	3 576	9 782	9 621	7 852	—	1 413	9 627
57	Tarnobrzeg	1 694	5 403	5 132	3 879	—	1 228	5 213
	woj. Stanisławowskie							
58	Kołomyja	3 951	12 872	12 745	11 044	83	1 553	12 780
59	Stanisławów	5 852	18 101	17 886	14 436	192	2 385	17 927
60	Stryj	4 310	18 633	18 374	15 887	1 620	1 959	18 436
	woj. Tarnopolskie							
61	Brzeżany	2 901	6 873	6 736	5 459	—	1 060	6 738
62	Czortków	2 179	10 682	10 325	8 690	—	1 653	10 343
63	Tarnopol	4 108	9 178	8 965	7 283	96	1 487	9 000
64	Złoczów	3 507	9 144	8 842	7 311	—	1 434	8 884
	Śląsk Cieszyński .	*6 418*	*36 019*	*35 749*	*30 010*	*1 091*	*4 184*	*35 936*
65	Bielsko	6 418	36 019	35 749	30 010	1 091	4 184	35 936

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* Poza tym było *26 465* pracowników umysłowych ubezpieczonych w oddziale Z. U S. w Chorzowie. *d* Poza tym było *180 093* 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 październik 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	**26 908 180**	**10 778 147**	**6 303 537**	**4 008 655**	**1 295 189**	**4 522 652**
	%	*100,0*	*40,1*	*23,4*	*14,9*	*4,8*	*16,8*
	woj. Centralne	*16 136 356*	*6 265 297*	*3 743 509*	*2 256 893*	*738 823*	*3 131 834*
	%	*100,0*	*38,8*	*23,2*	*14,0*	*4,6*	*19,4*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów	108 104	47 834	26 702	16 666	5 187	11 715
2	Kutno	208 437	91 218	56 498	28 136	8 787	23 798
3	Płock	86 609	48 828	1 370	17 424	5 426	13 561
4	Warszawa	7 191 804	2 411 581	1 204 800	1 178 711	386 606	2 010 106[b]
5	Włocławek	260 541	112 285	69 431	34 024	10 879	33 922
6	Żyrardów	243 959	107 409	70 653	28 060	9 000	28 837
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	170 300	77 128	43 033	23 435	7 371	19 333
8	Łódź	2 866 897	1 296 182	847 490	328 512	112 633	282 080
9	Pabjanice	284 657	133 356	93 533	21 097	6 959	29 712
10	Piotrków	229 390	98 924	67 972	26 010	8 413	28 071
11	Tomaszów Maz.	299 851	136 256	94 616	25 781	8 354	34 844
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa	511 240	224 912	158 450	46 618	15 061	66 199
13	Kielce	238 077	98 793	51 935	39 914	11 337	36 098
14	Ostrowiec	331 638	138 831	89 917	41 612	13 684	47 594
15	Radom	431 453	128 913	146 694	62 736	20 045	73 065
16	Sosnowiec	1 386 143	555 329	398 955	137 082	46 347	248 430
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	400 150	179 190	101 815	65 862	20 712	32 571
18	Siedlce	117 982	49 751	25 149	23 024	7 134	12 924
19	Zamość	137 046	56 952	30 840	23 600	7 434	18 220
	woj. Białostockie						
20	Białystok	383 232	163 192	104 241	49 133	15 278	51 388
21	Grodno	166 784	73 815	40 367	24 588	7 580	20 434
22	Łomża	82 062	34 618	19 048	14 868	4 596	8 932
	woj. Wschodnie	*1 391 212*	*592 495*	*270 803*	*268 271*	*82 736*	*176 907*
	%	*100,0*	*42,6*	*19,5*	*19,3*	*5,9*	*12,7*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	373 196	165 621	59 303	85 064	26 436	36 772
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze	97 811	43 106	19 193	19 983	5 849	9 680
25	Lida	101 233	42 900	20 719	20 689	6 283	10 642
	woj. Poleskie						
26	Brześć	175 203	76 425	38 635	30 333	9 424	20 386
27	Pińsk	117 626	49 696	27 165	17 999	5 617	17 149
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno	80 622	34 493	16 008	17 149	5 286	7 686
29	Kowel	79 178	34 258	15 791	14 674	4 515	9 940
30	Łuck	109 190	46 024	18 806	24 751	7 661	11 948
31	Równe	257 153	99 972	55 183	37 629	11 665	52 704

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek na ubezpieczenie: Razem	na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych: emerytalne	pracowników umysłowych: na wypadek braku pracy	od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie	*3 759 041*	*1 523 477*	*859 359*	*675 569*	*214 638*	*485 998*
	%	*100,0*	*40,5*	*22,9*	*18,0*	*5,7*	*12,9*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	452 583	179 630	109 400	77 315	23 789	62 449
33	Gniezno	169 132	63 676	37 862	28 310	8 943	30 341
34	Grodzisk	106 575	41 972	26 129	20 520	6 457	11 497
35	Inowrocław	162 005	64 649	41 881	26 606	8 548	20 321
36	Leszno	109 841	42 747	26 735	21 122	6 610	12 627
37	Ostrów	163 945	68 534	36 218	28 903	8 975	21 315
38	Poznań	1 062 041	444 888	221 601	214 756	69 139	111 657
39	Szamotuły	131 113	52 349	29 198	25 887	8 143	15 536
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	625 411	240 966	140 572	105 639	34 115	104 119
41	Grudziądz	273 973	115 783	65 393	43 763	13 850	35 184
42	Tczew	153 279	59 965	43 243	24 080	7 757	18 234
43	Toruń	253 349	108 037	57 902	43 759	13 699	29 952
44	Tuchola	95 794	40 281	23 225	14 909	4 613	12 766
	woj. Południowe	*4 987 033*	*2 128 091*	*1 250 243*	*734 403*	*243 828*	*639 468*
	%	*100,0*	*42,7*	*25,1*	*14,7*	*4,7*	*12,8*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	370 577	158 959	106 804	37 322	12 073	55 419
46	Chrzanów	406 284	160 362	118 323	35 511	11 839	80 249
47	Kraków	1 141 063	495 327	300 248	161 874	51 730	131 884
48	Nowy Sącz	179 645	77 817	47 419	24 099	7 612	22 698
49	Zakopane	86 278	37 481	21 201	13 691	4 240	9 665
50	Tarnów	211 842	90 665	55 629	29 950	9 707	25 891
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	382 286	160 361	97 498	52 796	17 429	54 202
52	Jarosław	61 746	25 802	12 375	12 405	3 961	7 203
53	Krosno	170 616	71 568	44 924	22 135	7 156	24 833
54	Lwów	989 761	435 031	210 599	184 001	60 056	100 074
55	Przemyśl	96 157	42 283	24 561	13 716	4 239	11 358
56	Rzeszów	57 648	25 046	13 148	12 201	2 501	4 752
57	Tarnobrzeg	78 289	33 782	17 145	14 409	4 461	8 492
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	81 699	34 624	18 387	14 911	4 606	9 171
59	Stanisławów	185 698	78 303	45 449	27 225	8 564	26 157
60	Stryj	222 489	89 810	58 047	26 840	8 834	38 958
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	43 907	18 416	8 987	9 349	2 877	4 278
62	Czortków	76 790	32 125	17 546	15 261	4 698	7 160
63	Tarnopol	82 868	35 506	18 739	14 265	4 395	9 963
64	Złoczów	61 390	24 823	13 214	12 442	3 850	7 061
	Śląsk Cieszyński	*634 538*	*268 787*	*179 623*	*73 519*	*24 164*	*88 445*
	%	*100,0*	*42,4*	*28,3*	*11,6*	*3,8*	*13,9*
65	Bielsko	634 538	268 787	179 623	73 519	24 164	88 445

a Zestawienie obejmuje przypis dokonany tylko w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* W tym dodatkowy przypis za pracowników Gazowni Miejskiej od 1.I 1934 r. — zł. 1 357 375.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w złotych — w m-cu listopadzie 1936 r. «

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		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	**24 573 829**	**9 931 199**	**5 759 589**	**3 663 768**	**1 184 370**	**4 034 903**
	%	*100,0*	*40,4*	*23,5*	*14,9*	*4,8*	*16,4*
	woj. Centralne	*14 274 300*	*5 592 085*	*3 333 034*	*1 952 339*	*639 111*	*2 757 731*
	%	*100,0*	*39,2*	*23,3*	*13,7*	*4,5*	*19,3*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów	94 028	41 534	22 903	14 909	4 646	10 036
2	Kutno	179 805	79 400	48 344	24 184	7 554	20 323
3	Płock	98 467	42 864	23 659	15 436	4 807	11 701
4	Warszawa	6 155 933	2 071 895	1 010 565	969 145	317 472	1 786 856
5	Włocławek	225 501	97 277	59 950	29 566	9 453	29 255
6	Żyrardów	236 465	105 562	67 512	27 327	8 770	27 294
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	158 493	71 240	39 613	22 813	7 174	17 653
8	Łódź	2 812 072	1 268 484	829 092	327 854	112 168	274 474
9	Pabjanice	265 035	121 920	85 380	23 040	7 602	27 093
10	Piotrków	198 221	85 584	58 487	22 689	7 338	24 123
11	Tomaszów Maz.	255 098	116 707	80 352	21 322	6 914	29 803
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa	459 574	203 380	141 869	41 576	13 429	59 320
13	Kielce	200 020	84 067	43 188	33 331	9 488	29 946
14	Ostrowiec	213 467	93 532	57 693	23 217	7 599	31 426
15	Radom	355 483	106 142	119 322	53 693	17 163	59 163
16	Sosnowiec	1 272 170	513 312	364 899	124 534	42 068	227 357
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	356 916	166 607	94 200	64 315	20 223	11 571
18	Siedlce	89 096	38 000	18 943	17 051	5 283	9 819
19	Zamość	116 821	48 419	26 126	20 448	6 444	15 384
	woj. Białostockie						
20	Białystok	332 100	142 746	89 984	41 936	13 045	44 389
21	Grodno	132 137	64 996	35 289	21 734	6 694	3 424
22	Łomża	67 398	28 417	15 664	12 219	3 777	7 321
	woj. Wschodnie	*1 350 427*	*586 782*	*264 923*	*268 756*	*83 247*	*146 719*
	%	*100,0*	*43,4*	*19,6*	*19,9*	*6,2*	*10,9*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	416 989	185 384	68 481	94 321	29 307	39 496
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze	88 295	39 799	18 949	19 556	6 029	3 962
25	Lida	81 099	37 483	18 163	18 551	5 643	1 259
	woj. Poleskie						
26	Brześć	163 019	72 259	35 223	28 243	8 776	18 518
27	Pińsk	126 944	53 531	28 591	20 417	6 376	18 029
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno	78 590	35 437	17 235	18 705	5 767	1 446
29	Kowel	68 812	29 572	13 745	12 934	3 979	8 582
30	Łuck	96 443	40 772	16 419	22 078	6 834	10 340
31	Równe	230 236	92 545	48 117	33 951	10 536	45 087

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 w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie	*3 625 808*	*1 486 624*	*814 706*	*656 940*	*208 800*	*458 738*
	%	*100,0*	*41,0*	*22,5*	*18,1*	*5,7*	*12,7*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	450 882	180 843	107 040	77 686	23 903	61 410
33	Gniezno	163 943	64 487	35 423	27 511	8 694	27 828
34	Grodzisk	108 367	42 176	26 179	21 569	6 786	11 657
35	Inowrocław	157 220	65 372	39 361	25 250	8 113	19 124
36	Leszno	110 137	44 210	25 653	21 339	6 682	12 253
37	Ostrów	149 242	67 891	30 881	24 644	7 652	18 174
38	Poznań	1 065 650	448 687	219 425	217 146	69 940	110 452
39	Szamotuły	160 984	63 435	34 598	33 872	10 659	18 420
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	582 905	224 298	131 014	99 174	32 065	96 354
41	Grudziądz	232 784	99 353	55 815	36 145	11 434	30 037
42	Tczew	120 203	49 212	34 615	17 226	5 576	13 574
43	Toruń	233 619	98 971	53 046	41 211	12 911	27 480
44	Tuchola	89 872	37 689	21 656	14 167	4 385	11 975
	woj. Południowe	*4 743 591*	*2 018 808*	*1 183 123*	*719 333*	*231 385*	*590 942*
	%	*100,0*	*42,5*	*24,4*	*15,2*	*4,9*	*12,5*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	356 358	152 522	102 658	36 294	11 740	53 144
46	Chrzanów	392 839	154 415	114 332	35 102	11 713	77 277
47	Kraków	1 048 002	448 083	273 817	157 769	50 422	117 911
48	Nowy Sącz	177 752	76 441	47 019	24 315	7 686	22 291
49	Zakopane	99 151	43 055	24 596	15 750	4 915	10 835
50	Tarnów	191 671	82 608	50 133	26 831	8 695	23 404
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	346 839	146 538	87 978	47 697	15 746	48 880
52	Jarosław	60 710	25 786	12 103	12 174	3 891	6 756
53	Krosno	174 129	72 305	45 850	23 364	7 574	25 036
54	Lwów	961 423	417 469	203 682	185 114	60 427	94 731
55	Przemyśl	95 448	43 333	23 591	13 691	4 264	10 569
56	Rzeszów	67 409	28 119	15 553	13 554	4 233	5 950
57	Tarnobrzeg	66 253	28 788	14 364	12 213	3 787	7 101
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	81 295	37 525	19 312	17 069	5 287	2 102
59	Stanisławów	162 118	68 658	39 510	23 821	7 499	22 630
60	Stryj	208 906	83 998	54 584	25 603	8 404	36 317
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	39 732	16 507	8 003	8 523	2 623	4 076
62	Czortków	72 821	30 531	16 552	14 675	4 520	6 543
63	Tarnopol	84 134	38 297	17 858	14 352	4 423	9 204
64	Złoczów	56 601	23 830	11 628	11 422	3 536	6 185
	Śląsk Cieszyński	*579 703*	*246 900*	*163 803*	*66 400*	*21 827*	*80 773*
	%	*100,0*	*42,6*	*28,3*	*11,4*	*3,8*	*13,9*
65	Bielsko	579 703	246 900	163 803	66 400	21 827	80 773

a Zestawienie obejmuje wpływy jedynie w Ubezpieczalniach Społecznych.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

I 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę [b] (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 608 390,87**
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	14	306,22	25,00 [c]	3 062	77 852,85
„ wdowie	15	237,50	12,50 [c]	1 681	25 440,78
„ sierot niezupełnych	8		6,25 [c]	857	
„ „ zupełnych	9	106,25	12,50 [c]	191	2 268,75
„ 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	267	6 833,50	25,59	21 258	530 251,86
„ starcze	46	876,35	19,05	2 858	59 585,36
„ wdowie	98	943,30	9,63	7 389	82 932,59
„ sieroce	70	476,30	6,80	5 371	25 244,91
Odprawy wdowie	4	480,00	120,00	4	480,00
„ sieroce	—	—		—	—
III. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	753	14 997,77	20,00 [c]	34 336	752 944,69
„ wdowie	99	1 020,00	10,00 [c]	1 533	20 878,00
„ sierot niezupełnych	9		4,00 [c]	59	
„ „ zupełnych	21	101,00	7,00 [c]	138	1 983,75
Renty inwalidzkie [e]	1	49,24	49,24	13	850,42
„ sieroce [e]	—	—		14	159,77
Jednorazowe zapomogi pośmiertne					
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	—	—	—	635	13 253,20
„ wdowie	1	8,83	8,83	971	12 859,40
„ sierot niezupełnych	—	—	—	29	
„ „ zupełnych	—	—	—	162	1 392,04

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. *f* Brak danych dla świadczeń jednorazowych w I. i III.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

I 1937

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych *a*	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku
Ogółem	**8 420**	**9 726**	**700 368,64**	**72,01**
Centralne	*3 849*	*4 246*	*322 548,99*	*75,97*
M. st. Warszawa	2 279	2 464	199 508,97	80,97
Warszawskie				
Łódzkie	707	776	56 975,30	73,42
Kieleckie	404	482	33 098,52	68,67
Lubelskie	238	263	18 007,90	68,47
Białostockie	221	261	14 958,30	57,31
Wschodnie	*701*	*843*	*50 358,60*	*59,73*
Wileńskie	237	288	17 051,20	59,21
Nowogródzkie	110	135	7 959,70	58,96
Poleskie	127	155	9 570,20	61,74
Wołyńskie	227	265	15 777,50	59,54
Zachodnie	*2 459*	*2 954*	*219 648,90*	*74,36*
Poznańskie	1 204	1 388	84 611,80	60,96
Pomorskie	533	696	44 185,70	63,49
Śląskie	722	870	90 851,40	104,43
Południowe	*1 411*	*1 683*	*107 812,15*	*64,06*
Krakowskie	551	631	44 351,40	70,29
Lwowskie	613	766	47 548,50	62,07
Stanisławowskie	112	128	7 955,70	62,15
Tarnopolskie	135	158	7 956,55	50,36

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

I 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]	Wypłacono [b]	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób[c]	na sumę (w złotych)
Ogółem			**3 581 119,22**
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	104	70 846	1 762 395,05
„ wdów	7	11 384	479 516,45
„ sierot zupełnych	10	6 902	266 422,66
„ dalszej rodziny	2	995	26 960,47
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	2	1 356,14
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	1 677	20 383	712 200,25
„ wdów	67	1 657	74 095,43
„ sierot	95	3 077	83 869,41
„ dalszej rodziny	5	123	4 271,48
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	70	12 823,42
Koszty protez i lecznictwa	.	.	157 198,46

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu

I 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych) [a]	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)[b]
Renty inwalidzkie i chorych	390	8 617,20	22,10	28 166	850 363,39
„ starcze	67	1 065,00	15,90	6 350	
„ wdowie i wdów chorych	119	927,60	7,79	13 614	
„ sieroce	92	368,40	4,00	6 545	

a Łącznie z dodatkami państwowymi, które wynoszą dla rent pełnych 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

I 1937

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	30	859,20	4 981	169 329,82	—	—	—	—
Renty dodatkowe	—	—	—	—	37	1 493,65	4 795	250 632,79
„ starcze	1	21,90	22	666,27	—	—	—	—
„ wdowie i wdów chorych	14	168,20	1 844	23 063,40	23	807,00	3 253	110 239,65
Renty sieroce	39	275,00	2 583	18 768,86	21	392,60	3 258	55 218,27
Zapomogi pośmiertne	10	1 544,81	10	1 544,81	39	8 416,00	39	8 416,00
Odprawy wdowie	—	—	—	—	—	—	—	—

a Łącznie z dodatkiem państwowym, który wynosi rocznie do renty inwalidzkiej, starczej 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 styczniu 41 187,50.

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 w b. dzielnicy pruskiej.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Włośniewska Janina	6073948	Bydgoszcz
Iwaniuk Aleksandra	1424367	Białystok
Dubicka Olimpia	5276584	„
Siemieniuk-Petelska Maria	5255040	„
Bachrach Judyta	5248002	„
Skwarożyńska Felicja	5764245	„
Klimczyk Henryk Wincenty	1788617	Jarosław
Jaskoł Jan	7722849	Kraków
Stobierska Maria	7717917	„
Widzówna Maria	7631157	„
Żak Jan	7677398	„
Marczak Józefa		„
Trojanowski Stanisław	4565424	Radom
Krupa Stanisław	4666810	Sosnowiec
Nawrocki Julian	4662529	„
Brzychcy Franciszek	4724527	„
Pacan Marian	4719864	„
Glanowski Benedykt	4651177	„
Jędrychowicz Józefa		Tomaszów M.
Bonicki R.		„
Appelstein Berek	4160598	„
Dmorowski Józef	4169257	„
Maciak Adolf	8063610	Tarnów
Skutnik Jan	8066373	„
Łabuz Jadwiga	8083519	„
Czerwiński Maksymilian	7210999	Tczew
Jabłońska Rozalia	2193038	Warszawa
Czerwiński Włodzimierz	1746571	„
Drozdowicz Antoni	2225143	Warszawa
Dudek Stanisław	2553007	„
Kowalska Maria	2279944	„
Motylewska Feliksa	1089337	„
Matusiak Walerian	2511117	„
Grynberg Gerszon	2615532	„
Pytlakowska Izabela	1052747	„
Filipiak Maria	2419031	„
Glocer Henryk	1116849	„
Draus Maria	2492844	„
Dutkiewicz Franciszek	2589983	„
Piotrowski Witold	1087223	„
Godlewska Helena	2672819	„
Kirszenbaum Chana	2738480	„
Lipińska Wanda	2283664	„
Rejfisz Toba	2450186	„
Polarczyk Maria	2271624	„
Łukasik Edward	2442762	„
Chyliński Stanisław	1073627	„
Ferensztein Stanisława	2691357	„
Drozd Leonard	2225126	„
Białek Weronika	6738625	„
Bystrzyński Kazimierz	6774003	„
Grabowski Edmund	1615531	„
Kaczmarek Władysław	6760501	„
Karpińska Pelagia	7055937	„
Kosiński Edmund	7274573	„
Kudlińska Stanisława	6724962	„
Stuhl Antoni	1604346	„
Jakubiak Jadwiga	3281748	Żyrardów
Nawojski Jan Marian	1461947	„

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. 211. 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.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁUCKU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarzy domowych w m. Łucku, w m. Rożyszczach i Kołkach pow. Łuckiego, oraz w Lubieszowie i Pniewnie powiatu Koszyrskiego.

Kandydaci na powyższe stanowiska, posiadający kwalifikacje wymagane § 3 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1935 r. powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwo z poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) własnoręcznie napisany życiorys. Ponadto należy przedstawić dowód przesłuchania kursu gazowego.

Szczegółowe warunki pracy i płacy obowiązują w/g norm ustalonych umową zbiorową ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego Obwodu Łuckiego. Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Łucku ul. Dominikańska 30 w kopertach zapieczętowanych z napisem „konkurs na stanowisko lekarza domowego" w terminie do dnia *10-go maja 1937 r.* godz 12-tej. Podania pozostawione bez odpowiedzi do dnia 30 maja 1937 r. należy uznać za nieuwzględnione.

Naczelny Lekarz — *Dr. W. Żytyński.*

Dyrektor — *Wł. Nelken.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA WE LWOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko jednego lekarza domowego z siedzibą we Lwowie.

Kandydaci na to stanowisko powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwo poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej, g) zaświadczenie ukończenia kursu przeciwgaz. i san. rat., h) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowiska w §§ 2 i 3 umowy zbiorowej z dnia 31.V. 1934 r. zawartej pomiędzy Ubezpieczalnią Społeczną we Lwowie, a Związkiem Lekarzy Kas Chorych Koło Lwów.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę, na podstawie wyżej wymienionej umowy zbiorowej.
Podania wraz z wyżej oznaczonymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, ul. Brajerowska 1.8, w terminie do dnia *20-go kwietnia 1937 r* godzina 12-ta w południe.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
we Lwowie.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LIDZIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Ośrodku robotniczym „Niemen".

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje i warunki określone w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami", ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1933 r., oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwo zdrowia, 6) świadectwa z poprzedniej pracy, 7) świadectwo przesłuchania kursu przeciwgazowego, 8) własnoręcznie napisany życiorys.

Szczegółowe warunki pracy i płacy obowiązują według norm, ustalonych umową zbiorową ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Lidzkiego.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie, w kopertach zapieczętowanych, z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego", w terminie do dnia *20-go kwietnia 1937 r.* godz. 12-ta w południe.

Nieuwzględnione oferty pozostaną bez odpowiedzi.

Naczelny Lekarz — *(Dr Z. Jastrzębski)*

Dyrektor — *(St. Kwiatkowski)*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŚCIU n./BUG. ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Brześcu n. Bug.

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. 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 Brześciu n. Bug. w terminie do dnia *20 kwietnia 1937 r.* godz. 12 w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Brześciu n. Bug.
(Tomczak Roman).

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Nr. 5 MAJ 1937

SPIS RZECZY

Artykuły:

Dr WACŁAW SZUBERT: Sytuacja prawna lekarzy kas chorych w Niemczech . . 263

WINCENTY KĘPIŃSKI: Rozwój historyczny zaopatrzeń emerytalnych kolejarzy . . 272

EUGENIUSZ SISSLÉ, adwokat: Czy lekarza wiąże z ubezpieczalnią umowa o pracę . 279

Materiały:

Inż. FELIKS GADOMSKI: Zasiłki pieniężne w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa, jako jedyna z form ubezpieczenia rodziny pracowniczej (dok.) . 282

EDWARD ARNEKKER: Działalność finansowa ubezpieczenia chorobowego w Polsce w latach 1925 — 1935 291

EUGENIUSZ MODLIŃSKI: Ubezpieczenie chorobowe w górnośląskich bractwach górniczych i ich lecznictwo zakładowe 293

MARIAN WISŁOCKI: Rozporządzenie o zakładach ubocznych ściśle z rolnictwem związanych 301

Dział orzeczeń lekarskich 306

Kronika krajowa:

I Kurs Medycyny Społecznej w Warszawie 309
I Kurs Medycyny Społecznej w Wilnie 310

Kronika zagraniczna 311

Książki i czasopisma 315

Statystyka 320

SOMMAIRE.

Articles:

Dr. Wacław Szubert: La situation juridique des médecins, engagés par les caisses-maladie en Allemagne . 263

Wincenty Kępiński: Le système des pensions des salariés des chemins de fer polonais dans son developpement historique 272

Eugeniusz Sisslé: Le contract du travail existe-t'il entre les médecins et les institutions de l'assurance sociale? 279

INHALT.

Aufsätze:

Dr Wacław Szubert: Die rechtliche Lage der Krankenkassenärzte in Deutschland 263

Wincenty Kempiński: Die Rentenvorschriften der Eisenbahnangestellten in ihrer geschichtlichen Entwicklung 272

Eugeniusz Sisslé: Ist das Verhältniss der Ärzte zu den Krankenkassen durch einen Arbeitsvertrag geregelt 279

Notices:

Ing. Feliks Gadomski: Les allocations en espèces de l'assurance-maladie, comme une forme d'assurance des familles des salariés (fin) . . . 282

Edward Arnekker: L'activité de l'assurance-maladie en Pologne dans les années 1925 — 1935 291

Eugeniusz Modliński: L'asurance-maladie dans les caisses minières de Haute Silésie et le traitement des malades dans les maisons de cure . 293

Marian Wisłocki: Le decret sur les établissements étroitement contigus à l'économie rurale . . . 301

La chronique nationale 309

La chronique internationale 311

Les livres 315

La statistique 320

Materialien:

Ing. Feliks Gadomski: Die Geldunterstützungen in der Krankenversicherung, als eine Versicherungsform der Angestelltenfamille (Schluss) . 282

Edward Arnekker: Die finanzielle Auswirkung der Krankenversicherung in Polen in den Jahren 1925 — 1935 291

Modliński: Die Krankenversicherung in den oberschlesischen Knappschaften und ihre Krankenpflege in Anstalten 293

Wisłocki: Die Verordnung über die mit der Landwirtschaft eng verbundenen Nebenastalten 301

Die Inlandchronik 309

Die Auslandschronik 311

Bücher — und Zeitschriftenschau . . . 315

Statistik 320

Passiflorin

PREPARAT KRAJOWY.

Standaryzowane wyciągi z roślin specjalnie hodowanych Passiflora-Crataegus-Salix.

Wskazania:

Neurastenia
Przemęczenie nerwowe
Stany lękowe
Bezsenność na tle nerwowym
Nerwice
Zaburzenia nerwowe w okresie pokwitania, miesiączki i przekwitania.

Dawkowanie:
po 2—3 łyżeczki od herbaty.

POPRAWIA KRĄŻENIE
ZWIĘKSZA DIUREZĘ
WZMACNIA SERCE
USUWA DUSZNOŚĆ

Pneumogein

PREPARAT KRAJOWY.

Synergiczne działanie jodu, kofeiny i teobrominy
Dychawica oskrzelowa
Przewlekły nieżyt dróg oddechowych
Zespoły sercowo-nerkowe
Krztusiec u dzieci
Stan pogrypowy.

Dawkowanie:
4—8 łyżeczek od herbaty dziennie.

Wprowadzone do oficjalnych lekospisów Ubezpieczalni Społecz., Ministerstwa Komunikacji, Okręgowych Dyrekcji P. K. P. i Szpitali.

Chem. Farm. Zakłady Przem.-Handlowe L. NASIEROWSKI,
Warszawa, Kaliska 9.