PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK

ROK XII
WARSZAWA
MAJ
1937 R.
ZESZYT 5

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 wypłacania honorarium, przy większych artykułach, tylko za część artykułu. Odbitki artykułów wykonywane będą tylko na koszt autora.

Z dniem 30 kwietnia r. b. ustąpił na własne życzenie z redakcji „Przeglądu" p. JÓZEF ZIELIŃSKI.

W ciągu 6-letniej pracy w „Przeglądzie" w charakterze współredaktora, a później kierownika redakcji, p. J. Zieliński przyczynił się w sposób wybitny do rozwoju naszego czasopisma, oddając na jego usługi całą swoją wiedzę ubezpieczeniową i pracując z pełną energią nad podniesieniem poziomu „Przeglądu", urozmaiceniem jego treści i szerokim rozpowszechnieniem.

W szczególności dział „Przeglądu" poświęcony orzecznictwu i opiniom prawnym, przez cały czas od chwili jego wprowadzenia, redagowany był bezpośrednio przez p. J. Zielińskiego i jego zasługą wobec czasopisma i naszych czytelników jest zebranie tak obfitych materiałów orzeczniczych w zakresie stosowania ustaw ubezpieczeniowych.

Redakcja, przyjmując z żalem ustąpienie p. J. Zielińskiego ze stanowiska kierownika redakcji, dziękuje mu za pełną zapału, inicjatywy i wysiłków pracę w „Przeglądzie" i życzy równie owocnych rezultatów na nowym stanowisku.

Dr WACŁAW SZUBERT

SYTUACJA PRAWNA LEKARZY KAS CHORYCH W NIEMCZECH

I. Uwagi wstępne.

Rozwiązanie t. zw. kwestji lekarskiej w ubezpieczeniach społecznych natrafia wszędzie na poważne trudności. Stosunki między lekarzami a kasami chorych są w bardzo wielu krajach polem sporów i nieporozumień, których przyczyny, mimo czynionych w tym kierunku wysiłków, nie dają się usunąć. W związku z tym interesujące może być zapoznanie się z ewolucją i obecnym stanem stosunków lekarskich w Niemczech, które najwcześniej wprowadziły ubezpieczenia społeczne, a tym samym miały możność we wszystkich związanych z nimi dziedzinach poczynić najwszechstronniejsze doświadczenia. Specjalne zainteresowanie musi również budzić fakt, że stosunki między lekarzami a kasami chorych w Niemczech zostały ujęte w normy prawne, stanowiące szeroko rozbudowany system. Normy te są wyrażone częściowo w ustawach, częściowo w rozporządzeniach lub umowach, wiążą się jednak w jednolitą całość i regulują szczegółowo wszystkie kwestie, wynikające na tle stosunków między lekarzami a instytucjami ubezpieczeniowymi. Na tym polega niewątpliwie pewna wyższość Niemiec nad innymi krajami, w których stosunki lekarskie zostały unormowane w sposób niejednolity lub też zawierający zasadnicze luki i sprzeczności. Mając jednak na uwadze tę wyższość Niemiec, nie należy się sugestionować, żeby rozwiązania tam przyjęte były we wszystkich punktach najlepsze. Jak to zobaczymy poniżej, wykazują one niejednokrotnie poważne braki i niezawsze są godne naśladowania.

Dla należytego zrozumienia sytuacji prawnej lekarzy ubezpieczeniowych w Niemczech, trzeba zdać sobie sprawę z dwóch faktów. Przede

wszystkim należy podkreślić, że ustrój niemieckiego ubezpieczenia chorobowego opiera się na daleko idącej decentralizacji. Administrowaniem tego ubezpieczenia zajmują się gęsto rozsiane po całym kraju kasy chorych różnego typu. Obok zasadniczego typu kas miejscowych (Ortskrankenkassen), istnieją kasy wiejskie (Land-), zakładowe (Betriebs-), cechowe (Innungs-) i t. zw. zastępcze (Ersatzkrankenkassen), które są zresztą obecnie coraz bardziej ograniczane. Kasy chorych łączą się w związki okręgowe oraz związki centralne, jednocząc wszystkie kasy danego typu (tak np. Reichsverband der deutschen Ortskrankenkassen, Reichsverband der deutschen Landkrankenkassen i t. d.). Ogólna liczba kas chorych w Niemczech wynosiła w r. 1909 ponad 23.000; obecnie dzięki usilnym pracom unifikacyjnym zmalała do niespełna 5.000, jednakże w dalszym ciągu jest uważana za nadmierną w stosunku do potrzeb. Ta daleko posunięta decentralizacja utrudniała w sposób oczywisty ujednostajnienie stosunków lekarskich na obszarze całego kraju i zmuszała do stosowania w tym celu najrozmaitszych metod (umowy zbiorowe, wzory umów, wydziały ustalające treść umów indywidualnych).

Na drugim miejscu należy podnieść fakt, że lekarz kasy chorych w Niemczech nie jest związany ani z żadnym określonym rejonem, jak to ma miejsce w Polsce, ani z pewną liczbą ubezpieczonych, znajdujących się na jego liście, jak to się dzieje w Anglii. Przyjęta została zasada wolnego wyboru lekarza i to zarówno w stosunku do lekarzy ogólnych jak i do specjalistów, naskutek czego nie mamy właściwie w Niemczech do czynienia z organizacją lecznictwa, ujętą w ramy pewnego systemu, lecz z pojedyńczymi lekarzami, leczącymi za wynagrodzeniem, otrzymywanym z kas chorych. W tych warunkach powstała kwestia liczby lekarzy kas chorych, która w razie przyjęcia określonego systemu lecznictwa, regulowana jest do pewnego stopnia automatycznie. W Niemczech brak było tego czynnika, ograniczającego samoczynnie liczbę lekarzy ubezpieczeniowych, wskutek czego urosła ona do znacznych rozmiarów 80% ogółu lekarzy, praktykujących w Rzeszy. [1]) Kasy chorych starały się oczywiście ograniczać liczbę dopuszczanych lekarzy, natomiast lekarze dążyli do zapewnienia sobie jak najszerszego dostępu do praktyki kasowej.

W tych warunkach kwestia liczebności lekarzy w kasach chorych stała się centralnym punktem zainteresowań obu tych czynników i głównym przedmiotem toczonych przez nie sporów. Drugim punktem spornym między lekarzami a kasami chorych była kwestia systemu wynagrodzeń. Kasy chorych stały zawsze na stanowisku wynagrodzeń ryczałtowych, starając się zabezpieczyć przed wzrostem wydatków naskutek sztucznego zwiększania liczby udzielanych porad, natomiast lekarze domagali się wynagradzania indywidualnego za każdą czynność. Obok tych dwóch głównych przemiotów sporu należy jeszcze wspomnieć o dążeniu lekarzy do rozszerzania kompetencji ich organizacji na te czynności, które z natury rzeczy powinny należeć raczej do władz ubezpieczeniowych.

[1]) Por. Augustin - Gizela Dr: Arztum und deutsche Reichsversicherung. „Die Sozialversicherung" Nr. 2/1937. Str. 10.

II. Rys historyczny.

Pierwsze 30 lat po wprowadzeniu w życie ubezpieczenia chorobowego w Niemczech (1883—1913) można scharakteryzować z jednej strony jako okres pierwszych doświadczeń, z drugiej — zupełnej niemal swobody poszczególnych kas chorych w zakresie normowania stosunków lekarskich. W braku jakichkolwiek ogólnie obowiązujących przepisów każda kasa miała prawo decydować sama o liczbie i doborze przyjmowanych lekarzy oraz regulować system ich wynagradzania w drodze indywidualnych umów. Najbardziej rozpowszechniony był pierwotnie system lekarzy rejonowych (Bezirksärzte) mających pod swą opieką ludność, zamieszkałą na pewnym terytorium i otrzymujących stałe zgóry umówione wynagrodzenie. Po pewnym czasie jednak, większość kas chorych porzuciła ten system, starając się zrealizować zasadę nieograniczonego wolnego wyboru lekarza przez zawieranie specjalnych umów ze wszystkimi lekarzami, praktykującymi w danym okręgu. Gdy jednak, po wstępnym okresie wahań, lekarze zaczęli masowo korzystać z otworzonego im dostępu do praktyki w kasach chorych, przekonano się, że system ten ma poważne braki. Polegały one głównie na tym, że wobec nadmiernej liczby lekarzy kasowych, zaczęli oni między sobą rywalizować i walczyć o pacjentów, stosując przy tym niejednokrotnie środki nieodpowiednie (np. przyznawanie nienależących się świadczeń). W związku z tym kasy chorych poczęły ograniczać liczbę dopuszczanych lekarzy, starając się zarazem przyjmować tylko jednostki bezwzględnie uczciwe i uspołecznione. W ten sposób przyjęta została zasada t. zw. ograniczonego wolnego wyboru lekarza (beschränkt-freier Arztwahl), która przetrwała w Niemczech z pewnymi poprawkami do dziś dnia.

Lekarze występowali w omawianym okresie stanowczo przeciw ograniczeniom w dopuszczaniu do praktyki kasowej, domagając się wolnego dostępu do niej dla wszystkich członków organizacji lekarskich. Zwalczali oni także obowiązujący system wynagrodzeń, który oparty był na ryczałcie, a nie na opłatach za poszczególne czynności, wreszcie starali się przeprowadzić zasadę, aby lekarze kas chorych byli za swe czynności odpowiedzialni nie przed zarządami kas chorych, lecz przed organizacjami lekarskimi. Tak więc już w pierwszym okresie rozwoju stosunków lekarskich, ujawniły się wszystkie te główne sprzeczności w stanowisku lekarzy i kas chorych, które — jak to już wyżej zaznaczono — stanowiły później najważniejsze punkty sporne.

Zmierzając do realizacji swych postulatów, zrzeszyli się lekarze w r. 1900 w „Związek leka-

rzy niemieckich dla ochrony swych gospodarczych interesów" (Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, t. zw. popularnie Hartmannbund), który rozpoczął regularną walkę z kasami chorych, domagając się w pierwszej linii zawierania umów zbiorowych, mających służyć za podstawę dla umów indywidualnych. Akcja tego Związku przyczyniła się do znacznego zaostrzenia sporów między lekarzami a kasami chorych, co wyraziło się m. in. w znacznej liczbie strejków. Taki stan rzeczy zmusił do interwencji czynniki rządowe, które doprowadziły do zawarcia w grudniu 1913 r. między lekarzami a kasami chorych porozumienia, zwanego popularnie umową berlińską [2]).

Umowa ta, otwierająca nowy okres rozwoju stosunków lekarskich w Niemczech, miała w znacznej mierze charakter kompromisowy. Idąc po linii żądań kas chorych, ograniczyła ona liczbę dopuszczanych lekarzy, ustalając jako regułę, że jeden lekarz ma przypadać na 1350, a w razie leczenia także i członków rodziny, — na 1000 ubezpieczonych. Z drugiej strony jednak umowa berlińska odebrała kasom chorych możność swobodnego dobierania przyjmowanych lekarzy oraz decydowania o treści indywidualnych umów. Kasy chorych zostały w tym zakresie ograniczone przez nowoutworzone organy parytetowe: wydziały rejestrowe (Arztregisterausschüsse), które miały wybierać dopuszczanych lekarzy ze specjalnych rejestrów, obejmujących wszystkich lekarzy, ubiegających się o dopuszczenie do praktyki kasowej oraz wydziały umów (Vertragsausschüsse), których zadaniem było ustalanie treści umów indywidualnych między poszczególnymi lekarzami a kasami chorych. Niezależnie od tego stworzono jeszcze jeden organ, składający się także w równej liczbie z przedstawicieli lekarzy i kas chorych, t. zw. wydział centralny (Zentralausschuss), mający czuwać nad wprowadzeniem w życie postanowień umowy berlińskiej. Oceniając ogólne znaczenie tej umowy, należy stwierdzić, że nie wkroczyła ona w meritum stosunków lekarsko-kasowych. Nie ustaliła ona ani zasad dopuszczania lekarzy, ani systemu ich wynagradzania, ani treści umów indywidualnych. Uregulowała tylko jak gdyby formalną stronę wzajemnych stosunków lekarzy i kas chorych, starając się stworzyć podstawy, na których oba te czynniki mogłyby dojść do porozumienia we wszystkich sprawach.

W tych warunkach umowa berlińska nie mogła zapobiec dalszym sporom między lekarzami a kasami chorych, tym bardziej, że na dość znacznych obszarach państwa nie została ona przyjęta (w Berlinie, w Bawarii, Badenii i Wirtembergii). Powojenna dewaluacja zmniejszyła jeszcze bardziej znaczenie umowy berlińskiej, uniemożliwiając niemal zupełnie wydziałom umów ich normalną działalność. Termin wygaśnięcia umowy berlińskiej upływał w r. 1923, przy czym żadna ze stron nie okazywała ochoty do jej odnowienia. Wobec tego rząd, pragnąc uniknąć nawrotu do zupełnego chaosu prawnego, wydał dn. 30 października 1923 r. rozporządzenie o lekarzach i kasach chorych, otwierające trzeci okres rozwoju ich wzajemnych stosunków.

Rozporządzenie to było w znacznej mierze powtórzeniem postanowień umowy berlińskiej, które w ten sposób starano się utrzymać w mocy. Nie wkraczało ono również w meritum stosunków lekarskich i nie usuwało przyczyn sporów między lekarzami a kasami chorych, wobec czego toczyły się one nadal. Ważną rzeczą było natomiast, że zwróciło ono po raz pierwszy uwagę na konieczność liczenia się przez lekarzy z sytuacją finansową kas chorych. Zostało to zresztą przyjęte przez lekarzy z oburzeniem i uznane za niegodne ich zawodu (standesunwürdig) [3]). Nowe rozporządzenie usankcjonowało niejako parytetowe organy, utworzone na gruncie umowy berlińskiej, nadając im charakter publiczny. Organy te zostały zresztą utrzymane częściowo pod zmienioną nazwą i ze zmienionym zakresem kompetencji. I tak dawny wydział centralny został obecnie przemianowany na Wydział Rzeszy dla lekarzy i kas chorych (Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen), a równocześnie uprawniony nietylko do czuwania nad wprowadzeniem w życie przepisów rozporządzenia, lecz także do wydawania wytycznych, regulujących kwestię dopuszczania lekarzy do kas chorych, wynagrodzeń lekarskich etc. W ten sposób wydział ten, składający się w dalszym ciągu z przedstawicieli centralnych związków lekarzy i kas chorych, otrzymał możność rozwijania istniejącego stanu prawnego, z której jednakże później w niewielkim tylko stopniu korzystał. Dawne wydziały umów (Vertragsausschüsse), ustalające treść umów indywidualnych zostały również utrzymane, przy czym zakres ich kompetencji nie uległ żadnej zmianie. W przypadkach spornych decydowały istniejące już uprzednio urzędy rozjemcze (Schiedsämter), od których orzeczeń można się było odwołać do nowoutworzonego Głównego Urzędu Rozjemczego (Reichsschiedsamt).

Rozporządzenie z dn. 30 października 1923 r. pozostawało w mocy przez 8 lat, t. j. do roku 1931. Ku końcowi tego okresu ubezpieczenie chorobowe znalazło się w poważnych trudnościach finansowych, spowodowanych zaostrzającym się kryzysem. Wobec konieczności podwyższenia składki w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia, musiano obniżyć składkę na ubezpieczenie chorobowe oraz ograniczyć jego świadczenia. Zastosowano szereg środków oszczędnościowych w rodzaju opłat za świadectwa lekarskie, dopłat za lekarstwa, zwlekanie z obsadzeniem opróżniających się stanowisk lekarskich. Równocześnie nałożono na kasy chorych obowiązek zatrudniania specjalnych lekarzy zaufania (p. niżej rozdz.

[2]) Tekst i omówienie tej umowy patrz: Schlottman, Rudolf: Das Einigungsabkommen zwischen Arzten und Krankenkassen. Berlin, 1914.

[3]) Por. Lehmann Helmut: Ärzte und Krankenkassen. Berlin, 1929, str. 12 — 13.

VIII) lub tworzenia wydziałów kontrolnych, mających za zadanie sprawdzanie orzeczeń lekarskich o niezdolności do pracy. Należy jeszcze podkreślić, że na pogorszenie się sytuacji finansowej ubezpieczenia chorobowego wpłynął w znacznej mierze wzrost wynagrodzeń lekarskich oraz stanowisko Głównego Urzędu Rozjemczego, który w orzeczeniach swych przejawiał daleko idącą ustępliwość wobec żądań lekarzy. Wyraziło się to we wzroście wydatków kas chorych na opiekę lekarską na przestrzeni lat 1924—1929 z 211 do 410 milionów marek rocznie [4]).

Czwarty okres rozwoju stosunków lekarskich w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym został zapoczątkowany przez rozporządzenie z dn. 8 grudnia 1931 r. [5]), które oparło te stosunki na nowych podstawach, obowiązujących w zasadzie do dnia dzisiejszego. Rozporządzenie to uwzględniło w znacznej mierze żądania lekarzy, dopuszczając ich szerzej do praktyki w kasach chorych i przyznając daleko idące uprawnienia ich organizacjom. Natomiast w zakresie wynagrodzeń przyjęto zasadę ryczałtu, wbrew postulatom lekarzy, domagających się zawsze wprowadzenia systemu opłat za poszczególne świadczenia. W ślad za rozporządzeniem z dnia 8 grudnia 1931 r. wydano szereg dalszych rozporządzeń oraz zawarto szereg umów, które tworzą w całości system norm, regulujących wszechstronnie stosunki lekarzy i kas chorych i wnikających we wszystkie niemal sprawy, jakie w związku z tymi stosunkami pozostają. Niektóre ze wspomnianych wyżej aktów prawodawczych wprowadziły poważne zmiany do pierwotnych przepisów. I tak np. charakter organizacji lekarskiej w ubezpieczeniu chorobowym uległ po przewrocie hitlerowskim zasadniczej zmianie, a system wynagrodzeń został w r. 1934 oparty na opłatach za poszczególne świadczenia. Zmiany te jednak nietylko nie naruszyły przyjętego układu stosunków lekarskich, lecz przeciwnie nadały mu jeszcze mocniejsze podstawy [6]).

III. Ogólna charakterystyka [7]).

Najbardziej charakterystycznym punktem rozporządzenia z dnia 8 grudnia 1931 r. było przyznanie szerokich uprawnień organizacji lekarzy kasowych, która pierwotnie przybrała formę okręgowych zrzeszeń, a od sierpnia 1933 r. skrystalizowała się jako Zjednoczenie Lekarzy Kas Chorych w Niemczech (Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands), rozciągające swą działalność na obszar całego państwa. Zjednoczenie to stanowi organiczną część nowej struktury zawodu lekarskiego i posiada szerokie kompetencje w zakresie normowania spraw, dotyczących lekarzy kasowych i opieki lekarskiej w ubezpieczeniu chorobowym. Niezależnie od zjednoczenia lekarskiego pewną rolę odgrywają w niemieckim układzie stosunków organy parytetowe, posiadające — jak już wiemy — dość odległą tradycję. Najważniejszym z nich jest Wydział Rzeszy dla lekarzy i kas chorych, któremu przyznano szerokie kompetencje w zakresie regulowania ich wzajemnych stosunków.

Drugą cechą charakterystyczną obecnego systemu stosunków lekarskich jest stworzenie szerokiego dostępu dla lekarzy do kas chorych. Zgodnie z rozporządzeniem z 1931 r. jeden lekarz ma przypadać na 600 ubezpieczonych, przyczym reguła ta ma charakter wiążący dla kas w tym znaczeniu, że wszędzie tam, gdzie liczba lekarzy okaże się niższa od wyżej wymienionej, powinna być bezwzględnie uzupełniona. Jest to poważna zmiana w porównaniu z obowiązującą uprzednio normą, według której jeden lekarz miał przypadać conajmniej na 1000 ubezpieczonych. Rozpoczęcie praktyki lekarskiej w kasie chorych jest uzależnione od t. zw. dopuszczenia (Zulassung), które jest orzekane przez specjalne organy i posiada w niemieckim układzie stosunków zasadnicze znaczenie, większe niż zawarcie umowy indywidualnej.

Umowy między lekarzami a kasami chorych tworzą jednolity system, charakteryzujący się daleko idącą centralizacją i kolektywizacją. U szczytu tego systemu znajdują się umowy ramowe (Mantelverträge), ustalające podstawy stosunków między lekarzami a kasami chorych na większym terytorium ewentualnie na obszarze całego państwa. Niższy szczebel stanowią umowy zbiorowe (Gesamtverträge), zawierane przez poszczególne kasy lub ich okręgowe związki z oddziałami Zjednoczenia Lekarskiego. Wreszcie na samym dole tej hierarchii znajdują sie umowy indywidualne (Einzelverträge), które dochodzą do skutku przez podpisanie przez lekarza deklaracji o przystąpieniu do umowy zbiorowej. W związku z systemem umów między lekarzami a kasami chorych pozostaje szereg wytycznych, regulujących działalność lekarzy i zmierzających do oszczędnego i celowego leczenia. Należą tutaj wytyczne oszczędnego przepisywania leków, oszczędnego stosowania innych środków leczniczych, wytyczne leczenia szpitalnego i elektro-fizykalnego.

Wysokość wynagrodzeń lekarskich ustalana jest obecnie niejako w dwóch stadiach. Globalną sumę wynagrodzeń, przekazywaną Zjednoczeniu Lekarskiemu, ustalają poszczególne kasy chorych zgodnie z przepisami ordynacji umownej (Vertragsordnung) i postanowieniami umów

---

[4]) Patrz: Heinemann — Kassenarztrecht. Berlin, 1933, str. 8.

[5]) Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8 Dezember 1931. RGBl. I. 699 (718). Sprawie lekarzy kas chorych został poświęcony rozd. I części V-ej tego rozporządzenia.

[6]) Powyższy rys historyczny został opracowany głównie na podstawie książek: Heinemanna: Kassenarztrecht (rozdział wstępny: Überblick über das Kassenarztrecht; str. 1 — 17) oraz Lehmanna: Ärzte und Krankenkassen (Einleitung str. 7 — 18).

[7]) Ogólną charakterystykę sytuacji prawnej lekarzy kasowych w Niemczech daje dr Bolesław Wieleński w artykule p. t. „O wolnym wyborze lekarza w Niemczech", zamieszczonym w Nr. Nr. 4 i 5 Nowin Społeczno-Lekarskich za r. 1935. W drugiej części swego artykułu dr Wieleński podaje szereg szczegółów, dotyczących dopuszczania lekarzy do praktyki kasowej i ich wynagrodzenia.

(patrz niżej rozd. VII). Podział globalnej sumy wynagrodzeń między poszczególnych lekarzy jest dokonywany przez Zjednoczenie Lekarskie według zasad, które muszą być zatwierdzone przez Ministra Pracy. Zgodnie z obowiązującym obecnie zarządzeniem przewodniczącego Zjednoczenia z dn. 8 lutego 1934 r. podział ten został oparty nie na zasadzie ryczałtu, lecz opłacania lekarzy za poszczególne czynności.

Specjalne stanowisko zajmują w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym t. zw. lekarze zaufania (Vertrauensärzte), których obowiązkiem jest kontrolowanie zarządzeń lekarzy leczących, współdziałanie z kasami chorych w zwalczaniu chorób społecznych i pomaganie im we wszystkich sprawach, związanych z opieką nad zdrowiem i czystością rasy. Instytucja lekarzy zaufania powstała już przed r. 1930, jednakże ograniczała się wyłącznie do zadań kontrolujących w charakterze organu pomocniczego kas chorych. Dopiero w r. 1936 zakres kompetencji i sytuacja prawna lekarzy zaufania uległy zasadniczej zmianie, co wpłynęło na umocnienie ich stanowiska (p. niżej rozd. VIII).

Należy zaznaczyć, że omówiony wyżej system stosunków lekarskich w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym nie obejmuje lekarzy stomatologów i dentystów, których obowiązują inne przepisy, zbliżone zresztą do ogólnych. Odrębność tę trudno byłoby wytłumaczyć względami rzeczowymi, opiera się ona raczej na pewnej tradycji i panujących w świecie lekarskim poglądach.

IV. Organizacja lekarzy kas chorych.

Podstawy organizacji lekarskiej w ubezpieczeniu chorobowym zostały założone przez wspomniane wyżej rozporządzenie z dn. 8 grudnia 1931 r., które przewidywało tworzenie okręgowych zrzeszeń lekarzy kas chorych, wyposażonych w szerokie uprawnienia. Do zadań tych zrzeszeń należał rozdział globalnych sum wynagrodzeń między poszczególnych lekarzy, według zasad, ustalanych w porozumieniu z zainteresowaną kasą chorych. Poszczególni lekarze mogli zgłaszać swe roszczenia z tytułu wynagrodzeń tylko do zrzeszenia, a nie do kasy chorych, która z chwilą przekazania globalnej sumy zrzeszeniu uwalniała się od wszelkich zobowiązań. Zrzeszenia lekarskie miały również czuwać nad należytym spełnianiem przez lekarzy ich obowiązków i mogły stosować wobec nich środki dyscyplinarne. Jeden z przepisów wspomnianego wyżej rozporządzenia czynił zrzeszenia lekarzy kasowych niejako gospodarzami w ubezpieczeniu chorobowym, postanawiając, że ponoszą one wobec kas chorych odpowiedzialność za oszczędne i celowe leczenie chorych przez poszczególnych lekarzy i za sumienne wydawanie zaświadczeń o niezdolności do pracy.

W tych warunkach mogło wydawać się dziwnym ścisłe zespolenie zrzeszeń lekarzy kasowych z okręgowymi związkami zawodowo-lekarskimi, których zarząd był zarazem ich zarządem i które prowadziły ich sekretariat. Słuszność tego rozwiązania, powodującego uzależnienie zrzeszeń lekarzy kas chorych od organizacji zawodowych, budziła wątpliwości pośród samych lekarzy. Krytykując ten stan rzeczy podkreślano, że zrzeszenia lekarzy kasowych i związki zawodowo-lekarskie mają nietylko różne cele, lecz także odmienny zakres członków, wobec czego unia personalna między tymi instytucjami jest nie do utrzymania (unhaltbar) [8]).

Organizacja lekarzy kas chorych została gruntownie zmieniona po przewrocie hitlerowskim w związku z przebudową, jakiej uległa organizacja całego zawodu lekarskiego. Przebudowa ta była dokonywana stopniowo, poczynając od r. 1933 i została doprowadzona do końca w r. 1936 w oparciu o przepisy ordynacji lekarskiej (Reichsärzteordnung vom 13.XII.1935; RGBl. I, s. 1433) [9]).

Nowa organizacja zawodu lekarskiego opiera się na tych samych zasadach, co cały ustrój pracy w Niemczech [10]). Wszystkie dawne związki zawodowo-lekarskie z Hartmannbundem włącznie oraz krajowe izby lekarskie i zrzeszenia lekarzy kas chorych zostały skasowane, a na ich miejsce utworzono centralną Izbę Lekarską Rzeszy (Reichsärztekammer), włączoną konsekwentnie w całokształt ustroju państwowego. Członkami Izby Lekarskiej Rzeszy są przymusowo wszyscy lekarze z wyjątkiem wojskowych, a na czele jej stoi przywódca lekarzy niemieckich (Reichsärzteführer), mianowany przez kanclerza na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych. Izba Lekarska Rzeszy jest osobą prawa publicznego i stanowi organ sui generis samorządu zawodowego. Jest ona uprawniona do regulowania wszelkich spraw, dotyczących zawodu lekarskiego, z tym zastrzeżeniem, że zarządzenia jej nie mogą dotyczyć działalności służbowej lekarzy państwowych, samorządowych i ubezpieczeniowych. Poza tym Izba Lekarska Rzeszy może i powinna wkraczać we wszystkie sprawy, związane z opieką lekarską nad ludnością, współdziałając w tym zakresie z zainteresowanymi władzami i instytucjami. Naczelne zadania Izby Lekarskiej Rzeszy obejmują dbanie na pierwszym miejscu o zdrowie narodu i czystość rasy, na drugim — o poziom moralny i naukowy lekarzy. Ścisłe wiązania łączą Izbę Lekarską Rzeszy z całym organizmem państwowym i partyjnym, wskutek czego działalność poszczególnych lekarzy została wyjęta ze sfery prywatnej

[8]) Por. Heinemann, s. 66.

[9]) Ordynacja lekarska reguluje szczegółowo strukturę zawodu lekarskiego oraz podstawowe sprawy, związane z wykonywaniem praktyki lekarskiej. Składa się ona z 5 części, z których pierwsza omawia sytuację lekarza w życiu publicznym, druga dotyczy zawodu lekarskiego, jako zorganizowanej całości, trzecia reguluje karanie wykroczeń zawodowych, czwarta normuje nadzór państwowy, wreszcie piąta zawiera przepisy końcowe i przejściowe. Treść ordynacji lekarskiej została omówiona szczegółowo m. in. przez dr Stahla w artykule wstępnym Nr 22-go za rok 1936 dwutygodnika „Die Berufsgenossenschaft".

[10]) Por. pracę Wł. Bagińskiego: Nowy ustrój pracy w Niemczech. Nakładem Instytutu Spraw Społecznych. Warszawa, 1934.

i uznana za służbę dla dobra społeczeństwa. Równolegle z przebudową organizacyjną i ideową zawodu lekarskiego, usuwa się w Niemczech z kadr tego zawodu (a zwłaszcza z pośród lekarzy kasowych) element żydowski [11]).

Izba Lekarska Rzeszy posiada odgałęzienia terytorialne, którymi są: lokalne izby lekarskie (Ärztekämmer) oraz okręgowe zrzeszenia lekarskie (ärztliche Bezirksvereinigungen). Na czele tych instytucyj stoją kierownicy, mianowani przez przywódcę lekarzy niemieckich. Tak więc zasada przywództwa (Führerprinzip) została przeprowadzona konsekwentnie w całej organizacji zawodu lekarskiego.

Na tle całokształtu zmienionych stosunków lekarskich w Rzeszy staje się zrozumiała nowa organizacja lekarzy kas chorych. Podstawą tej organizacji jest Zjednoczenie Lekarzy Kas Chorych w Niemczech (Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands), które istnieją w ramach Izby Lekarskiej Rzeszy, jako odrębna osoba prawa publicznego [12]). W celu zobrazowania sytuacji i roli tego Zjednoczenia można ogólnie — jakkolwiek niezupełnie ściśle — powiedzieć, że posiada ono w stosunku do lekarzy kasowych i opieki lekarskiej w ramach kas chorych wszystkie te uprawnienia, jakie przysługują Izbie Lekarskiej Rzeszy wobec ogółu lekarzy i całokształtu opieki lekarskiej nad ludnością. Stanowi ono niejako oddział Izby Lekarskiej Rzeszy, któremu powierzone zostało wypełnianie jej zadań na odcinku kasowym. Zjednoczenie Lekarskie weszło we wszystkie uprawnienia i kompetencje dawnych okręgowych zrzeszeń lekarzy kasowych, które z chwilą jego utworzenia zostały rozwiązane. Jest ono poza tym następcą prawnym dawnego Hartmannbundu, który został rozwiązany z dniem 1 kwietnia 1936 r. Przejęło ono po nim wszystkie prawa i zobowiązania, wyzyskując jego sieć organizacyjną dla swoich celów.

Bliższe postanowienia o ustroju i zadaniach Zjednoczenia Lekarskiego zawiera jego statut, wydany dn. 31 października 1933 roku [13]). Na czele Zjednoczenia stoi przewodniczący (Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands), którym jest zastępca przywódcy lekarzy niemieckich. W rękach tego jednego człowieka skupia się cała władza i prawo decyzji we wszystkich sprawach, wchodzących w skład uprawnień Zjednoczenia. Może on wyznaczać zastępców do załatwiania określonych spraw, może także utworzyć przy sobie specjalną radę (Führerrat), której członkowie są jednak przez niego samego powoływani i odwoływani i która stanowi dla niego tylko organ pomocniczy. Dla zadość uczynienia lokalnym potrzebom tworzone są w ramach Zjednoczenia oddziały krajowe wzgl. prowincjonalne oraz okręgowe (Landes-, Provinz- und Bezirkstellen), na czele których stoją kierownicy, powoływani i odwoływani również przez przewodniczącego Zjednoczenia.

Członkami Zjednoczenia są przymusowo nietylko wszyscy lekarze kasowi, wciągnięci do rejestru Rzeszy (Reichsarztregister — por. niżej rozd. V), lecz także lekarze, dopuszczeni do praktyki na gruncie opieki społecznej oraz lekarze szpitalni. Inni lekarze mogą przystępować do Zjednoczenia dobrowolnie za zgodą przewodniczącego, który może wydać w tej sprawie bliższe postanowienia.

Zadania Zjednoczenia Lekarskiego zostały unormowane obszernie w § 2 jego statutu. Z postanowień tego paragrafu wynika, że głównym zadaniem Zjednoczenia jest regulowanie opieki lekarskiej w ramach ubezpieczeń społecznych, a także w dziedzinach pokrewnych, jak kasy zastępcze, opieka społeczna i dobrowolna służba pracy. W tym celu Zjednoczenie Lekarskie zawiera przede wszystkim z zainteresowanymi czynnikami (jak kasy chorych, gminy) umowy zbiorowe, występując w tym zakresie jako jedyne prawnie powołane przedstawicielstwo świata lekarskiego (die allein berufene Vertretung der deutschen Ärzteschaft). W ramach tych umów i ogólnie obowiązujących przepisów wydaje ono następnie szczegółowe postanowienia, dotyczące np. dopuszczania lekarzy do praktyki w ramach opieki społecznej, kontrolowania działalności lekarzy, podziału ich wynagrodzeń i t. p. Do kompetencji Zjednoczenia należy również szereg spraw, pozostających w luźnym związku z opieką lekarską w ramach kas chorych i instytucyj pokrewnych. A więc np. może ono regulować w drodze umów wysokość wynagrodzenia lekarzy za czynności orzecznicze dla zakładów ubezpieczenia na życie oraz za specjalne badania z dziedziny medycyny sportowej. Wreszcie ostatnim zadaniem Zjednoczenia jest regulowanie stosunków wzajemnych lekarzy między sobą.

Specjalne uprawnienia posiada Zjednoczenie lekarskie w stosunku do lekarzy, będących jego członkami [14]). Statut Zjednoczenia postanawia, że poszczególni lekarze są odpowiedzialni przed nim za należyte spełnianie swych zadań. W związku z tym Zjednoczenie Lekarskie ustanawia specjalne wydziały kontrolne (Prüfungausschüsse), do których należy przede wszystkim sprawdzanie rachunków lekarskich i badanie

[11]) Dla ilustracji mogą posłużyć następujące cyfry, dotyczące Berlina: W dn 1.X.1933 r. było w Berlinie ogółem 6558 lekarzy, w tym 3423 żydów (52,2%); liczba lekarzy kasowych wynosiła w tym samym czasie 3481, w tym 2077 żydów (59,7%). Pod koniec 1936 r. ogólna liczba lekarzy w Berlinie wynosiła 6277, w tym żydów już tylko 2143 t. j. 34,2%, zaś liczba lekarzy kasowych — 2968, w tym żydów 1153 t. j. 38,8% (p. Grote, H.: Die ärztliche Organisationsarbeit in Berlin nach der Machtübernahme. Artykuł w „Deutsches Ärzteblatt" Nr 46/1936 s. 1133).

[12]) Zjednoczenie Lekarzy Kas Chorych zostało utworzone o 2 zgórą lata wcześniej niż Izba Lekarska Rzeszy na mocy rozporządzenia z dn. 2 sierpnia 1933 r. (Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Heinemann, s. 60a). W r. 1936 zostało ono włączone w ramy ogólnej organizacji zawodu lekarskiego.

[13]) Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. Vom 31 Oktober 1933. (Heinemann, s. 60 g.).

[14]) Por. § 8 statutu Zjednoczenia, noszący tytuł: „Besondere Befugnisse gegenüber Ärzten".

działalności lekarzy pod kątem widzenia oszczędności. W razie stwierdzenia w postępowaniu lekarza pewnych uchybień Zjednoczenie Lekarskie może zastosować jeden ze środków dyscyplinarnych, którymi są nagana, grzywna lub nawet pozbawienie prawa wykonywania praktyki lekarskiej. Kasy chorych mają prawo delegowania do wydziałów kontrolnych swoich przedstawicieli, którymi mogą być lekarze zaufania. W tych wypadkach, gdy kasa chorych nie jest w wydziale kontrolnym reprezentowana, obowiązkiem wydziału jest przedstawiać jej na żądanie sprawozdania perjodyczne ze swoich prac. W razie, gdy kasa chorych stwierdzi, że dany lekarz nie stosuje się do wytycznych Wydziału Rzeszy (Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen), a w szczególności nie leczy ubezpieczonych w sposób wystarczający i celowy lub też stosuje środki, które nie były konieczne, może zażądać od Zjednoczenia Lekarskiego usunięcia stwierdzonych braków. Jeśli środki zaradcze, przedsięwzięte przez Zjednoczenie, będą — zdaniem kasy chorych — niedostateczne, to może ona odwołać się do jednego z rzeczoznawców (Obergutachter), których lista ustalana jest przez strony, zawierające umowę ramową, a w razie gdyby nie doszły one do zgody, przez Izbę Lekarską. Koszty postępowania przed rzeczoznawcą ponosi strona przegrywająca, a orzeczenia jego są bezwzględnie wiążące. Niezależnie od organów Zjednoczenia Lekarskiego kontrolę nad działalnością lekarzy kas chorych sprawuje w pewnym zakresie lekarska służba zaufania (patrz niżej rozd. VIII).

Omówione powyżej przepisy posiadają specjalne znaczenie, gdyż wprowadzają one lekarzy w ściślejszy stosunek podporządkowania wobec Zjednoczenia niż wobec kas chorych i stwarzają jak gdyby dwoistość władz w ubezpieczeniu chorobowym. Kontrola nad działalnością lekarzy spoczywa według nich w rękach Zjednoczenia, a kasy chorych mają na nią tylko pośredni i ograniczony wpływ. Rozwiązanie to pozostaje w zgodzie z obecnym układem stosunków w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym, w którym wszystkie sprawy, dotyczące lekarzy i opieki lekarskiej zostały wyjęte z pod kompetencji kas chorych i przekazane Zjednoczeniu Lekarskiemu [15]).

Obok organizacji lekarzy kas chorych dość znaczną rolę w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym przyznano Wydziałowi Rzeszy dla lekarzy i kas chorych (Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen), do którego zadań należy wydawanie rozporządzeń wykonawczych, normujących treść umów z lekarzami, sposób ich wynagradzania i dopuszczania do praktyki w kasach chorych, zasady oszczędnego leczenia etc [16]). Wydział Rzeszy składa się z 5 przedstawicieli lekarzy, 5 przedstawicieli kas chorych oraz z 3 osób, mianowanych przez Ministra Pracy, z których jedna jest przewodniczącym Wydziału. Znaczenie praktyczne Wydziału Rzeszy nie było jednak nigdy tak wielkie, jakby to wynikało z przepisów, normujących jego kompetencje. Wewnętrzne spory i trudności nie pozwoliły Wydziałowi na uzgodnienie tekstu rozporządzeń wykonawczych w najważniejszych sprawach. W rezultacie obecne prawo o lekarzach kas chorych składa się przede wszystkim z zastępczo wydawanych rozporządzeń Ministra Pracy i z umów między centralnymi związkami obu stron, a rozporządzenia Wydziału Rzeszy odgrywają w nim bardzo skromną rolę, ograniczając się niemal wyłącznie do regulowania wytycznych różnych rodzajów leczenia. Należy jeszcze zaznaczyć, że ostatnie z rozporządzeń Wydziału Rzeszy zostało wydane w lutym 1933 r. (Richtlinien für die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln vom 24 Februar 1933 — RABl. IV, 100). Od tego czasu Wydział Rzeszy dla lekarzy i kas chorych nie przejawia właściwie żadnej działalności, co pozostaje w niewątpliwym związku z utworzeniem Zjednoczenia Lekarskiego.

V. *Zasady dopuszczania lekarzy do praktyki w kasach chorych.*

T. zw. dopuszczenie (Zulassung) lekarza do praktyki w kasie chorych stanowi konstrukcję prawną, której znaczenie uwydatnia się na tle specjalnych cech niemieckiego ustroju lecznictwa ubezpieczeniowego i struktury niemieckich władz ubezpieczeniowych.

Cały szereg czynników złożyło się na to, że umowy indywidualne między poszczególnymi lekarzami a kasami chorych nie mają w niemieckim układzie stosunków większego znaczenia. Przede wszystkim oddziałała w tym kierunku atomizacja ustroju lecznictwa ubezpieczeniowego w związku ze zrealizowaną w pełni zasadą wolnego wyboru lekarza. Wykonywanie praktyki w ramach tego lecznictwa nie nakłada za tym na poszczególnego lekarza tych ograniczeń i zobowiązań, jakie są zawsze związane ze wstąpieniem wkrąg zorganizowanego systemu i jakie musiałyby być uregulowane w umowach indywidualnych. Drugim czynnikiem, wpływającym na zmniejszenie znaczenia tych umów jest przyznanie Zjednoczeniu Lekarskiemu rozległych kompetencji w zakresie wymiaru wynagrodzeń. W związku z tym ustalanie wysokości wynagrodzenia w umowach indywidualnych stało sie bezprzedmiotowe. Nakoniec należy wspomnieć o szerokim rozbudowaniu umów zbiorowych, które regulują pozostałą sferę stosunków między lekarzami a kasami chorych w sposób wyczerpujący.

[15]) Obecną organizację lekarzy kasowych w Niemczech przedstawia pokrótce dr E. Hanke w artykule p. t.: „Organizacja stanu lekarskiego w Niemczech i kilka uwag o naszej dezorganizacji", zamieszczonym w Nr 23/1935 Nowin Społeczno-Lekarskich (str. 315 — 6).

[16]) Ogólne przepisy o Wydziale Rzeszy zawiera cyt. wyżej rozporządzenie z dn. 8.12.1931 r., szczegółowe przepisy — Geschäftsordnung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen vom 25 Mai 1925 (in der Fassung vom 19 Januar 1933 — Heinemann, s. 206 — 210).

Umowy indywidualne ograniczają się do krótkiej deklaracji, stwierdzającej przystąpienie do umowy zbiorowej i poddanie się jej postanowieniom.

W tych warunkach daleko większą rolę od umów indywidualnych odgrywa w stosunkach jednostkowych dopuszczenie do praktyki kasowej, które oznacza — zgodnie z tekstem rozporządzenia — uprawnienie a zarazem zobowiązanie wobec Zjednoczenia Lekarskiego do wzięcia udziału w kasowej opiece lekarskiej. Znaczenie dopuszczenia polega m. in. na tym, że daje ono podstawę do selekcji materiału ludzkiego, gdyż jest uzależnione od spełnienia szeregu warunków.

Stosunek między dopuszczeniem a zawarciem umowy indywidualnej z kasą chorych nie został uregulowany dostatecznie jasno i nasuwa pewne wątpliwości. Z definicji dopuszczenia wynika wprawdzie, że dotyczy ono tylko stosunków wzajemnych między lekarzem a Zjednoczeniem Lekarskim i nie ma bezpośrednich skutków prawnych wobec kas chorych [17]). Analizując jednak przepisy ordynacji umownej (patrz niżej rozd. VI), które nie zostały dotąd uchylone, należy dojść do przekonania, że kasa chorych jest obowiązana zawrzeć umowę z lekarzem dopuszczonym i że nie może mu jej wypowiedzieć, chyba gdyby zaszły ważne przyczyny z art. 626 B.G.B. (np. nadużycie zaufania) [18]). Zgodnie z przepisem § 1 ordynacji z dn. 17 maja 1934 (niżej w tym samym rozdziale) za lekarzy kasowych (Kassenärzte) uważani są wszyscy lekarze dopuszczeni, choćby jeszcze z żadną kasą chorych umowy nie zawarli. Wynika stąd również, że zawarcie umowy indywidualnej uważane jest za naturalną konsekwencję dopuszczenia.

Oceniając całokształt norm prawnych, regulujących dopuszczenie, należy stwierdzić, że umacniają one stanowisko Zjednoczenia Lekarskiego, które ma — jak to niżej zobaczymy — decydujący wpływ na dobór dopuszczanych lekarzy oraz zacieśniają więzy między Zjednoczeniem a lekarzami. Rozluźniają one natomiast stosunek pracy lekarzy do kas chorych, który traci zupełnie swoją bezpośredniość [19]).

Zasady dopuszczania lekarzy do praktyki kasowej reguluje specjalna ordynacja (Zulassungsordnung) z dn. 17.V.1934 [20]), która przyznaje w tej dziedzinie decydujący wpływ Zjednoczeniu Lekarskiemu.

Pierwszym warunkiem dopuszczenia jest wciągnięcie do jednego z rejestrów lekarskich (Arztregister), jakie są prowadzone w oddziałach Zjednoczenia Lekarzy Kas Chorych. W tym celu należy dokonać pisemnego zgłoszenia, podając w nim wszystkie te okoliczności, jakie mają znaczenie dla decyzji o dopuszczeniu. O wciągnięciu do rejestru rozstrzyga kierownik danego oddziału Zjednoczenia, przy czym odmówić wciągnięcia może on tylko lekarzom, nie będącym obywatelami Rzeszy (Staatsangehörige) lub nie posiadającym obywatelskich praw honorowych. Niezależnie od rejestrów okręgowych prowadzony jest w siedzibie centrali Zjednoczenia rejestr lekarzy dla całej Rzeszy (Reichsarztregister), obejmujący wszystkich lekarzy, wciągniętych do rejestrów w poszczególnych oddziałach i stanowiący źródło informacji dla czynników, decydujących o dopuszczeniu.

Lekarze, wciągnięci do rejestrów, stanowią ten zespół, z którego dopuszcza się poszczególne jednostki do praktyki w kasach chorych zgodnie z zasadami, ustalonymi w wyżej wymienionej ordynacji. Przepisy jej wykluczają przede wszystkim od dopuszczenia lekarzy nie aryjskiego pochodzenia, nie pewnych politycznie oraz takich, przeciw którym przemawiają ważne względy natury osobistej. Nie mają być również w zasadzie dopuszczani lekarze, otrzymujący już stałe wynagrodzenie w wysokości conajmniej 400 marek miesięcznie oraz kobiety zamężne. W obu tych wypadkach możliwe są jednak wyjątki, uzasadnione względami bądź na dobro opieki lekarskiej, bądź na zapewnienie dostatecznych środków utrzymania rodzinie kobiety-lekarza. Wreszcie niezbędnym warunkiem dopuszczenia jest odbycie dwuletniego przygotowania do praktyki w kasach chorych (Vorbereitung auf die Kassenpraxis), pomyślanego w ten sposób, aby przysposobiło ono lekarza do specjalnych warunków lecznictwa ubezpieczeniowego. Z wymienionego 2-letniego okresu conajmniej 3 miesiące powinno przypadać na praktykę w charakterze zastępcy lub asystenta ogólnego lekarza ubezpieczeniowego na wsi.

Lekarze, którzy zadość czynią wszystkim wskazanym wyżej negatywnym i pozytywnym warunkom, są dopuszczani do praktyki w kasach chorych w miarę wolnych miejsc w ten sposób, aby stosunek: 1 lekarz na 600 ubezpieczonych nie został przekroczony. Stosunek ten musi być zachowany w każdym z okręgów, tworzonych specjalnie dla spraw, związanych z dopuszczaniem lekarzy (Zulassungsbezirke, względnie t. zw. Teilbezirke). O ile liczba lekarzy w którymś z okręgów okaże się nadmierna, to należy ją stopniowo redukować, dopuszczając tylko jednego lekarza na miejsce każdych trzech ustępujących [21]).

Lekarzy dopuszcza się do praktyki w okre-

[17]) Por. Heinemann: „...die Zulassung eine innere Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands geworden ist. Sie hat keine Bedeutung mehr unmittelbar gegenüber den Krankenkassen". (s. 104; Ergänzungsblatt 59).

[18]) Por. Heinemann, s. 28.

[19]) Por. Heinemann: „Der Kassenarzt steht nicht mehr in einem unmittelbaren Vertragsverhältnis zu den Krankenkassen". (s. 105; Ergänzungsblatt 37).

[20]) z poprawkami z dn. 23 października 1934 (Heinemann, s. 103 — 136).

[21]) W dn. 1 lipca 1936 r. było w Niemczech 30.559 lekarzy kasowych, a jeden lekarz kasowy przypadał na 617 ubezpieczonych, co stanowi cyfrę bardzo zbliżoną do przepisanej normy. Na 27 okręgów lekarskich (Arztregisterbezirke) w 10 okręgach liczba lekarzy przekraczała normę (1 lekarz przypadał na mniej niż 600 ubezpieczonych), w jednym — ściśle odpowiadała normie, a w 16 była w stosunku do normy niedostateczna. (Cyfry, zaczerpnięte z artykułu Dr G. Augustin: Arztum und deutsche Reichsversicherung, zamieszczonego w Nr 2/1937 „Die Sozialversicherung" s. 10).

ślonej miejscowości lub jej części. Jeśli w danej miejscowości liczba specjalistów (Fachärzte) przekracza 40% ogółu lekarzy, to należy dopuszczać w niej w dalszym ciągu zasadniczo tylko lekarzy ogólnych. Inny ciekawy przepis ordynacji z dnia 17 maja 1934 r. głosi, że jeśli dopuszczenie nowego lekarza na wsi zagroziłoby poważnie egzystencji praktykującego już lekarza kasy chorych, to wówczas przewodniczący Zjednoczenia Lekarskiego może zakazać tego dopuszczenia, w wyznaczonych przez siebie granicach, pomimo że, biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych, należało by nowego lekarza dopuścić.

Licząc się z tym, że liczba lekarzy, wciągniętych do rejestrów i wypełniających żądane warunki może przekraczać zapotrzebowanie na nowe siły lekarskie w kasach chorych, ordynacja z dnia 17 maja 1934 stworzyła pewne zasady wyboru. I tak pierwszeństwo w dopuszczeniu zostało przyznane byłym uczestnikom wojny przed innymi lekarzami, lekarzom żonatym przed kawalerami, lekarzom, posiadającym dzieci przed bezdzietnymi, lekarzom, nie mającym żadnych stałych dochodów przed pobierającymi regularnie rentę, pensję lub emeryturę, wreszcie przywilej przed wszystkimi innymi przyznano tym lekarzom, którzy zechcą przejąć praktykę lekarską w kasie chorych po ojcu.

Przed dopuszczeniem, a w każdym razie najpóźniej w pół roku po dopuszczeniu, powinien lekarz wziąć udział w specjalnym kursie wstępnym (Einführungslehrgang), organizowanym przez Zjednoczenie Lekarskie lub też na jego zlecenie. Do kursu tego przywiązuje się tak wielką wagę, że w razie uchylania się przez lekarza od uczestnictwa w nim przez pół roku, dopuszczenie do praktyki ulega zawieszeniu. Zgodnie z wytycznymi, wydanymi w r. 1932 [22]), kurs wstępny dla lekarzy powinien obejmować około 20 godzin wykładów na następujące tematy: podstawowe wiadomości z dziedziny ubezpieczeń społecznych w Rzeszy; ubezpieczenie na wypadek choroby; stosunek ubezpieczenia chorobowego do innych gałęzi ubezpieczeń społecznych i do opieki społecznej; prawodawstwo, dotyczące lekarzy kas chorych; metody oszczędnego leczenia; orzecznictwo lekarskie w ubezpieczeniu chorobowym; prawodawstwo, dotyczące chorób wenerycznych, gruźlicy, opieki nad inwalidami i chorób zawodowych. Jak widzimy, kurs ten posiada charakter wybitnie praktyczny i uwzględnia tylko te dziedziny, których znajomość jest niezbędna dla wszystkich lekarzy kas chorych. Kurs wstępny łącznie z dwuletnim przygotowaniem do praktyki, poprzedzającym dopuszczenie, świadczy o zwróceniu należytej uwagi na wykształcenie fachowe lekarzy i na przygotowanie ich do pracy w ramach ubezpieczeń społecznych.

Dopuszczenie do praktyki kasowej kończy się (die Zulassung endet) ze śmiercią lekarza, naskutek jego deklaracji, że nie przyjmuje dopuszczenia oraz w przypadku porzucenia praktyki kasowej bez zgody właściwych władz. Dopuszczenie ulega zawieszeniu (das Ruhen der Zulassung) w razie uchylania się przez lekarza od wzięcia udziału w kursie wstępnym oraz w razie zajścia pewnych okoliczności, wyłączających dopuszczenie (uzyskanie stałego źródła dochodu, przekraczającego 400 mk. miesięcznie, wyjście kobiety-lekarki zamąż lub t. p.). Dopuszczenie do praktyki kasowej należy cofnąć na stałe (die dauernde Entziehung der Zulassung), jeśli lekarz straci obywatelstwo Rzeszy lub obywatelskie prawa honorowe, jeśli ożeni się z kobietą nie aryjskiego pochodzenia, jeśli w ciągu 3 miesięcy nie wykonywa praktyki lekarskiej bez ważnej przyczyny etc.

Dla orzekania o dopuszczeniu lekarzy do praktyki w kasach chorych, o wygaśnięciu dopuszczenia i we wszelkich sprawach spornych, jakie na tym tle mogą wyniknąć, powołane zostały specjalne organy, pozostające pod bezpośrednim wpływem Zjednoczenia Lekarskiego.

Pierwszą instancją w tych sprawach są t. zw. wydziały dopuszczające (Zulassungsausschüsse), działające w okręgach, objętych zakresem poszczególnych rejestrów lekarskich. Wydziały te składają się z przewodniczącego i dwóch członków, mianowanych i odwoływanych przez przewodniczącego Zjednoczenia Lekarskiego. Od orzeczeń wydziałów dopuszczających mogą się zarówno zainteresowani lekarze jak i Zjednoczenie odwoływać do Głównego Wydziału dopuszczającego (Reichszulassungsausschuss), mającego swą siedzibę w centrali Zjednoczenia i rozciągającego swą jurysdykcję na obszar całego państwa. Wydział ten orzeka w składzie przewodniczącego i 4 członków, przy czym przewodniczącego i 3 członków mianuje przewodniczący Zjednoczenia, a jednego członka — Minister Pracy. Od decyzji tego Wydziału przysługuje odwołanie, ale już tylko członkowi, mianowanemu przez Ministra do Głównego Urzędu Rozjemczego (Reichsschiedsamt), którego orzeczenia są ostateczne. Postępowanie przed wszystkimi tymi instancjami, wykazuje wielkie podobieństwo do procedury sądowej (rozprawa ustna, badanie świadków etc.). Ze specjalnym naciskiem należy podkreślić, że skład organów dopuszczających zależy w pierwszej instancji całkowicie, a w drugiej — prawie całkowicie od przewodniczącego Zjednoczenia Lekarskiego, które w ten sposób ma możność wywierania bezpośredniego wpływu na dobór lekarzy, praktykujących w kasach chorych.

(d. n.)

[22]) Richtlinien für den Lehrplan und Programm eines Vorbereitungkursus für die Kassenpraxis. Aufgestellt von den ärztlichen Spitzenverbänden im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 4/5 November 1932. (Arztliche Mitteilungen 32, 975).

WINCENTY KĘPIŃSKI

ROZWÓJ HISTORYCZNY ZAOPATRZEŃ EMERYTALNYCH KOLEJARZY

I. Wstęp.

Pracownicy przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe", o charakterze publiczno-prawnym, a więc etatowi, stali i praktykanci, odbywający służbę przygotowawczą na stanowiska etatowe nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia powszechnego. Ich uprawnienia emerytalne i odszkodowania za nieszczęśliwe wypadki normują specjalne przepisy, obejmujące tylko pracowników kolejowych. Konieczność wyodrębnienia zaopatrzeń emerytalnych oraz odszkodowań w razie nieszczęśliwych wypadków w służbie z ogólnego systemu ubezpieczeń społecznych, oraz z pod przepisów emerytalnych dla funkcjonariuszów państwowych narzuciły specjalne warunki pracy na kolei. System emerytalny pracowników kolejowych różni się znacznie od systemu ubezpieczeń powszechnych, a częściowo i emerytur funkcjonariuszów państwowych. Odrębność zasad omawianego systemu spowodowała, że nikt dotąd, poza pracownikami kolejowymi, nim się nie interesował, chociaż wydawałoby się, że ta odrębność powinna raczej podnieść atrakcyjność tematu.

Izolowany do niedawna kolejowy system emerytalny dzięki rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1937 r. o przekazywaniu składek za pracowników umysłowych i łączeniu uprawnień emerytalnych (Dz. Ust. poz. 76) został skoordynowany, przynajmniej w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych, z ubezpieczeniem powszechnym oraz z innymi systemami zastępczego ubezpieczenia emerytalnego.

Tak więc z jednej strony odrębność systemu emerytalnego i odszkodowań wypadkowych kolejarzy, z drugiej zaś jego koordynacja z ubezpieczeniem powszechnym, która stanie się jeszcze silniejszą z chwilą wejścia w życie przepisów o przekazywaniu składek emerytalnych za pracowników fizycznych, powoduje, iż poznanie jego rozwoju i zasad może być bardzo pożądane dla nauki, a poprostu konieczne dla praktyki.

Celem niniejszych rozważań jest przedstawienie w zarysie ewolucji, jaką przechodziły kolejowe przepisy emerytalne, nim ukształtowane zostały w tej formie, w jakiej obecnie obowiązują.

II. Przepisy i organizacja.

Przepisy emerytalne, obowiązujące pracowników kolejowych ulegały licznym zmianom. Powodem tych zmian była w przeważającej mierze sytuacja finansowa Skarbu Państwa, skutkiem czego omawiane przepisy bądź ograniczały poprzednie uprawnienia, bądź wprowadzały nowe, lub w sposób korzystniejszy regulowały uprawnienia już istniejące.

Uprawnienia emerytalne kolejarzy i ich rodzin normowały następujące przepisy:

1) ustawa emerytalna funkcjonariuszów państwowych z dnia 28 lipca 1921 r. (Dz. Ust. Nr 70, poz. 466), która obowiązywała od 1 października 1921 r. do 30 września 1923 r. i obejmowała pracowników etatowych,

2) ustawa emerytalna z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. Ust. z 1924 r. Nr 6, poz. 46), która weszła w życie z dniem 1 października 1923 r. i wraz z późniejszymi uzupełnieniami i zmianami obowiązywała etatowych pracowników kolejowych do dnia 31 sierpnia 1929 r.,

3) rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 września 1926 r. o zaopatrzeniu emerytalnym nieetatowych pracowników Polskich Kolei Państwowych i o zaopatrzeniu pozostałych po nich wdów i sierot oraz odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. Ust. Nr 94, poz. 551), które obowiązywało od 1 października 1926 r. do 31 sierpnia 1932 r. i obejmowało początkowo pracowników nieetatowych, a od 1 września 1929 r. również kandydatów (tj. pracowników nieetatowych, pełniących służbę na stanowiskach etatowych i posiadających wymagany na dane stanowisko egzamin ścisły), zatrudnionych na obszarach byłego zaboru rosyjskiego i austriackiego,

4) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 lipca 1929 r. o zaopatrzeniu emerytalnym etatowych pracowników przedsiębiorstwa PKP i o zaopatrzeniu pozostałych po nich wdów i sierot oraz o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. Ust. Nr 57, poz. 448), które wraz z późniejszymi zmianami obowiązywało do 31 lipca 1932 r.,

5) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lipca 1932 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników przedsiębiorstwa PKP i o zaopatrzeniu pozostałych po tych pracownikach wdów i sierot oraz o odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki (Dz. Ust. Nr 61, poz. 577), które wraz z późniejszymi zmianami, wprowadzonymi rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 1933 r. (Dz. Ust. Nr 46, poz. 359) straciło zasadniczo moc obowiązującą z dniem 31 stycznia 1934 r., jednak obowiązuje nadal w pewnych przypadkach, przewidzianych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 maja 1934 r. o przyznaniu pracownikom przedsiębiorstwa PKP prawa wyboru zaopatrzeń i o dodatku do zaopatrzeń (Dz. Ust. Nr 51, poz. 475),

6) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 1934 r. o zaopatrzeniu emerytalnym i

odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki pracowników przedsiębiorstwa PKP (Dz. Ust. Nr 9, poz. 74), które w brzmieniu noweli z dnia 7 grudnia 1935 r. (Dz. Ust. Nr 95, poz. 594) obowiązuje obecnie. Rozporządzenie to pośrednio zostało zmienione, przynajmniej w stosunku do pracowników umysłowych, rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1937 r. o przekazywaniu składek za pracowników umysłowych.

Kolejowe przepisy emerytalne nie stworzyły ani specjalnego zakładu, ani odrębnego funduszu, z którego byłyby wypłacane świadczenia, należne pracownikom, objętym tymi przepisami. Wydatki z tego tytułu pokrywane są wprost z budżetu przedsiębiorstwa P. K. P.

Podstawę do wyodrębnienia emerytur kolejarzy spod ogólnego ustawodawstwa emerytalnego stworzyło rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 września 1926 r. o utworzeniu przedsiębiorstwa P. K. P. (tekst jednolity w Dz. Ust. z 1930 r. poz. 705), którego art. 25, oznaczony w pierwotnym tekście jako art. 28, nadał Radzie Ministrów prawo ustalania w drodze rozporządzenia uprawnień emerytalnych pracowników kolejowych, których stosunek służbowy jest publiczno-prawny, przy zastosowaniu zasady nieuszczuplania praw nabytych.

Zasada respektowania praw nabytych, jeżeli idzie o emerytury, została zniesiona art. 11 ustawy z dn. 18 marca 1932 r. o zmianie niektórych przepisów, dotyczących zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. Ust. Nr 26, poz. 239). Na tej podstawie Rada Ministrów już w lipcu tegoż roku wydała nowe przepisy emerytalne, ograniczające częściowo uprawnienia emerytów i pracowników, nabyte na zasadzie przepisów poprzednich. Dotyczyło to w szczególności emerytów, pobierających zaopatrzenie jedynie za służbę w byłych państwach zaborczych.

Orzecznictwo w sprawach emerytalnych należy w pierwszej instancji do właściwej dyrekcji okręgowej kolei państwowych, w drugiej zaś do Ministerstwa Komunikacji, od którego orzeczeń przysługuje interesowanym skarga do N. T. A. Postępowanie przy wydawaniu orzeczeń normują przepisy o postępowaniu administracyjnym.

III. Okres wyczekiwania.

Minimalna wysługa emerytalna, uzasadniająca prawo do świadczeń w myśl ustawy z 1921 r. wynosiła w zasadzie 10 lat, jednak już po 5 latach pracownik miał prawo do emerytury, jeżeli stał się niezdolny do pełnienia obowiązków służbowych i zarobkowania z powodu choroby lub kalectwa, nabytego bez własnej winy po wstąpieniu do służby. Jeżeli niezdolność do wykonywania służby była następstwem wypadku, któremu funkcjonariusz uległ z powodu lub w czasie pełnienia obowiązków służbowych, prawo do zaopatrzenia przysługiwało mu bez względu na okres, zaliczalny do wysługi emerytalnej (okres wyczekiwania).

Ustawa z 1923 r. nie zmieniła okresu wyczekiwania, dodając jedynie przepis, którego mocą pracownik uzyskiwał prawo do emerytury, bez względu na czas służby, jeżeli stał się trwale niezdolny do jej pełnienia wskutek chorób zakaźnych, panujących epidemicznie w miejscu służbowego pobytu.

Według rozporządzenia z 1926 r. okres wyczekiwania wynosił zasadniczo 15 lat, jednak nabycie prawa do świadczeń emerytalnych uzależnione było od tego, ażeby pracownik ukończył z chwilą rozwiązania stosunku służbowego 60 lat, lub aby rozwiązanie stosunku służbowego nastąpiło z powodu zmian w ustroju kolejnictwa, albo redukcji personelu. Okres ten wynosił tylko 5 lat, jeżeli pracownik został zwolniony ze służby z powodu fizycznej lub umysłowej niezdolności do pełnienia obowiązków służbowych. Jeżeli zaś niezdolność do służby powstała wskutek wypadku, któremu pracownik uległ w służbie, prawo do zaopatrzenia nabywał bez względu na okres, podlegający zaliczeniu do wysługi emerytalnej.

Rozporządzenie z 1929 r. uzależniło powstanie prawa do świadczeń od uzyskania co najmniej 10 lat, zaliczalnych do wysługi emerytalnej i ukończenia 60 lat życia, albo bez względu na wiek, w razie posiadania 35 lat służby, zaliczalnej do wysługi. Poza tym prawo do emerytury przysługiwało pracownikowi po 5 latach lub bez względu na okres osiągniętej wysługi pod analogicznymi warunkami, jak według rozporządzenia z 1926 r.

Przepisy emerytalne z 1932 r., które objęły pracowników etatowych, nieetatowych, kandydatów i t. zw. pracowników próbnych, tj. odbywających służbę przygotowawczą, z wyjątkiem pracowników fizycznych, należących do ostatnich trzech kategorii, a zatrudnionych na obszarze województwa poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego, którzy podlegali ubezpieczeniu w Kasie Emerytalnej dla robotników Kolei Państwowych w b. dzielnicy pruskiej — ustaliły minimalny okres wysługi emerytalnej na 15 lat. Przepisy te utrzymały zasadę wcześniejszego nabycia prawa do świadczeń pod analogicznymi warunkami, jak przepisy poprzednio obowiązujące.

Przepisy z 1934 r. w tej dziedzinie żadnych zmian nie wprowadziły.

IV. Okresy zaliczalne do wysługi emerytalnej.

Na podstawie ustawy z 1921 r. do wysługi emerytalnej zaliczało się okresy rzeczywistej służby od daty uzyskania charakteru funkcjonariusza stałego (tj. etatowego), służbę czynną wojskową, pracę w samorządzie, okresy stanu nieczynnego oraz służbę, zaliczalną w b. państwach zaborczych, jeżeli idzie o tych pracowników, którzy do służby polskiej przeszli ze służby zaborczej.

Pracownikom, zajętym w służbie parowozowej, konduktorskiej, jak również spinaczom i ustawiaczom każdy rok służby, począwszy od je-

denastego, zaliczało się do wysługi półtorakrotnie, tj. za rok — 18 miesięcy, natomiast pracownikom, którzy pełnili nocne dyżury służby, za każdy rok — 16 miesięcy.

Uprzywilejowane liczenie służby zostało zniesione ustawą z 1923 r., która przewidziała, że tylko pracownikom, zatrudnionym stale w służbie parowozowej i konduktorskiej, zalicza się po 10 latach służby za każdy rok 14 miesięcy pod warunkiem uiszczenia przez nich stosunkowo wyższej składki emerytalnej.

Czas służby wojskowej od dnia rozpoczęcia działań wojennych do dnia podpisania traktatu pokoju, oraz służby cywilnej, pełnionej na terenach operacyjnych — zgodnie z tą ustawą — był zaliczalny do wysługi podwójnie. Na równi ze służbą wojskową traktuje ustawa służbę w polskich formacjach i organizacjach wojskowych, uznanych przez Państwo (jak np. Legiony Polskie, Armia Polska we Francji itp.). Ponadto do wysługi emerytalnej zaliczało się okres studiów wyższych w razie ich całkowitego zakończenia przepisanymi egzaminami, najwyżej jednak w ilości 4 lat. Oprócz tego ustawa przewidziała również, jak to zresztą było i w ustawie poprzedniej, bezpłatne zaliczanie, pod pewnymi warunkami, okresów pracy zawodowej, tak państwowej, samorządowej, jak i prywatnej (np. w charakterze buchaltera w banku prywatnym itp.) w ilości nie przekraczającej 20 lat, oraz służby państwowej i kolejowej, pełnionej w b. państwach zaborczych.

Obydwie ustawy nie przewidywały zaliczania do wysługi służby, pełnionej przed 18 rokiem życia, wyjąwszy służbę wojskową na terenach operacyjnych (ustawa z 1923 r.).

Ustawa z 1921 r. przewidywała ponadto, że funkcjonariuszowi, który stał się niezdolny do służby wskutek nieszczęśliwego wypadku z powodu lub w czasie pełnienia obowiązków służbowych, albo wskutek paraliżu, utraty wzroku, pomieszania zmysłów lub też gruźlicy, gdyby nawet choroby te nie miały związku przyczynowego ze służbą, dolicza się do osiągniętej wysługi emerytalnej 10 lat, a za zgodą Ministra Skarbu, jeżeli niezdolność do służby spowodowana została niszczęśliwym wypadkiem, można przyznać nawet pełną emeryturę, tj. za 35 lat służby.

Ustawa z 1923 r. ograniczyła możność doliczenia pewnego okresu do wysługi tylko do tych przypadków, gdy funkcjonariusz obok utraty zdolności do służby utracił również zdolność do pracy zarobkowej, wskutek wypadku w służbie, działań wojennych w miejscu służbowego pobytu, lub chorób zakaźnych, panujących epidemicznie w miejscu służby. Przy utracie zdolności do zarobkowania od 35% — 54% dolicza się 2 lata itd., a przy utracie 95% zdolności — 10 lat. Ustawa doliczała również 10 letni okres pracownikom, którzy po nieprzerwanej dziesięcioletniej służbie państwowej stali się trwale niezdolni do służby i utracili co najmniej 95% zdolności do zarobkowania.

Według rozporządzenia z 1926 r. do wysługi zaliczalne były okresy pracy od daty objęcia pracownika przepisami tego rozporządzenia, oraz czas, spędzony przed objęciem tym rozporządzeniem na służbie państwowej, opłacony składkami. Zaliczalna była również służba na kolejach państwowych i prywatnych zarówno w Państwie Polskim, jak i w jednym z b. państw zaborczych, opłacona składkami emerytalnymi lub ubezpieczeniowymi pod warunkiem, że pracownik składek tych nie podjął. Właściwe instytucje ubezpieczeniowe miały przekazywać zarządowi kolei rzeczone składki emerytalne lub ubezpieczeniowe na warunkach rozporządzenia, które w tym przedmiocie miał wydać Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Komunikacji, a które w ogóle nie zostało wydane.

Ponadto do wysługi emerytalnej podlegały zaliczeniu bez opłaty okresy służby w wojsku polskim, a mianowicie służby czynnej, służby z mobilizacji i na ćwiczeniach. Za opłatą można było zaliczyć nie opłacone w swoim czasie składkami emerytalnymi okresy służby państwowej, oraz pracy kolejowej państwowej i prywatnej w Państwie Polskim lub w jednym z b. państw zaborczych. Pracownikom zatrudnionym stale w służbie parowozowej i konduktorskiej, przy wymiarze zaopatrzenia emerytalnego, każdy pełny rok opłaconej półtorakrotną składką (9% podstawy wymiaru) liczony był półtorakrotnie, to jest za jeden rok 18 miesięcy.

Przepisy z 1926 r. nie przewidywały, jak to było w poprzednich, żadnego specjalnego doliczenia pewnych okresów, np. za utratę zdolności do pracy wskutek choroby i kalectwa, wprowadziły natomiast specjalne odszkodowania (renty) za nieszczęśliwe wypadki w służbie.

Rozporządzenie z 1929 r. w przepisach o ustalaniu wysługi emerytalnej wzorowało się na przepisach z 1926 r., przewidując ponadto, że do wysługi może być zaliczony za opłatą okres studiów w razie ich zakończenia przepisanymi egzaminami. Okres ten może wynosić najwyżej 4 lata.

Urlop bezpłatny, z wyjątkiem udzielonego pracownikowi na czas piastowania mandatu poselskiego lub senatorskiego, albo na czas sprawowania czynności w związkach zawodowych, nie podlegał zaliczeniu do wysługi.

Wzorem ustaw z 1921 i 1923 r. przepisy z 1929 r. przewidziały możność zaliczania pracy zawodowej, oraz doliczania 10 lat za utratę 95% zdolności do pracy tym pracownikom, którzy w chwili rozwiązania stosunku służbowego mieli co najmniej 10 lat wysługi emerytalnej. Przepisy te wprowadziły z ważnością wsteczną zasadę półtorakrotnego zaliczania służby parowozowej i konduktorskiej tym pracownikom, którzy pełnili ją stale. Warunkiem półtorakrotnego zaliczania takiej służby w b. państwach zaborczych było opłacenie jej półtorakrotnymi składkami do funduszów pensyjnych lub kas emerytalnych.

Przepisy z 1932 r. zaliczyły do wysługi emerytalnej pozostającym w służbie w dniu ich wejścia w życie te wszystkie okresy, które były zaliczalne poprzednio, a poza tym, wzorem ustawy z 1923 r., wprowadziły zasadę zaliczania na rów-

ni ze służbą wojskową służby w polskich formacjach lub organizacjach wojskowych, uznanych przez państwo. Służba, pełniona w czasie wojny, oraz służba kolejowa państwowa i państwowa służba cywilna, pełniona na terenach operacyjnych, podporządkowanych dowództwu armii liczyła się podwójnie. Doliczenie 10 lat za utratę 95% zdolności do zarobkowania mogło teraz nastąpić dopiero po uzyskaniu przez pracownika 15 lat wysługi.

Przepisy z 1934 r. zniosły zasadę półtorakrotnego zaliczania do wysługi emerytalnej służby parowozowej i konduktorskiej, przewidziały natomiast, że rok takiej służby przy wymiarze świadczeń liczy się za 14 miesięcy. Nie dotyczy to okresów, opłaconych półtorakrotną opłatą, które w dalszym ciągu są zaliczalne w takim stosunku, jak poprzednio.

Okresy służby w b. państwach zaborczych zostały zaliczone tylko w ¾, przy czym przepis ten ma zastosowanie zarówno do osób pobierających świadczenia, jak i do pozostających w służbie czynnej. Służba wojskowa w b. państwach zaborczych podlega zaliczeniu tylko wtedy, jeżeli pracownik, który tę służbę pełnił, już w b. państwie zaborczym uzyskał charakter funkcjonariusza państwowego lub zawodowego wojskowego, albo też bezpośrednio po odbyciu tej służby przeszedł do polskiej państwowej służby cywilnej lub wojskowej, wzgl. do służby w organizacjach i formacjach wojskowych, uznanych przez państwo polskie. Zaliczeniu w tym przypadku podlegają tylko rzeczywiste okresy służby. Na podstawie tych przepisów nie mogą więc być zaliczane korzystniej okresy wojskowej służby zaborczej, co nie dotyczy jednak osób, odznaczonych orderem wojennym „Virtuti Militari" lub Krzyżem Niepodległości, jak również nie odnosi się do okresów służby, opłaconych półtorakrotną opłatą.

Przepisy te nie przewidziały w ogóle zaliczania do wysługi pracy, w czasie której pracownik podlegał ubezpieczeniu społecznemu powszechnemu lub zastępczemu. Dopiero rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 1937 r. o przekazywaniu składek wprowadziło zasadę, że do wysługi emerytalnej, osiągniętej na P. K. P., zalicza się również, pod warunkiem przekazania składek, okresy ubezpieczenia w Z. U. S. lub w instytucjach ubezpieczenia zastępczego.

V. Podstawa wymiaru świadczeń.

Podstawę wymiaru zaopatrzenia emerytalnego, pensji wdowiej i pensyj sierocych (w przepisach od 1926 r. przyjęto nomenklaturę: zaopatrzenie wdowie i zaopatrzenie sieroce), oraz odpraw wdowich, według ustawy z 1921 r., stanowiła płaca zasadnicza z dodatkami za wysługę lat, za studia wyższe i za kierownictwo. Podstawa ta została zmieniona ustawą z 1923 r., która ustaliła, że świadczenia wymierza się od ostatnio pobieranego uposażenia zasadniczego łącznie z dodatkami stałymi, z dodatkiem ekonomicznym na żonę (44 punkty uposażeniowe po 43 gr punkt) oraz mieszkaniowym, należnym w miejscu zamieszkania po spensjonowaniu.

Ustawa ta nakazała również przerachowanie już przyznanych zaopatrzeń przez zaszeregowanie emerytów do nowych grup uposażenia, co znacznie zmniejszyło wydatki emerytalne, oraz przez przyznanie osobom, pobierającym emeryturę wyłącznie za służbę zaborczą tylko 75% tego zaopatrzenia, które przy analogicznym zaliczalnym okresie przysługiwałoby za służbę polską.

Podstawę wymiaru świadczeń emerytalnych według rozporządzenia z 1926 r. stanowiła ostatnia płaca dzienna, pomnożona przez ilość obowiązkowych dni roboczych w miesiącu (25 lub 30 dni roboczych zależnie od sposobu opłacania pracownika), w wymiarze dla samotnych wraz z dodatkiem regulacyjnym przez cały czas jego istnienia, jeżeli przysługiwał pracownikowi w dniu rozwiązania stosunku służbowgo.

Przepisy z 1929 r. za podstawę wymiaru omawianych świadczeń przyjmują kwotę uposażenia, od którego pracownik wniósł ostatnio opłatę emerytalną, t. j. uposażenie zasadnicze wraz z wszelkimi dodatkami stałymi, jak np. regulacyjny (60 punktów upos.), ekonomiczny na żonę (44 punkty upos.), stołeczny oraz 10% i 15% podwyżki zasadniczego uposażenia, a ponadto dodatek mieszkaniowy.

Z chwilą wejścia w życie przepisów z 1932 r., jakkolwiek z § 12 tych przepisów możnaby wnioskować, że podstawa wymiaru nie uległa zmianie, to jednak wobec obniżki uposażeń, dokonanej w międzyczasie, od tej podstawy odpadły takie dodatki stałe, jak 10% i 15% podwyżki zasadniczego uposażenia i 20% dodatek stołeczny, na którego miejsce wprowadzono dla pracowników zatrudnionych w stolicy i tamże pobierających zaopatrzenie dziesięcio-procentową podwyżkę. Do podstawy wymiaru zaopatrzenia pracowników etatowych doszedł dodatek mieszkaniowy dla samotnego (różny dla rozmaitych kategorii miejscowości), zaś pracowników nieetatowych — t. zw. 5% zasiłek, obliczany od wynagrodzenia zasadniczego.

Przepisy te nakazały ponadto przerachowanie z dniem 1 lipca 1933 r. już pobieranych świadczeń w myśl zasad nimi ustalonych, co spowodowało znaczne obniżenie omawianych świadczeń. Zaopatrzenie emerytalne i wdowie nie mogło jednak wskutek przerachowania spaść poniżej 50 zł., a sieroce poniżej 25 zł. miesięcznie. Świadczenia, pobierane dotychczas w niższej wysokości, nie ulegały przerachowaniu.

Rozporządzenie z 1934 r. za podstawę wymiaru zaopatrzenia dla pracowników będących w służbie w chwili jego wejścia w życie przyjmuje uposażenie zasadnicze jednakowe dla całej sieci P. K. P.

Przepisy te zniosły z dniem 1 kwietnia 1934 r. dodatek mieszkaniowy, pobierany przez emerytów (b. pracowników etatowych), którzy uzyskali zaopatrzenie na podstawie poprzednich przepisów, oraz zasiłek 5%, wypłacany emery-

tom, b. pracownikom nieetatowym, próbnym oraz b. kandydatom.

Emeryci, którzy do dnia wejścia w życie tych przepisów pobierali dodatek ekonomiczny, zachowali prawo do pobierania go nadal w dotychczasowej wysokości.

VI. Wymiar świadczeń.

Sposób wymiaru świadczeń ulegał zmianie prawie zawsze równolegle ze zmianą przepisów emerytalnych.

Zaopatrzenie emerytalne w myśl ustaw z 1921 i 1923 r. po dziesięcioletnim okresie wysługi emerytalnej lub w razie nabycia prawa do świadczeń przed uzyskaniem tego okresu, wynosiło 40% podstawy wymiaru i za każdy następny rok, począwszy od jedenastego wzrastało o 2.4%, dochodząc po 35 latach wysługi do 100% podstawy wymiaru. Od kwot, należnych tytułem świadczeń według ustawy z 1923 r. potrącana była opłata emerytalna w wysokości 3%, faktycznie zatem pełna emerytura w myśl jej przepisów wynosiła tylko 97% podstawy wymiaru.

Kwota zasadnicza emerytury, przysługującej na podstawie przepisów z 1926 r., wynosiła 50%, i wzrastała za każdy następny rok, od szesnastego roku począwszy, o 2.5% dochodząc po 35 latach do 100% podstawy wymiaru.

Przepisy z 1929 r. przewidują, iż kwota zasadnicza emerytury wynosi 40% podstawy wymiaru, wzrost jej rozpoczyna się po 10 latach i wynosi 2.4% za każdy następny rok, wobec czego zaopatrzenie po 35 latach wysługi emerytalnej wynosi 100% podstawy wymiaru, po czym wzrost ustaje.

Rok 1932 przynosi zasadniczą zmianę w tym względzie. Kwota zasadnicza emerytury, w razie nabycia prawa do świadczeń przed uzyskaniem 10 lat wysługi, wynosi 30% i za każdy rok następny, od jedenastego począwszy, wzrasta o 2%, dochodząc przy 15 latach wysługi do 40%, po czym wzrost emerytury wynosi 2.4% za każdy dalszy rok aż do 25 lat wysługi, osiągając 64% podstawy wymiaru. Za każdy następny rok kwota wzrostu wynosi 2.8% tak, że po 35 latach wysługi emerytura dochodzi do 92% podstawy wymiaru, po czym wzrost ustaje.

Przepisy z 1934 r. kwotę zasadniczą emerytury i kwotę wzrostu do 15 lat pozostawiły bez zmiany. Po osiągnięciu 15 lat wysługi kwota wzrostu dla pracowników etatowych i praktykantów wynosi 3% za każdy dalszy rok, zaś dla pracowników stałych (pod rządami poprzednich przepisów zwanych nieetatowymi lub próbnymi) — 2.4% tak, że emerytura dla pierwszej kategorii po 35, dla drugiej — po 40 latach wysługi dochodzi do 100% podstawy wymiaru.

Zaopatrzenia wdowie wynosiły według wszystkich wymienionych przepisów 50% emerytury, pobieranej przez męża, lub, jeżeli ten zmarł w czynnej służbie — zaopatrzenia, do jakiego miałby prawo w chwili śmierci, przy czym do podstawy wymiaru nie wliczało się dodatku ekonomicznego na żonę, jeżeliby nawet w myśl właściwych przepisów, dodatek ten przed śmiercią przysługiwał zmarłemu.

Ustawa z 1923 r. przewidywała, że, gdy po pracowniku wyznania mahometańskiego pozostało więcej wdów, pensja wdowia ulegała stosunkowemu między nie podziałowi. Późniejsze przepisy tego nie przewidywały.

Zaopatrzenie sieroce, po ojcu, jeżeli matka miała prawo do pensji wdowiej — według ustawy z 1921 r. — wynosiło ¼ część, lub jeżeli wdowa nie miała prawa do pensji wdowiej — połowę tej pensji. Zaopatrzenie sieroce po matce wynosiło ⅙ część jej uposażenia emerytalnego; przysługiwało ono tylko w razie niezdolności ojca do zarobkowania.

Ustawa z 1923 r. przewidywała, że zaopatrzenie sieroce wynosi ¼ część lub ½ zaopatrzenia wdowiego, dla jedynej zaś sieroty, jeżeli matka nie żyje lub nie ma prawa do pensji wdowiej — ⅓ część uposażenia emerytalnego ojca. Zaopatrzenie sieroce po matce, które przysługiwało za życia ojca w razie jego niezdolności do zarobkowania i niemożności zapewnienia sierocie utrzymania, wynosiło początkowo ⅙, a następnie ¼ część uposażenia emerytalnego matki.

Przepisy z 1926 r. ustaliły zaopatrzenia sieroce w wysokości ⅛ lub, jeżeli wdowa nie miała prawa do zaopatrzenia — ¼ części zaopatrzenia należnego pracownikowi. Zaopatrzenie sieroce po matce wynosiło ¼ część emerytury, do której matka uzyskała prawo.

Według rozporządzenia z 1929 r. zaopatrzenia sieroce wynosiły zasadniczo ⅛ część, a w razie, gdy wdowa nie miała prawa do świadczeń ⅓ część zaopatrzenia emerytalnego ojca. Pensja sieroca po matce wynosiła ⅓ należnej jej emerytury.

Te same zasady utrzymały przepisy z 1932 r. Rozporządzenie z 1934 r. nawraca częściowo do zasad ustawy z 1923 r., przewidując, że zaopatrzenie sierot, w razie jeżeli wdowa ma również prawo do świadczeń, wynosi 25% zaopatrzenia wdowiego, w przeciwnym przypadku 25% zaopatrzenia emerytalnego bądź ojca, bądź matki, jeżeli sierota uzyskuje prawo do świadczeń po niej.

Wszystkie omawiane przepisy przewidywały, że, w przypadkach gdyby łączna suma świadczeń sierocych bądź samych, bądź razem z zaopatrzeniem wdowim przekraczała kwotę zaopatrzenia należnego ojcu, poszczególne zaopatrzenia sieroce podlegają stosunkowej redukcji, a w razie zmniejszenia się liczby sierot, proporcjonalnie wzrastają aż do należnej — w myśl przepisów — wysokości.

VII. Inne świadczenia.

Oprócz świadczeń emerytalnych omawiane przepisy przewidywały również odprawy, wypłacane pracownikom w razie rozwiązania stosunku służbowego przed uzyskaniem prawa do emerytury. Świadczenia te wynosiły — według ustawy z 1921 r. — maksymalnie dwuletnie, a według ustawy z 1923 r. — 3 miesięczne ostatnio

pobierane uposażenie. Na podstawie przepisów z 1929 r. odprawa wynosiła za każdy rok służby, policzalnej za wysługi — jednomiesięczną kwotę podstawy wymiaru zaopatrzenia, a na podstawie przepisów z 1932 r. — taką samą kwotę za każdy rok służby z tym ograniczeniem, że odprawa nie mogła przekraczać dwunastokrotnej kwoty podstawy wymiaru świadczeń. Przepisami z 1934 r. odprawa ta została zredukowana do 6 miesięcznej, a w razie zwolnienia po upływie okresu stanu nieczynnego — do 3 miesięcznej kwoty podstawy wymiaru świadczeń emerytalnych.

Wdowy, w razie ponownego wyjścia za mąż, miały prawo do otrzymania odprawy, której pobranie likwidowało prawa do wszelkich świadczeń na przyszłość.

Odprawy te wynosiły:

a) według ustawy z 1921 r. — 3 letnie zaop. wdowie,
b) według ustawy z 1923 r. — przed ukończeniem 45 lat 2-letnią, po ukończeniu tego wieku — jednoroczną pensję wdowią,
c) według przepisów z 1926, 1929, 1932 i 1934 — jednoroczne zaopatrzenie wdowie.

W myśl ustaw z 1921 r. i 1923 r. wdowy mogły nie pobrać odprawy, lecz zastrzec sobie możność pobierania świadczeń na wypadek powtórnego owdowienia.

Ponadto przepisy emerytalne przewidywały, że emeryci mają prawo do zwrotu kosztów jednorazowego przesiedlenia się po zemerytowaniu z ostatniego miejsca zamieszkania przed zemerytowaniem — do nowego. Te same uprawnienia, jeżeli ich nie wykorzystali emeryci, przysługiwały i przysługują, pod pewnymi warunkami i w określonym terminie, wdowom i sierotom po tych emerytach.

Emerytom przysługuje również prawo do kolejowej pomocy lekarskiej w takim zakresie, jak pracownikom w służbie czynnej, oraz prawo do ulg przejazdowych na kolejach i rocznie do dwuch bezpłatnych biletów, z których każdy służy na dwa przejazdy w dowolnych relacjach dla emeryta i członków rodziny łącznie (żona i dzieci do lat 18 wzgl. 24).

W razie śmierci emeryta wdowa lub sieroty, które poniosą koszty pogrzebu, mają prawo do zwrotu tych kosztów. Na pokrycie omawianych kosztów przyznawane są ryczałty w wysokości trzechmiesięcznego zaopatrzenia emerytalnego, pobieranego przed śmiercią przez zmarłego.

Obecne przepisy, a także i poprzednie, przewidują, iż żona i dzieci pracownika mają prawo do świadczeń w razie zaginięcia pracownika lub emeryta (na terenie działań wojennych lub w innych okolicznościach) mogą otrzymać zaopatrzenie tymczasowe w wysokości, przewidzianej dla wdów i sierot.

Takie same świadczenia przysługują żonie i dzieciom emeryta, umieszczonego na koszt P. K. P. w zakładzie dla umysłowo chorych.

Od 1926 r. przepisy emerytalne normowały również uprawnienia pracowników kolejowych i pozostałych po nich rodzin do świadczeń w razie nieszczęśliwych wypadków, jakim pracownicy ulegli w czasie lub z powodu pełnienia służby.

Ta część przepisów ze względu na brak miejsca nie może być w niniejszym artykule omówiona.

VIII. Powstanie i wygaśnięcie prawa do świadczeń oraz przekazywanie składek emerytalnych.

Prawo do zaopatrzenia emerytalnego w myśl wszystkich omawianych przepisów rozpoczynało się od dnia następującego po rozwiązaniu stosunku służbowego, lub, jak niektóre przepisy przewidywały, od pierwszego dnia, następującego po wstrzymaniu wypłaty uposażenia. Prawo to gasło zasadniczo z chwilą śmierci, albo utraty obywatelstwa polskiego. Według ustawy z 1923 r. przyjęcie obywatelstwa W. M. Gdańska bezpośrednio po utracie obywatelstwa polskiego nie powodowało utraty prawa do świadczeń.

Przepisy z 1929 r., 1932 i 1934 r., które mają zastosowanie również do obywateli gdańskich, postanawiają, że utrata obywatelstwa polskiego lub W. M. Gdańska powoduje utratę prawa do świadczeń.

Rozporządzenie z 1932 r. (§ 49) pozbawiło z dniem 1 lipca 1933 r. prawa do świadczeń emerytalnych te osoby, które pobierały te świadczenia wyłącznie za służbę zaborczą, a obywatelstwo polskie uzyskały nie na podstawie art. 2 lub 3 ustawy z dnia 20 stycznia 1920 r. o obywatelstwie Państwa Polskiego (Dz. Ust. poz. 44). Ponadto utrata prawa do świadczeń następuje w razie skazania pobierającego świadczenia prawomocnym wyrokiem na karę dodatkową utraty praw publicznych, albo w razie dyscyplinarnego ukarania emeryta pozbawieniem prawa do świadczeń.

Emeryt powołany powtórnie do stałej służby traci również prawo do świadczeń, jednak okresy, za które pobierał świadczenia, podlegają w całości zaliczeniu do wysługi emerytalnej przy ponownym rozwiązaniu stosunku służbowego. Oprócz tego powodami utraty prawa do świadczeń jest nie stawienie się do służby emeryta, o ile do niej został powołany, oraz zrzeczenie się świadczeń, co jest dopuszczalne tylko celem uzyskania zaopatrzenia emerytalnego, wdowiego i sierocego z innych funduszów państwowych (np. monopolów itp.).

Według ustawy z 1921 r., emerytka — obok świadczeń z tytułu własnej służby — mogła pobierać również świadczenia z tytułu służby męża. Późniejsze przepisy tego rodzaju uprawnień nie przewidywały.

Prawo do świadczeń wdowich wygasało w razie śmierci osoby uprawnionej, powtórnego wyjścia za mąż i pobrania odprawy i t. p.

Zaopatrzenia sieroce przysługiwały według wszystkich przepisów zasadniczo do ukończenia

18 lub w razie odbywania nauki lub studiów — 24 lat życia, a w pewnych przypadkach (niezdolność do zarobkowania) nawet po tym terminie. Rozporządzenie z 1926 r. dozwalało pobierać świadczenia sieroce najwyżej do ukończenia 21 roku życia, lub po tym terminie — w razie niezdolności do zarobkowania.

Prawo do świadczeń ulegało zawieszeniu z różnych powodów — zależnie od obowiązujących przepisów — np. zamążpójścia wdowy (ustawa z 1921 i 1923 r.), objęcia pracy w urzędach państwowych lub samorządowych, a nawet w instytucjach ubezpieczeń społecznych (przepisy z 1934 r.). Pobieranie renty z Kasy Emerytalnej dla robotników kolei państwowych w b. dzielnicy pruskiej jest uważane za przyczynę zawieszającą prawo do otrzymywania świadczeń (rozp. z 1934 r.).

Przebywanie poza granicami Państwa Polskiego (ustawa z 1921 r.) i W. M. Gdańska (późniejsze przepisy) ponad 6 miesięcy, było powodem wstrzymania świadczeń.

Przepisy z 1926 r. jak również z 1929 i 1932 r. przewidywały, w razie rozwiązania stosunku służbowego bez uzyskania prawa do świadczeń, przekazywanie składek emerytalnych właściwej instytucji ubezpieczeniowej, jeżeli pracownik po zwolnieniu ze służby kolejowej obejmie zatrudnienie, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia inwalidzkiego, na starość i na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej.

Przepisy te przewidywały również możność zaliczenia do wysługi tych okresów ubezpieczenia, za które kolej otrzyma z właściwej instytucji składki emerytalne.

Rozporządzenie z 1934 r. ani przekazywania składek, ani zaliczania do wysługi pewnych okresów na podstawie przekazanych składek nie przewidziało.

XIII. Środki na pokrycie świadczeń i wydatki na świadczenia.

Ustawa z 1921 r. nie nakładała na pracowników obowiązku uiszczania jakichkolwiek składek, któreby służyły na pokrycie świadczeń nią przewidzianych. Według jej założeń świadczenia wypłacane na jej podstawie były właściwymi emeryturami w pełnym tego słowa znaczeniu. Ustawa z 1923 r. wprowadziła składki, wynoszące 3% podstawy wymiaru świadczeń. Taką samą opłatę obowiązany był uiścić pracownik za zaliczenie do wysługi pewnych okresów, które mogły być zaliczone tylko opłatnie. Składki te jednak nie wystarczały na pokrycie świadczeń płynnych, a o stworzeniu pewnych rezerw na wypłaty świadczeń przyszłych w ogóle nie mogło być mowy. Według danych zaczerpniętych ze sprawozdań z wykonania budżetu P. K. P.[1]), wydatki na świadczenia i wpływy ze składek oraz opłat emerytalnych kształtowały się, jak następuje:

	wydatki	wpływy
1924 r.	18,337 tys. zł.	6,821 tys. zł.
1925 r.	26,886 tys. zł.	8,477 tys. zł.

W dniu 1 października 1926 r. weszły w życie przepisy emerytalne dla pracowników nieetatowych, które ustaliły składkę na 6%, względnie dla służby parowozowej i konduktorskiej na 9% podstawy wymiaru świadczeń. W tym też roku daje się zauważyć znaczna zwyżka wpływów ze składek. Wpływy te wyniosły w okresie od 1.I.1926 r. do 31.III.1927 r. (zmiana okresu budżetowego P. K. P.) — 12.443 tys. zł., świadczenia zaś za ten czas wzrosły do sumy 40,622 tys. zł.

Od 1 września 1929 r. następuje podwyższenie składek dla pracowników etatowych na 4%, względnie dla służby parowozowej i konduktorskiej na 6% podstawy wymiaru świadczeń. Składka ta miała wzrastać co rok o 0,5% i dojść do wysokości 6% wzgl. 9%, lecz już z dniem 1 sierpnia 1932 r. nowe przepisy podwyższyły ją na 8%, względnie 12% podstawy wymiaru świadczeń.

Wydatki na świadczenia i wpływy ze składek oraz opłat emerytalnych w latach 1927 do 1933 kształtowały się, jak następuje:

rok budżetowy	wydatki	wpływy
1927/28	42,366 tys. zł.	16.127 tys. zł.
1928/29	50,669 „ „	16,586 „ „
1929/30	62,469 „ „	18,111 „ „
1930/31	86,558 „ „	19,526 „ „
1931/32	88,401 „ „	18,437 „ „
od 1.IV.1932[1]) do 31.XII. 1932 r.	66,422 „ „	15,322 „ „
1933	88,354 „ „	23,677 „ „

Według przepisów z 1934 r. pracownicy w ogóle nie opłacają składek emerytalnych, z wyjątkiem opłat za zaliczenie pewnych okresów, których do wysługi nie zalicza się bezpłatnie. Nie mniej jednak składki te faktycznie obciążają pracowników, zostały one bowiem wkalkulowane w uposażenia, które z dniem 1 lutego 1934 r., oprócz innych obniżek, uległy zmniejszeniu o opłatę emerytalną. Składka ta obecnie wynosi w rzeczywistości 8% dawnej podstawy wymiaru świadczeń, czyli na ogół więcej niż 8% zasadniczych uposażeń obecnych. Wydatki na świadczenia w roku 1934 wyniosły 88,710 tys. zł., wpływy ze składek (za m. styczeń) i opłat — 5.016 tys. zł., a w roku 1935 wydatki — 89.868 tys. zł.

W roku 1935 koleje wypłacały świadczenia tytułem:

a) zaopatrzenia emerytalnego — 42,633 osobom,
b) „ wdowiego — 24,010 „
c) „ sierocego — 16,751 „

w tym 1953 sierotom zupełnym (bez rodziców).

[1]) Ministerstwo Komunikacji wydaje obecnie co roku „Sprawozdanie z wykonania planu finansowo-gospodarczego i planu inwestycyjnego przedsiębiorstwa P.K.P.". Cyfry zaczerpnięte z tych sprawozdań zaokrąglono do tysięcy złotych.

[1]) Z dniem 1.IV.1932 r. nastąpiła zmiana okresu budżetowego P. K. P., pokrywającego się obecnie z rokiem kalendarzowym.

Oprócz wpływów ze składek i opłat emerytalnych przedsiębiorstwo P. K. P. otrzymało na podstawie Konwencji Wiedeńskiej w sprawie emerytur z dnia 30.XI.1923 r. (Dz. Ustaw z 1931 roku poz. 41) po likwidacji b. austriackiego funduszu pensyjnego i prowizyjnego dla pracowników dawnych c. k. austriackich kolei państwowych dość znaczny majątek w postaci wszystkich nieruchomości tych funduszów, położonych na terytorium Państwa Polskiego. Majątek ten miał zasadniczo służyć na pokrycie uprawnień, nabytych przez pracowników w służbie kolei austriackich. Omawiany majątek wyszczególniony jest w załącznikach do wspomnianej konwencji. Wpływy z tego majątku nie figurują po stronie dochodów ze składek lub opłat emerytalnych, gdyż, jak się na początku rzekło, świadczenia wypłacane są z budżetu przedsiębiorstwa P. K. P. bezpośrednio, a nie z oddzielnego funduszu, dlatego też majątek ten włączony został do ogólnego majątku kolei.

Z braku oddzielnego funduszu emerytalnego trudno byłoby sprawdzić, czy i w jakiej mierze wydatki na świadczenia należne z przepisów emerytalnych obciążają zarząd kolejowy. Budżetowo wyglądałoby, że wszelkie wydatki ponosi kolej z własnych funduszów, w rzeczywistości jednak tak nie jest, bo, jak to zaznaczono już wyżej, kolej pobiera jednak od pracowników składkę emerytalną.

Wykalkulowanie odpowiedniej składki, któraby starczyła na pokrycie omawianych wydatków, jest bardzo trudne, gdyż zwalnianie pracowników ze służby i przyznawanie świadczeń nie jest zależne wyłącznie od spełnienia się wypadków ubezpieczeniowych (inwalidztwo, wiek, śmierć), lecz zawisłe jest również w dużej mierze od takich czy innych względów, zależnych od administracji przedsiębiorstwa. Dlatego też zrozumiałe jest, że P. K. P. jako pracodawca i, jeżeli tak się można wyrazić, administrator funduszu emerytalnego, musi w dużej mierze ponosić odpowiedzialność za szereg ryzyk, często zresztą nieuchwytnych, a niezależnych ani od pracowników, ani od wypadków losowych. Z tych też powodów stosunek składki, płaconej przez pracownika do dopłat przedsiębiorstwa P.K.P. musi być inny, niż w ubezpieczeniu powszechnym, oczywiście korzystniejszy dla ubezpieczonych.

XIV. Zakończenie.

Jak widać z powyższych uwag, przepisy, normujące świadczenia emerytalne pracowników kolejowych i ich rodzin, ulegały dość licznym i częstym zmianom.

Najlepiej zredagowane z pośród omawianych przepisów było rozporządzenie z 1926 r., chociaż w założeniu swoim posiadało charakter tymczasowy.

Rozporządzenia późniejsze nie odznaczały się, a można to w szczególności powiedzieć o przepisach z 1934 r., wielką trafnością w ujęciu i sformułowaniu poszczególnych zasad. Dlatego też stosowanie ich w praktyce jest dość uciążliwe, gdyż na każdym kroku napotyka się na szereg wątpliwości i niejasności trudnych do rozwiązania.

EUGENIUSZ SISSLÉ, adwokat

CZY LEKARZA WIĄŻE Z UBEZPIECZALNIĄ UMOWA O PRACĘ

Charakter prawny stosunku lekarza do ubezpieczalni jest wciąż przedmiotem dyskusji. Ostatnio została wysunięta koncepcja, że umowy ubezpieczalni społecznych z lekarzami należą do t. zw. umów nienazwanych, gdyż przepisy o umowie o pracę, o dzieło i zlecenia nie mają zastosowania do stosunku prawnego lekarzy ordynujących, zatrudnionych w ubezpieczalniach społecznych.

Wymieniony pogląd opiera się na niżej przytoczonych zasadniczych przesłankach.

Lekarze ubezpieczalni są w wykonywaniu swych funkcji lekarskich niezależni, gdyż przy spełnianiu swych zadań leczniczych obowiązani są kierować się momentami rzeczowymi, dyktowanymi wyłącznie przez powierzoną im ochronę zdrowia ubezpieczonych. Ryzykiem pracy obciążony jest wyłącznie lekarz. Obciążenie ryzykiem lekarza ma wynikać z ustalonej przez Sąd Najwyższy odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody, wyrządzone przez lekarzy ubezpieczalni — ubezpieczonym i członkom ich rodzin przy leczeniu lub wykonywaniu zabiegów lekarskich. Ponieważ umowa o pracę (w znaczeniu prawa pracy) jest umową, mocą której pracownik zobowiązuje się do wykonywania określonej pracy na rzecz pracodawcy wzamian za wynagrodzenie, przy czym praca pracownika jest zależna od pracodawcy, a ryzyko jej wyniku ponosi pracodawca a nie pracownik, przeto rozporządzenie Prez. Rzplitej o umowie o pracę pracowników umysłowych nie może mieć zastosowania do umów między lekarzami a ubezpieczalniami.

Umowa o dzieło, jako podstawa stosunku prawnego lekarza do ubezpieczalni, zostaje odrzucona, gdyż zgodnie z przepisami kodeksu zobowiązań przedmiotem tej umowy jest wynik pracy. Umowa ubezpieczalni społecznej z lekarzami nie może być również umową zlecenia, gdyż w myśl art. 506 § 1 kodeksu zobowiązań „przyjmujący zlecenie powinien udzielać dają-

cemu zlecenie potrzebnych wiadomości o przebiegu sprawy, a po wykonaniu zlecenia lub po wcześniejszym rozwiązaniu umowy złożyć mu sprawozdanie". Postanowienie to ma wykluczać umowę zlecenia z lekarzem, który zobowiązany jest do zachowania tajemnicy lekarskiej. Również nie pozwalają na traktowanie umowy z lekarzem jako umowy zlecenia przepisy art. 515 k. z. Artykuł ten postanawia: „w braku odmiennej umowy — zlecenie wygasa wskutek śmierci przyjmującego zlecenie. Jego spadkobiercy powinni niezwłocznie donieść o jego śmierci dającemu zlecenie i, o ile z przerwania powierzonych przyjmującemu zlecenie czynności mogłaby wyniknąć szkoda, prowadzić te czynności nadal, dopóki dający zlecenie nie będzie mógł zarządzić inaczej". Z art. 515 k. z. wynikałoby, że spadkobiercy lekarza byliby zobowiązani pełnić nadal czynności lekarskie, nie mając uprawnień do wykonywania zawodu lekarskiego.

Opierając się na przytoczonych przesłankach zwolennicy omawianej koncepcji formułują tezę: umowa między ubezpieczalnią a lekarzami jest umową o usługi sui generis t. zw. umowę nienazwaną najwięcej zbliżoną do umowy o pracę, nie jest natomiast umową o dzieło ani o zlecenie.

Z tezy tej zostają wyciągnięte dość nieoczekiwane wnioski. Wprawdzie przepisy kodeksu zobowiązań o umowie o pracę oraz rozporządzenie Prez. Rzplitej o umowie o pracę pracowników umysłowych nie odnoszą się do pracy samodzielnej, jaką jest praca lekarzy w ubezpieczalniach społecznych, to jednak umowa ubezpieczalni z lekarzami powinna zawierać postanowienia analogiczne do art. 445 § 4 k. z., który przewiduje, że postanowienia umów indywidualnych, mniej korzystne dla pracowników niż postanowienia układu zbiorowego, są nieważne, a zamiast nich mają moc odpowiednie postanowienia układu zbiorowego.

Umowa z lekarzami powinna zawierać również postanowienia analogiczne do szeregu przepisów Kodeksu Zobowiązań, rozporz. Prez. Rzplitej o umowie o pracę pracowników umysłowych a nawet ustawy o urlopach. Podstawą prawną takiego rozszerzenia „w drodze analogii" na lekarzy przepisów ustaw, którym nie podlegają ma być art. 55 k. z., który przewiduje, że strony mogą stosunek swój ułożyć według swego uznania, byleby treść i cel umowy nie sprzeciwiały się porządkowi publicznemu, ustawie i dobrym obyczajom, oraz art. 56 k. z., zawierający przepis, że umowy sprzeczne z porządkiem publicznym ustawą lub dobrymi obyczajami, są nieważne.

Wyżej przytoczonej koncepcji, ani przesłanek, na których się ona opiera, a tym bardziej wniosków, które się z niej wyciąga nie można uznać za trafne.

Przede wszystkim zwolennicy wyżej streszczonych poglądów pomijają zupełnie przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym dotyczące charakteru stosunku prawnego lekarzy do ubezpieczalni oraz orzecznictwo w tym zakresie Sądu Najwyższego. Z przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym wynika, że lekarzy wiąże z ubezpieczalnią umowa o pracę (co nie wyklucza możliwości zawierania, w drodze wyjątku, innego rodzaju umów) [1]). Na takim stanowisku stoi orzecznictwo polskie. Oprócz orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 20 września 1935 r. [2]) można w chwili obecnej przytoczyć dwa dalsze orzeczenia Sądu Najwyższego.

W orzeczeniu z dnia 19 marca 1936 r. l. C. l. 2705/35 [3]) Sąd Najwyższy zajął takie same stanowisko, jak w orzeczeniu z dnia 20 września 1935 r., że lekarze Kasy Chorych (ubezpieczalni) są zaliczeni do jej pracowników. Omawiany wyrok wydany został wprawdzie na zasadzie rozporządzenia Prez. Rzplitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych ma jednak całkowite zastosowanie do przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym [4]). Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 1936 r. (C. III. 602/34) stwierdza, że „lekarze ubezpieczalni społecznej, pozostający z nią w stosunku służbowym, są pracownikami instytucji ubezpieczeń społecznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 marca 1932 r. o uregulowaniu stosunków służbowych pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych" [5]).

Motywy wyżej przytoczonego orzeczenia Sądu Najwyższego dają również odpowiedź na pytanie, czy praca lekarzy może być w ogóle wykonywana na zasadzie umowy o pracę, czyniącej lekarza służbowo zależnym od ubezpieczalni. Otóż Sąd Najwyższy stwierdza, iż „umowa z lekarzem może być tego rodzaju, że stawia lekarza w zależność służbową od Kasy Chorych (ubezpieczalni), a wtedy nic nie stoi na przeszkodzie uznaniu, że lekarz jest „pracownikiem" kasy."

Stanowisko, że lekarz nie może być zatrudniony przez ubezpieczalnię na mocy umowy o pracę dla tego, że przy wykonywaniu swych zadań leczniczych powinien kierować się zasadami wiedzy lekarskiej nie znajduje żadnego uzasadnienia również w przepisach kodeksu zobowiązań. Zależność służbowa lekarzy od ubezpieczalni bynajmniej nie wyłącza swobody lekarzy w zakresie wiedzy lekarskiej i nie zwalnia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej za szkody, wyrządzone ubezpieczonym leczeniem niezgodnym z zasadami tej wiedzy [6]).

Art. 448 k. z. według którego pracownik powinien pełnić pracę sumiennie i ze starannością jakiej wymaga rodzaj pracy lub zwyczaj oraz słuszny interes pracodawcy i w tych granicach

[1]) Por. E. Sisslé. Charakter prawny czynności lekarza. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" Nr 1 z 1937 r.

[2]) Por. E. Sisslé, op. cit.

[3]) „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" Nr 2 z 1937 r. poz. 25 dodatku „Orzecznictwo i opinie prawne".

[4]) Por. E. Sisslé, op. cit.

[5]) Teza wg Zbioru orzeczeń Sądu Najwyższego. Orzeczenia Izby Cywilnej rok 1937, zeszyt 1, Nr 37, por. także „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr 2 z 1937 r. poz. 26 dodatku „Orzecznictwo i opinie prawne".

[6]) Por. E. Sisslé, op. cit.

stosować się do poleceń pracodawcy, nie sprzeciwiających się umowie, ustawom i dobrym obyczajom, bywa stale wysuwany jako argument, że umowa o pracę nie może być podstawą stosunku między lekarzem a ubezpieczalnią. Tymczasem zgodnie ze stanowiskiem adwokata Ludwika Domańskiego, spółreferenta projektu Kodeksu Zobowiązań „dyspozycje art. 448 Kod. Zob. przez analogię mogą być stosowane do wszelkiego rodzaju usług i czynności ciągłych, wykonywanych w zależności od wierzyciela" [7]). Trudno przeto dojść do wniosku, że przepisy art. 448 k. z. są jakiemiś postanowieniami wyjątkowymi, które uniemożliwiają zawieranie umów o pracę z osobami, wykonywującymi specjalne funkcje, wymagające naukowego przygotowania.

Przytoczyć warto przepisy szwajcarskiego kodeksu zobowiązań (który oddziałał na polski k. z.), w interesującej nas kwestii. W myśl art. 361 szwajcarskiego kodeksu zobowiązań przepisy tytułu o umowie o pracę stosują się również do umów, dotyczących prac, które wymagają naukowego przygotowania lub specjalnych artystycznych uzdolnień i są wykonywane za zapłatą odpowiedniego „honorarium", o ile umowy te zawierają zasadnicze pierwiastki umowy o pracę. Zdaniem prof. *V. Rossel* [8]) przepisy szwajcarskiego kodeksu zobowiązań o umowie o pracę mają zastosowanie do wolnych zawodów tylko wtedy, gdy umowy zawarte przez lekarza i t. p. mają wszystkie cechy umowy o pracę tak, jak to jest np. w przypadku lekarza szpitalnego. Zaznaczyć należy, że zasadniczą cechą umowy o pracę według art. 319 szwajcarskiego kodeksu zobowiązań jest zobowiązanie się do usług na czas określony lub nieokreślony.

Jako drugi argument przeciwko możności regulowania stosunków między lekarzami a ubezpieczalnią na podstawie umowy o pracę jest wysuwana okoliczność, jakoby lekarz sam ponosił ryzyko pracy, polegające na tym, że lekarz sam ponosi odpowiedzialność cywilną za swe czyny. Istotnie Sąd Najwyższy w kilku orzeczeniach przyjmuje jako charakterystyczną cechę umowy o pracę obciążenie ryzykiem pracodawcy a nie pracownika. Jednakże Sąd Najwyższy ma na względzie *finansowe* ryzyko pracy. Ryzyko pracy ponosi osoba zobowiązana do pracy, jeżeli jej wynagrodzenie jest uzależnione nie od nakładu pracy, lecz od jej rezultatu, który może być niewspółmierny z ilością włożonej pracy. Ryzyko pracy ponosi ten, kto otrzymuje zapłatę wedle wyników, choćby wyniki te uzyskał bez pracy, a w braku wyników nie otrzymuje zapłaty, choćby istotnie pracę świadczył [9]).

Jest rzeczą zrozumiałą, że tego rodzaju ryzyko nie ma nic wspólnego z odpowiedzialnością cywilną lekarza. Lekarz zaś zatrudniony przez ubezpieczalnię nie ponosi finansowego ryzyka pracy, gdyż wynagrodzenie jego nie jest uzależnione od wyników pracy. Przesłanki przeto, na których opiera się odrzucanie możności zawierania przez ubezpieczalnię umowy o pracę z lekarzami nie dadzą się utrzymać.

Pogląd, że umowa zawierana z lekarzem przez ubezpieczalnię nie jest umową o dzieło, lub umową zlecenia należy podzielić, aczkolwiek argumenty, na zasadzie których zostaje wyciągnięty wniosek, że przepisy kodeksu zobowiązań, dotyczące zlecenia nie mają zastosowania do lekarzy, nie wydają się słuszne. Przewidziany w art. 506 K. Z. obowiązek przyjmującego zlecenie udzielania dającemu zlecenie potrzebnych wiadomości o przebiegu sprawy oraz obowiązek złożenia sprawozdania bynajmniej nie jest sprzeczny z obowiązkiem lekarza zachowania tajemnicy lekarskiej, gdyż tajemnica lekarska wiąże lekarza w stosunku do osób *trzecich*, a nie w stosunku do samego pacjenta.

O ile zaś chodzi o obowiązek lekarza zachowania tajemnicy lekarskiej w stosunku, do ubezpieczalni, to kwestię tę normuje wyraźnie art. 15 ust. 2 lit. f prawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej, postanawiając, że wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowi przypadek, kiedy badanie lekarskie zostało zarządzone na żądanie uprawnionych do tego instytucji publiczno-prawnych. Lekarz przeto, zatrudniony w ubezpieczalni, nie może, powołując się na tajemnicę lekarską, odmówić ubezpieczalni wiadomości o stanie zdrowia chorego ubezpieczonego, lub członka jego rodziny, których leczy z ramienia ubezpieczalni.

Również przepisy art. 515. k. z. o prowadzeniu przez spadkobierców nadal czynności przyjmującego zlecenie bynajmniej nie dowodzą, że umowa zlecenia w ogóle nie może mieć zastosowania do lekarza, dowodzi jedynie, że przepisy art. 515 k. z. nie mogą być stosowane do umowy zlecenia, zawartej przez lekarza, gdyż są sprzeczne ze szczególnymi przepisami prawa publicznego, które regulują wykonanie praktyki lekarskiej. Podtrzymujemy pogląd, że umowa zawierana przez lekarza w wykonywaniu wolnego zawodu lekarskiego z poszczególnym pacjentem jest z reguły umową zlecenia [10]).

Stanowisko, że umowa zawierana z lekarzem przez ubezpieczalnię jest umową nienazwaną, nie jest trafne nawet niezależnie od niemożności utrzymania się poglądu, iż umowa taka nie jest umową o pracę.

Umowa nienazwana jest to umowa nieprzewidziana w żadnym z typów umów, unormowanych przepisami części szczególnej kodeksu zobowiązań [11]).

[7]) Ludwik Domański, adwokat, członek Komisji Kodyfikacyjnej spółreferent projektu Kodeksu Zobowiązań. Instytucje Kodeksu Zobowiązań, Część ogólna, str. 97.

[8]) Por. Virgile Rossel. Manuel du droit Fédéral des obligations. Tom I, str. 441.

[9]) Por. „Orzecznictwo Sądów Polskich" tom XII. poz. 50 oraz „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" 1935 r. Nr 12 str. 911.

[10]) Por. E. Sisslé op. cit.

[11]) Por. Dr. Roman Longchamps de Berier, profesor Uniwersytetu J. K. i członek Komisji Kodyfikacyjnej. Zobowiązania. Zeszyt drugi, str. 146.

Umowa zawierana przez lekarza z ubezpieczalnią jest bezspornie umową o świadczenie usług. Skoro przeto wypowiada się pogląd, że umowa taka nie podpada pod żaden typ umów o świadczenie usług, uregulowanych w części szczególnej Kodeksu Zobowiązań — to należy konsekwentnie przyjąć, że zgodnie z art. 498 § 2 mają do niej zastosowanie przepisy części szczególnej kodeksu zobowiązań, dotyczące zlecenia. W ten sposób zwolennicy omawianej przez nas koncepcji, że umowa ubezpieczalni z lekarzami nie jest umową o pracę, doprowadzić muszą do poddania jej przepisom, regulującym umowę zlecenia, aczkolwiek zupełnie wyraźnie wypowiadają pogląd, że przepisy k. z., o zleceniu nie mogą odnosić się do umów z lekarzami.

Wobec przepisów art. 498 § 2 k. z. odpada również zupełnie obowiązek stosowania przez „analogię" do umów z lekarzami, niektórych postanowień kodeksu zobowiązań, czy ustawodawstwa ochronnego pracy, dotyczących pracowników, zatrudnionych na mocy umowy o pracę, o ile się nie zajmie zupełnie wyraźnego stanowiska, że umowa lekarza z ubezpieczalnią jest umową o pracę.

Podkreślić również należy, że taką „analogię", polegającą na stosowaniu do umowy wszystkich korzystnych dla jednej strony przepisów, dotyczących innego rodzaju umowy z pominięciem zupełnym przepisów korzystnych dla drugiej strony, należałoby uznać w świetle art. 189 k. z., „iż strony winny wykonywać zobowiązania zgodnie z ich treścią, w sposób odpowiadający wymaganiom dobrej wiary i zwyczajom uczciwego obrotu" — za zbyt daleko idącą.

MATERIAŁY

INŻ. FELIKS GADOMSKI

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

(dokończenie)

W poprzedniej części pracy[1]) zwróciliśmy uwagę na niewspółmierne do potrzeb zabezpieczenie **rodziny** pracowniczej przed katastrofą utraty źródeł zarobku spowodowaną chorobą jej żywiciela. W szczególności, jak to wykazano na str. 215 (ust. 2 szpalty 1) najwięcej stosunkowo skrzywdzoną jest rodzina może najczęściej spotykana t. j. 4-o osobowa. Analiza tablic wykazała też, że najliczniej spotykanym zjawiskiem na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie jest zasiłek chorobowy przypadający na 1 członka rodziny pracowniczej (wliczając tu i ubezpieczonego) **w wysokości dziennie od 20 do 30 gr.**

Na str. 214 podaliśmy 3 zasadnicze momenty natury ekonomiczno-socjalnej, związane z utratą zarobku. Tablica 2. wykazuje nam czas pobierania zasiłków.

Przypominając te punkty wstępnych rozważań i wciąż z konieczności odsyłając czytelnika do wyników tablic szczegółowych, umieszczonych na str. 216 — 218, poprzedniego numeru Przeglądu Ubezpieczeń Społ., przechodzimy do szczegółowych rozważań i konkluzji.

III. **Wnioski.**

Poprzednia analiza 5. opracowanych tablic miała głównie na celu zbadanie specjalnie obchodzącego nas w niniejszej pracy minimum zasiłku niezbędnego dla zaspokojenia potrzeb rodziny ubezpieczonego w razie jego choroby, połączonej z niezdolnością do pracy. Biorąc pod uwagę cytowany wyżej przykład dla 4-o osobowej rodziny, gdy konkretny zarobek ubezpieczonego wyniósł 50 zł miesięcznie, z konieczności nasuwają się nam pewne porównania, dotyczące budżetów rodzin robotników bezrobotnych, oraz norm pomocy doraźnej zimowej, ustalanych dla bezrobotnych przez Fundusz Pracy.

Dane, dotyczące budżetów domowych rodzin robotników bezrobotnych w Warszawie, cytujemy za Małym Rocznikiem Statystycznym z r. 1936. Na str. 191 tego Rocznika na podstawie źródłowej pracy: „A. Minkowska — Rodzina bezrobotna, Warszawa 1935", dowiadujemy się o pewnych minimalnych sumach, wydatkowanych na jednostkę konsumcyjną rodziny, gdy wzięto pod uwagę 80 zbadanych rodzin robotniczych bezrobotnych w Warszawie w r. 1932. Za 1,00 jednostkę konsumcyjną uważano głowę rodziny, żonę głowy rodziny reprezentowało 0,85 jedn. konsum., dziecko w wieku 14 — 17 lat — 0,80 jedn. kons., oraz dziecko w wieku 3 — 7 lat — 0,50 jedn. kons., czyli razem 4 osoby reprezentowały 3,15 jednostki konsum. Uwzględniając powyższe środki utrzymania w r. 1932, oraz okoliczność, że rodziny bezrobotnych były badane w najdroższej strefie Państwa, rozchód przypadający na 4-osobową rodzinę bezrobotnych, wynoszący średnio rocznie 921.— zł, w żadnym wypadku nie może być porównany z rozchodem rocznym rodziny, pobierającej jedynie zasiłek chorobowy, obliczony w relacji do przeciętnego zarobku żywiciela 4-o osobowej rodziny w wysokości 50 zł miesięcznie. O ileby ta rodzina utrzymywała się tylko z zasiłku chorobowego, to jej półroczny rozchód wyniósłby:

0,85 zł × 30 × 6 = 152.— zł w normalnym okresie zasiłkowym 26-o tygodniowym, co w rocznej relacji daje nam kwotę 304.— zł.

[1]) Patrz Przegląd Ubezp. Społ. Nr. 4/1937 str. 213-220

Normy pomocy doraźnej zimowej, stosowane przez Wojewódzkie Biuro Funduszu w Lublinie w r. 1936/37 odtwarza następująca tabelka:

Normy pomocy doraźnej zimowej z funduszu pracy (Woj. Biuro Funduszu Pracy w Lublinie). 1936/37 r

1) **Pracownicy umysłowi** otrzymują, odpowiednią do swego stanu rodzinnego (wg właściwej grupy) pomoc zimową jednorazową po przepracowaniu 12 dni.

	Zasiłek gotówkowy	Zasiłek w naturze	Łączna wartość zarobku
1 grupa — samotni	1) 4,50 zł. 2) 21,— „ lub 3) — 4) —	— 30 obiadów 100 kg węgla 10 kostek kawy	28,90 zł
2 grupa—żona i dziecko (rodz. z 3 osób)	1) 30,— zł. 2) — 3) —	— 200 kg węgla 5 kg mąki	37,80 zł
3 grupa—(rodz. z 4—5 osób)	1) 45,— zł. 2) — 3) —	— 250 kg węgla 8 kg mąki	55,38 zł
4 grupa — rodzina z 6 i więcej osób	1) 60,— zł. 2) — 3) —	— 300 kg węgla 11 kg mąki	72,76 zł

2) **Pracownicy fizyczni** (grupy jak u pracowników umysłowych) otrzymują jednorazowo odpowiednią do swego stanu rodzinnego pomoc po przepracowaniu 6 dni.

	Zasiłek gotówkowy	Zasiłek w naturze	Łączna wartość zarobku
1 grupa . . .	1) 6.— zł gotówką 2) — 3) — 4) —	— 5 kg mąki 50 kg węgla 10 kostek kawy	9,70 zł
2 grupa . . .	1) 6.—zł gotówką 2) — 3) — 4) —	— 8 kg mąki 100 kg węgla 30 kostek kawy	13,— zł
3 grupa . . .	1) 6.—zł gotówką 2) — 3) — 4) —	— 11 kg mąki 150 kg węgla 40 kostek kawy	16,— zł
4 grupa . . .	1) 6.—zł gotówką 2) — 3) — 4) —	— 18 kg mąki 200 kg węgla 50 kostek kawy	20,70 zł

Według tych norm łączna wartość pomocy zimowej dla bezrobotnych w Lublinie wynosiła dziennie:

Dla pracownika samotnego — 1,62 zł
„ rodziny 3-osobowej — 2,16 zł a w przeliczeniu na 1 członka rodz. 0,72 zł.
„ rodziny 4 — 5 osob. — 2,66 zł a w przel. na 1 czł. rodz. 0,53 zł
„ „ skł. się z 6 i więcej osób 3,45 zł a w przel. na 1 czł. — maks. 0,57 zł.

Z powyższych danych porównawczych wynika, że normy dodatku rodzinnego w zasiłku chorobowym w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa jaskrawo odbiegają zarówno od tych norm rozchodów, jakie spotykamy u najbiedniejszych rodzin na podstawie zbadania budżetów domowych bezrobotnych rodzin robotniczych, jak również i od tych norm, które są stosowane ostatnio w ramach akcji pomocy doraźnej i w ramach działalności Funduszu Pracy, który przecież nie może być posądzony o wypośrodkowywanie zbyt luksusowych mierników.

Szczupłe ramy niniejszej pracy nie pozwalają na szersze omówienie istniejących stosunków zarobkowych. Według danych badań statystycznych, jakie na terenie okręgu Ubezpieczalni Lubelskiej przeprowadzono w końcu roku 1936 nad materiałem obejmującym część pracowników zewidencjonowanych w liczbie:

13,878 ubezpieczonych i
16,664 członków rodzin tych ubezpieczonych

zarobek z pracy najemnej pracowników fizycznych w okresie od 1 stycznia 1934 r. do 31 grudnia 1935 r. wyniósł przeciętnie rocznie 310 zł.

Takiż zarobek pracownika umysłowego w tymże okresie czasu wyniósł przeciętnie rocznie 1,595 zł.

W przeliczeniu na 1 czł. rodziny, uprawnionego do świadczeń i wliczając w ten rachunek również samego ubezpieczonego, wypada, przeciętnie rocznie:

w rodzinie robotniczej — 140 zł
„ prac. umysłowego — 753 „

Są to kwoty, które nie stoją w żadnym stosunku do minimalnych sum, potrzebnych na wegetacyjne chociażby utrzymanie jednej osoby, biorąc pod uwagę choćby najskromniejszy budżet i najgorsze warunki bytowania. Szczególnie charakterystyczne dane dały prace statystyczne, dotyczące zarobków pracowników fizycznych. Nieco więcej jak 10 zł miesięcznie, uzyskiwane przeciętnie przez pracownika fizycznego na terenie Lubelszczyzny w ciągu r. 1934 i 1935 wskazują na to, że tylko mały procent pracowników fizycznych pracował powyżej 26 tygodni składkowych względnie przepracował pełny okres zatrudnienia t. j. 104 tygodnie w okresie badanym. Z liczby 13,878 ubezpieczonych, ci którzy przepracowali powyżej 26 tygodni składkowych, stanowili 44,67% ogółu pracowników fizycznych, ci zaś, którzy przepracowali pełny okres zatrudnienia (104 tygodnie) stanowili 9,63% ogółu pracowników. Gdy porównamy te dane z odnośnymi danymi dla ogółu pracowników umysłowych, a poddanych badaniom statystycznym, — było w powyżej opisywanym okresie dwóch lat 1,562 takich pracowników — to przekonywujemy się, że powyżej 26 tygodni składkowych miało 1,281 pracowników, co stanowi 82,01% ogółu, zaś pełny okres zatrudnienia (24 miesiące) osiągnęło 541 pracowników, czyli 34,64% ogółu pracowników umysłowych.

Te więc dane schematyczne, dotyczące zarobków pracowniczych w latach 1934/1935 na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie wskazują, że pracownicy fizyczni są pod względem zarobkowania i ciągłości pracy odpłatnej, na podstawie umowy o pracę, absolutnie nie ustabilizowani. Stabilizację w zakresie zatrudnienia natomiast konstatujemy u pracowników umysłowych. Wydaje się wskazane wspomnieć, że dość duży procent

pracowników fizycznych odpada z ewidencji zarobkowej Ubezpieczalni Społecznej a to z następujących przyczyn:

a) w myśl art. 6 ust. 3 pkt 5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym osoby, dla których praca najemna nie stanowi głównego źródła utrzymania, zatrudnione celem wykonania prac dorywczych, albo też zatrudnione okazyjnie lub przejściowo, jeżeli zatrudnienie to u tego samego pracodawcy nie trwa dłużej niż tydzień, podlegają tylko ubezpieczeniu wskutek wypadku w zatrudnieniu i choroby zawodowej.

b) dość duży odsetek pracowników fizycznych nie wykwalifikowanych, nisko zarobkujących, nie związanych z pewnym warsztatem pracy tak z uwagi na małe zrozumienie swoich uprawnień, na nikłą ewentualność zdobycia uprawnień emerytalno-robotniczych w związku z dorywczymi zatrudnieniami, jak i z uwagi na działania wbrew ustawie niesumiennych pracodawców, uchylających się od zgłaszania zatrudnionych u siebie pracowników i uiszczania przypadających za nich składek, — również nie podpada rejestracji ubezpieczalni społecznej.

c) Obserwujemy w końcu wypadki szeregu nadużyć w zgłaszaniu zarobków pracowniczych do ubezpieczalni w kwotach, niższych, aniżeli faktycznie wypłacane, co połączone jest z istotną szkodą dla interesów Ubezpieczalni i samych ubezpieczonych.

Wszystkie te trzy przyczyny charakteryzują nieświadomość pracowników fizycznych co do swych uprawnień, wynikających z ustawy o ubezpieczeniu społecznym, z drugiej zaś strony są wynikiem anormalnych stosunków, panujących na rynku pracy, gdy niestety często sam ubezpieczony ukrywa swój stosunek najmu pracy i nie reaguje na fakt niezgłoszenia go z tych lub innych przyczyn przez pracodawcę do ubezpieczenia.

Dane, dotyczące zarobków z tytułu najmu pracy przede wszystkim pracowników fizycznych, aczkolwiek nie ujawniają i nie odzwierciadlają faktycznych kwot, jakie robotnik uzyskuje przez pracę najemną i zużywa na swoje utrzymanie, w porównaniu z tymi danymi, które wynikają z analizy materiałów, dotyczących zasiłków chorobowych, wypłaconych w okresie 1 roku na terenie Ubezpieczalni Lubelskiej, są dla nas niezbitym dowodem, że realna wartość życiowa zasiłku chorobowego dla rodziny robotniczej i w przeliczeniu tego źródła dochodu na jednego członka rodziny, jest właściwie żadna i że w tym zakresie musi nastąpić bezwzględna reforma ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Pierwszym więc wnioskiem, do jakiego dochodzimy, jest:

> **zasiłki chorobowe w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa nie przedstawiają realnego, życiowego zabezpieczenia rodziny pracowniczej, pozbawionej źródeł normalnych na utrzymanie tej rodziny w okresie choroby i rekonwalescencji niezdolnego do pracy żywiciela. Zasiłki te winny być oparte nie o procentową relację do zarobków, lecz przeciwnie należy je wypośrodkować na podstawie realnych stawek, zapewniających minimum egzystencji.**

Wniosek powyższy jako zasadniczy może być rozważony pod kątem społecznej sprawiedliwości idei ubezpieczeń społecznych i pod kątem finansowym. Wydaje się słusznym, jak to zresztą wynika z jaknajkardynalniejszych założeń ubezpieczeń społecznych, by w zakresie, który stanowi przedmiot tych ubezpieczeń, większość składała się i pomagała mniejszości, by ogół materialnie wspierał jednostkę dotkniętą kataklizmem. Konkretnie wydaje się też słusznym, by: a) pracownicy umysłowi w większym, aniżeli dotychczas stopniu oddawali swoje składki ubezpieczeniowe na rzecz powiększenia stawek zasiłków chorobowych dla pracowników fizycznych w grupach bardzo nisko zarobkujących, gdzie dotychczasowy zasiłek chorobowy był wypośrodkowywany poniżej logicznej normy życiowej, a to z tej prostej przyczyny, że bezterminowo (nie na określony okres czasu) zatrudnieni pracownicy umysłowi posiadają w wypadku choroby trzy miesięczne pełne zabezpieczenie w formie pełnych poborów, wypłacanych im przez pracodawcę, teoretycznie więc i faktycznie i tak mało z zasiłków chorobowych korzystają, b) wydaje się też wskazane, by grupy wysoko zarobkujące, dla których obecny zasiłek chorobowy przedstawia pewne minimum życiowe, w tej części gdzie te minimum w wyższych grupach zarobkowych może być przekroczone, oddawały również swe nadwyżki na podwyższenie stawek dla grup najniżej zarobkujących.

Kalkulacja finansowa, wynikająca z wniosku pierwszego, będzie przeprowadzona przy omawianiu projektów konkretnych, o czym niżej.

Jak to już poprzednio zaznaczyliśmy, tablica Nr 2 charakteryzuje sprawy chorobowe połączone z niezdolnością do pracy i pobieraniem zasiłku według czasu, za który ten zasiłek był wypłacony. Procentowo największa liczba osób z pośród 2,068 spraw zbadanych, bo 20,74% pobierała zasiłki w okresie od 5 — 11 dni. Wziąwszy pod uwagę, że zasiłek chorobowy przysługuje od 4 dnia niezdolności do pracy, były to więc wypadki choroby, gdzie ubezpieczony okazał się niezdolny do pracy na okres 10-ciu do 14 dni. Okresy pobierania zasiłków powyżej 2 tygodni wybitnie maleją, w końcu notujemy, że w ciągu 24 tygodni pobierało zasiłki 10 ubezpieczonych, 25 tygodni — 25 ubezpieczonych i 26 tygodni — 35 ubezpieczonych.

Gdyby można było bliżej zbadać stan finansowy rodziny ubezpieczonego, względnie wogóle pozbawionego zarobku po upływie 4 tygodni pozbawienia tej rodziny środków utrzymania, to oczywiście przy braku innych źródeł utrzymania, doszlibyśmy niewątpliwie do stwierdzenia faktu, że taka rodzina, nawet skądinąd zasobna i oszczędna, jest już u kresu swych minimalnych możliwości wegetowania. Miesięczny więc okres wegetowania rodziny pracowniczej bez dopływu nowych źródeł na utrzymanie, **taki miesięczny okres szczególnie dla rodziny pracownika fizycznego, przeciętnie zarobkującego, jest, jak się wydaje, tym maksimum organicznej zasobności rodziny.**

O ile więc można byłoby myśleć o głębszej i zasadniczej reformie zabezpieczenia rodzin pracowniczych na wypadek choroby i to szczególnie mamy tu na myśli rodzinę robotniczą, — to przy sprawiedliwszym ustaleniu zasiłków chorobowych dla ubezpieczonych posiadających rodzinę, wysokość tego zasiłku należałoby podwyższyć, poczynając od 5 tygodnia choroby.

Na podstawie powyższych wywodów ustalamy następny wniosek, którego warunkowość osłabia się jedynie względami na finanse ubezpieczalni społecznych, o następującej treści:

zasiłek chorobowy, poczynając od 5 tygodnia choroby zostaje odpowiednio podwyższony.

Zrealizowanie tego wniosku jest uzależnione, jak to już zaznaczyliśmy, od możliwości finansowych danej ubezpieczalni społecznej. Jet też on uzależniony od realnej wartości stawek zasiłkowych. Dlatego też w ogólnej redakcji tego wniosku podwyżka ta nie może być bliżej określona.

W celu wynalezienia źródeł na powiększenie zasiłku chorobowego w wypadkach długotrwałej niezdolności do pracy, należy jeszcze rozważyć kwestię pozbawienia zasiłków chorobowych w wypadkach krótkotrwałych chorób i to szerzej, niż to jest dotychczas w art. 95 ust. 1 pkt. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym traktowane. O ile przy motywacji poprzedniego wniosku zaznaczyliśmy, że mniejwięcej po czterech tygodniach choroby w rodzinie i odcięcia dopływu normalnych źródeł na utrzymanie tej rodziny wyczerpuje się zasobność rodziny robotniczej, o tyle można przypuszczać z bardzo wielką dozą pewności, że zasoby te nie wyczerpią się, jak to przewiduje ustawa, już poczynając od 4-go dnia niezdolności do pracy, a wprost przeciwnie wystarczą jeszcze przynajmniej na dalsze 3 — 7 dni. Dla ostrożności bierzemy średnio ewentualność pobierania zasiłku dopiero od 7 dnia niezdolności do pracy. Stąd wniosek trzeci winien mieć brzmienie następujące:

zasiłek chorobowy przysługuje, poczynając od 7 dnia niezdolności do pracy.

Ponieważ wymogi natury lekarskiej stwarzają konieczność leczenia niektórych chorób przez okres dłuższy niż 26 tygodni, a więc i rewizja wypłaty zasiłków w kierunku przedłużenia świadczeń pieniężnych na okres przynajmniej 39 tygodni jest bezwzględnie wskazana. Artykuły 109 i 114 obowiązującej ustawy o ubezpieczeniu społecznym przewidują warunkową możność podwyższania świadczeń leczniczych i pieniężnych danej ubezpieczalni. Wydaje się słusznym, by ta warunkowość została zmieniona w przepisach ustawowych przez konkretny i niewzruszalny nakaz wypłacania zasiłków przez 39 tygodni. Wniosek czwarty wobec powyższego winienby mieć następujące brzmienie:

zasiłki chorobowe przysługują conajmniej w ciągu 39 tygodni zaliczonej niezdolności do pracy.

Według cytowanych powyżej danych tablicy 2 wypadków pobierania zasiłków chorobowych w końcowym okresie uprawnień, t. j. za okresy czasu 25 i 26 tygodni — było bardzo mało. Ta długotrwałość pobierania zasiłków jest z reguły związana z chorobą społeczną, a najczęściej z gruźlicą płuc. Jako do pewnego stopnia choroba zawodowa występuje tu również przewlekły gościec.

W konkluzji więc naszych rozważań, na mocy których ustalone zostały powyższe wnioski, należy jeszcze raz podkreślić:

a) konieczność odstąpienia przy ustalaniu zasiłków chorobowych od relacji zarobkowej jako nie dającej nawet przy ustaleniu współczynników zbliżonych do 100% zarobku, realnego wywartościowania tego rodzaju zabezpieczenia rodziny pracowniczej na wypadek choroby.

b) celowość, uzasadnioną względami ekonomicznymi i socjalnymi przesunięcia początku pobierania zasiłku chorobowego poczynając od 7-go dnia niezdolności do pracy.

c) celowość, uzasadnioną względami ekonomicznymi i socjalnymi podwyższenia zasiłków chorobowych, szczególnie w wypadkach długotrwałych chorób społecznych i zawodowych.

Rozważania na temat wniosków i konkluzji powyżej ustalonych, nasuwają nam jeszcze zasadniczą uwagę o charakterze, powiedziećby można historycznym. Otóż wydaje się istotnym, że ubezpieczenia społeczne, a w szczególności ubezpieczenia na wypadek choroby zaczęły rozwijać się w warunkach przede wszystkim zabezpieczenia materialnego. Lecznictwo zaś, szczególnie w jego poprzednim, słabym rozwoju było dość słabo uwzględniane. W dobie dzisiejszej świadczenia ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa, w największej swej części składają się ze świadczeń leczniczych, natomiast mały ich procent reprezentują zasiłki pieniężne. Nie wydaje się słusznym i zdrowym objaw, gdy świadczenia pieniężne spadają poniżej 10% ogółu świadczeń, udzielanych przez ubezpieczalnie społeczne w ramach ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Wywody niniejszej części pracy zmierzają właśnie w tym kierunku, by przez urealnienie stawek zasiłków chorobowych i podwyższenie globalnej kwoty przez instytucje ubezpieczenia społecznego na ten cel przeznaczonej, — zniwelować dysproporcję, którą przed chwilą podkreśliliśmy, oczywiście bez uszczerbku dla samego lecznictwa.

Analiza szczegółowa opracowanych przez Ubezpieczalnię Społeczną w Lublinie tablic statystycznych, dotyczących zasiłków chorobowych, wypłaconych przez tę Ubezpieczalnię w okresie 1.10.1935 — 30.9.1936 dane, dotyczące zarobków ubezpieczonych, zbadane dla około 15,000 pracowników ubezpieczonych w okręgu Ubezpieczalni Lubelskiej, oraz powyżej przytoczone przesłanki, na mocy których doszliśmy do pewnych wniosków i konkluzji, pozwalają nam przejść do przedstawienia szeregu konkretnych projektów reformy stawek zasiłku chorobowego, oraz znalezienia źródeł finansowych na podniesienie tych zasiłków.

IV. Próby obliczenia nowych norm zasiłku chorobowego w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa.

Zgodnie z przesłankami powyżej wyłuszczonymi, przystępujemy do obliczenia i wypośrodkowania nowych norm zasiłkowych, a w szczególności dla najbardziej charakterystycznego i zasadniczego zasiłku chorobowego. Dla tego celu poza innymi danymi potrzebne nam jest specjalne obliczenie dni zasiłkowych, t. j. dni w których zasiłki chorobowe zostały wypłacone niezdolnym do pracy ubezpieczonym. W okresie i dla materiału badanego w niniejszej pracy (2,068 spraw chorobowych połączonych z niezdolnością do pracy i z wypłatą zasiłku chorobowego, okres od 1.10.1935 do 30.9.1936) — należało jeszcze specjalnie ustalić osobno liczby dni zasiłkowych dla kategorii pracowników fizycznych i dla kategorii pracowników umysłowych, oraz według kategorii stosunków rodzinnych. Poza tym należało wydzielić w specjalną grupę we wszystkich kategoriach rodzinnych dni zasiłkowe za dalsze 3 dni niezdolności do pracy, a to w myśl wyjaśnień do wniosku 3-go niniejszej pracy.

Wobec powyższego tabela dni zasiłkowych przedstawiałaby się następująco:

Kategoria rodziny ubezpieczonych	Osobodni zasiłkowe prac. fiz.	prac. um.	Razem	Osobodni zasił. za dalsze 3 dni niezd. do pracy	Ostateczna liczba osobodni zasiłk.
Samotni	19 373	760	20 133	2 069	18 064
Rodziny 2 os.	10 001	267	10 268	1 019	9 249
„ 3 „	7 992	47	8 039	1 008	7 031
„ 4 „	6 494	90	6 584	915	5 669
„ 5 „	4 814	105	4 919	567	4 352
„ 6 „	2 195	—	2 195	279	1 916
„ 7 „	1 012	—	1 012	153	859
„ 8 „	163	—	163	33	130
„ 9 „	315	—	315	9	306

Powyższa tabela daje nam możność przeprowadzenia wszelkiego rodzaju kalkulacji co do rozdziału kwot przeznaczonych na zasiłki chorobowe.

Przystępujemy do szeregu kalkulacji w myśl wymienionych powyżej koncepcji.

Projekt I-szy. Biorąc pod uwagę przeliczenia wg powyższej tabelki w projekcie tym przewiduje się, poza główną zasadą odstąpienia od proporcjonalnego obliczania zasiłku chorobowego w stosunku do zarobków, oraz zasadą wypłacania zasiłku dopiero od 7-mego dnia niezdolności do pracy, następujące nowe normy: a) zasiłki ponad 2 zł dziennie obniża się do tej wysokości, b) ustala się zasiłek dzienny dla służby domowej na 0,40 zł, t. j. w wysokości ustawowego minimum. Natomiast ustala się nowe normy zasiłkowe dla członków rodzin: a) dla rodzin dwu-osobowych 0,80 zł dziennie na 1 czł. rodziny b) dla rodzin 3 i 4-osobowych 0,75 zł dziennie na 1 członka rodziny, c) dla rodzin 5 i więcej osobowych, 0,60 zł dziennie na 1 czł. rodz.

W ten sposób kalkulacja projektu I-szego przedstawiałaby się następująco:

Kwoty zaoszczędzone:

1. z zasiłków ponad 2 zł. dziennie	zł	6,676,49
z zasiłków ponad 2 zł dziennie prac. umysł.	„	1,693,85
2. za dalsze 3 dni niezdolności do pracy	„	7,983,03
3. za obniżenie minimum zasiłku dziennego dla służby domowej do 0,40 zł.	„	603,32
4. z dotychczasowych dodatków rodzinnych	„	2,558,94
5. z dotychczasowych dodatków rodzinnych prac. umysł.	„	19,11
	zł	19,534,72

Kwoty do wypłaty przedstawiałyby się według następującej tabeli:

Liczba osobodni zasiłkowych po odliczeniu dalszych 3 dni niezdolności do pracy:			Kwota do dopłaty dla członków rodzin wg norm nowoustalonych wg projektu I		
Samotni 20 133					
— 2 069	—	18 064			
2 osob. rodz.	10 268				
—	1 019	9 249 dni zasiłk.	9 249 × 0,80	—	7 399,20
3 osob. rodz.	8 039				
—	1 008	7 031 osobodni zasiłk.			
			7 031 × 2 × 0,75	—	10 546,50
4 osob. rodz.	6 584				
—	915	5 669 „ „			
			5 669 × 3 × 0,60	—	10 204,20
5 osob. rodz.	4 919				
—	567	4 352 „ „			
			4 352 × 4 × 0,60	—	10 444,80
6 osob. rodz.	2 195				
—	279	1 916 „ „			
			1 916 × 5 × 0,60	—	5 748,—
7 osob. rodz.	1 012				
—	153	859 „ „			
			859 × 6 × 0,60	—	3 092,40
8 osob. rodz.	163				
—	33	130 „ „			
			130 × 7 × 0,60	—	546,—
9 osob. rodz.	315				
—	9	306 „ „			
			306 × 8 × 0,60	—	1 468,80
				zł	49 449,90

W ostatecznym podsumowaniu projekt I-szy wymagałby następującej dopłaty na zasiłki chorobowe:

	zł	49 449,90
	„	19 534,72
	t. j. zł	29 915,18

co w stosunku do ogółem na zasiłki wypłaconej kwoty 71,900,85 zł **stanowi powiększenie wydatków na zasiłki chorobowe o około 42% (ściśle 41,6%).**

Projekt I-szy charakteryzuje odstąpienie, aczkolwiek połowiczne, od zasady proporcjonalnego obliczania zasiłków w stosunku do zarobków. Wady tego projektu są następujące:

a) niewspółmiernie wysokie zasiłki dla członków rodzin, szczególnie w stosunku do zasiłków wypłacanych nisko zarobkującym ubezpieczonym samotnym, a także jeśli chodzi o zasiłek dla członka rodziny w mniejszej rodzinie.

b) Ewentualna tendencja do zachorowań agrawitowanych w celu otrzymywania zasiłków większych od zarobków w tych kategoriach, gdzie zarobek ten może być niższy od łącznego zasiłku. Tendencję tę można zahamować przez ewentualne obniżenie zasiłków w tych grupach np. do 90% faktycznie wypłaconego w ostatnim okresie przed zachorowaniem zarobku.

c) Nadmierne powiększenie wydatków na zasiłki chorobowe, na pokrycie których prawdopodobnie nie będzie można znaleść odpowiedniego źródła.

Kalkulacja projektu I-szego zawiera błąd (stosunkowo niewielki) w przeliczeniu sum zaoszczędzonych z uwagi na podwójne uwzględnienie dodatków rodzinnych przy zasiłkach do 2 zł.

Projekt II-gi. W tej kalkulacji starano się zrealizować przy określaniu zasiłków zasadę pełnego oderwania się od relacji zarobkowej. Wydzielono w nim pracowników umysłowych w specjalną kategorię, określając dla nich odrębne normy zasiłku chorobowego zarówno dla pracowników samotnych jak i dla posiadających rodzinę.

Szczegółowa kalkulacja tego projektu przedstawiałaby się następująco:

	Osob. zasiłk.	Stawki zasiłk.	Kwota
Samotni prac. fiz.	18 064	1,00	18 064.—
„ „ umysł.	760	2,00	1 520.—
Rodziny 2 os. prac. fiz.	9 249	1,60	14 798.40
„ 2 „ „ um.	267	3,00	801.—
„ 3 „ „ fiz.	7 031	2,25	15 819.75
„ 3 „ „ um.	47	4,00	188.—
„ 4 „ „ fiz.	5 669	3,00	17 007.—
„ 4 „ „ um	90	4,70	423.—
„ 5 „ „ fiz.	4 352	3,00	13 056.—
„ 5 „ „ um.	105	5,20	546.—
„ 6 „ „ fiz.	1 916	3,60	4 017.60
„ 6 „ „ um.	—	5,50	—
„ 7 „ „ fiz.	859	4,20	3 607.80
„ 7 „ „ um.	—	5,60	—
„ 8 „ „ fiz.	130	4,80	624.—
„ 8 „ „ um.	—	5,80	—
„ 9 „ „ fiz.	306	5,40	1 652.40
„ 9 „ „ um.	—	6,00	—
„ 10 „ „ fiz.	—	6,00	—
„ 10 „ „ um.	—	6,50	—
		Razem zł.	92 124.95

Po odliczeniu wyasygnowanej na zasiłki chorobowe kwoty zł 71,900,85 pozostawałoby zatem do dopłaty według projektu II-go w okresie i dla materiału zbadanego, 20,224,10 zł, **co spowodowałoby powiększenie wydatków na zasiłki chorobowe o 28,12%.**

Projekt II-gi kalkulacji zasiłków chorobowych można scharakteryzować następująco:

a) Przeprowadzono w czystej formie zasadę określania wysokości zasiłku chorobowego, niezależnie od wysokości zarobków, a według ich realnej, życiowej wartości.

b) Wypośrodkowano specjalne normy zasiłków tak dla samotnych ubezpieczonych jak i dla członków rodzin odrębnie dla grupy pracowników fizycznych i dla grupy pracowników umysłowych.

c) Określono jednolity zasiłek w danej grupie (pracowników fizycznych lub pracowników umysłowych), co szczególnie mocno uderza w wyżej zarobkujących i faworyzuje nisko zarobkujących. Szczególnie wielkie ofiary na rzecz ogółu ponieśliby tu wysoko zarobkujący pracownicy umysłowi, aczkolwiek w praktyce pracownicy umysłowi wogóle dotąd mało z zasiłków chorobowych korzystają, (art. 95 ust. 5 ustawy), gdyż są zabezpieczeni w myśl obowiązującego ustawodawstwa o umowie o pracę pracowników umysłowych.

d) Ewentualna tendencja do zachorowań agrawitowanych w grupach najniżej zarobkujących, co należałoby wykluczyć przez automatyczne zmniejszanie zasiłku w ogólnym podsumowaniu np. do 90% faktycznie wypłaconego w ostatnim okresie przed zachorowaniem zarobku.

e) Wzrost wydatków na zasiłki chorobowe nie powinien wg projektu II-go przekroczyć 30% obecnie wydatkowanych na ten cel kwot.

Projekty III i IV-ty. W projektach tych odstępujemy od zasady określania zasiłków chorobowych w relacji ciągłej do zarobków, jednak ustalamy pewne kategorie wysokości zasiłków według potrzeb życiowych danej rodziny, a ponieważ potrzeby te są zwykle normowane według wielkości dochodów tej rodziny w okresie pełnej pracy żywiciela, a więc pośrednio, aczkolwiek luźnie, zasiłki tak skalkulowane wykazują zależność od pewnych grup zarobkowych. Tego rodzaju koncepcje w kalkulacji przeprowadzono w celu uchronienia rodzin pozbawionych normalnych źródeł dochodów przed zbyt radykalnymi redukcjami ich budżetów w okresie choroby żywiciela rodziny. Projekty te z uwagi na konieczność wypośrodkowania zasiłków na podstawie materiałów, dotyczących pewnych grup zarobków ubezpieczonych, nie mogą już być oparte jedynie na podstawie faktycznych danych, które przytoczono w 5-ciu tablicach zasadniczych części II-iej niniejszej pracy. By nie obciążać pracy nowymi materiałami, zużytkowano jedynie procentowe relacje, jakimi Ubezpieczalnia Społeczna w Lublinie w zakresie danych o zarobkach w okresie od 1.I.1934 do 31.12.1935 — rozporządza. Dla wszechstronnego zaś i ostrożnego wypośrodkowania grup w jednej z modyfikacji projektu, wypośrodkowano grupy zarobkowe według wysokości zasiłków, a to według danych tablicy I-szej cz. II nin. pracy.

Projekt II-ci uwzględnia osobne kalkulacje dla pracowników umysłowych i dla pracowników fizycznych. Według danych, dotyczących 1,560 pracowników umysłowych

zarabiających minimum policzaln.	było 202	osoby, t.j.	13%	ogółu
„ od 61—200 zł mies.	„ 776	„	„ 50%	„
„ „ 201—500 zł wzwyż	„ 485	„	„ 31%	„
„ „ 501— wzwyż	„ 97	„	„ 6%	„

dla tych grup kolejno przyjęto zasiłki jednolite dla ubezpieczonego samotnego: I grupa — 1 zł dziennie, II gr. — 2 zł dz., III gr. — 3,50 zł dz., IV gr. — 5 zł dziennie.

Zasiłek ten jako podstawowy uzupełnia się dla rodzinnych odpowiednimi dodatkami. Dążąc do możliwych uproszczeń przyjęto takie dodatki, jakie analogicznie przyznają na rodziny przepisy służbowe w wielu instytucjach, a więc 1 zł dziennie na 1 osobę pozostającą na wyłącznym utrzymaniu, a po 0.50 zł dziennie na dalsze osoby.

Według tej kalkulacji możemy zrobić porównanie wzrostu zasiłków dla pracowników umysłowych. Materiał zbadany w tablicach części II-giej pracy dotyczy 1269 dni zasiłkowych dla pracowników umysłowych, co stanowi kwotę 4,121,45 zł. Zatem przeciętny zasiłek dzienny wyniósł 3,24 zł, co odpowiada przeciętnemu zarobkowi dziennemu około 6 i pół złotego, czyli około 200 zł miesięcznie.

Dla 100 osobodni zasiłkowych, zasiłek wypłacony wynosił zatem przeciętnie 324 zł. Według zaś kalkulacji projektu III-go i biorąc pod uwagę stosunek procentowy podstawowy zasiłek dla samotnych przedstawiałby się następująco:

13 zł + 100 zł + 108,50 zł + 30 zł				= 251,50 zł
do tego doszłyby dodatki rodzinne (wg relacji z tablicy 4-ej cz. II pracy)	66	zł.	na 1 czł. rodz.	
	24,5	„	„ 2 „	„
	16	„	„ 3 „	„
	8,5	„	„ 4 „	„
	4	„	„ 5 „	„
	1,5	„	„ 6 „	„
	0,5	„	„ resztę — razem	121.— zł
			ogółem . .	372,50 zł.

Jak więc widzimy, **wydatek na zasiłki chorobowe zwiększyłby się dla pracowników umysłowych według kalkulacji projektu III-go, przeciętnie z 3,24 zł. na 3,72 zł, t. j. o około 15%.**

Poza ogólną wadą tego rodzaju kalkulacji opartej na relacjach procentowych, można wymienić jeszcze następujące: a) pozornie duża liczba wypadków, przy których rzeczywiste wynagrodzenie było niższe od ewentualnie pobieranego zasiłku, b) przyjęcie proporcjonalnego wzrostu kosztów utrzymania w miarę ilości wzrostu członków rodziny, c) specjalne wyodrębnienie pracowników umysłowych. Mankament ad a) odrazu możemy określić jako teoretyczny, gdyż pracownicy umysłowi w pierwszej grupie są przeważnie samotnymi, zaś w drugiej a nawet trzeciej grupie zarobkowej ilość osób posiadających duże rodziny jest stosunkowo mała, a osoby te zarabiają przeważnie bliżej górnej granicy zarobkowej danej grupy.

O ile byśmy zastosowali pewną degresję przy określaniu zasiłków na dalszych członków rodzin pracowników umysłowych, np. druga osoba rodziny otrzymywałaby 0,50 zł, trzecia 0,45 zł a czwarta i następne odpowiednio mniejsze sumy, to kalkulacja uległaby pewnej zmianie w kierunku zmniejszenia wydatków na zasiłki rodzinne i analogiczne obliczenie dałoby przeciętne zmniejszenie wydatku z 3,72 zł na 3,67 zł dziennie na osobę.

Dla określania grup zarobkowych, dotyczących pracowników fizycznych, zbadano materiał charakteryzujący pracę pracowników zatrudnionych 26 i więcej tygodni w ciągu 1934 i 1935 r. Osób takich było 5,501. Materiał rozbito również na 4 grupy:

1. — zarabiający minimum (6 zł tygodn.)	745	osób	t.j.	13,54%	
2. — „ od 7—17 zł 99 gr	„ 3,171	„	„	57,65%	
3. — „ od 18—35,99 zł	„ 1,250	„	„	22,72%	
4. — „ od 36 zł wzwyż—335 osób		„		6,09%	

Dla grup tych kolejno określono zasiłek podstawowy (dla samotnych) następująco:

dla gr. I — 0,50 zł dziennie, dla gr. II — 1,— zł dziennie, dla gr. III — 1,75 zł dziennie i dla grupy IV-ej 2,50 zł dziennie. Dodatek zaś rodzinny wyniósłby: w I gr. dla 1-szej osoby 50 gr, a w drugiej i następnych grupach po 40 gr dziennie, dla dalszych zaś osób po 30 gr dziennie.

Ponieważ według materiału zanalizowano w powyżej przytoczonych w niniejszej pracy 5-ciu tablicach zasadniczych, pracownikom fizycznym wypłacono 67,779, 40 zł na 53,628 osobodni zasiłkowych, a zatem zasiłek dzienny przeciętnie wyniósł 1,26 zł, co na 100 osobodni zasiłkowych wyniesie 126 zł. Według wyżej przytoczonej kalkulacji kosztów zasiłków dla pracowników fizycznych, zasiłek podstawowy (dla samotnych) przedstawiałby się w następujących kwotach:

I gr. zarobkowa	13,5	× 0,50	—	6,75 zł
II „ „	57,7	× 1,—	—	57,70 „
III „ „	22,7	× 1,75	—	39,72 „
IV „ „	6,1	× 2,50	—	15,25 „
		razem		119,42 zł.

Do tego dochodzą dodatki rodzinne według relacji tablicy Nr 4, co razem wyniesie kwotę 143,57 zł. na 100 osobodni zasiłkowych. Przeciętny zatem zasiłek dzienny dla pracowników fizycznych zwiększyłby się według powyższej kalkulacji z 1,26 zł na 1,43 zł, **co powiększyłoby koszt zasiłków o około 14%.**

Przy tego rodzaju kalkulacji wypośrodkowania zasiłków chorobowych dla pracowników fizycznych, zasi-

łek dzienny na osobę w rodzinie ubezpieczonego w praktyce w bardzo rzadkich wypadkach spadłby poniżej minimum (0,40), a to z tego powodu, że minimum zarobkowe dotyczy przeważnie samotnych i nie obarczonych liczniejszymi rodzinami. Ogólnie zaś należy zaznaczyć, że kalkulacje projektu III-go dotyczą zarówno pracowników umysłowych jak i fizycznych wyprowadzone zresztą osobno jedynie dla bardziej drobiazgowego przeanalizowania materiału badanego — **wykazują może przypadkową ale zgodną konieczność podwyższenia o około 15% kwot na zasiłki chorobowe.**

Przed podaniem następnych kalkulacji nasuwa się jeszcze jedna uwaga ogólna, że właściwie zasiłki wypłacane dla nisko zarobkujących rodzin, nie mają odpowiednika w zarobkach tych rodzin, ponieważ zarobki te dla rodzin szczególnie liczniejszych, nie przedstawiają realnej wartości. W praktyce udzielanie zasiłków w celu unikania nadużyć, należałoby znów stosować te zasady, o których była mowa przy poprzedniej kalkulacji, a mianowicie obniżanie zasiłku do wysokości powiedzmy sobie 90% faktycznego, ostatnio osiąganego zarobku.

Ponieważ nie wydaje się słusznym, by w ubezpieczeniu chorobowym ustanawiać specjalne normy dla pracowników umysłowych i dla pracowników fizycznych, więc następny **4-ty projekt kalkulacji,** przewiduje jednolite normy zasiłkowe. Ustalono tutaj 5 grup zasiłkowych, a mianowicie: 1 grupa zarabiająca od 6 zł tygodniowo — 0,50 zł zasiłek podstawowy, 0,50 zasiłek na pierwszego członka rodziny, 0,30 zł zasiłek na następnego członka rodziny i po 0,20 na dalszych. II grupa zarabiający od 7 — 17,99 zł tygodniowo — zasiłek podstawowy 1 zł dziennie, na 1-szego czł. rodz. 0,60 zł, na następnych po 0,30 zł, a na ostatniego w najliczniejszej rodzinie 0,25. Trzecia grupa zarabiający od 18 — 35 zł 99 gr tygodniowo — zasiłek podstawowy 1,75 zł a dla członków rodziny analogicznie jak w drugiej grupie. 4 grupa zarabiający od 26 — 69,99 zł tygodniowo — zasiłek podstawowy 2,75 zł. a dla członków rodzin analogicznie jak grupy 2 i 3. 5 grupa zarabiający 70 zł tygodniowo — wzwyż, zasiłek podstawowy 4 zł dziennie, a dla członków rodzin analogicznie jak grupa 2, 3 i 4. W kalkulacji uwzględniliśmy stawki dla kategorii rodzinnych aż do rodzin 10-cio osobowych.

Przeciętny zasiłek dzienny według dotychczasowych norm zasiłkowych wyniósł dla materiału badanego w niniejszej pracy (71,900,85 kwota wypłacona na zasiłki — : — 54,897 — ilość dni zasiłkowych) — 1,3. zł. Zatem na 100 osobodni zasiłkowych koszt zasiłków wyniósłby 131 zł.

O ile przyjęlibyśmy relacje zarobkowe według danych ogólnie te zagadnienia charakteryzujących, a dotyczących zasiłków, to jest według tablicy Nr 1, to one przedstawiałyby się następująco: grupa I — 15%, grupa 2 — 45%, grupa 3 — 30,5%, grupa 4 — 9,3%, grupa 5 — 0,2%. Przeto zasiłek podstawowy, obliczony na 100 osobodni, przedstawiałby się według powyższej relacji i biorąc pod uwagę kalkulację odnośnej tabeli następująco:

I	15,—	× 0,5	—	7,50 zł
II	45,—	× 1	—	45,— „
III	30,—	× 1,75	—	53,40 „
IV	9,3	× 2,75	—	25,60 „
V	0,2	× 4	—	0,80 „
				132,30 zł

Ponieważ w relacjach podziału na grupy zarobkowe był brany pod uwagę materiał, w którym do zasiłków podstawowych dołączono zasiłki rodzinne, przypadające z art. 99 ust. 2 ustawy, więc powyższe zestawienie należy zredukować o kwotę wypadającą z analogicznego procentu jaki wyniosła kwota wypłacona na zasiłki rodzinne w myśl ustawy, t. j. o 3,6%. Zatem kwota kalkulacyjna, przypadająca na zasiłek podstawowy wyniosłaby 132,3 zł minus 4,8 zł — **127,5 zł.** Kwoty dodatkowe obliczone według tabeli na członków rodzin, wyniosłyby 23,9 zł, razem więc koszt zasiłków na 100 osobodni zamknąłby się kwotą ogólną 151, 4 zł. **Kalkulacja więc niniejsza jest wyższa od dotychczasowej wypłaty o 15,6%.**

Wszystkie powyżej przedstawione kalkulacje przewidują zwiększenie wydatków na zasiłki chorobowe. Projekt I-szy ujmuje sprawę niejednolicie i pod względem **technicznym** niedoskonale, ponieważ zarobkujący minimum policzalnego zarobku wzgl. w pobliżu tego minimum w razie otrzymywania dodatków rodzinnych do zasiłków, mieliby stale te zasiłki redukowane w celu zniwelowania rażącej różnicy, jaka zachodzi między zasiłkiem podstawowym dla samotnego, a zasiłkiem na członka rodziny (od 0,80 do 0,60). Projekt II jest klasycznym w zakresie przeprowadzenia zasady, określając jednak tylko jedną normę zasiłkową, nie może zadośćuczynić podkreślonemu wyżej zasadniczemu momentowi, dotyczącemu badanego zagadnienia (minimum zasiłku dla zaspokojenia niezbędnych potrzeb rodziny), a to oczywiście w odniesieniu do rodzin, gdzie ubezpieczony należał do wysoko zarobkującej grupy. Kalkulacja tego projektu faworyzuje w sposób może zbyt jaskrawo niesłuszny liczniejsze rodziny nisko zarobkujących ubezpieczonych. Kalkulacja projektów III i IV opierają się na relacjach procentowych dla badanego w Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie materiału. Wiadomą jest rzeczą, że ralacje procentowe po to, by przedstawiały wiarygodny miernik, muszą dotyczyć materiału b. obszernego i za duży okres czasu. Stąd kalkulacje dla ostatnich 2 projektów należy uważać za globalnie orientacyjne. Stawki zasiłkowe ostatnich dwóch projektów są z pewnym rozmysłem wypośrodkowane schematycznie, upraszcza to w dużym stopniu technikę późniejszego obliczania i najbardziej zbliża do warunków praktycznych, gdyż w życiu codziennym budżety wszelkiego rodzaju, a więc i budżet domowy operują cyframi i kwotami zaokrąglonymi. Projekt IV wydaje się najbardziej jednolity i sprawiedliwie zabezpieczający ubezpeczonemu, w każdej z grup według pewnego standartu życiowego uszeregowanych, odpowiednie minimum dla zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych na wypadek choroby. Projekt IV-ty nie uwzględnia osobnych norm zasiłkowych dla pracowników umysłowych, albowiem w zagadnieniu poruszonym w niniejszym memoriale główną rolę odgrywa możliwa **amortyzacja** normalnych źródeł dochodu w razie choroby przez zasiłek pieniężny. Pracownicy umysłowi, z reguły zabezpieczeni przez 3 miesięce choroby i tak w rzadkich wypadkach korzystają z zasiłku chorobowego, jednak i oni w wypadkach długotrwałych chorób będą z tego zasiłku korzystać i to w normach z uwagi na wprowadzenie 5 grup zasiłkowych, możliwie zbliżonych do ich potrzeb.

Kalkulacji i projektów możnaby mnożyć jeszcze znacznie więcej. Będą one w dużym stopniu zależne

od możliwości finansowych danej Ubezpieczalni, przy tym w wypadkach uniezależnienia wysokości zasiłków od wysokości zarobków trzeba by mieć na względzie w przepisach ustawodawczych ewentualność szybkiej zmiany wysokości stawek zasiłkowych w zależności od koniunktury gospodarczej i płac pracowniczych. Technika ustawodawcza odsyła takie zagadnienia do rozporządzeń ministra.

Musimy zgodzić się jednak na jedną prawdę, że przy konieczności naprawy obecnej sytuacji w zakresie urealnienia wartości i znaczenia życiowego zasiłków pieniężnych w budżetach świadczeń Ubezpieczalni Społecznych, należy podnieść sumy przeznaczone na zasiłki pieniężne.

Wszelki preliminarz świadczeniowy Ubezpieczalni, o ile nie będzie odpowiednio podwyższony w zakresie świadczeń pieniężnych, tam gdzie te świadczenia nie przekraczają dziś kwoty 10% ogółu wydatków świadczeniowych, jest nierealny.

Nierealne byłoby również podniesienie wydatków na zasiłki pieniężne w ramach ewent. dzisiejszych możliwości ustawowych (art. 109 i 114 ustawy) gdyż krzywdziłoby wybitnie rodziny najczęściej spotykane, a mianowicie 4-osobową, a poza tym ogromna masa rodzin nisko zarobkujących a przeważnie bardzo licznych, nie odczuje dobrodziejstw podniesienia zasiłku chorobowego np. nawet do 75% zarobku, bo będzie to zasiłek nie mający realnej wartości. Możemy usłyszeć zaraz głos ostrzegawczy: co robimy, stwarzamy możliwość nadużyć, gdzie zarobkujący nisko i obarczony liczną rodziną chętnie będzie chciał przejść na zasiłek chorobowy, bo mu się to będzie kalkulować! Odpowiedzmy odrazu trzema bardzo silnymi argumentami: a) **ubezpieczony decydując się na symulację ryzykuje utratę pracy,** b) **ubezpieczony musi się leczyć bez zasiłku 7 dni tracąc jednocześnie pracę,** i c) **sprawa dotyczy wiedzy i sumienia lekarza,** który oczywiście nie dopuści do symulacji i nawet agrawitacji ze strony ubezpieczonego.

Co ubezpieczony i jego rodzina zyskują: uzyskują oni bardzo wiele, bo realną pomoc pieniężną, pozwalającą na przewegetowanie trudnego okresu choroby ubezpieczonego. Przez stosunkowo niewielkie podwyższenie wydatków na zasiłki pieniężne wogóle, a w szczególności na omówiony tu bliżej zasiłek chorobowy, — zyskują oni rzeczywistą a nie fikcyjną jak dotąd pomoc ekonomiczną, która znakomicie uzupełni im i również urealni pomoc lekarską.

W konkluzjach, dotyczących finansowego rozwiązania zagadnienia, uważamy za słuszne posługiwać się kalkulacją proj. 4-tego, jako wskazującą możliwie najsprawiedliwsze rozwiązanie sprawy. Ponieważ we wnioskach zwróciliśmy uwagę na doniosłość przedłużenia w wypadkach długotrwałych chorób zawodowych względnie społecznych oraz na konieczność podwyższenia zasiłku chorobowego przy chorobach trwających powyżej 4-ch tygodni, więc przewidywane w kalkulacji projektu 4-ego podwyższenie wydatków na zasiłki chorobowe o około 15% należałoby jeszcze odpowiednio zwiększyć. Materiał badany wykazał, że przy przedłużeniu leczenia chorób trwających pełne 26 tygodni o dalsze 13 tygodni, kwota na zasiłki musiałaby być zwiększona ogólnie o około 5%. Również pewne podniesienie zasiłków w razie długotrwałości choroby (poczynając np. od 5-go tygodnia) spowoduje powiększenie wydatków. Uwzględniając oba te momenty należałoby przewidywać dalsze powiększenie wydatków na zasiłki, przy czym w ogólnej kalkulacji, **wydatki na zasiłki wzrosłyby conajmniej o 20% w stosunku do kwot obecnie na te cele przez Ubezpieczalnie Społeczne w Lublinie asygnowanych.**

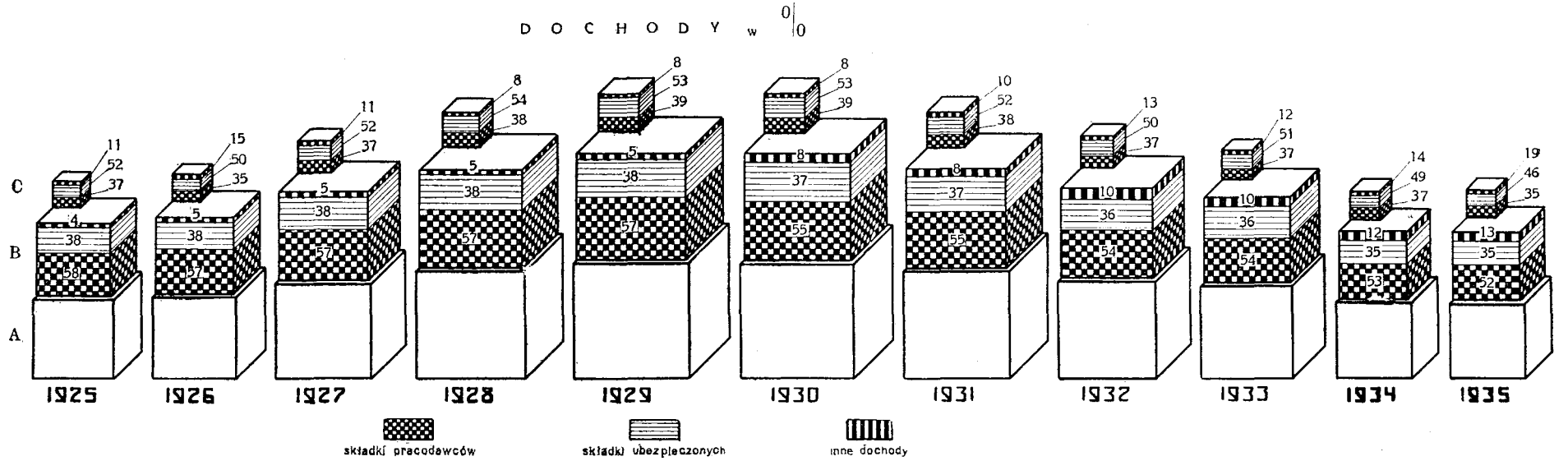
Sfinansowanie sprawy, twierdzimy, leży w możliwościach instytucyj ubezpieczeń społecznych. Już dzisiaj wiele Ubezpieczalni wydaje powyżej 15% swego budżetu świadczeniowego na zasiłki pieniężne (województwa południowe i Śląsk Cieszyński). Gorzej sprawa przedstawia się w województwach wschodnich i w tych Ubezpieczalniach, które są położone w okręgach słabego zatrudnienia i słabej intensyfikacji gospodarczej. Jest również jeszcze, jak się nam wydaje, szereg Ubezpieczalni Społecznych, których możliwości wegetacyjne są bardzo nikłe. Są to ubezpieczalnie obsługujące małą liczbę ubezpieczonych (do 15,000 ubezpieczonych) i gdzie składka ubezpieczeniowa jest niska (poniżej 50 zł rocznie). Koszta administracyjne ogólne i koszta administracji leczniczej w takich Ubezpieczalniach są tu zaduże. Jedyne wyjście, to reforma organizacyjna, scalenie takich, już niewielu mniejszych ubezpieczalni w większe jednostki organizacyjno-prawne, których organizacja oczywiście nie oddalałaby i nie utrudniałaby udzielania świadczeń leczniczych i pieniężnych, a w swej konsekwencji finansowo - świadczeniowej dałaby temuż ubezpieczonemu ogromne korzyści.

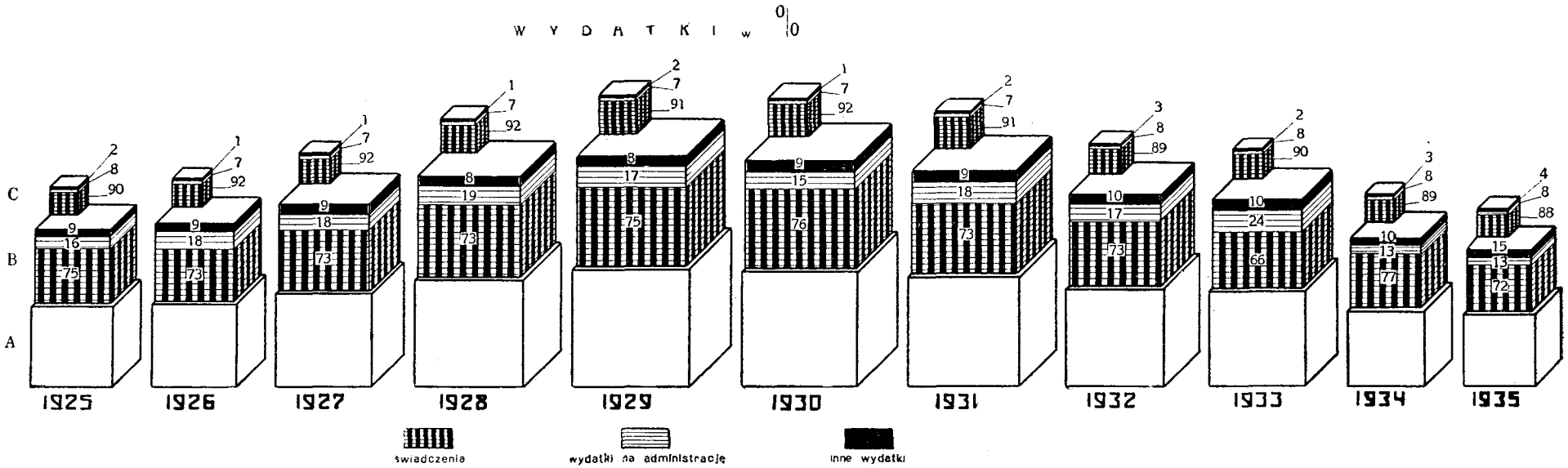
W konkluzji ogólnej wydaje się koniecznym, by zainicjowane przez Ministerstwo Opieki Społecznej prace i badania co do celowości i możliwości podwyższenia i zmiany obecnie obowiązujących norm zasiłków pieniężnych w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa znalazły swe końcowe ujście w realnej i korzystnej dla świata pracy reformie.

Administracja prosi o uregulowanie prenumeraty za I-sze półrocze.

DZIAŁALNOŚĆ FINANSOWA UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W POLSCE W LATACH 1925–1935

A – cała Polska; B – Polska bez Górnego Śląska; C – Górny Śląsk.





Dla uzmysłowienia sobie przemian jakie zachodziły w działalności ubezpieczenia chorobowego w tym stosunkowo długim okresie czasu, zestawiliśmy obok liczb absolutnych także diagram, przedstawiający dochody i wydatki ubezpieczenia chorobowego z uwzględnieniem zasadniczych składników, jakie na nie się składają. Wobec tego, że ubezpieczenie to na terenie całej Polski dotychczas scalone nie zostało i na terenie Górnego Śląska posiada instytucje odrębne, które zachowały się tam z czasów zaborczych, narzuciła się przeto konieczność potraktowania tych dwuch rodzajów ubezpieczenia chorobowego — to jest ubezpieczenia scalonego na terenie Polski poza Śląskiem i ubezpieczenia chorobowego na Górnym Śląsku jako dwuch odrębnych do pewnego stopnia części składających się na pewną całość. Wobec stosunkowej wagi ubezpieczenia chorobowego na terenie Polski poza Śląskiem, na diagramie zaznaczony został tylko kontur, określający wielkość względną dochodów i wydatków dla całej Polski, bez oznaczania na nim odpowiednich części składowych. Pomimo dość znacznych różnic jakie istnieją pod tym względem na Śląsku, nie mogły one wpłynąć dostatecznie silnie, aby zmienić układ tych elementów w sześcianach ujmujących wydatki oraz dochody dla całej Polski. Wpływ kryzysu wyraźnie wpłynął na kształtowanie się wyników finansowych, tak samo jak pewne zmiany ustawowego charakteru, które szczególnie silnie dają znać o sobie w zestawieniach za 1933 rok. Po tym przejściowym okresie znowu następuje okres pewnej równowagi, zbliżonej swym charakterem do lat poprzednich.

Porównując ubezpieczenie chorobowe na Górnym Śląsku z resztą Polski trudno nie zauważyć różnic jakie wyraźnie występują, tak w całokształcie dochodów jak i wydatków. W dochodach na Górnym Śląsku znacznie większą rolę odgrywa udział składek pracowników, podczas gdy w reszcie Polski udział ten jest stosunkowo mniejszy. Naturalnem jest, że ubezpieczenie chorobowe na Górnym Śląsku posiada w dochodach pewne pozycje, które są wynikiem dłuższego jego istnienia, co w ubezpieczeniu chorobowem reszty Polski ma stosunkowo mniejsze znaczenie. W całokształcie wydatków, świadczenia na Górnym Śląsku obejmują większą część wydatków, aniżeli w reszcie Polski, przyczym wykazują one większą stabilizację, ponieważ z roku na rok podlega stosunkowo minimalnym wahaniom. Znaczne różnice obserwujemy także w udziale kosztów administracyjnych, szczególnie w latach, na które przypadała reorganizacja ubezpieczenia chorobowego scalonego, którym to procesom ubezpieczenie na Górnym Śląsku nie podlegało.

Edward Arnekker

Rok	Polska									Polska bez Górnego Śląska									Górny Śląsk								
	Dochody					Rozchody				Dochody					Rozchody				Dochody					Rozchody			
	ogółem	Składki			Inne[a]	ogółem	świadczenia	administracja	Inne[b]	ogółem	Składki			Inne[a]	ogółem	świadczenia	administracja	Inne[b]	ogółem	Składki			Inne[a]	ogółem	świadczenia	Administracja	Inne[b]
		razem	pracodawcy	ubezpieczeni							razem	pracodawcy	ubezpieczeni							razem	pracodawcy	ubezpieczeni					
1925	156459	148751	86049	62702	7 708	163805	125524	14 609	23 672	137073	131570	78942	52628	5 503	143786	107451	13 109	23 226	19 386	17 181	7 107	10 074	2 205	20019	18 073	1 500	446
1926	171544	161735	93828	67910	9 809	177550	133920	15 977	27 653	151307	144607	86767	57843	6 700	155634	113753	14 458	27 423	20 237	17 128	7 061	10 067	3 109	21916	20 167	1 519	230
1927	230768	218335	126570	91765	12 433	231176	172421	20 857	37 868	203716	194270	116563	77709	9 444	205978	149205	19 105	37 668	27 052	24 063	10 007	14 056	2 989	25168	23 216	1 752	200
1928	297055	282544	163701	118843	14 511	297901	222668	24 869	50 364	262654	250895	150534	100356	11 764	266826	193959	22 817	50 050	34 401	31 654	13 167	18 487	2 747	31075	28 709	2 052	314
1929	340306	322227	186712	135515	18 079	349552	267125	29 046	53 381	299867	284962	170977	113985	14 905	312308	233137	26 578	52 593	40 439	37 265	15 735	21 530	3 174	37244	33 988	2 468	788
1930	335808	309582	179191	130391	26 226	345470	269688	29 777	46 005	295649	272776	163666	109110	22 873	306817	234034	27 124	45 659	40 159	36 806	15 525	21 281	3 353	38653	35 654	2 653	346
1931	293579	268328	155314	113014	25 251	311253	233739	28 832	48 692	258187	236295	141777	94518	21 892	276286	201725	26 390	48 171	35 392	32 033	13 537	18 496	3 359	34977	32 014	2 442	521
1932	242432	218063	126645	91418	24 374	264004	182159	24 508	38 945	214813	194059	116435	77624	20 759	219496	158853	22 461	38 182	27 619	24 004	10 210	13 794	3 615	26508	23 698	2 047	763
1933	214360	192800	112174	80626	21 560	223815	159791	23 033	50 941	191881	173122	103873	69249	18 759	209871	138200	21 311	50 360	22 479	19 678	8 301	11 377	2 801	23944	21 591	1 772	581
1934	[c] 142 303	[c] 124 299	71257	53042	18 004	[d] 150 216	[c] 118 652	18 662	12 902	[c] 119 681	[c] 104 759	62855	41904	14 922	[d] 128 089	[c] 98873	16 862	12 354	22 622	19 540	8 402	11 138	3 082	22127	[e] 19 779	1 800	548
1935	144340	123722	71046	52676	20 505	[d] 132 716	[c] 98 560	16 693	17 463	121250	104979	62937	41992	16 158	[d] 110 124	[c] 78667	14 900	16 557	23 090	18 743	8 059	10 684	4 347	22592	[e] 19 893	1 793	906

Uwagi: *a* odsetki od zaległych składek, czynsze z lokali itp.
b koszty ogólne, odpisy na fundusz amortyzacyjny, odpisy na fundusz zapasowy.
c z uwzględnieniem dla instytucyj scalonych przypisu składek za grudzień 1934 r., a dla Funduszu Bezrobocia bez przypisu składek za pierwszy kwartał 1935 r.
d bez odpisów na fundusz rezerwowy, które wyniosły w 1934 r. 1 912 tys. zł., w 1935 r. — 2 417 tys. zł.
e bez dopłat skarbu Państwa do świadczeń, oraz kwot wypłaconych na rachunek skarbu Państwa.

EUGENIUSZ MODLIŃSKI — Warszawa

UBEZPIECZENIE CHOROBOWE W GÓRNOŚLĄSKICH BRACTWACH GÓRNICZYCH I ICH LECZNICTWO ZAKŁADOWE

W zakresie ubezpieczenia chorobowego obowiązują jeszcze na G. Śląsku zaborcze niemieckie przepisy ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r. Organizacja tego ubezpieczenia odbiega zasadniczo zarówno od organizacji, opartej swego czasu na ustawie z 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby, jak również od organizacji, opartej na ustawie z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym.

Ordynacja ubezpieczeniowa zna zasadnicze dwa typy kas chorych: (ta nazwa na G. Śląsku nadal obowiązuje) zawodowe (fabryczne) oraz ogólno-miejscowe; polskie ustawy zaś opierają ubezpieczenie chorobowe konsekwentnie na zasadzie terytorialności. System ordynacji zastosowany w praktyce na G. Śląsku doprowadził do 39 kas chorych, z czego 26 przemysłowych (łącznie z górniczymi), 2 wiejskie i 11 ogólno-miejscowych (rok 1935). Kasy te łączą się w 2 związki (przynależność do związku nie obowiązkowa): jeden Związek Kas Chorych Przemysłowych, drugi to Związek Kas Chorych Ogólno-Miejscowych i Wiejskich (G. Śląsk jest jedynym obecnie terenem, gdzie obowiązuje w rolnictwie chorobowe ubezpieczenie).

Kasy chorych stanowią w zasadzie odrębne jednostki organizacyjne i prawne. Ale ordynacja zna wyjątek, a mianowicie dopuszcza przekazanie ubezpieczenia chorobowego bractwom górniczym. Stąd dwa górnośląskie bractwa górnicze, a mianowicie Spółka Bracka w Tarnowskich Górach i Pszczyńskie Bractwo Górnicze są nie tylko instytucjami ubezpieczenia pensyjnego (emerytalnego), lecz także kasami chorych w rozumieniu ordynacji ubezpieczeniowej. To połączenie ubezpieczenia chorobowego z emerytalnym w jednej instytucji stanowi o pewnych odrębnościach w porównaniu z ogólnym ubezpieczeniem chorobowym, na które m. in. artykuł niniejszy ma zwrócić uwagę. Obydwa te bractwa należą do Związku Przemysłowych Kas Chorych, przy czym jedno z nich, a mianowicie Spółka Bracka w Tarnowskich Górach w odróżnieniu od wszystkich innych kas chorych przemysłowych (fabrycznych) obejmuje terenowo cały G. Śląsk. Poza kopalniami ks. Pszczyńskiego, cały górnośląski przemysł węglowy jest objęty działaniem Spółki Brackiej. Liczbowo wygląda to w ten sposób, że w roku 1935 Spółka Bracka liczyła 57 623 ubezpieczonych na wypadek choroby, a Pszczyńskie Bractwo Górnicze 4 004 (liczby przeciętne dla całego roku).

Zauważyć w tym miejscu trzeba, że liczba ubezpieczonych na wypadek choroby w górnośląskich bractwach górniczych nie pokrywa się z liczbą ubezpieczonych w dziale pensyjnym tych bractw i jest od tej ostatniej większa. Wynika to stąd, że do ubezpieczenia pensyjnego nie przyjmuje się wszystkich zatrudnionych; nie są mianowicie objęci ubezpieczeniem pensyjnym pracownicy umysłowi, podlegający powszechnemu ubezpieczeniu emerytalnemu, a poza tym stosuje się tu selekcję ze względu na stan zdrowia i granice wieku, warunkujące przystąpienie do ubezpieczenia pensyjnego.

Druga uwaga natury ogólnej to wyjaśnienie, że podane liczby ubezpieczonych, obok robotników, zatrudnionych w górnictwie, obejmują także — wprawdzie w niedużym odsetku — robotników, zatrudnionych w innych zakładach pracy. Mianowicie w Spółce Brackiej na ogólną liczbę ubezpieczonych 57 623 — 5 385 czyli 9% przypada na robotników, zatrudnionych poza górnictwem (huty państw. zakłady wodociągowe, pracownicy Spółki Brackiej itp.), a tylko w Pszczyńskim Bractwie Górniczym z 4 004 ogólnej liczby ubezpieczonych 1 320 czyli 33% przypada na zatrudnionych w innych zakładach ks. Pszczyńskiego poza kopalniami.

Wobec powyżej przytoczonych liczb ogólnej ilości ubezpieczonych nie potrzeba specjalnie podkreślać, że w stosunkach Śląskich Pszczyńskie Bractwo Górnicze ma znaczenie lokalne, podczas gdy zasięg działania Spółki Brackiej nadaje jej charakter sprawy ogólnogórniczej.

Obydwie te instytucje obejmują ubezpieczeniem chorobowym 61 627 osób bezpośrednio ubezpieczonych, wszystkie zaś górnośląskie kasy chorych (łącznie z bractwami górniczymi) 186 291 ubezpieczonych. Ciekawą byłoby rzeczą ustalić jaki jest zasięg działalności ubezpieczenia w bractwach górniczych, jeżeli doliczyć członków rodzin. Tu trzeba nadmienić, że — poza pomocą połogową dla żon i córek ubezpieczonych — świadczenia członków rodzin nie są w ordynacji ubezpieczeniowej obowiązkowe i nie wszystkie górnośląskie kasy chorych w jednakowej normie zapewniły te świadczenia w swych statutach. Obydwa bractwa górnicze pomoc dla rodzin ustanowiły w statutach.

Liczba członków rodzin ubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń od tych bractw, da się dokładnie ustalić, gdyż dla celów rozrachunkowych z lekarzami (okręgowymi, odpowiadającymi mniej więcej lekarzom domowym w ubezpieczalniach społecznych) przeprowadzają one spis tych osób w pewnych odstępach czasu Na ogólną przeciętną w 1935 r. liczbę ubezpieczonych w Tarnowskiej Spółce Brackiej 57 623 (z czego 3 210 osób kontynuujących ubezpieczenie) uprawnionych do świadczeń członków rodzin było przeciętnie 129 722; na 1 ubezpieczonego przypada 2,25 członków rodzin.

W Pszczyński Bractwie Górniczym liczba uprawnionych członków rodzin wynosiła przeciętnie 8.697 osób na 4 004 ubezpieczonych; na 1 ubezpieczonego przypada 2,17 członków rodzin.

Gdy mówimy o górnośląskich bractwach górniczych, to podane liczby ubezpieczonych i ich rodzin nie wyczerpują faktycznego zasięgu tych bractw. Obydwa bowiem bractwa od dawna stosują na mocy przepisu statutu pomoc leczniczą dla swoich rencistów i ich rodzin. Uprawnionych z tego tytułu do świadczeń leczniczych było w Spółce Brackiej w roku 1935 — **96 234** osoby (57 933 inwalidów, wdów i sierot oraz 38 301 członków rodzin inwalidów). Liczby te są obecnie już wyższe wobec nowego w międzyczasie przyrostu pensjonistów, a przy tym stanowią one przeciętną z całego roku; faktyczna zatem liczba już na koniec podanego roku 1935-go była wyższa od przeciętnej.

Stosując odpowiednie stosunki powyższych liczb

do Bractwa Pszczyńskiego otrzymamy uprawnionych z tego tytułu do świadczeń leczniczych ca 7 000 osób.

Koszty pomocy leczniczej dla inwalidów i ich rodzin obciążają fundusze pensyjne.

W sumie obydwa bractwa górnicze działalnością swego ubezpieczenia chorobowego objęły w 1935 r. (liczby przeciętne):

	Spółka Bracka	Pszczyńskie Bractwo Górnicze	Razem
Ubezpieczonych .	57 623	4 004	61 627
Członków ich rodzin	129 722	8 697	138 419
Inwalidów, wdów sierot i członków rodzin inwalidów . . .	96 234	ca 7 000	ca 103 234
	283 579	ca 19 701	ca 303 280

Jaką to rolę odgrywa na G. Śląsku, można sobie uświadomić, gdy zestawimy te liczby z liczbą ludności na G. Śląsku, która wynosi ca 1 000 000. Blisko 30% ludności Górnego Śląska znajduje się pod opieką lekarską tylko bractw górniczych, nie licząc innych instytucyj ubezpieczenia chorobowego.

We wszystkich górnośląskich kasach chorych było w 1935 r. 186 291 osób ubezpieczonych, z czego na bractwa górnicze przypada 61 623 tj. 33,1%. Jeżeli teraz zwrócić uwagę na rozmiar i wartość świadczeń to zobaczymy, że stosunek ten ulega zmianie znacznie na korzyść tych bractw. Na ogólną bowiem sumę 20 245 892.47 zł. wydatków na świadczenia wszystkich kas chorych (ogólno-miejscowych, wiejskich, zakładowych i górniczych) na bractwa górnicze przypada 11 692 154,21 zł. to jest 57,7%; przy tym wykazana suma obejmuje wydatki tylko z ubezpieczenia chorobowego, a nie obejmuje kosztów leczenia inwalidów górniczych i ich rodzin, jako obciążających fundusze ubezpieczenia pensyjnego.

Przechodząc do analizy wydatków na świadczenia, skonstatujemy szereg ciekawych faktów.

A więc uwzględniając dla możliwości porównań podział wydatków świadczeniowych, używany w ogólnych statystykach ubezpieczeniowych otrzymamy:

Wydatki na	Bractwa Górnicze		Pozostałe Kasy Chorych Przemysłowe		R a z e m	
	zł.	%	zł.	%	zł.	%
Zasiłki pieniężne	— 1 591 292,41	— 13,6	— 888 216,97	— 22,1	— 2 479 509,38	— 15,8
Pomoc lekarską (pozaszpitalną) .	— 1 184 825,46	— 10,1	— 965 964,24	— 24,2	— 2 150 789,70	— 13,7
Leki i opatrunki (pozaszpitalne) .	— 548 527,26	— 4,7	— 672 038,92	— 16,7	— 1 220 566,18	— 7,8
Szpitale i inne zakłady lecznicze .	— 8 298 206,86	— 71,0	— 1 261 375,76	— 31,4	— 9 559 582,62	— 60,8
Profilaktykę	— 16 334,45	— 0,1	— 165 457,53	— 4,1	— 181 791,98	— 1,2
Przewóz chorych i lekarzy pozaszpitalnych oraz inne wyd. świadcz.	— 52 967,77	— 0,5	— 60 268,00	— 1,5	— 113 235,77	— 0,7
R a z e m	— 11 692 154,21	— 100	— 4 013 321,42	— 100	— 15 705 475,63	— 100

Już w powyższym zestawieniu rzuca się w oczy zupełnie odmienny rozkład wydatków świadczeniowych w bractwach górniczych (w górniczych kasach chorych) od rozkładu w pozostałych kasach przemysłowych. Te same różnice w znacznie bardziej rażącym stopniu obserwujemy zresztą przy porównaniu z ogólno państwowym ubezpieczeniem chorobowym.

Przerachowując wyżej podane liczby wydatków świadczeniowych w stosunku do składek, otrzymujemy w %% (składki chorobowe w bractwach górniczych wyniosły w 1935 r. 9 753 883.55 zł., a w pozostałych przemysłowych kasach chorych 3 423 536.46 zł.):

	Br. Górnicze	Pozostałe K. Ch. przemysłowe	Razem
zasiłki pieniężne . . .	16,3	25,9	18,8
pomoc lekarska pozaszpitalna	12,1	28,2	16,3
leki i opatrunki (pozaszpitalne)	5,6	19,6	9,3
szpitale, zakł. lecznicze	85,0	36,8	72,5
profilaktyka	0,2	4,8	1,4
przewóz chorych i lekarzy (pozaszpitalne) .	0,5	1,8	0,9

Uderzająco wysoka jest w tym zestawieniu liczba wydatków na szpitale i inne zakłady lecznicze w bractwach górniczych, bo sięga 85,0% składek, w porównaniu z pozostałymi kasami chorych oraz niskie liczby wydatków tych bractw na pomoc lekarską, leki i opatrunki, związane z lecznictwem pozaszpitalnym.

I tu przychodzimy do sedna rzeczy. Podane liczby wskazują mianowicie na bardzo znaczne zastosowanie przez bractwa górnicze lecznictwa szpitalnego. Obydwa bractwa górnicze posiadały bowiem 12 czynnych w 1935 r. szpitali oraz 2 uzdrowiska (sezonowe); 2 szpitale stanowią własność Pszczyńskiego Bractwa Górniczego, reszta — własność Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach. Szpitale Pszczyńskiego Bractwa Górniczego mają 240 łóżek, szpitale Spółki Brackiej 2 841, czyli razem **3 081 łóżek szpitalnych** (dla chorych bez łóżek dla personelu); do tego dochodzi 197 łóżek w 2 uzdrowiskach. Jeżeli zważyć, że górnośląska część województwa śląskiego poza zakładami psychiatrycznymi i sanatoriami — dysponuje ogółem 6 772[1]) łóżkami szpitalnymi, to liczba łóżek będących w dyspozycji bractw górniczych, stanowi w tym istotnie pokaźną część bo ponad 45%. Zauważyć przy tym należy, że obok wyżej wskazanych Spółka Bracka posiada jeszcze 2 szpitale od 4 lat nieczynne; w gmachach tych szpitali czynne są ambulatoria.

[1]) Liczba, wzięta z pracy dr. Jerzego Bujalskiego pt. „Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934 — 1935".

Ta szczęśliwa sytuacja, że bractwa górnicze są w posiadaniu tak znacznej liczby szpitali, przesądza właśnie system stosowanego przez nie lecznictwa. To też są to jedyne w Polsce instytucje społeczne ubezpieczenia chorobowego, które w tak znacznym zakresie stosują leczenie szpitalne. Odgrywa tu rolę także fakt, że instytucje te — obok chorobowego — wykonywają także ubezpieczenie pensyjne (emerytalne). Ta sama zatem instytucja odczuwa bezpośrednio skutki takiego czy innego stanu zdrowotnego swych członków, lepszego czy gorszego ich leczenia.. Mając w swej dyspozycji duże możliwości, wykorzystuje ze zrozumiałych względów system gwarantujący zarówno instytucji jak i zainteresowanym najkorzystniejsze wyniki leczenia.

Rozmiary stosowania leczenia szpitalnego w stosunku do ubezpieczonych uwypuklają jeszcze sumy wypłat na zasiłki pieniężne. We wszystkich prawie ubezpieczalniach społecznych, a także w śląskich kasach chorych nie posiadających własnych szpitali, większość świadczeń pieniężnych stanowią zasiłki chorobowe (zwane na Śląsku zasiłkiem kuracyjnym), a znaczną mniejszość zasiłki szpitalne, zwane na Śląsku zasiłkami domowymi i kieszonkowymi. W Spółce Brackiej zaś na ogólną kwotę 1 838 tys. zł. świadczeń pieniężnych w 1935 r. zasiłki chorobowe stanowiły zaledwie 74 tys. zł. tj. 4%, zasiłki szpitalne (domowy i kieszonkowy) stanowiły 69%, świadczenia połogowe 18% i zapomogi pośmiertne (pogrzebowe) 9%. Jak zatem widzimy, olbrzymią część stanowią zasiłki wypłacane osobom, leczonym w szpitalach.

Poza przypadkami, w których leczenia szpitalnego bezwzględnie wymaga stan chorego, z reguły stosuje się w brackich kasach chorych leczenie szpitalne w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, u których choroba połączona jest z dłuższą niezdolnością do pracy. Poza tym leczenie przeprowadzają ambulatoria urządzone przy lecznicach, sieć lekarzy okręgowych (90), odpowiadających lekarzom domowym w ubezpieczalniach społecznych, oraz pozaszpitalni lekarze specjaliści (10). Jeżeli do liczby ubezpieczonych dodać liczbę inwalidów i wdów jako uprawnionych wraz z rodzinami do świadczeń chorobowych, to jeden lekarz okręgowy przypada na 1 080 ubezpieczonych; należy jednak zaznaczyć, że rodziny inwalidów i wdów są mniej liczne niż rodziny ubezpieczonych. Ubezpieczalnie społeczne liczą przeciętnie na 1 lekarza domowego 1 000 — 1 200 ubezpieczonych.

Na ogólną ilość 261 648 zachorowań w 1935 r. w obydwóch bractwach górniczych (cyfra obejmuje osoby uprawnione do świadczeń tylko z ubezpieczenia chorobowego, a więc ubezpieczonych i ich rodzin, a nie obejmuje inwalidów z rodzinami, którzy korzystali z leczenia na r-k ubezpieczenia pensyjnego) przypadało na chorych, którzy korzystali:

	z leczenia szpitalnego i sanatoryjnego	z leczenia w ambulatoriach, u lek. okręg. i u lek. specjalistów	Razem
Spółka Bracka	23 602	219 355	242 957
Pszczyńskie Bractwo Górnicze . . .	1 890	16 801	18 691
Razem .	25 492	236 155	261 648

Z tego widzimy, że prawie 10% (ściślej 9,7%) ogólnej ilości zachorowań było leczonych w zakładach leczniczych. Gdyby wziąć w rachubę tylko wypadki zachorowań u samych tylko ubezpieczonych, to z przyczyn wyżej podanych stosunek ten wzrósłby do 15%.

W artykule dr. Jerzego Bujalskiego pt. „Uwagi o lecznictwie zakładowym w ubezpieczeniu na wypadek choroby" (Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr 9 z 1936 r.) podane są w tablicy Nr 2 m. in. liczby leczonych w 1935 r. w zakładach leczniczych w stosunku do 1 000 ubezpieczonych w poszczególnych ubezpieczalniach społecznych; najwyższą normę wykazuje Ubezpieczalnia Społeczna w Sosnowcu, bo 179.04. W Śląskich bractwach górniczych cyfra ta dla 1935 r. jest więcej niż 2 krotnie wyższa, bo wynosi 413,6. W obliczeniu tej liczby wzięto wszystkie przypadki leczenia zakładowego, a więc ubezpieczonych oraz członków ich rodzin, gdyż wskazana tablica zawiera bodaj również leczenie ubezpieczonych oraz członków ich rodzin. Dla informacji można dodać, że na 25 492 przypadków leczenia zakładowego w bractwach górniczych — 20 279 pacjentów to ubezpieczeni, a 5 213 — członkowie ich rodzin.

W tejże pracy w tablicy Nr 1 podano wg województw m. in. liczby leczonych w zakładach leczniczych w stosunku do 1 000 uprawnionych do świadczeń ze społecznego ubezpieczenia chorobowego. Z tablicy tej wynika, że przeciętnie dla całej Polski (tylko bez G. Śląska) na 1 000 uprawnionych z ubezpieczenia chorobowego leczyło się w zakładach leczn. 49,7 osób; najwyższa liczba wg województw sięga 75,5. Dla omawianych górniczych kas chorych liczba leczonych w zakładach leczniczych na 1 000 uprawnionych wynosi **127,4.**

Dla ułatwienia ewentualnych porównań z ciekawymi materiałami, zawartymi w powołanej pracy, było by dobrze porównać również liczby, ilustrujące ilość porad lekarskich, przypadających na jedno skierowanie do leczenia zakładowego. Sprawozdania jednak bractw górniczych, a zwłaszcza bardzo zresztą szczegółowe i wyczerpujące sprawozdanie Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach, właśnie liczby porad lekarskich nie podają, operując jako jednostkami miary swej działalności leczniczej przede wszystkim ilością przypadków zachorowania (ilością pacjentów) oraz ilością dni leczenia.

Dla uzupełnienia porównawczego obrazu z materiałem, zawartym w powyższej pracy dr. Bujalskiego, podamy jeszcze liczby, odpowiadające zestawieniu, zawartemu w tablicy Nr 3 tej pracy, a wyżej jeszcze nie podane.

Na jednego ubezpieczonego wydano w 1935 r. na leczenie zakładowe w Spółce Brackiej w Tarnowskich Górach 139,1 zł., a jeśli odrzucić płaconą przez kasę chorych kasie pensyjnej tenutę dzierżawną za użytkowanie szpitali oraz udział zakładów leczniczych w kosztach dyrekcji, — 77,2 zł.; w Pszczyńskim Bractwie Górniczym wydano na 1 ubezpieczonego na ten cel 121,1 zł. (wraz z kosztami oprocentowania kapitału ulokowanego w szpitalach). Jak widzimy, przy tej miarze spośród wszystkich instytucyj ubezpieczenia chorobowego otrzymujemy także największą normę wydatków w bractwach górniczych. Najwięcej łożąca na leczenie zakładowe Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie wykazuje w 1935 r. na 1 ubepieczonego 17,98 zł. z tendencją na przestrzeni lat 1932 — 1936 spadającą. Przeciętna dla wszystkich ubezpieczalni społecznych wynosiła w 1935

r. 12,02 zł., a na przestrzeni wskazanych lat też wykazuje tendencję zniżkową. Bractwa Górnicze zaś wydatki szpitalne utrzymują na mniej więcej stałym poziomie. W górnośląskich kasach chorych przemysłowych (bez kas brackich) przeciętna wydatków na leczenie zakładowe na 1 ubezpieczonego wynosiła w 1935 r. 41,58 zł.; co do ogólno-miejscowych i wiejskich kas chorych brak danych w sprawozdaniach.

Zaznaczyć trzeba, że wyżej podano również liczbę odnoszącą się do Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach, a obliczoną na podstawie tylko tzw. kosztów własnych (bezpośrednich) Spółki tj. przy wyeliminowaniu kosztów dzierżawy nieruchomości szpitalnych (ze specjalnych względów wygórowanych), aby uniknąć zarzutu sztucznego podwyższania omawianych liczb. Nie będzie to jednak miara zupełnie właściwa, gdyż „koszty własne" lecznic należy podwyższyć o właściwy odsetek na amortyzację i oprocentowanie kapitału; te bowiem elementy wchodzą zwykle w kalkulację wszystkich taks szpitalnych. Przy porównywaniu wydatków szpitalnych trzeba mieć m. in. na uwadze, że ubezpieczalnie społeczne korzystają z 15% opustu w szpitalach publicznych.

Ogólne wydatki na leczenie zakładowe oraz liczbę osób leczonych przez bractwa górnicze w zakładach leczniczych podano już wyżej. Przeciętny koszt leczenia jednego pacjenta w Spółce Brackiej, (jeżeli wziąć w rachubę tylko koszty własne spółki), wynosił 188,51 zł. (przy doliczeniu kosztów dalszych — 331,04 zł.), a w Pszczyńskim Bractwie 179,88 zł. (przy doliczeniu kosztów dalszych — 256,66 zł.), wobec przeciętnej w całej Polsce 113,9 zł. i największej w Ubezpieczalni Społecznej w Radomiu 169,5 i najniższej w Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie 41,4 zł. Do liczb, odnoszących się do ubezpieczalni społecznych, podaje dr. Bujalski we wspomnianym artykule cały szereg słusznych uwag i zastrzeżeń, tam też odsyłamy szukających bliższej analizy. Przeciętny okres leczenia szpitalnego (bez sanatoriów) jednego pacjenta z grupy ubezpieczonych i ich rodzin (choroby zlikwidowane) wynosił w Spółce Brackiej — 29 dni.

Interesującą jest rzeczą, w jakim stopniu brackie zakłady lecznicze są wykorzystane i jak się to przedstawia w stosunku do innych podobnych zakładów.

Sprawozdania Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach oraz sprawozdania Związku Górnośląskich Kas Chorych Przemysłowych podają miarę wykorzystania zakładów leczniczych w postaci stosunku łóżek obłożonych do ogólnej liczby łóżek.

Wyżej podano, że zakłady lecznicze Spółki Brackiej posiadają 2 841 łóżek w szpitalach i 197 w sezonowych sanatoriach. Na tę ilość łóżek wypadło w 1935 r. 710 455 dni leczenia w szpitalach (faktycznych dni tj. po obliczeniu tzw. dni urlopowych) oraz 31 313 dni leczenia w sanatoriach. Przeciętne obłożenie dla wszystkich tych zakładów wynosiło **69,91%**, a dla samych szpitali (bez uzdrowisk) — **68,6.**

W szpitalach Pszczyńskiego Bractwa Górniczego na 2 szpitale o 240 łóżkach dni leczenia było 52.511. Przeciętne obłożenie łóżek 59,94%. To stosunkowo niskie obłożenie tłumaczy w dużym stopniu fakt uruchomienia w pełni jednego ze szpitali (w Mikołowie) — po dłuższym niewykorzystywaniu go — dopiero w połowie 1935 r. Dla informacji dodać można, że w 6 szpitalach i jednym uzdrowisku, stanowiących własność pozostałych przemysłowych kas chorych na G. Śląsku, na ogólną ilość łóżek 584 — dni leczenia było 122511; obłożenie łóżek przeciętnie 57,47%.

Dr J. Bujalski we wskazanej już pracy pt. „Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych", stanowiącej bodaj jedyną skarbnicę wiadomości z zakresu polskiego szpitalnictwa, przyjmuje, jako miarę stopnia wykorzystania szpitali, stosunek ilości dni leczenia do pojemności szpitala. Pojemnością nazywa iloczyn z pomnożenia liczby łóżek przez 330; w ten sposób obliczoną pojemność autor traktuje jako maksymalną, uważając przekroczenie jej za niedopuszczalne i mogące się odbić na poziomie obsługi chorych. Przyjęta przez dra Bujalskiego miara wykorzystania szpitali wydaje się oczywiście słuszniejsza, zważywszy na remonty, dezynfekcje itp. przyczyny, powodujące absolutną niemożliwość dysponowania łóżkiem szpitalnym przez pełne 365 dni w roku.

Obliczona w powyższy sposób pojemność szpitali oraz ich stopień wykorzystania przedstawia się dla 1935 r. jak następuje (szpital w Mikołowie pomijamy wobec późnego uruchomienia go):

Szpital	Ilość łóżek	Ilość łóżek obłożonych przeciętnie	Obłożenie w %	Ilość dni leczenia	Pojemność	Stopień wykorzystania w %%
Sp. Br. Bliszowice	247	181	73,3	66 151	81 510	81,2
Chorzów	529	396	74,9	144 426	174 570	82,7
Katowice	509	327	64,2	119 525	167 970	71,2
Knurów	233	137	58,8	49 731	76 890	64,7
Mysłowice	131	114	87,0	41 438	43 230	95.9
Rybnik	227	161	70,9	58 581	74 910	78,2
Rydułtowy	298	195	65,4	71 126	98 340	72,3
Siemianowice	162	143	88,3	52 402	53 460	98,0
Piekary Śl. (Szarlej)	315	181	57,5	65 880	103 950	63,4
Wodzisław	190	113	59,5	41 195	62 700	65,7
Razem Szpitale Sp Brackiej	2 841	1 948	68,6	710 455	937 530	75,8
Murcki Pszcz. Brac. Górn.	110	98	89,0	35 818	36 300	98,7

W wykazie tym pominięto sanatoria Spółki Brackiej, gdyż są one czynne nie przez cały rok, oraz szpital Pszczyńskiego Bractwa Górniczego w Mikołowie, z powodu pełnego uruchomienia go dopiero w połowie 1935 r.

Wyliczone w powyższym wykazie wykorzystanie szpitali różni się nieco od odnośnych cyfr, zawartych w tablicy VI cytowanej pracy dr Bujalskiego ze względu na przyjęcie do obliczeń innego okresu rachunkowego.

Stopień wykorzystania szpitali Spółki Brackiej wy-

nosi przeciętnie 75,8%. W roku 1936 wg otrzymanych informacyj wykorzystanie nieco wzrosło. Nie mniej jednak konstatujemy niepełne wykorzystanie łóżek szpitalnych. Najsłabiej były wykorzystane szpitale w Szarleju (najlepiej uposażony szpital) bo w 63,4%, w Knurowie — 64,7% oraz w Wodzisławiu (dla płucnochorych) — 65,7%.

Okazuje się jednak, że to stosunkowo małe wykorzystanie szpitali Spółki Brackiej jest większe od innych śląskich zakładów leczniczych o podobnym charakterze. Naprzykład szpitale przemysłowych kas chorych (584 łóżek) wykazują na 1935 r .66,4% wykorzystania. Dr Bujalski w powołanej pracy podaje przeciętne wykorzystanie szpitali społecznych (do tej kategorii należą właśnie szpitale instytucyj ubezpieczeń społecznych) w Województwie Śląskim na 70,6%, a w całym Państwie 71,9% dla okresu 1/4 1934 — 31/III 1935 r. Wynika z tego, że w każdym razie wykorzystanie lecznic Spółki Brackiej znajduje się jeszcze powyżej przeciętnej.

W ścisłym związku z procentem wykorzystania łóżek szpitalnych pozostaje przeciętna liczba dni leczenia na jednego pacjenta. Ogólna przeciętna czasu leczenia wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach Spółki Brackiej i zlikwidowanych w 1935 r. wynosi 27,4 dni. Ogólna zaś przeciętna czasu leczenia (pobytu) dla całego Państwa wynosi 25,9 dni; liczbę tę obliczono z tabl. III wskazanego źródła, przy czym podana tam jest ilość leczonych w ogóle, co nie odpowiada ilości chorób zlikwidowanych. Przy wzięciu pod uwagę tylko chorób zlikwidowanych liczba ta byłaby nieco większa. Przeciętny zatem czas leczenia zakładowego jest w szpitalach Spółki Brackiej nieco wyższy od norm ogólnych.

Przeciętny czas leczenia dla poszczególnych kategorii (grup) pacjentów w lecznicach Spółki wykazuje znaczne różnice. Dla ubezpieczonych bowiem 31,4 dni, dla członków rodzin, inwalidów i pacjentów obcych 19,3 dni. To są liczby oparte na ogólnej ilości dni leczenia, nie wyłączając tzw. dni urlopowych, których na ogólną ilość dni leczenia w zakładach Spółki Brackiej 766.625 przypadało aż 24.857. Podana wyżej tablica, ilustrująca stopień wykorzystania szpitali zawiera ilość faktycznych dni leczenia, przebytych w zakładzie leczniczym, tj. po odrzuceniu dni urlopowych. Jeżeli odrzucić dni urlopowe, to czas leczenia jednego pacjenta w szpitalach Spółki Brackiej wyniesie przeciętnie dla wszystkich chorych **25,9** faktycznych dni leczenia; dla ubezpieczonych zaś 29,9, dla członków rodzin 18,2 i dla wszystkich innych 18,7 dni leczenia.

Przeciętna ogólna lecznic Spółki wynosi jak zaznaczono 27,4 dni leczenia na pacjenta. Przeciętny czas leczenia zakładowego w całej Polsce wynosi 25,9 dni przy czym dla zakładów leczniczych komunalnych wynosi ona 26,5 i dla społecznych 22,0 dni leczenia. Norma Spółki Brackiej jest zatem nieco wyższa od przeciętnej dla całego Państwa, a znacznie wyższa od przeciętnej normy w zakładach społecznych; jest natomiast zbliżona, choć nieco niższa, do normy w zakładach komunalnych. To zestawienie wskazywałoby na to. że przeciętny czas leczenia pacjenta w szpitalach Spółki Brackiej trzeba ocenić jako wysoki. Trzeba bowiem zwrócić uwagę że na przeciętną dla całego Państwa, a w jeszcze większym stopniu dla zakładów komunalnych wpływa leczenie psychicznie chorych, które trwa bardzo długo; łóżka dla chorych neurologiczno-psychiatrycznych stanowią 22% ogólnej ilości łóżek szpitalnych w Polsce, przy czym 2/3 ogólnej ilości tych łóżek są w posiadaniu komunalnych zakładów leczniczych.

Oczywista rzecz, że wysoka przeciętna czasu leczenia w zakładach Spółki Brackiej ma swoje uzasadnienie. Na ogólną przeciętną wszystkich pacjentów, jak już wskazano, decydująco wpływa wysoki czas leczenia członków Spółki, to jest samych ubezpieczonych. Wskażemy tutaj parę przyczyn, które naszym zdaniem tłumaczą te cyfry.

Przede wszystkim wypada zaznaczyć, że pacjenci lecznic Spółki Brackiej rekrutują się z jednego środowiska, z jednej grupy mieszkańców, mieszkających i pracujących w tych samych warunkach. Nie ma więc w omawianych lecznicach wyrównania, jakie spotykamy w lecznicach np. komunalnych, gdzie pacjenci rekrutują się z różnych grup społecznych, o różnym stanie zdrowotności.

Duży odsetek leczonych w lecznicach ubezpieczonych (około 30%) — to uszkodzeni wskutek wypadków przy pracy, a że w górnictwie zarówno częstotliwość jak i ciężkość wypadków (uszkodzenia kręgosłupa, miednicy, klatki piersiowej ,kończyn dolnych i górnych) jest duża, przeto przeciętny czas leczenia chorych wypadkowych jest znaczny (31,8 dni) i wpływa na przeciętny okres leczenia wszystkich ubezpieczonych, leczonych w szpitalach Spółki.

Poza tymi przyczynami odgrywa tu znaczną rolę również świadoma polityka kierownictwa instytucji. Zaznaczono bowiem na wstępie, że bractwa górnicze wykonywają zarówno ubezpieczenie chorobowe jak i emerytalne. Każdy zatem członek obecnie leczony będzie w przyszłości klientem instytucji jako pensjonista (rencista), albo sam albo też jego rodzina. Nawet więc w interesie fiskalnym instytucji leży troska o taki stan zdrowia swych członków, aby moment niezdolności do pracy (zawodowej) względnie śmierci możliwie dalej odsunąć. Nie potrzeba zaś dodawać, że najskuteczniejszym i najpewniejszym systemem lecznictwa dla zapewnienia sobie tego celu jest leczenie zakładowe.

Liczby o długim okresie leczenia świadczą też niewątpliwie o stanie zdrowotności wśród górników; stosowane w górnictwie od szeregu lat tak zwane turnusy, w czasie których górnik jest pozbawiony zarobku nie przyczyniają się także do utrzymania zdrowotności na odpowiednim poziomie.

Celem zobrazowania kosztów utrzymania szpitali brackich podamy tablicę ilustrującą wydatki ogólne oraz roczne koszty utrzymania jednego łóżka i koszt jednego dnia leczenia.

Tablica ta wymaga następujących wyjaśnień: 1) ilość dni choroby w lecznicach Spółki Brackiej stanowi ilość faktycznych dni choroby tj. bez dni urlopowych, 2) koszty bezpośrednie nie uwzględniają w tych lecznicach wydatków na dzierżawę nieruchomości szpitalnych i kosztów administracyjnych dyrekcji Spółki, związanych z administracją lecznic, 3) koszty rocznego utrzymania jednego łóżka oraz koszt jednego dnia leczenia, obliczono także tylko na podstawie kosztów bezpośrednich, 4) uzdrowiska w Goczałkowicach i Jastrzębim Zdroju są sezonowe, 5) przy każdym ze szpitali Spółki Brackiej prowadzone jest ambulatorium, 6) szpital w Mikołowie nie był w 1935 r. cały rok czynny.

Poza tym do właściwego czytania liczb, zawartych w tablicy, należy pamiętać, że koszt jednego łóżka

Lecznice	Ilość łóżek	Ilość dni choroby	Stopień wykorzystania w %%	Koszty bezpośr. w zł	Koszt 1 łóżka w zł	Koszt 1 dnia leczenia w zł
Bielszowice	247	66 151	81,2	387 077,41	1 567,11	5,86
Chorzów	529	144 426	82,7	918 183,57	1 735,70	6,36
Katowice	509	119 525	71,2	796 598,56	1 565,03	6,66
Knurów	233	49 731	64,7	266 316,23	1 142,99	5,36
Mysłowice	131	41 438	95,9	214 213,65	1 635,21	5,17
Rybnik	227	58 581	78,2	394 793,56	1 739,18	6,74
Rydułtowy	298	71 126	72,3	325 335,76	1 091,73	4,57
Siemianowice	162	52 402	98,0	322 554,76	1 991,07	6,16
Piekary Śl. (Szarlej)	315	65 880	63,4	407 202,43	1 292,70	6,18
Wodzisław	190	41 195	65,7	284 730,01	1 498,58	6,91
Razem	2 841	710 455	75,8	4 317 005,94	1 519,54	6,08
Goczałkowice - Zdrój	107	17 451	.	52 968,41	495,03	3,03
Jastrzębie - Zdrój	90	13 862	.	79 306,30	881,18	5,72
Razem (szpitale i uzdrowiska Sp. Brackiej	3 038	741 768	.	4 449 280,65	1 464,54	6,00
Szpitale Pszczyńskiego Bractwa Górniczego						
Mikołów	130					
Murcki	110	52 511	.	339 967,92	1 416,53	6,47

i jednego dnia leczenia zależy m. in. od stopnia wykorzystania lecznic.

Jak w tablicy widać przeciętny koszt jednego łóżka we wszystkich szpitalach Spółki Brackiej obliczony tylko na podstawie wydatków bezpośrednich wyniósł 1 519.54 zł. Nie jest to zupełnie miarodajne, gdyż kwota ta nie zawiera w sobie 1° kosztów tenuty dzierżawnej, płaconej przez ubezpieczenie chorobowe (kasę chorych) ubezpieczeniu pensyjnemu, jako właścicielowi nieruchomości szpitalnych, 2° części kosztów centralnej administracji ubezpieczenia chorobowego. Tym właśnie dwum pozycjom poświęca autor cytowanej już pracy pt. „Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych..." nieco uwagi (p. str. 98) mylne, naszym zdaniem, wyciągając z nich wnioski. Jak już zaznaczono na wstępie nin. artykułu administrowane przez bractwa górnicze ubezpieczenia chorobowe i pensyjne stanowią odrębne całości finansowe z odrębnymi składkami i odrębnymi systemami świadczeniowymi. Nieruchomości szpitalne stanowią własność Kasy Pensyjnej (funduszu pensyjnego), to też z natury rzeczy korzystając z lecznic, fundusz ubezpieczenia chorobowego winien być obciążony kosztami na amortyzację i oprocentowanie kapitału i to właśnie stanowi o tenucie dzierżawnej. Zresztą autor wspomnianej pracy zasady tej zdaje się nie kwestionować, gdyż, wspominając na str. 94 o obciążaniu szpitali przez ubezpieczalnie społeczne kosztami amortyzacji i obsługi kapitału, nie podnosi co do tego zastrzeżeń. Szacując wartość nieruchomości lecznic Spółki Brackiej na ca 28 milionów złotych (wyżej od wykazanych w bilansie), oprocentowanie kapitału i amortyzację można przyjąć na ca 1,7 miliona złotych rocznie t. j. 6%.

Jeśli chodzi o obciążenie lecznic „udziałem w kosztach dyrekcji", to trzeba zaznaczyć, że administracja lecznic Spółki Brackiej jest w znacznym stopniu scentralizowana właśnie w dyrekcji. Takie rzeczy, jak remonty, zakupy środków żywnościowych (poza drobnymi rzeczami), materiałów itp. odbywają się centralnie i dostarczone są lecznicom według zapotrzebowania; w Dyrekcji np. znajduje się specjalny wydział techniczny, którego rzeczą jest troska o stan nieruchomości, urządzeń technicznych, o remonty itp. Ponadto zaznaczono, już, że z ogólnych wydatków kasy chorych tej Spółki około 70% stanowią wydatki na leczenie zakładowe; znaczy to, że administracja ubezpieczenia chorobowego w tej instytucji sprowadza się w przeważającej części do administracji właśnie lecznictwa szpitalnego. Rachunkowe zatem obciążenie kosztów lecznictwa zakładowego odpowiednią częścią kosztów administracji centralnej nie wydaje się całkowicie bezzasadne. W tym miejscu wypada również sprostować rachunkowy błąd, popełniony przez autora omawianej pracy przy obliczeniu kosztu jednego łóżka i jednego leczenia w szpitalu brackim w Katowicach. Autor mianowicie na str. 98 oraz w tablicy XXV podaje roczny koszt łóżka w tym szpitalu na 7 724.43 zł., a koszt dnia leczenia na 29,79 zł., wliczając do rachunku wspomniany „udział w kosztach dyrekcji" oraz „koszt używania majątku". Omyłka polega na tym, że ogólną sumę wydatków szpitala autor podzielił przez ilość łóżek jednej z klinik, a nie całego szpitala katowickiego, zawierającego ponad 500 łóżek. Spółka Bracka posiada bowiem w Katowicach, jeden zakład leczniczy, który zawiera kliniki: wewnętrzną, chirurgczną, oczną i uszną oraz składnicę sanitarną; te kliniki podane są w niektórych tablicach a m. in. w tablicy XXV powyższej pracy jako odrębne szpitale o łącznej ilości łóżek 499. Omyłkę popełniono przez to, że sumy wydatków, odnoszących się do całej lecznicy, podzielono przez niewłaściwą liczbę łóżek i dni leczenia; zamiast przez 499 podzielono przez 167 łóżek; taka sama omyłka powstała przy liczbie dni leczenia, a stąd otrzymano tak wysokie kwoty. Korygując tę omyłkę z pozostawieniem podstawowych liczb, zawartych w tej pracy, otrzymujemy roczny koszt łóżka 2 585,13 zł., w czym 1 021,32 zł. stanowią te obciążenia z tytułu dzierżawy i udziału w kosztach dyrekcji; dzień zaś leczenia nie 29,79 zł. lecz 10,36 zł.

Co do obciążenia lecznic częścią kosztów administracji centralnej, to z ogólnej sumy kosztów tej administracji 806 388.02 zł. (co stanowi w stosunku do sumy wydatków kasy chorych 6,87%, a w stosunku do skła-

dek 8,8%) można przyjąć w myśl wyżej podanych wywodów na udział lecznic ca 500 000 zł.

Razem roczne koszty dzierżawy nieruchomości szpitalnych, udział szpitali w administracji centralnej oraz stosunkowo niewielki już koszt dzierżawy części ruchomości można oszacować na ca 2 300 000 zł. Kwota realna płacona przez kasę chorych funduszowi pensyjnemu jest znacznie wyższa i co do różnicy stanowi wyrównanie na oprocentowanie kapitału, ulokowanego w lecznicach, oraz amortyzację na okres 1920 — 1927, w którym kasa chorych nie ponosiła kosztów dzierżawy. Dla ułatwienia porównań z innymi szpitalami do kwoty bezpośrednich kosztów szpitali brackich Spółki Brackiej, wykazanych w wyżej podanej tabeli, dodamy oszacowaną kwotę 2,3 miliony złotych na oprocentowanie kapitału, amortyzację i część kosztów administracji. Zamiast cyfry 4 317 005.94 otrzymujemy kwotę wszystkich wydatków okrągło 6 600 000 zł. i wtedy otrzymujemy przeciętny roczny koszt jednego łóżka szpitalnego dla wszystkich szpitali Spółki Brackiej ca 2.360 zł., a koszt dnia leczenia ca 9,3 zł. Przy wyższym liczeniu przez Spółkę kosztów dzierżawy udziału w kosztach admin. centralnej (razem 3,9 mil. zł.) roczny przeciętny koszt łóżka w szpitalach wynosi ca 2 780 zł., a koszt jednego dnia leczenia 11,1 zł.

Celem zobrazowania kosztów żywienia i leczenia chorych w brackich zakładach leczniczych, kosztów utrzymania budynków oraz niektórych innych wydatków na dzień i pacjenta podamy następującą tablicę, przy czym wzięto w rachubę tak jak w poprzedniej tablicy tylko koszty bezpośrednie.

Lecznice	Żywność	Leki	Materiały	Inwentarz		Utrzymanie budynków	Inne, przewozy chorych, porto, telef. itp.	Wydatki osobowe	Razem
				bielizna	pozostały				
	z ł o t y c h								
Bielszowice	1,58	0,52	0,64	0,41	0,16	0,08	0,07	2,40	5,86
Chorzów	1,59	0,46	0,82	0,45	0,32	0,10	0,09	2,53	6,36
Katowice	1,72	0,60	0,81	0,32	0,18	0,15	0,25	2,63	6,66
Knurów	1,48	0,24	0,74	0,63	0,09	0,12	0,11	1,95	5,36
Mysłowice	1,44	0,20	0,51	0,30	0,06	0,16	0,09	2,41	5,17
Rybnik	1,73	0,23	1,19	0,44	0,34	0,36	0,15	2,30	6,74
Rydułtowy	1,37	0,20	0,44	0,27	0,08	0,08	0,10	2,03	4,57
Siemianowice	1,45	0,49	0,97	0,46	0,16	0,16	0,10	2,37	6,16
Piekary Śl. (Szarlej)	1.67	0,62	0,83	0,32	0,13	0,08	0,14	2,39	6,18
Wodzisław	2,19	0,22	1.05	0,38	0,39	0,24	0,15	2,29	6,91
Goczałkowice (uzdr.)	1,35	0,34	0,16	0,11	0,05	0,03	0,05	0,94	3,03
Jastrzębie Zdrój	2.02	1,45	0,38	0,35	0,03	0,05	0.26	1,18	5,72
Przeciętnie dla 1— 12	*16,2*	*0,43*	*0,77*	*0,39*	*0,20*	*0,14*	*0,13*	*2,32*	*6,00*
Murcki	1,77	0,53	0,53	0,12	0,13	0,09	0,31	3,35	6,83
Mikołów	1,61	0,45	0,75	0,16	0,10	0,21	0,50	3,61	7,39

Do powyższej tablicy trzeba wyjaśnić, że 1° zarówno dla zakładów leczniczych Spółki Brackiej, jak i Pszczyńskiego Bractwa Górniczego pominięto koszty dzierżawy (wzgl. komornego) oraz koszty centralnej administracji, 2° rubryka „materiały" zawiera wydatki takie jak opał, prąd, woda, materiały do maszyn parowych, kotłów, materiały do aparatów rentgenowych, dla instytutu bakteriologicznego itp., 3° rubryka „inwentarz pozostały" zawiera wydatki na zakup aparatów rentgenowych i innych, narzędzi lekarskich, sprzęt do sal dla chorych, na sanitarki itp., 4° rubryka „utrzymania budynków", zawiera wydatki na remonty gmachów i urządzeń instalacji elektrycznej, wodociągowej, ogrzewalnej, dźwigów, maszyn kuchennych itp.

Przeciętny koszt jednego dnia leczenia wg wskazanego źródła wynosi w Polsce 5,36 zł., a dla Województwa Śląskiego 6,41 (z dodatkowymi kosztami zakładów brackich).

Żywność w Polsce przeciętnie na dzień leczenia wynosi 0,98 zł, w Warszawie 1,10 zł.; w całym woj. Śląskim 1,13 zł. Odnośnie do wysokich kosztów żywności w lecznicy w Wodzisławiu trzeba wyjaśnić, że jest to zakład dla gruźlików. Dosyć wysoką przeciętną kosztów żywności dla Spółki Brackiej tłumaczyć można w pewnym stopniu skupieniem lecznic w okręgach przemysłowych. Sprawozdania roczne Spółki Brackiej zawierają m. in. ciekawą tablicę kosztów żywności w lecznicach brackich na dzień i głowę pacjenta według grup żywności i ich wartości kalorycznej; interesujących się bliżej tą sprawą odsyłamy zatem do sprawozdań Spółki.

Koszty leków (i materiałów opatrunkowych) dla lecznic Spółki Brackiej wynoszą na dzień leczenia 0,43 zł. wobec przeciętnej dla Polski 0,38 zł., dla Warszawy 0,35 zł. i dla województwa Śląskiego 0,25 zł. Wydaje się, że na wysokość tych wydatków poważny wpływ ma duża ilość zużytkowywanych materiałów opatrunkowych, wobec znacznej ilości urazów zewnętrznych wśród ubezpieczonych.

Dosyć wysokie w lecznicach Spółki Brackiej są też wydatki na bieliznę i inny inwentarz. Wynoszą one w cyfrach bezwzględnych ca 112 zł. na łóżko rocznie (obliczone wg rachunku działalności), wliczając dwa uzdrowiska.

Koszty utrzymania budów i instalacyj wynoszą w lecznicach Spółki Brackiej 65,8 zł. na 1 łóżko rocznie (obliczone wg rachunku działalności). W szpitalach warszawskich wydatek analogiczny wynosi ca 60 zł. na łóżko. Koszty te, obliczone łącznie z wydatkami na opał, światło i wodę, dają wydatek roczny na 1 łóżko 176,1 zł, wobec przeciętnej w Polsce 180,2 zł., w woj. Śląskim 179,7 zł. i w Warszawie 277,9 zł. Przy tej okazji wypada sprostować drugą omyłkę, zawartą w cytowanej pracy dr. Bujalskiego odnośnie do szpitali brackich Spółki Brackiej. Na str. 82 mianowicie podano, że 3 lecznice Spółki Brackiej w Katowicach nie mają centralnego ogrzewania. O tym, że w Katowicach Spółka Bracka

posiada tylko jeden szpital o 4 klinikach, już wspomniano wyżej. Sprostowania wymaga jeszcze fakt posiadania centralnego ogrzewania przez ten szpital.

Obciążenie kosztami osobowymi jednego dnia leczenia wyniosło w lecznicach Spółki Brackiej przeciętnie 2,32 zł., wobec ogólnej w Polsce 1,65 zł., 1,75 zł. dla Woj. Śląskiego i 4,07 zł. dla Warszawy.

W szpitalach Spółki Brackiej (bez uzdrowisk) zatrudnionych było stałego personelu 650 osób na 2 841 łóżek szpitalnych, czyli na 10 łóżek wypada przeciętnie 2,2 osób personelu, przy przeciętnej dla Woj. Śląskiego 2,4, dla Warszawy 3,1. Rozkład personelu na poszczególne kategorie i szpitale przedstawia następująca tablica:

Szpitale	Personel lekarski	Personel sanitarny (pielęgniarze, pielęgniarki, położne)	Personel biurowy	Personel gospodarczy (maszyniści, szoferzy, praczki, kucharze, szorowaczki)	Razem
Bielszowice	4	22	6	26	58
Chorzów	11+1 aptekarz	57	13	57	139
Katowice	11+1 aptekarz	49	11	49	121
Knurów	3	11	4	20	38
Mysłowice	3	9	4	19	35
Piekary Śl. (Szarlej)	3	25	6	35	71
Rybnik	3	23	5	27	58
Rydułtowy	3	14	5	26	48
Siemianowice	3	14	5	23	45
Wodzisław	3	7	4	23	37
Razem	49 lekarzy +1 +2 aptekarzy	231	63	305	650
Murcki Mikołów	3	10	4	42	59

W szpitalach Spółki Brackiej w rubryce personelu lekarskiego podano 2 aptekarzy (apteka przy szpitalu w Chorzowie i składnica sanitarna przy szpitalu w Katowicach). Szpitale brackie prowadzą też ambulatoria, a ponadto w szpitalu w Chorzowie jest centralny instytut rentgenologiczny, a w Piekarach (Szarleju) instytut bakeriologiczny.

Personel lekarski i sanitarny w stosunku do ilości łóżek przedstawia się następująco:

Szpitale	1 lekarz na ilość łóżek		1 siła pielęgniarska na ilość łóżek	
	etatowych	obłożonych	etatowych	obłożonych
Bielszowice	61,7	45,2	11,2	8,2
Chorzów	48,1	36,0	9,3	7,0
Katowice	46,3	29,7	10,4	6,7
Knurów	77,6	45,6	21,2	12,3
Mysłowice	43,6	38,0	14,6	12,7
Piekary Śl. (Szarlej)	63,0	36,2	12,6	7,2
Rybnik	75,6	53,6	9,9	7,0
Rydułtowy	99,3	65,0	21,3	14,0
Siemianowice	54,0	47,6	11,6	10,2
Wodzisław	63,3	37,6	29,1	16,1
Przeciętnie	58,0	39,7	12,3	8,4
Murcki Mikołów	80,0	47,6	24,0	14,3

Obok przyczyn takich, jak rodzaj szpitala (przeznaczenie do leczenia takich czy innych schorzeń), jego rozplanowanie, uzbrojenie itp. ilość łóżek przypadających na 1 lekarza czy 1 siłę pielęgniarską zależy też od stopnia wykorzystania szpitala, od faktycznej ilości pacjentów. Dlatego też w powyższej tablicy obok liczby odpowiadającej ilości łóżek etatowych podano przeciętnie ilość łóżek faktycznie zajętych, jako bardziej do oceny miarodajną.

W powoływanej pracy dr. Bujalskiego znajduje się tablica grupująca szpitale wg ilości łóżek przypadających na lekarza. Okazuje się, że najliczniejsze są te szpitale, w których ilość łóżek przypadających na 1 lekarza wynosi od 20 do 29 i od 30 do 39; są to grupy mniej więcej równe ilościowo. Dalsze kolejne miejsce zajmuje grupa od 40 do 49 łóżek, następnie od 10 do 19 łóżek; inne grupy są mniej liczne.

W szpitalach Spółki Brackiej na 1 lekarza przypada 12,3 osób pozostałego personelu, z czego na fachowy personel sanitarny 4,7 osób; w całej Polsce na 1 lekarza przypada przeciętnie 2,2 osób fachowego personelu sanitarnego. Ten stosunek pomocy sanitarnej dla lekarza

w Spółce Brackiej zmienia też ocenę wystarczalności lekarzy w jej lecznicach.

Kończąc niniejszy artykuł, zaznaczamy, że pominęliśmy w nim ocenę brackiego lecznictwa zakładowego z punktu widzenia lekarskiego. Staraliśmy się tylko oświetlić zagadnienia z punktu widzenia administracyjnego nie starając się bynajmniej o wyczerpanie materiału. Materiały dotyczące lecznic brackich, czerpaliśmy z bardzo wyczerpującego sprawozdania Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach, oraz ze sprawozdania Pszczyńskiego Bractwa Górniczego oraz Związku Górnośląskich Kas Chorych Przemysłowych. Materiały, dotyczące innych zakładów leczniczych czerpaliśmy z bardzo ciekawej i zawierającej masę materiału pracy dr. Bujalskiego. (wyżej już cytowanej). Ponadto trzeba zaznaczyć, że podawane liczby z tych dwóch źródeł informacji niezupełnie pokrywają się co do okresu, branego w rachubę; cyfry odnoszące się do zakładów brackich dotyczą roku kalendarzowego 1935, cyfry zaś cytowane z pracy dr. Bujalskiego dotyczą okresu 1.IV. 1934 — 31.III. 1935 r. Również należy się odwołać do wszystkich zastrzeżeń, jakie czyni autor wspomnianej pracy, co do sumarycznej oceny liczb, mających ilustrować działalność leczniczą i gospodarczą szpitali.

MARIAN WISŁOCKI

ROZPORZĄDZENIE
O ZAKŁADACH UBOCZNYCH ŚCIŚLE Z ROLNICTWEM ZWIĄZANYCH

W Dzienniku Ustaw R. P. Nr 16 z dnia 5 marca 1937 r. ukazało się pod pozycją 107 rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 lutego 1937 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu oraz z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych w sprawie zakładów ubocznych ściśle z rolnictwem związanych a nie posiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego. Rozporządzenie to będąc rozporządzeniem wykonawczym do art. 6 ust. (3) pkt. 1 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie rozporządzenia o charakterze raczej porządkowym, którego przepisy nie mogą mieć wpływu na najistotniejszą dziedzinę ubezpieczeń powołaną ustawą normowanych, tj. na zakres ubezpieczeń. Bliższe zapoznanie się z treścią tego rozporządzenia, oraz z treścią ustawy na których się ono opiera wyjaśnia odrazu, że jest to rozporządzenie o charakterze zasadniczym, normującym pośrednio zakres ubezpieczenia w odniesieniu do bardzo poważnej grupy osób, osób stojących na pograniczu pomiędzy robotnikami rolnymi, a robotnikami przemysłowymi, które to dwie grupy tak bardzo się między sobą różnią jeżeli chodzi o zakres w jakim są one objęte obowiązkiem ubezpieczenia.

Dlatego też słusznym się wydaje poświęcenie powołanemu rozporządzeniu nieco więcej uwagi i bliższe rozpatrzenie nie tylko jego przepisów, lecz również przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz przepisów rozporządzenia, które poprzednio w tym zakresie obowiązywało.

Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, zarówno w brzmieniu pierwotnym (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) jak i w brzmieniu znowelizowanym rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr 95, poz. 855) wyłączając pracowników rolnych z ubezpieczenia emerytalnego oraz z ubezpieczenia chorobowego, potraktowała jako pracowników rolnych również pracowników zatrudnionych w zakładach pracy ściśle związanych z gospodarstwami rolnymi, leśnymi, ogrodowymi, hodowlanymi i rybnymi, o ile te zakłady pracy nie posiadają przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego. Ustawa, nie określając bliżej jakie zakłady pracy należy uważać za odpowiadające tym wymogom, powierzyła Ministrowi Opieki Społecznej ustalenie w drodze rozporządzeń wydawanych w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu i Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych rodzai tych zakładów pracy. Rozporządzenia te pośrednio określają tedy grupę osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w ograniczonym zakresie, t. zn. podlegających tylko ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu. Na podstawie omawianych przepisów ustawy wydane zostało przez Ministra Opieki Społecznej rozporządzenie z dnia 19 stycznia 1934 r., które ogłoszone zostało w Dz. U. R. P. Nr 11, poz. 95. Ustaliło ono rodzaje zakładów pracy, w których pracownicy winni być uważani za pracowników rolnych, podając w pierwszym rzędzie kryteria ogólne, którym winny odpowiadać zakłady pracy celem uznania ich za zakłady pracy ściśle z rolnictwem związane, a nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego (§ 1 ust. 1), — oraz wyliczając szczegółowo rodzaje tych zakładów (§ 1 ust. 2).

Jako kryteria ogólne podawało rozporządzenie:

1) położenie zakładu pracy na obszarze gospodarstwa rolnego, leśnego, ogrodowego, hodowlanego lub rybnego,

2) prowadzenie go na rachunek właściciela, dzierżawcy lub użytkownika gospodarstwa, na którego obszarze jest położony,

3) przerabianie wyłącznie produktów gospodarstw rolnych, leśnych ogrodowych, hodowlanych lub rybnych — a przy tym w przeważającej mierze produktów gospodarstwa na którego obszarze zakład ten jest położony,

4) niepodleganie obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego.[1])

Posiadanie tych cech nie było wystarczającym, zakład pracy musiał bowiem ponadto należyć do jednego z szczegółowo wyliczonych rodzai zakładów pracy. Ro-

---

[1]) Porównaj uwagę[3]).

dzaje te były następujące: gorzelnie, krochmalnie, płatkarnie, suszarnie, wędzarnie, syropiarnie, przetwórnie warzyw i owoców, mleczarnie, tartaki, cegielnie, młyny i wiatraki.

Z podanych wyżej 4-ch kryteriów ogólnych 3 pierwsze są jasne i nie wymagają bliższego omówienia, 4-te zaś a zarazem i ostatnie kryterium „nie podleganie obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego" musi być bliżej wyjaśnione, przy czym musimy w tym celu posłużyć się przepisami kodeksu handlowego.

W myśl przepisów kodeksu handlowego (Dz. U. R. P. z 1934 r. nr. 57 poz. 502) kupiec rejestrowy, t. zn. ten kto we własnym imieniu prowadzi przedsiębiorstwo zarobkowe w większym rozmiarze (art. 4), obowiązany jest wpisać się do rejestru handlowego (art. 6). Jakie przedsiębiorstwa uważa się za prowadzone w większym rozmiarze kodeks handlowy nie wyjaśnia, pozostawiając unormowanie tej kwestii przepisom wykonawczym.

Z uwagi na to, że przepisy wykonawcze do kodeksu handlowego normujące obowiązek wpisu do rejestru handlowego nie były jeszcze ogłoszone w chwili wejścia w życie omawianego rozporządzenia i o obowiązku wpisu do rejestru handlowego decydowały przepisy wydane na zasadzie norm, obowiązujących przed wejściem w życie przepisów cytowanego kodeksu handlowego — omawiane rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej zawierało przepis przejściowy (§ 1 ust. ostatni), w myśl którego do czasu wydania powyższych przepisów wykonawczych do kodeksu handlowego zakłady pracy, podlegające bieżąco obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego, jeśli odpowiadały warunkom podanym w § 1 ust. 1 pkt. 1 — 3 rozporządzenia i nie były prowadzone w większym rozmiarze, mogły być przez właściwego wojewodę uznane, do czasu wydania rozporządzenia o przedsiębiorstwach zarobkowych prowadzonych w większym rozmiarze, za zakłady pracy nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego.

Zwrócić należy uwagę na zawarty w powyższym przejściowym przepisie warunek „nie prowadzenia zakładu w większym rozmiarze". Warunek ten bowiem ilustruje w zestawieniu z przepisami art. 4 kodeksu handlowego („kupiec, który prowadzi przedsiębiorstwo zarobkowe w większym rozmiarze, jest kupcem rejestrowym"), w sposób wyraźny intencję jaką miał ustawodawca wprowadzając jako jeden z warunków uznania zakładu pracy za nie posiadający przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego — nie podleganie obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego.

Skoro bowiem zarówno kodeks handlowy w art. 4 § 1 mówi, przy sposobności określania pojęcia kupca rejestrowego, o warunku prowadzenia przedsiębiorstwa zarobkowego w większym rozmiarze i ten sam warunek zawiera przepis przejściowy omawianego rozporządzenia z 19.I.1934 r., to oczywistym staje się, że intencją ustawodawcy przy wprowadzaniu warunku „nie podlegania obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego" było wyłączenie zakładów pracy odpowiadających warunkom zawartym pod 1 — 3, a prowadzonych w większym rozmiarze.

Omawiany 4-ty warunek stanowi również najbardziej zasadniczą różnicę pomiędzy gospodarstwem rolnym, leśnym itd. a zakładami ubocznymi. Kodeks handlowy wyraźnie wyłącza bowiem „gospodarstwa rolne" z pojęcia „przedsiębiorstwo zarobkowe", postanawiając w art. 2 § 2, że „gospodarstwa rolnego nie uważa się za przedsiębiorstwo zarobkowe" — przy czym w rozumieniu kodeksu handlowego (art. 2 § 3) „gospodarstwem rolnem.... jest również gospodarstwo leśne, ogrodowe, hodowlane, rybne, łowieckie lub pszczelarskie" — i w konskwencji dalszej zawiera przepis, że „kto prowadzi gospodarstwo rolne w większym rozmiarze może być na swe żądanie wpisany do rejestru handlowego i przez wpis staje się kupcem rejestrowym. Może on w każdym czasie żądać wykreślenia wpisu i przez wykreślenie przestaje być kupcem" (art. 7 § 1). Odmiennie natomiast traktuje kodeks handlowy właściciela gospodarstwa rolnego, związanego z przedsiębiorstwem ubocznym prowadzonym w większym rozmiarze, postanawiając, że „jeżeli z gospodarstwem rolnym związane jest przedsiębiorstwo uboczne, prowadzone w większym rozmiarze, prowadzący je jest kupcem rejestrowym" (art. 8). Jak widać z zacytowanych przepisów, właściciel gospodarstwa rolnego, prowadzonego w większym rozmiarze może być kupcem rejestrowym, zaś właściciel zakładu ubocznego, związanego z gospodarstwem rolnym, prowadzonego w większym rozmiarze, musi być kupcem rejestrowym, podlega bowiem z mocy przepisów prawnych obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego.

Przepisy omawianego rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z 19.I.1934 r. zawierały tedy istotne momenty wyróżniające zakład uboczny, który charakterem swym zatracił cechy dodatkowego zakładu pracy, służącego jako pewnego rodzaju uzupełnienie dla całokształtu gospodarstwa rolnego, stanowiąc sam w sobie jednostkę gospodarczą o przeważającym charakterze przemysłowym lub handlowym, której pracownicy są w konsekwencji robotnikami przemysłowymi nie zaś rolnymi, i jako tacy winni być ubezpieczeni w pełnym zakresie.

Stan ten uległ zmianie z chwilą wejścia w życie rozporządzenia wykonawczego do kodeksu handlowego (art. 4 § 2), wydanego przez Ministra Przemysłu i Handlu dnia 2 lipca 1934 r. w porozumieniu z Ministrami Skarbu, Sprawiedliwości oraz Rolnictwa i Reform Rolnych (Dz. U. R. P. nr. 60, poz. 515), określającego kryteria przedsiębiorstw w większym rozmiarze. Rozporządzenie to określa m. in., jakie przedsiębiorstwa związane z gospodarstwami rolnymi, uważa się za prowadzone w większym rozmiarze, postanawiając, że „za przedsiębiorstwa zarobkowe, prowadzone w większym rozmiarze, uważa się.... przedsiębiorstwa uboczne związane z gospodarstwem rolnem, które w myśl ustawy o państwowym podatku przemysłowym zaliczone zostały do przedsiębiorstw przemysłowych kategoryj I — V, jeżeli te przedsiębiorstwa uboczne przerabiają ponad 50% produktów, nie pochodzących z gospodarstw rolnych, należących do właściciela przedsiębiorstwa".

Rozporządzenie przyjmując tedy jako jeden z warunków uznania przedsiębiorstwa ubocznego związanego z gospodarstwem rolnym, za przedsiębiorstwo zarobkowe w większym rozmiarze, przerabianie ponad 50% produktów nie pochodzących z gospodarstw rolnych należących do właściciela przedsiębiorstwa, przyjęło kryterium węższe od zawartego w § 1 pkt. 3 rozporządzenia z 19.I.1934 r. „przerabianie w przeważającej mierze produktów gospodarstwa na którego obszarze przedsiębiorstwo (zakład pracy) jest położone".

Skutkiem takiego ujęcia definicji przedsiębiorstw

ubocznych związanych z gospodarstwem rolnym, prowadzonych w większym rozmiarze było, że warunek zawarty w § 1 pkt. 4 rozporządzenia z 19.I.1934 r. stracił wszelkie znaczenie, każdy bowiem zakład pracy związany z rolnictwem spełniający warunki zawarte w punktach 1 — 3 tegoż rozporządzenia, wymagane dla uznania zakładu za nie posiadający przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, musiał w konsekwencji spełniać również warunek zawarty we wspomnianym pkt. 4. Faktycznie odpadł więc ten najważniejszy warunek nie prowadzenia zakładu w większym rozmiarze, który — jak to wyżej przedstawiliśmy — w sposób najistotniejszy wyodrębniał te zakłady pracy z rolnictwem związane, które nie stanowiły pewnego uzupełnienia dla całokształtu gospodarstwa i były samowystarczalnymi jednostkami gospodarczymi.

Pozostałe trzy warunki spełniać mogły rolę tylko w stosunku do grupy zakładów pracy, posiadających bezsporne cechy zakładów przemysłowych, a więc do zakładów, które znajdowały się poza terenem gospodarstwa rolnego, prowadzone były na rachunek osoby obcej itp. Warunek zawarty w pkt. 3 stracił jednak również na swym znaczeniu, jeżeli bowiem zakład pracy znajdował się na terenie mniejszego gospodarstwa rolnego, a przeznaczony był na przeróbkę produktów na większą skalę, przerabianie w przeważającej mierze produktów gospodarstw na których terenie zakład nie był położony było jednoznaczne z przerabianiem produktów obcych gospodarstw i pokrywało się z niewypełnianiem warunku pkt. 4; większe zaś zakłady uboczne leżące na terenie dużych gospodarstw rolnych (co miało z reguły miejsce), traktowane były jako spełniające warunek pkt. 3, przez jedno gospodarstwo rolne uważane bowiem z reguły cały kompleks gospodarstw należących do wspólnego właściciela, o ile tylko można było między poszczególnymi jednostkami gospodarczymi stwierdzić pewną łączność terytorialną.

Zmiany wprowadzone przez rozporządzenia z 2.VII.1934 r. odnośnie do kwestii obowiązku wpisu do rejestru handlowego występują tym wyraźniej skoro się uwzględni, że w myśl przepisów normujących sprawę obowiązków wpisu do rejestru handlowego przed wejściem w życie kodeksu handlowego, t. j. przed 1 lipca 1934 r., obowiązek wpisu do rejestru handlowego obowiązywał wszystkich uznanych za handlujących przez podówczas obowiązujący kodeks handlowy lub przez inne ustawy, z wyjątkiem zajmujących się handlem drobnym. Za handlującego uważany był przytym każdy, który wykonywał czynności handlowe i je jako zwykłe swe zajęcie traktował. Jako przykład szerokiego ujmowania pojęcia osoby handlującej służy orzeczenie Senatu, w którym wypowiedziano zasadę, że „wyrób cegieł z gliny, dobywanej we własnym majątku, jest czynnością handlową".[2])

Powyższe zjawisko z punktu widzenia prawnego jest bardzo ciekawe. Przepis prawny — w tym wypadku rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 19.I.1934 r. o oczywistej intencji — nie został ani uchylony ani znowelizowany rozporządzeniem Ministra Przemysłu i Handlu z 2.VII.1934 r. i nadal obowiązywał, ograniczone zostało tylko w sposób faktyczny oddziaływanie (skutkowanie) tychże przepisów, z powodu wydania innych przepisów, równorzędnych, — do których jako do opartych na odmiennych podstawach prawnych i jako normujących zupełnie odrębną dziedzinę prawną nie można było, w stosunku do przepisów rozporządzenia z 19.I.1934 r., zastosować powszechnej zasady prawnej „lex posterior derogat priori".

Intencja przepisów rozporządzenia z 19.I.1934 r. była oczywista. Miało ono na celu wyłączenie z ubezpieczenia tych robotników zakładów ubocznych związanych z rolnictwem, którzy są normalnymi robotnikami rolnymi, — przy równoczesnym objęciu ubezpieczeniem w pełnym zakresie robotników o charakterze oczywiście przemysłowym. Z uwagi na trudności z jakimi byłoby połączone precyzowanie poszczególnych kategoryj robotników, dokonane zostało to przy użyciu łatwostwierdzalnych kryteriów, kryteriów zapewniających w największym stosunkowo stopniu jednolitość postępowania, jakimi są kryteria dotyczące zakładów pracy. Normy prawne rozporządzenia z 2.VII.1934 r. nie mogły więc, z uwagi na swój charakter unormować wbrew intencji ustawodawcy zakresu osób, objętych obowiązkiem ubezpieczenia. Z drugiej jednak strony interpretacja gramatyczna przepisów rozporządzeń z 19.I. 1934 i 2.VII.1934 r. mogła powodować i powodowała spory co do obowiązku ubezpieczenia, niejedno krotnie w wypadkach, w których merytorycznie kwestia obowiązku i zakresu ubezpieczenia nie nasuwała trudności. Dotyczyło to z reguły zakładów ubocznych związanych z gospodarstwem leśnym (tartaki), które to zakłady z natury swej mają charakter zakładów przemysłowych (porównaj niżej). Oczywistą drogą do zapobieżenia temu stanowi prawnemu była nowelizacja jednego z rozporządzeń. Powstało jednak pytanie, które rozporządzenie należy znowelizować. Czy rozporządzenie z 19.I.1934 r., czy też rozporządzenie z 2.VII.1934 r. Nowelizacja rozporządzenia, które miało na celu unormowanie zagadnień zasadniczych a miało tylko tę niedogodność, że rodziło wątpliwość na zupełnie innym odcinku, a mianowicie na odcinku zagadnień ubezpieczeniowych byłaby nieuzasadnioną, dlatego też zdecydowano nowelizację rozporządzenia z 19.I.1934 r.

Nowelizacja ta z uwagi na specyficzne powody, które ją spowodowały musiała mieć również zupełnie specjalny charakter. Nie miała być to bowiem nowelizacja przepisów, polegająca na ich zmianie istotnej. Zasada bowiem na której opierały się przepisy rozporządzenia z 19.I.1934 r., że „wyłączyć można z powszechnego ubezpieczenia — uznając za robotników rolnych — tylko robotników takich zakładów pracy z rolnictwem związanych, które nadają robotnikom w nich zatrudnionych charakter robotników rolnych", jako jedynie właściwa pozostać musiała nadal podstawą, na której opierać się miały przepisy nowego rozporządzenia. Celem istotnym nowelizacji było tedy takie sformułowanie przepisów, by na tle stosowania przepisów rozporządzenia z 2.VII.1934 r. nie mogły być zakłady pracy z rolnictwem związane, posiadające charakter oczywiście przemysłowy, uznawane za nieposiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego i by w konsekwencji zatrudnieni w nich robotnicy nie byli uznawani, wbrew oczywistej intencji ustawodawcy, za robotników rolnych. Nowelizacja nie miała tedy na celu wprowadzenie zmian istotnych, a tylko zmianę brzmienia obowiązujących przepisów w sposób wykluczający stosowanie ich interpretacji gramatycznej wbrew in-

[2]) Porównaj kodeks handlowy Jana Namitkiewicza z 1927 r. wydanie III, str. 227.

tencji ustawodawcy. Miała mieć ona więc charakter interpretacji obowiązujących przepisów prawnych, których meritum miało nadal pozostać bez zmiany.

Szukać musiano tedy takich kryteriów, któreby zapewniały nowelizacji zachowanie podanego wyżej charakteru.

Takie były powody nowelizacji rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 19.I.1934 r. o zakładach ubocznych ściśle z rolnictwem związanych i takie było tło powstania rozporządzenia nowelizacyjnego z dnia 24.II.1937 r., które formalnie uchyliło moc obowiązującą poprzedniego rozporządzenia, gdyż ze względów praktycznych — jak to określono w uzasadnieniu do rozporządzenia — nowelizację przeprowadzono w formie jednolitego tekstu. Przepis więc o uchyleniu mocy obowiązującej rozporządzenia z 19.I.1934 r. jest przepisem formalnym, wydanym w konsekwencji ustalenia jednolitego tekstu, nie należy więc na nim budować twierdzenia, że fakt istnienia tego przepisu wskazuje na to, iż przepisy rozporządzenia z 19.I.1934 r. uległy merytorycznej zmianie, i że z wejściem w życie rozporządzenia z 24.II.1937 r. na innych zasadach należy ustalać kryterium zakładu pracy ściśle z rolnictwem związanego, a nie posiadającego przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego.

Wyjaśniwszy tło przejdziemy z kolei do omówienia poszczególnych przepisów rozporządzenia z 24.II.1937 r.

W § 1 w ust. (1) rozporządzenia z 24.II.1937 r. określającym kryteria ogólne uznania pewnego zakładu pracy za zakład ściśle z rolnictwem związany i nie posiadający przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, znajdujemy trzy pierwsze warunki z rozporządzenia z 19.I.1934 r. nie zmienione, zmianie uległ jedynie warunek czwarty, gdy bowiem w poprzednim rozporządzeniu brzmiał on: „nie podlega obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego" to obecnie brzmi on „nie jest wpisany do rejestru handlowego".[3])

Zmiana ta tłómaczy się omówionymi wyżej przepisami rozporządzenia z 2.VII.34 r., oraz przepisami kodeksu handlowego. Przepis ten nie może być bowiem interpretowany na korzyść właścicieli tych zakładów pracy, którzy obowiązani są wpisać się do rejestru handlowego (art. 6 kodeksu handlowego), zgodnie z zasadą prawną, że naruszenie przepisów prawnych nie może stwarzać korzyści dla naruszającego te przepisy. — W konsekwencji przepis ten obejmuje również wszystkie te zakłady, które podlegały obowiązkowi wpisu pod rządami rozporządzenia z 19.I.1934 r. Z drugiej jednak strony tekst obecny w wypadku, gdy prowadzący gospodarstwo rolne w większym rozmiarze (art. 7 K. H.) wpisze się do rejestru handlowego również jako prowadzący zakład uboczny, pozwala na uznanie tego zakładu — w myśl omówionych założeń podstawowych — za zakład nie odpowiadający warunkom zasadniczym i w konsekwencji na uznanie robotników zatrudnionych w danym zakładzie, za robotników nierolnych.

W ust. (2) § 1 wyliczającym szczegółowo rodzaje zakładów pracy, należenie do których jest dalszym warunkiem uznania zakładu związanego z rolnictwem, za nieposiadający przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, zmiana polega na zastąpieniu słów dawnego tekstu „gorzelnie" słowami: „nie połączone z rafineriami gorzelnie rolnicze". Zmiana ta jest konsekwencją przyjętej przez rozporządzenie zasady, praktyka wykazała bowiem, że jeżeli chodzi o gorzelnie połączone z rafineriami, to kryterium ogólne nie jest wystarczającym, gorzelnie takie jakkolwiek są zakładami bez wyjątku o charakterze wyłącznie przemysłowym, mogą odpowiadać warunkom kryterium ogólnego, zwłaszcza w przypadkach, gdy znajdują się na terenie dużych gospodarstw rolnych. W ustępie tym opuszczono również dwa rodzaje zakładów pracy, a to tartaki i cegielnie, dla których stworzono osobne ustępy, (3) i (4).

Treść przepisów ustępów (3) i (4), dotyczących tartaków i cegielni, wymaga dokładniejszego omówienia, przepisy tych dwóch ustępów są bowiem najistotniejszymi jeżeli chodzi o porównanie rozporządzenia z 19.I.1934 r. z rozporządzeniem z 24.II.1937 r. Wspomniane wyżej trudności w stosowaniu przepisów wykonawczych do art. 6 ust. (3) pkt. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, w brzmieniu rozporządzenia z 19.I.1934 r. powstawały prawie wyłącznie w odniesieniu do tych dwóch rodzai zakładów pracy. Wszystkie pozostałe rodzaje zakładów pracy związanych z rolnictwem, są to zakłady służące do przeróbki produktów gospodarstw rolnych, ogrodowych, hodowlanych i rybnych, które to zakłady z uwagi na charakter przerabianych produktów, jeżeli są prowadzone w dużym rozmiarze, nie ograniczają się do przeróbki produktów pochodzących z własnych gospodarstw i przerabiają produkty gospodarstw obcych (w drodze skupu lub jako zakład przetwórczy np. młyn), bądź jeżeli ograniczają się do przeróbki z reguły produktów gospodarstwa, na którego terenie zakład ten się znajduje, to w takich przypadkach są to zakłady drobne, nie mające cech zakładów przemysłowych lub handlowych Odmiennie natomiast przedstawia się sprawa z tartakami, które — jak na to ich nazwa wskazuje — przerabiają produkty gospodarstw leśnych. Cechą wyróżniającą tartak od innych zakładów ubocznych z rolnictwem związanych jest okoliczność, że drzewo do przeróbki w tartaku może być zwożone nawet z bardzo dużych odległości, co w przypadkach, gdy chodzi o rozległe gospodarstwa leśne nie będzie naruszać przepisów pkt. 3, podczas gdy do innych zakładów ubocznych z rolnictwem związanych produkty nie mogą być zwożone, z uwagi na swój charakter, ze zbyt dużych odległości. Dalszą konsekwencją był fakt, że duże tartaki przeznaczone wyłącznie na produkcję przemysłową, zatrudniające setki robotników przemysłowych, były na podstawie przepisów rozporządzenia z 2.VII.1934 uznawane za nieprowadzone w większym rozmiarze, w konsekwencji czego, robotnicy, zatrudnieni w tych tartakach, uznawani byli za robotników rolnych i jako tacy zwalniani z ubezpieczenia emerytalnego i chorobowego.

[3]) Wyjaśnić należy, że zarówno określenie „podlega obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego", jak i określenie „jest wpisany do rejestru handlowego" w odniesieniu do zakładu pracy jest pewnego rodzaju skrótem. Kodeks handlowy mówi bowiem tylko o obowiązku wpisu do rejestru handlowego kupca rejestrowego, natomiast nie mówi o wpisie zakładu pracy. Podobnie normują to przepisy wykonawcze o rejestrze handlowym (Dz. U. R. P. z 1934 r. nr. 59, poz. 511), które nakazują obowiązek wpisu do rejestru kupca, a dopiero na drugim planie traktują o przedsiębiorstwie, którego prowadzenie stwarza prawa lub obowiązek wpisu do rejestru handlowego. Dlatego też zwrot użyty w pkt. 4 „podlega obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego" oznacza, że zakład pracy jest przedsiębiorstwem zarobkowym prowadzonym w większym rozmiarze a kupiec prowadzący je jest z tego tytułu kupcem rejestrowym, obowiązanym do wpisania się do rejestru handlowego.

Dlatego też w ust. (3) rozporządzenia przyjęto w odniesieniu do tartaków oprócz kryterium ogólnego, kryterium liczby pracowników jako kryterium dodatkowe, ustalając faktycznie dodatkowe cechy tartaku prowadzonego w większym rozmiarze. W myśl tego przepisu, jeżeli przeciętna liczba pracowników w tartaku w bezpośrednio poprzednim okresie rocznym (1.I. do 31. XII) była wyższa niż 20 osób to uznaje się, że tartak ten posiada w bieżącym roku przeważający charakter przemysłowy lub handlowy, a w konsekwencji pracowników tego tartaku obejmuje się ubezpieczeniem w pełnym zakresie.

Przeciętną liczbę pracowników w roku oblicza się sumując wszystkie dniówki, przepracowane przez poszczególnych pracowników, zatrudnionych w ubiegłym roku choćby jednorazowo. Do sumy tej dolicza się również godziny nadliczbowe, licząc 8 godzin nadliczbowych za jedną dniówkę. Otrzymaną sumę dniówek dzieli się przez liczbę dni w których tartak był czynny, t. zn. w których odbywała się w tartaku normalna praca. Za dnie czynne nie należy tedy uważać dni w których przeprowadza się okresową konserwację maszyn, dni w których przygotowuje się zakład do normalnej produkcji, dni przeznaczonych na uporządkowanie zakładu po okresach sezonowej pracy itp.

Struktura tego przepisu anuluje wpływ okresowych spadków zatrudnień w dużych tartakach, oraz przejściowych wzrostów zatrudnienia w tartakach małych. Przepis o wliczaniu godzin nadliczbowych do dni pracy zapobiega przedłużaniu przez pracodawcę czasu pracy dla uniknięcia wzrostu przeciętnej liczby zatrudnionych pracowników, który to wzrost pociąga za sobą uznanie danego tartaku za posiadający przeważający charakter przemysłowy lub handlowy. Znaczenie tego przepisu ilustruje następujący przykład: tartak zatrudniał stale 18 pracowników z których każdy pracował przez 100 dni. W okresach większego nasilenia produkcji, pracownicy ci pracowali w godzinach nadliczbowych, przy czym liczba godzin nadliczbowych przepracowanych przez 1 pracownika wyniosła przeciętnie 160 godzin, t. j. 20 dniówek. Łączna suma dniówek wyniosła tedy: $18 \times 100 + 18 \times 20 = 1.800 + 360 = 2.160$ dniówek. Skoro tartak był czynny 100 dni, to przeciętna liczba robotników wynosi 21,6 (2.160 : 100), a więc przeciętnie było zatrudnionych więcej niż 20 osób.

Z uwagi na okoliczność, że mogą zajść przypadki, iż ustalenie charakteru tartaku nie może nastąpić na zasadzie przepisów ust. (3) np. niemożność ustalenia przeciętnej liczby pracowników w roku poprzednim, gdyż tartak jest nowozbudowany, rozporządzenie przewiduje w ust. (4), że w takich przypadkach o tym czy dany tartak ma być uznany za posiadający przeważający charakter przemysłowy lub handlowy, decyduje opinia inspektora pracy i Izby Rolniczej. Na przepis ten należy zwrócić uwagę, celem uniknięcia mylnej jego interpretacji. W szczególności przestrzec należy przed interpretowaniem przepisu „jeżeli charakter tartaku.. nie może być ustalony na podstawie przepisu ust. (3)" w ten sposób, że dotyczy on wszystkich wypadków w których zaistniał spór co do uznania, iż pewien tartak posiada lub nie warunki wymagane w ust. (3). Taka interpretacja bowiem odbierałaby przepisom ust. (3) wszelką rację bytu i prowadziłaby do wyłącznego opierania decyzji na opinii inspektora pracy i Izby Rolniczej, których to opinia ma charakter wyłącznie pomocniczy. Ocena tedy, czy charakter tartaku może być ustalony na podstawie przepisów ust. (3) ma dotyczyć jedynie i wyłącznie oceny faktów, które są możliwe do stwierdzenia lub nie, nie ma zaś dotyczyć oceniania, czy pewien tartak spełnia lub nie warunki podane w ust. (3).

Przepisy ust. (3) i (4) narówni z tartakami traktują cegielnie rolnicze, które również nie zostały w rozporządzeniu z 24.II.1937 r. zamieszczone w wykazie rodzai zakładów pracy, podanym w ust. (2). Cegielnie rolnicze mają specjalny charakter. W zasadzie nie przerabiają one produktów żadnego z gospodarstw rolniczych, glina bowiem nie jest w ścisłym tego słowa znaczeniu produktem gospodarstwa. Z chwilą jednak zamieszczenia cegielni w sposób wyraźny w wykazie zakładów pracy z rolnictwem związanych, glina musi być uznana za produkt gospodarstwa rolniczego. Rzecz ma się podobnie jak z tartakami. Nie umieszczenie przepisu pozwalającego na uznanie cegielni w pewnych przypadkach (te same wymogi jak w odniesieniu do tartaków) za zakład pracy ściśle z rolnictwem związany i nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, pociągnęłoby za sobą uznanie za pracowników przemysłowych — pracowników rolnych zatrudnionych okresowo w cegielni rolniczej, prowadzonej dla własnych choćby potrzeb danego gospodarstwa. Z drugiej zaś strony, stosowanie tylko wymogów ogólnych, prowadziło do wyłączania z ubezpieczenia pracowników dużych zakładów o charakterze przemysłowym. Dlatego też potraktowano cegielnie rolnicze za zakłady pracy ściśle z rolnictwem związane, a nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, na tych samych zasadach, jakie dotyczą tartaków (ust. (3)). Przepis ust. (4) ma również pełne zastosowanie do cegielni rolniczych.

Powyższe przepisy wyczerpywałyby różnice pomiędzy tekstem rozporządzenia z 19.I.1934 r. a tekstem rozporządzenia z 24.II.1937 r., wprowadzenie których ma na celu jedynie zapobieżenie sporom, jakie wynikały na tle wykonywania przepisów rozporządzenia z 19.I.1934 r. w świetle przepisów rozporządzenia z 2.VII.1934 r.

Pozostawałby jeszcze do omówienia przepis ust. (5) rozporządzenia z 24.II.1937 r., który to przepis stanowi w porównaniu z rozporządzeniem z 19.I.1934 r. pewne novum. Przepisy ust. (5) normują bowiem w sposób odmienny ogólne warunki, którym winny odpowiadać zakłady pracy, wymienione w ust. (2) a należące do spółdzielni rolniczych, dla uznania ich za zakłady ściśle z rolnictwem związane, a nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego. W myśl przepisów ust. (1) pkt. 1 — 3 § 1 rozporządzenia z 19.I. 1934 r. jak i rozporządzenia z 24.II.1937 r., zakłady pracy należące do spółdzielni rolniczych o charakterze bezspornie drobnym, mogłyby być uznane za zakłady pracy prowadzone w większym rozmiarze, a więc za posiadające przeważający charakter przemysłowy lub handlowy, np. w razie położenia zakładu nie na terenie należącym do spółdzielni lecz do jej członków. W szczególności warunek pkt. 3 byłby z reguły nie spełniany, gdyż spółdzielnie rolnicze przeważnie nie posiadają własnych gospodarstw i przerabiają produkty pochodzące z gospodarstw członków spółdzielni. Jakkolwiek z charakteru spółdzielni wynika, że członek spółdzielni jest nie jako jej współwłaścicielem, wskutek czego przy ocenianiu warunków, zawartych w cyt. pkt. 1 — 3 gospodarstwo członka spółdzielni winno być traktowane na równi z

gospodarstwem spółdzielni, tym nie mniej jednak dawne brzmienie przepisów mogło nasuwać wątpliwości. Celem więc zapobieżenia ewent. wątpliwościom, przy ustaleniu jednolitego tekstu rozporządzenia wprowadzono przepisy, które wyraźnie podkreślają stosunek członka spółdzielni do spółdzielni, przez potraktowanie gospodarstw należących do członków spółdzielni na równi z gospodarstwami należącymi do spółdzielni. Dodano jednak warunek nowy „nie zatrudniania z reguły innych osób, poza członkami spółdzielni, lub członkami ich rodzin", zapobiegając w ten sposób uznaniu dużych zakładów pracy zatrudniających stale pracowników najemnych, za zakład w mniejszym rozmiarze.

Ostatecznie różnica pomiędzy ust. (5) a ust. (1) polega na niepowtórzeniu warunku „nie wpisania do rejestru handlowego". Spółdzielnia podlega bowiem obowiązkowi wpisu do rejestru spółdzielni (ustawa z 29.X. 1920 Dz. U. R. P. z 1924 r. nr. 55, poz. 495) i uważana jest za handlującego w rozumieniu prawa handlowego. Jakkolwiek spółdzielnia nie podlega obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego, to jednak fakt wpisu jej do rejestru spółdzielni, który to rejestr częstokroć jest identyfikowany z rejestrem handlowym (rejestr prowadzi ten sam sąd handlowy, który prowadzi rejestr handlowy; podobne zasady obowiązują przy wpisie; rejestr spółdzielni nazywany jest popularnie rejestrem handlowym dla spółdzielni itp.), mogłoby prowadzić do nieporozumień, dlatego też przepis pkt. 4 ust. (1) o wpisie do rejestru został w ust. (5) pominięty.

Podkreślić w końcu należy, że każdy z zakładów pracy, należących do jednej i tej samej spółdzielni rolniczej, musi spełniać wymogi podane w ust. (5). Dlatego też jedne zakłady pracy należące do danej spółdzielni rolniczej, mogą mieć charakter zakładów ściśle z rolnictwem związanych, a inne zakłady mogą mieć przeważający charakter handlowy lub przemysłowy, w konsekwencji czego, pracownicy zatrudnieni w tej drugiej grupie zakładów pracy, podlegać będą obowiązkowi ubezpieczenia w pełnym zakresie. Da się to najlepiej wyjaśnić na przykładzie: Spółdzielnia mleczarska w N. oprócz zakładu w którym przerabia się mleko i wyrabia masło i sery, ma sklep w którym sprzedaje się produkty spółdzielni. Przy przeróbce zatrudnieni są z reguły członkowie spółdzielni, względnie członkowie ich rodzin, a pracownicy najemni zatrudniani tylko niestale i dorywczo. W sklepie natomiast zatrudniony jest stale pracownik najemny. W tym przypadku zakład posiada warunki wymagane w myśl ust. (5), zaś sklep warunków tych nie posiada, wskutek czego pracownik zatrudniony w sklepie spółdzielni podlegać winien obowiązkowi ubezpieczenia w pełnym zakresie.

Tak przedstawiałby się całokształt przepisów rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 24.II.1937 r., którego celem była nie zmiana przepisów dawnych, ale usunięcie trudności i zapobieżenie omyłkom interpretacyjnym jakie do przepisów rozporządzenia z 19.I.1934 r. się wkradały na skutek wydania rozporządzenia z 2.VII.1934 r., którego celem było tylko i wyłącznie unormowanie zagadnień z zakresu prawa handlowego, nigdy zaś zmiana zakresu ubezpieczenia, tym bardziej, że w tym kierunku rozporządzenie to nie miało żadnych uprawnień ustawowych.

DZIAŁ ORZECZEŃ LEKARSKICH

Klinika Chirurgiczna
Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie

ORZECZENIE

w sprawie wypadkowej J. L. lat 37

J. L., górnik, uległ wypadkowi w czasie pracy w kopalni w dniu 10 października 1927 r.

W czasie kiedy niósł na ramionach drewniany słup odpadł kawał węgla około 3 m. długi i ugodził L. w lewą nogę, lewe przedramię oraz twarz. Po wypadku został przewieziony do lecznicy w M., gdzie przebywał przez 11 tygodni. W orzeczeniu lekarskim, wydanym przez dra N. w dniu 30 grudnia 1927 r. stwierdzono „ograniczenie ruchomości stawu barkowego w następstwie stłuczenia i wylewu krwawego bez uszkodzenia kości". Lewy staw kolanowy był schorzały już przed wypadkiem (przewlekłe zapalenie stawu kolanowego) i z tego powodu był L. kilkakrotnie badany w szpitalu. Badanie kolana w dniu przyjęcia 10 października 1927 r. w lecznicy w M. wykazało „chód nieutrudniony, obwód prawego uda 51 cm., lewego 46½ cm., obwód prawej łydki 35 cm., lewej 34 cm.".

W dniu 30.XII.1927 r. stwierdził dr. N. w zakresie lewego stawu kolanowego wysięk, „który istniał już dawniej", silny obrzęk stawu oraz ograniczenie zgięcia do 70°. Ze względu na obecność zmian w zakresie górnego płatu lewego płuca oraz zmian na skórze ponad prawem kolanem wyrażono w tym orzeczeniu przypuszczenie, że zmiany w lewym stawie kolanowym mają tło gruźlicze. Ze względu na częściowe zesztywnienie lewego stawu barkowego oznaczył dr. N. obniżenie zdolności zarobkowej na 30% i zalecił ponowne badanie lekarskie po upływie pół roku.

W ponownym orzeczeniu lekarskim wydanym przez dra N. dnia 26 lipca 1928 r. stwierdzono obwód lewego stawu kolanowego 38½ cm., prawego 36 cm., kąt zgięcia stawu kolanowego 80°. „Wylew kolana jeszcze istnieje. Nie należał do wypadku". Ze względu na polepszenie ruchomości w stawie barkowym obniżono ograniczenie zdolności zarobkowej na 20%.

Badanie w dniu 29 stycznia 1929 r. wykazało obrzęk lewego stawu kolanowego. Obwód lewego stawu kolanowego 38 cm., wobec prawego 35 cm., kąt zginania lewego kolana 83°. Te zmiany istniały już przed wypadkiem urazowym i w przeciągu ostatniego roku nie nastąpiło pogorszenie".

23.XII.1929 r. stwierdził dr. N. nieznaczne pogor-

szenie w zakresie lewego stawu kolanowego. „Ponieważ jednakże lewy staw kolanowy już przed wypadkiem był schorowany, to też i teraz nie można owe pogorszenie uznać jako skutek wypadku". Ograniczenie zdolności zarobkowej oznaczył dr. N. na 10%. W tym czasie pracował L. jako rębacz w kopalni.

Zakład Ubezpieczeń od Wypadków w K. w orzeczeniu z dnia 6 września 1930 r. zarządził na podstawie braku ograniczenia czynności stawu barkowego wstrzymać rentę od dnia 1 kwietnia 1930 r. Uszkodzony zgłosił sprzeciw od tego orzeczenia.

Wyższy Urząd Ubezpieczeń poddał apelanta dalszemu badaniu przez lekarza sądowego dra K. w M., który w orzeczeniu swym z dnia 4 listopada 1930 r. orzekł, że uszkodzony wskutek wypadku z dnia 10 października 1927 r. jest jeszcze w jego zdolności zarobkowej ograniczony o 10% ze względu na obecność trzeszczenia w lewym stawie barkowym i łatwe męczenie się lewej ręki. „Zmiany w lewym stawie kolanowym jako istniejące przed wypadkiem już od pierwszego orzeczenia nie wchodzą w rachubę".

Podobne orzeczenie wydał dnia 26 listopada 1931 r. dr. G. zaznaczając, że „odnośnie do lewego stawu kolanowego chodzi najprawdopodobniej o zmiany gruźlicze nie pozostające w łączności z wypadkiem. Kończyna lewa dolna pozostaje stale we fleksji do 160°, z której biernie wyprostować się nie daje".

Uszkodzony wniósł o przyznanie mu wyższej renty, motywując to pogorszeniem skutków wypadków w zakresie lewej nogi i barku.

Od 14 lipca 1932 r. do 3 grudnia 1932 r. znajdował się uszkodzony w szpitalu w R., gdzie kierownik szpitala dr. K. rozpoznał zniekształcające zapalenie lewego stawu kolanowego (arthritis deformans), stwierdził, że w skutkach wypadku bez wątpienia nastąpiło znaczne pogorszenie i polecił celem ustalenia charakteru procesu chorobowego, toczącego się w lewym kolanie badanie rentgenograficzne. Po wykonaniu zdjęcia poleca dr. K. rozpatrzenie sprawy przez Specjalną Komisję Lekarską.

Specjalna Komisja Lekarska wydała dnia 17 listopada 1933 r. następujące orzeczenie: „Co do kolana lewego, to wykazuje ono zgrubienie i usztywnienie pod kątem 160° do 170°. Rzepka nieruchoma, silniejszy ucisk na kolano odczuwa jako ból. Badanie rentgenologiczne wykazuje ankylozę kostną stawu kolanowego, przy czym rzepka jest również kostnie połączona z kością udową. Zmiany te należy odnieść z wielkim prawdopodobieństwem do dawnej sprawy gruźliczej. Związku przyczynowego między wypadkiem a schorzeniem tym niema. Dowodem tego jest orzeczenie dra N. z 30 grudnia 1927 r., który stwierdza, że „powód już przed wypadkiem leczył się kilkakrotnie na chroniczne zmiany zapalne lewego kolana". Na podstawie tego orzeczenia Zakład Ubezpieczeń od Wypadków odrzucił pretensje uszkodzonego do podwyższenia 10%-wej renty. Powód odwołał się do Wyższego Urzędu Ubezpieczeń. „Do czasu wypadku miałem nogę zupełnie zdrową, dopiero wypadek spowodował zesztywnienie tej nogi".

W postępowaniu odwoławczym wydał orzeczenie lekarskie dr. Z. w K. dnia 17 września 1935 r. W orzeczeniu tym stwierdził zesztywnienie lewego kolana w następstwie gruźliczego zapalenia kolana, pogorszonego wybitnie przez uraz doznany podczas wypadku. „Gruźlicze zapalenie kolana niekiedy nie dające wybitnych ograniczeń w ruchomości stawu, minimalnego doznając urazu reaguje pogorszeniem w postaci zaostrzenia swoistej sprawy zapalnej. W naszym wypadku rozchodzi się z niewątpliwym prawdopodobieństwem o pogorszenie wybitne istniejącej już sprawy na skutek doznanego urazu". Utratę zdolności zarobkowej ocenił dr. Z. na 50% od dnia 28.IX.1932 r.

Na podstawie tego orzeczenia Wyższy Urząd Ubezpieczeń przyznał powodowi od 28.IX.1932 r. 50%-ową rentę.

J. L. lat 37, pozostawał w Klinice Chirurgicznej U. J. od dnia 19 sierpnia do 25 sierpnia 1936 r. dla zbadania.

Badanie przedmiotowe:

Wzrostu niskiego, budowy wątłej. Waga ciała 56 kg. Ukrwienie skóry i błon śluzowych prawidłowe. Ciepłota ciała 36,7°. Podściółka tłuszczowa dość skąpa. Gruczoły chłonne nie powiększone.

Czaszka średniomiarowa, symetryczna. Na czole dwie małe powierzchowne blizny zaledwie widoczne. Jest to pozostałość po otarciu naskórka w czasie wypadku dnia 10 października 1927 r. Źrenice okrągłe, równe, na światło i przystosowanie reagują sprawnie. Ruchy gałek ocznych prawidłowe.

Jama gardłowa, migdałki bez zmian.

Tarczyca nie powiększona.

Narząd oddechowy: klatka piersiowa długa, symetryczna. Rozszerzalność wdechowa wydatna z obydwu stron jednakowa. Wypukiem przytłumienie odgłosu opukowego ponad lewym szczytem. Dolne granice płuc na prawidłowej wysokości przy wdechu obniżają się na dwa palce. Osłuchem: ponad obydwoma szczytami zaostrzony wdech, wydech wydłużony, zaostrzony. W okolicy lewej wnęki oraz od przodu na wysokości III międzyżebrza po stronie lewej wybitne zaostrzenie szmerów oddechowych. Nad resztą powierzchni płuc pęcherzykowy wdech, wydech słyszalny. Osłuchiwanie przy kaszlu innych zmian nie wykazuje. Drżenie głosowe ponad górnym lewym płatem nieco żywsze.

Narząd krążenia: uderzenie koniuszkowe serca niewidoczne, niewyczuwalne. Granice stłumienia względnego: lewa 9½ cm. w lewo od linii środkowej ciała, prawa 4 cm. w prawo od linii środkowej, górna III żebro. Tony miarowe, bez szmerów, prawidłowo głośne i zaakcentowane. Tętno 92/min. prawidłowo napięte, równe. Ciśnienie krwi 115/70 mm. Hg.

Jama brzuszna: wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego blizna pooperacyjna długości około 15 cm. Wysklepienie powłok symetryczne. Dotykiem: brak nieprawidłowych oporów i bolesności. Wypuk ponad jamą brzuszną bębenkowy.

Narząd moczowo-płciowy bez zmian.

Kończyny górne: obydwa stawy barkowe wykazują zarysy prawidłowe.

Obwód prawego ramienia	na wysokości	dołka	pachowego	— 31	cm.
„ lewego	„	„	„	— 30	„
„ prawego	„	w połowie wysokości	„	— 28	„
„ lewego	„	„	„	— 27	„
„ prawego przedramienia	w połowie wysokości		„	— 26	„
„ lewego	„	„	„	— 25	„

Ruchy czynne i bierne w zakresie obydwu stawów barkowych w granicach prawidłowych. Przy wykonywaniu ruchów biernych przy pomocy ręki ułożonej płasko nad okolicą stawu wyczuwa się trzeszczenie przy odprowadzaniu kończyny. Objaw ten stwierdza się w lewym jak i w prawym stawie barkowym. Stawy łokciowe i garstkowe obustronnie bez zmian.

Kończyny: dolna lewa wydaje się nieco krótsza wskutek zgięcia podudzia w stawie kolanowym pod kątem rozwartym ok. 160°. Podudzie jest w stawie kolanowym lekko doprowadzone ku linii środkowej. Mięśnie uda są zanikłe, wiotkie.

Obwód prawego	uda w połowie	47	cm.,
„ „	kolana	37	„
„ „	podudzia w połowie	35	„
obwód lewego	uda	41	„
„ „	kolana	38	„
„ „	podudzia	35	„

Skóra okolicy kolana jest prawidłowa. Ciepłota skóry nie podniesiona. Części miękkie otaczające staw nie są zgrubiałe. Nie stwierdza się obrzęku okolicy kolana, przetok, blizn po przetokach. Okolica kolana na ucisk nie bolesna. Rzepka zrośnięta jest z podstawą, nie daje się przesuwać. Wszelkie ruchy w zakresie kolana tak czynne jak i bierne są zniesione. Inne stawy kończyny dolnej lewej oraz stawy kończyny dolnej prawej zmian chorobowych nie wykazują. Na przedniej powierzchni prawego kolana widoczna jest blizna skórna o rozmiarach dłoni dziecka.

Kręgosłup: o zarysie prawidłowym. Ruchomość kręgosłupa we wszystkich kierunkach nieupośledzona. Opukiwanie wyrostków ościstych niebolesne.

20.8.

Badanie moczu: przejrzysty, o oddziaływaniu kwaśnym, C. wł. 1025, białka 0, cukier 0, urobilinogen niewzmożony.

W osadzie: pojedyńcze ciałka białe, moczany bezpostaciowe, nabłonki płaskie.

Badanie plwociny na prątki Kocha: wynik ujemny.

Badanie krwi: Hb — 100%. C. cz. 4.800.000 C. B. 6.000.

Obraz krwi: wielojądrzastych 63%, limfoc. mał. 21%, limfoc. duż. 6%, pałecz. 5%, eozynochłonnych 2%, młod. 3%.

Badanie rentgenowskie płuc, zdjęcie lewego kolana, obydwu stawów barkowych: zdjęcia lewego stawu kolanowego wykazują znaczne zwężenie, miejscami brak szczeliny stawowej, spowodowany przerostem beleczek kostnych poprzez staw. Na brzegu wewnętrznym wypustki kostne. Rzepka zrośnięta z przednią powierzchnią nasady kości udowej. Kości stawu ustawione pod kątem 160°. Okolica szczeliny stawowej silnie uwapniona, za wyjątkiem okolicy wyniosłości międzykłykciowych, gdzie widoczne odwapnienie na przestrzeni 20-groszówki. Brzegi ogniska odwapnione nierówne.

Zdjęcia porównawcze obydwu stawów barkowych wykazują ognisko odwapnienia wielkości 50-groszówki, w okolicy guzka większego lewej kości ramieniowej. W środku ogniska widoczne nawapnienia wielkości pestek wiśni.

Zdjęcie płuc: wykazuje w obu polach szczytowych oraz górnych połowach obu płuc liczne nacieki o zamazanych konturach. W polu podszczytowym lewym dość liczne jamki. Wnęki powiększone, włókniste.

21.8

Badanie krtani przeprowadzone w Klinice laryngologicznej U. J. wykazało bliznowate ubytki na brzegu nagłośni. Świeżych zmian nie stwierdza się. Laryngitis catharrhalis bez cech swoistych.

22.8.

Odczyn Wassermana we krwi ujemny (0, 0, 0).

Odczyn citocholowy ujemny.

Odczyn Meinickego ujemny.

Badanie krwi na odczyn wiązania dopełniacza Cohna ujemne.

25.8.

Badanie neurologiczne przeprowadzone w Klinice neurologicznej U. J. organicznych zmian w systemie nerwowym nie wykazało.

Opuścił Klinikę.

Wywód.

Na podstawie aktów i wywiadów uzyskanych od chorego należy stwierdzić, że przebieg choroby u L. odznaczał się wolno postępującym ograniczeniem ruchów oraz obrzękiem stawu kolanowego, brakiem większych bólów i podniesienia ciepłoty ciała. W następstwie schorzenia powstało przykurczenie i zesztywnienie lewego stawu kolanowego. Zarówno ten przebieg choroby jak i badania przeprowadzone u chorego, a w szczególności radiogram, wskazują, że zmiany w zakresie lewego kolana są pochodzenia gruźliczego. Sprawa gruźlicza kolana jest obecnie w okresie gojenia.

Nie ulega wątpliwości, że u L. w czasie poprzedzającym uraz toczyła się w stawie kolanowym sprawa gruźlicza. Wynika to z orzeczeń dra N., który leczył L. w czasie poprzedzającym wypadek z powodu przewlekłego zapalenia stawu kolanowego. Brak badania rentgenowskiego w tym okresie nie pozwolił na rozpoznanie właściwego tła schorzenia. Różnica w obwodzie lewego uda wynosząca 4½ cm., którą stwierdził dr. N. w dniu wypadku z dnia 10 października 1927 r. jest następstwem zaniku mięśni uda. Objaw ten spotykamy przy długotrwałej gruźlicy stawu kolanowego.

Przy przyjęciu do lecznicy w M. 10 października 1927 r. bezpośrednio po wypadku nie stwierdził dr. N. u L. żadnych zewnętrznych obrażeń kolana mogących wskazywać na gwałtowność urazu. Zmiany takie stwierdzono w zakresie lewego stawu barkowego oraz na twarzy. Uszkodzony mógł chodzić bez trudności (załącznik 2 aktów).

Dla przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy już istniejącym procesem gruźliczym stawu a urazem mechanicznym konieczne jest stwierdzenie, że uraz wywołał pogorszenie i przyśpieszenie rozwoju sprawy chorobowej. W tych przypadkach bezpośrednio po urazie występują objawy takiego pogorszenia: przykurczenie, większy obrzęk i ograniczenie ruchów, silna bolesność w zakresie chorego stawu, podniesienie ciepłoty ciała oraz niemożność używania chorej kończyny.

Z załączonych aktów wynika, że po wypadku L. mógł chodzić bez trudności, niema natomiast żadnych danych odnośnie do przebiegu klinicznego gruźlicy kolana w czasie pobytu w lecznicy w M. W wywiadach zebranych w Klinice Chirurgicznej U. J. podał L., że bezpośrednio po opuszczeniu Lecznicy w dniu 30 grudnia 1927 r. odzyskał zdolność do pracy i był zajęty w kopalni jako robotnik dniówkowy.

Przebieg gruźlicy stawu bezpośrednio po działaniu gwałtownego urazu ulega wyraźnej zmianie. Rozpoczyna się długotrwały okres zaostrzenia sprawy chorobowej wśród objawów miejscowych i ogólnych, niejednokrotnie z wytworzeniem ropni zimnych, przetok, przy podwyższonej ciepłocie ciała i postępującym zniszczeniu stawu.

Że u L. takiego okresu zaostrzenia nie było, dowodzi orzeczenie dra N. z dnia 30 grudnia 1927 r., a więc po upływie 2½ miesiąca od wypadku (załącznik aktów 2). Badanie lekarskie tego dnia wykazało „prawie te same zmiany w stawie kolanowym, co w dniu wypadku 10 października 1927 r." Jest mało prawdopodobnem, ażeby zaostrzenie procesu gruźliczego wskutek zadziałania urazu mogło w czasie 11 tygodni ustąpić i by po tym czasie wróciła możliwość swobodnego używania kończyny jako to było w przypadku L., który po opuszczeniu lecznicy chodził i pracował jako robotnik dniówkowy.

Gruźlica stawów należy do schorzeń przewlekłych, ciągnących się przez lata, a w przebiegu gojenia następuje częściowe lub zupełne zesztywnienie stawu. W przypadku L. zesztywnienie i nieznaczne przykurczenie lewego kolana jest zejściem sprawy gruźliczej i nie pozostaje w związku z urazem.

Z powyższego wynika jako odpowiedź na zapytanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C. następujący

Wniosek ostateczny.

1) Na zasadzie aktów sprawy i badania L. niema podstawy do przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy schorzeniem gruźliczym kolana a wypadkiem z dnia 10 października 1927 r.

2) Zmiany gruźlicze lewego kolana nie wpłynęły z przeważającym prawdopodobieństwem na pogorszenie skutków wypadku.

Dyrektor Kliniki:
(—) **Prof. Dr. M. Rutkowski.**

KRONIKA KRAJOWA

I KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE.

W dniach od 18 stycznia do 18 marca 1937 r. odbył się w Warszawie, pod egidą Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, oraz przy współudziale Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych *I Kurs Medycyny Społecznej*, którego zadaniem było uzupełnienie wykształcenia lekarzy w zakresie medycyny społecznej, w celu przygotowania ich do pracy w dziale administracji publicznej, higieny pracy, oraz lecznictwa w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Geneza kursu sięga do roku 1935. Dział Lecznictwa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystąpił wtedy z projektem utworzenia na uniwersytetach katedr medycyny społecznej lub ubezpieczeniowej, w celu przygotowania młodzieży kończącej studia medyczne do pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Punktem wyjścia do realizacji tej myśli, miała być organizacja kursów w różnych ośrodkach uniwersyteckich kraju, obejmujących te dziedziny zagadnień, które stanowią nieodzowną konieczność i warunek racjonalnej pracy lekarza-ubezpieczeniowca.

Wcielenie w życie powyższego planu poprzedziły prace przygotowawcze podjęte z końcem 1936 r., przedyskutowane szeroko na wspólnych konferencjach organizatorów, inicjowanych przez dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Opieki Społecznej dra T. Dyboskiego, w których brali udział z ramienia Rady Wydziału Lekarskiego PP. Dziekan Prof. Dr. A. Czyżewicz, Prof. Dr. Czubalski, Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski i Doc. dr. W. Czarnocki, ze strony Z. U. S. Komisarz Dr. St. Hubicki, Nacz. Dyr. J. Wł. Lgocki, Dyr. Dr. St. Wąsowicz, Dyr. St. Sasorski. Ostatecznym rezultatem obrad było:

1. ustalenie zakresu osobowego uczestnictwa kursu w ten sposób, iż mogą z niego korzystać przede wszystkim lekarze zatrudnieni w instytucjach ubezpieczeń społecznych, w urzędach państwowych i samorządowych w dziedzinie prac objętych pojęciem medycyny społecznej, oraz lekarze-stażyści, zaś w miarę możności, również absolwenci wydziałów lekarskich;

2. umożliwienie bezpłatnego korzystania z kursu,

3. sprecyzowanie ogólnych założeń programowych kursu, oraz

4. powierzenie kierownictwa kursu prof. dr Grzywo-Dąbrowskiemu, doc. dr Czarnockiemu i dyr. S. Sasorskiemu.

Z kolei kierownictwo kursu przystąpiło do szybkiej realizacji powierzonego mu zadania, opracowując program kursu, ustalając nazwiska prelegentów, terminy wykładów, prac seminaryjnych i t. p.

Wykłady objęli następujący prelegenci:

1. Dr *M. Kacprzak.* Rys medycyny społecznej — 3 g.

2. Doc. dr jur. *J. Łazowski.* Rozwój idei i form ubezpieczeń społecznych — 2 g.

3. Nacz. Dyr. *J. Lgocki.* Rodzaje ubezpieczeń społecznych i ich organizacja — 2 g.

4. Mgr jur. *S. Balcerski.* Podstawowe wiadomości z zakresu ubezpieczeń społecznych w Polsce i innych państwach — 4 g.

5. Dr *J. Babecki.* Systemy organizacji pomocy leczniczej — 2 g.

6. Dr *R. Kunicki.* Zakres i środki działania w lecznictwie ubezpieczeniowym — 2 g.

7. Dr *M. Stabrowki.* Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym — 2 g.

8. Dr *S. Rudziński.* Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniach emeryt — 2 g.

9. Prof. Dr *L. Zembrzuski.* Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu wypadkowym — 2 g.

10. Dr *M. Kacprzak.* Służba zdrowia, choroby społeczne, higiena miast i wsi — 6 g.

11. Dr *B. Nowakowski.* Higiena pracy — 6 g.

12. Dr *H. Hummel.* Lekarska wizytacja zakładów pracy — 2 g.

13. Dr *J. Szumski.* Stanowisko lekarza w ubezpieczeniach społecznych — 1 g.

14. Dyr. *S. Sasorski.* Zagadnienia personalno-lekarskie w ubezpieczeniach społ. — 2 g.

15. Mec. *T. Słoński.* Odpowiedzialność cywilna i karna lekarza w ubezpieczeniach społecznych — 2 g.

16. Dr *J. Szumski.* Spostrzeżenia z dziedziny medycyny społecznej w zachodniej Europie — 3 g.

Otwarcie kursu nastąpiło w dniu 18 stycznia b. r. w Sali Domu Medyków w Warszawie, przy ul. Oczki 1. Przemawiali na nim prof. dr A. Czyżewicz dziekan Wydziału Lekarskiego U. J. P., dyr. Departamentu dr. T. Dyboski imieniem Ministra Opieki Społecznej, oraz komisarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dr S. Hubicki.

Kurs miał dwojaki charakter: 1) teoretyczny, 2) praktyczny. Pierwszy, ograniczał się do wysłuchania objętej programem ilości godzin (45) wykładów, drugi, polegał na wspólnym omówieniu przepracowanego materiału drogą dyskusji, będącej równocześnie sprawdzianem zdobytego przez słuchaczy zasobu wiedzy (seminaria 20 g.), udziale w orzekaniu lekarskim w sprawie niezdolności do zarobkowania lub do wykonywania zawodu (ćwiczenia praktyczne 75 g.), oraz zwiedzaniu zakładów przemysłowych, szpitali i t. p. dla poznania stanu higieny pracy.

Na kurs zgłosiło się 85-ciu lekarzy, jednak frekwencja na wykładach, seminariach i ćwiczeniach praktycznych nie utrzymywała się na tym poziomie, wahała się ona bowiem w granicach od 54% — 83%, a przy końcu kursu spadła nawet poniżej 50% uczestników. Zaświadczenia z odbytego kursu wydano 57 (67%) słuchaczom.

Zakończenie kursu odbyło się w dniu 18 marca b. r. Przemawiał na nim prof. dr. Grzywo-Dąbrowski w imieniu dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. P., po czym dyr. S. Sasorski poinformował o przebiegu kursu, porównując z programem i przebiegiem analogicznych kursów odbywających się w Krakowie, Poznaniu i Wilnie. W imieniu słuchaczy dr W. Fenc podziękował zarówno organizatorom jako też wykładowcom za duże starania nad pogłębieniem wiadomości lekarzy z dziedziny medycyny społecznej.

I KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W WILNIE.

Staraniem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, odbył się w Wilnie w dniach od 10 — 25 marca b. r. *I Kurs Medycyny Społecznej,* stanowiący jedno z ogniw realizacji projektu Z. U. S.

Kurs ten, podobnie jak inne organizowane w różnych miastach uniwersyteckich kraju, miał przysposobić lekarzy do pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych, której nieodzownym atutem powodzenia jest gruntowna znajomość zagadnień z dziedziny medycyny społecznej. Kierując się tymi wytycznymi, specjalna Komisja Wydziału Lekarskiego U. S. B. na zebraniu w dniu 28 lutego b. r. ustaliła szczegółowy program wykładów, zapraszając równocześnie do współpracy z poza miejscowego grona również specjalistów pewnych zagadnień z Warszawy (dr Babecki, dr Rudziński, prof. dr Zembrzuski, dyr. Sasorki, mgr. Balcerski), kierownictwo zaś, powierzono prof. dr S. Schilling - Siengalewiczowi.

Program kursu przewidywał 50 godzin wykładów, oraz zwiedzenie zakładów przemysłowych, w celu zapoznania się z organizacją higieny i bezpieczeństwa pracy. Poszczególne zagadnienia omawiali następujący wykładowcy:

1. Prof. Dr K. Michejda — Podstawy ideologiczne medycyny społecznej (1 g.).

2. Dyr. U. S. A. Galiński — Organizacja ubezpieczeń społecznych (1 g.).

3. Mgr. S. Balcerski — Struktura ubezpieczeń społecznych i podstawowe wiadomości z zakresu stanu ubezpieczeń społecznych w Polsce i innych państwach (4 g.).

4. Nacz. lek. U. S. Dr B. Szniolis — Zakres i środki działania w lecznictwie ubezpieczeniowym (4 g.).

5. Dr J. Babecki — Systemy organizacji pomocy leczniczej i dane statystyczne, ilustrujące działalność leczniczą w ubezpieczeniu chorobowym (3 g.).

6. Dr J. Bohuszewicz — Orzecznictwo w ubezpieczeniu chorobowym (2 g.).

7. Dr S. Rudziński — Orzecznictwo w ubezpieczeniu emerytalnym (2 g.).

8. Prof. Dr L. Zembrzuski — Orzecznictwo w ubezpieczeniu wypadkowym (2 g.).

9. Prof. Dr S. Schilling — Siengalewicz — Ogólne podstawy orzecznictwa lekarskiego (2 g.).

10. Dr Bortkiewicz - Rodziewiczowa — Lekarz higienista i klinicysta na terenie zakładów pracy (1 g.).

11. Dr Bortkiewicz - Rodziewiczowa — Organizacja pracy zawodowej z punktu widzenia higieny pracy (2 g.).

12. Dr Bortkiewicz - Rodziewiczowa — Ustawodawstwo sanitarne w dziedzinie higieny pracy (1 g.).

13. Prof. Dr K. Pelczar — Pojęcie chorób zawodowych (2 g.).

14. Prof. Dr T. Pawlas — Choroby zawodowe skóry (1 g.).

15. Doc. Dr J. Hurynowicz — Higiena pracy umysłowej (2 g.).

16. Prof. Dr M. Rose — Znaczenie społeczne opieki nad psychicznie chorymi (2 g.).

17. Mjr Dr Ryll - Nardzewski — Znaczenie społeczne chorób wewnętrznych (3 g.).

18. Prof. Dr Wł. Jakowicki — Opieka nad matką (1 g.).

19. Dr W. Prażmowski — Epidemia chorób zakaźnych ze stanowiska społecznego (2 g.).

20. Prof. Dr M. Reichner — Higiena rasy (2 g.).

21. Doc. Dr M. Świda — Odpowiedzialność karna i cywilna lekarza (2 g.).

22. Nacz. Wydz. Zdr. Dr H. Rudziński — Organizacja zwalczania chorób społecznych (2 g.).

23. Dr S. Brokowski — Postulaty higieny szkolnej (2 g.).

24. Dyr. S. Sasorski — Problemy personalno-lekarskie w ubezpieczeniu społecznym i rola lekarza w ubezpieczeniu społecznym (3 g.).

Otwarcia kursu dokonał Dziekan Wydziału Lekarskiego U. S. B. Prof. Dr S. Hiller w dniu 19 marca b. r.

o godz. 18-tej w sali Towarzystwa Lekarskiego przy ul. Zamkowej 24. Słowo wstępne wygłosił Dyr. Dep. Ministerstwa O. S. Dr T. Dyboski, podkreślając duże znaczenie podjętej przez organizatorów pracy, zmierzającej do podniesienia poziomu wiedzy fachowej lekarza ubezpieczeniowego, a tym samym do zapewnienia szerokim rzeszom pracujących możliwie najskuteczniejszej i pełnowartościowej pomocy. Pierwszy wykład nastąpił bezpośrednio po części oficjalnej, następne odbywały się według ułożonego programu codziennie w godzinach wieczornych od 17-tej lub 18-tej do 21, w sali wspomnianego Towarzystwa Lekarskiego.

Zapowiedź otwarcia kursu wywołała wśród lekarzy wileńskich szczególnie żywe zainteresowanie. Świadczy o tym najwymowniej pokaźna liczba 172 kandydatów, rekrutujących się zarówno spośród lekarzy-stażystów, jako też szkolnych, ubezpieczalni miejscowej (1 z ubezpieczalni w Grodnie) i wolno praktykujących. Początkowy zapał bynajmniej nie okazał się słomianym. Frekwencja na wykładach odpowiadała również stopniowi zainteresowania, dochodziła ona bowiem prawie do 100% przez cały czas trwania kursu. To też rzecz zrozumiała, iż zasób zdobytych przez słuchaczy wiadomości odpowiadał całkowicie wymaganiom programowym kursu, w następstwie czego zaświadczenia otrzymało 161 lekarzy, co stanowi 93,6% ogółu (172) zapisanych.

Po dwutygodniowych wykładach i zwiedzeniu przez uczestników kilku zakładów fabrycznych pod kierunkiem Okręgowego Inspektora Pracy p. Leszczyńskiego, nastąpiło zamknięcie kursu w dniu 25 marca b. r., na którym Sekretarz Gen. Z. U. S. dyr. S. Sasorski wyraził głębokie uznanie P. Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Dr Hillerowi Kierownikowi Kursu Prof. Dr Schilling-Siengalewiczowi, PP. Wykładowcom oraz słuchaczom, którzy swoją pilnością i należytym zrozumieniem dla istoty medycyny społecznej zdziałali, iż spośród wszystkich miast uniwersyteckich gdzie są organizowane kursy, Wilno niewątpliwie wysunie się na plan pierwszy pod względem ilości uczestników i frekwencji na wykładach. Oficjalnego zamknięcia dokonał Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Dr Hiller, składając podziękowanie organizatorom, kierownikowi kursu, wykładowcom i słuchaczom, a więc tym wszystkim, którzy wspólnym wysiłkiem i sumienną spółpracą zdziałali, iż zadanie, jakiego podjął się Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie zostało w zupełności, ku powszechnemu zadowoleniu spełnione.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, iż I Kurs Medycyny Społecznej w Wilnie nasunął pewne refleksje o charakterze wytycznych programowych na przyszłość. Praktyka bowiem wykazała, iż tego rodzaju kursy powinny być rok rocznie urządzane, przy czym, należałoby nie tylko rozszerzyć program przez uwzględnienie wykładów klinicznych, z zakresu chirurgii wypadkowej, otolaryngologii, okulistyki, dermatologii, toksykologii i chorób wewnętrznych, ale także — co jest rzeczą najważniejszą, poprzeć teoretyczną stronę wykładu demonstracjami i ćwiczeniami praktycznymi, kursy bowiem oparte na tak szerokich podstawach dałyby gwarancję należytego przygotowania kandydata do pracy na odcinku ubezpieczeń społecznych.

KRONIKA ZAGRANICZNA

SPROSTOWANIE.

Podana w sprawozdaniu p. t. „Choroby zawodowe we Włoszech w r. 1935", na str. 173 numeru Przeglądu Ubezp. Społ. z marca 1937 r. liczba wypadków przy pracy wyniosła w ciągu całego 1935 r. około 501.200 (a nie 5.012).

LEKARZE KAS CHORYCH W AUSTRII.

(Streszczenie przepisów o lekarzach ubezpieczeniowych (Vorschriften für Sozialversicherungsärzte).

W styczniu 1937 roku zostały wydane w Austrii nowe, obszerne przepisy o lekarzach ubezpieczeniowych[1]), składające się z 8 części. Pierwsza z nich zawiera postanowienia ogólne, następne części regulują kolejno: dopuszczenie do praktyki lekarskiej, obowiązki dopuszczonych lekarzy, prawa dopuszczonych lekarzy, kwestię sporów, wynikających na tle dopuszczenia, postępowanie w razie niezdolności lekarza do spełniania obowiązków i postępowanie dyscyplinarne; wreszcie ostatnia część zawiera przepisy przejściowe i końcowe. Treść przepisów austriackich o lekarzach ubezpieczeniowych wzorowane jest w znacznej mierze na prawie niemieckim o lekarzach Kas Chorych i przedstawia się w streszczeniu jak następuje.

1) Wykonywanie praktyki lekarskiej w kasach ch. jest uzależnione od t. zw. dopuszczenia. O dopuszczeniu rozstrzygają wydziały lekarskie (Ärzteausschüsse) w zasadzie w/g swobodnego uznania z tym, że lekarze dopuszczeni muszą odpowiadać pewnym warunkom (ukończone studia, czteroletnia praktyka, prowadzenie się obywatelskie i zawodowe bez zarzutu, nieprzekroczone maximum dochodów 12.000 szylingów rocznie). Orzekając o dopuszczeniu, muszą się wydziały lekarskie liczyć z planem stanowisk lekarskich (Stellenplan), rewidowanym co 3 lata. W każdym razie wydziały lekarskie w Austrii mają znacznie większą swobodę w orzekaniu o dopuszczeniu, niż wydziały dopuszczające w Niemczech, które są związane całym szeregiem szczegółowych przepisów. Liczba lekarzy kas chorych nie została w Austrii uzależniona od liczby ubezpieczonych przy pomocy stałej cyfry stosunkowej, jak to jest przyjęte w Niemczech, lecz jest regulowane planem stanowisk lekarskich. Nie jest znany w Austrii rejestr lekarzy, do którego wciągnięcie się jest pierwszym warunkiem dopuszczenia (rejestr lekarzy, starających się o dopuszczenie, jaki istnieje w Niemczech). Istnieje natomiast w Austrii spis lekarzy dopuszczonych (Ärzteverzeichnis). Wydział lekarski wydaje orzeczenia

[1]) Vorschrift für Sozialverzicherungsärzte. Gemäss § 108, Absatz 1, des Bundesgesetzes, betreffend die gewerbliche Sozialversicherung (GGVG), BGBL. Nr. 107/35, vom Reichsverband der Sozialverzicherungsträger nach Vorberatung durch den Reichsärzteausschuzs mit Genehmigung des Bundesministers für Soziale Verwaltung (Erlass vom 20 Jäuner 1937, Zahl 1,979) erlassen. (Die Sozialversicherung Sondernummer I, 1937).

o dopuszczeniu na wniosek (Zulassungsantrag) zainteresowanych lekarzy. Orzeczenia te są ostateczne i żaden środek prawny przeciw nim nie służy. Z chwilą ogłoszenia orzeczenia wydziału lekarskiego powstaje między lekarzem a wspólnotą pracy kas chorych (Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen) stosunek dopuszczenia (Zulassungsverhältnis). Stosunek ten rozwiązuje się: naskutek zrzeczenia się ze strony lekarza wykonywania praktyki kasowej, w razie niezdolności do jej wykonywania, naskutek orzeczenia dyscyplinarnego, naskutek poważnego wykroczenia przeciw swym obowiązkom etc. Każdy lekarz kasowy otrzymuje książeczkę, zawierającą ogół przepisów, dotyczących jego praktyki (Merkbuch für Sozialversicherungsärzte).

2) Lekarz kasowy jest obowiązany leczyć ubezpieczonych, mieszkających w jego obwodzie, w sposób wystarczający i celowy, nie przekraczając jednak miary konieczności. Musi on się stosować do przepisów i wytycznych, regulujących zasady oszczędnego leczenia oraz do wskazówek lekarzy - kontrolerów. Lekarz jest obowiązany wypełniać żądane przez Kasę Chorych listy i druki, udzielać kasie wszelkich informacji o chorych i sposobie ich leczenia oraz składać wymagane sprawozdania. Lekarz powinien dbać specjalnie o zachowanie powagi (Ansehen) instytucji ubezpieczeń społecznych. Lekarz może się wyręczać zastępcą tylko w czasie urlopu, choroby, lub za specjalnym zezwoleniem wydziału lekarskiego. Sposób i termin wyznaczania zastępcy został uregulowany szczegółowymi przepisami. Zmiana siedziby przez lekarza wymaga zgody wydziału lekarskiego Szczegółowe przepisy normują kwestię godzin przyjmowania chorych, wzywania lekarza na konsylium, odwiedzania chorych, zmiany lekarza przez chorego w czasie leczenia, przekazania chorego przez lekarza innemu lekarzowi, skierowania chorych do szpitala etc. Przewidziana została możliwość ustalenia przez wspólnotę pracy Kas Chorych w porozumieniu z wydziałem lekarskim normy, regulującej oszczędne przepisywanie lekarstw. Lekarze leczący Kas Chorych są kontrolowani przez lekarzy administracyjnych (Chef (Kontroll) ärzte) zarówno pod względem celowości leczenia, jak i oszczędności stosowanych środków.

3) Lekarz kasowy ma prawo do wynagrodzenia, które jest obliczane za poszczególne czynności w/g specjalnego systemu punktowego. Wysokość wynagrodzenia lekarza nie może przekraczać uposażenia urzędników państwowych pierwszej grupy służbowej. Wysokość sumy, przekazywanej na wynagrodzenia lekarskie, jest ustalana w każdej Kasie Chorych co roku, jako pewien procent ogólnej sumy składek. Każdy lekarz obowiązany jest przedkładać co miesiąc wspólnocie pracy kas chorych rachunki, na podstawie których wypłaca mu się wynagrodzenie, obliczane narazie prowizorycznie i posiadające charakter zaliczki (Vorschuss). Ostateczne obliczenie należnego lekarzowi wynagrodzenia następuje po upływie roku kalendarzowego (do dn. 15 kwietnia nast. roku). Na wniosek organizacji zawodowo-lekarskiej powinna wspólnota pracy kas chorych przekazywać lekarzom przyznane sumy za pośrednictwem specjalnej izby rozrachunkowej (Verrechnungstelle). W tym wypadku przekazanie wspomnianej izbie przez wspólnotę pracy kas chorych ogólnej sumy wynagrodzeń, zwalnia ją od zobowiązań wobec poszczególnych lekarzy. Charakter prawny i organizacja izby rozrachunkowej oraz jej stosunek do wydziałów lekarskich i związków zawodowo-lekarskich nie został w omawianych przepisach bliżej określony. Odpowiednikiem przepisu, zobowiązującego lekarzy do dbania o powagę instytucji ubezpieczeniowej, jest przepis, w których wspólnota pracy kas chorych została zobowiązana do popierania lekarzy i do nieczynienia niczego, co mogłoby naruszyć ich powagę.

4) Spory, jakie mogą wynikać na tle stosunku dopuszczenia (Zulassungsvershältnis), mają być załatwiane wyłącznie przez wydziały lekarskie oraz t zw wydziały szczenia (Zulassungsverhältnis), mają być załatwiane wyłącznie przez wydziały lekarskie oraz t. zw. wydziały badawcze (Überprüfungauschüsse), tworzone przy wydziałach lekarskich. Wydziały badawcze są właściwe w sporach, dotyczących rodzaju, charakteru i wynagrodzenia czynności lekarskich. Wszystkie pozostałe spory, wynikające na tle stosunku dopuszczenia mają być rozstrzygane przez wydziały lekarskie. Wydziały badawcze składają się z przewodniczącego, którego wyznacza wydział lekarski, oraz z dwóch członków, z których jednym jest lekarz naczelny wspólnoty kas chorych, drugim — przedstawiciel organizacji zawodowo-lekarskiej.

5) W razie trwałej niezdolności lekarza do wykonywania praktyki, wydział lekarski na wniosek wspólnoty pracy kas chorych odwołuje dopuszczenie do praktyki kasowej.

6) Uchybienia przez lekarza ciążącym na nim obowiązkom mogą nosić charakter albo wykroczeń porządkowych (Ordnungswidrigkeiten) albo przestępstw dyscyplinarnych (Disziplinarvergehen). Za wykroczenia porządkowe przewidziane są kary porządkowe lub nagana. Przestępstwa dyscyplinarne można karać grzywną do wysokości 1000 szylingów lub nawet czasowym wykluczeniem od wykonywania praktyki kasowej (na przeciąg od 3 do 36 miesięcy). Sprawy, powstające na tle przestępstw dyscyplinarnych, są rozstrzygane w pierwszej instancji przez wydziały dyscyplinarne (istniejące przy każdym wydziale lekarskim), a w drugiej instancji przez wydział dyscyplinarny (Disziplinaroberausschuss), utworzony przy Głównym Wydziale Lekarskim (Reichsärzteausschuss). W skład wydziałów dyscyplinarnych, jak również wyższego wydziału dyscyplinarnego, wchodzą w równej liczbie przedstawiciele organizacji lekarskich oraz instytucji ubezpieczeniowych pod przewodnictwem kierownika wydziału lekarskiego (lub Głównego Wydziału Lekarskiego). Szczegółowe przepisy normują sposób przeprowadzania śledztwa oraz tryb postępowania przez wydziałami dyscyplinarnemi.

Wyżej omówione przepisy zostały wydane przez Związek Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych (Reichsverband der Sozialversicherungsträger) w porozumieniu z Głównym Wydziałem Lekarskim (Reichsärzteausschuss) i za zgodą Ministra Spraw Społecznych (Bundesminister für Soziale Verwaltung). Przepisy te mogą być zmieniane tylko w tym samym trybie.

W. S.

ODSZKODOWANIE WYPADKÓW PRZY PRACY W EGIPCIE.

W marcu r. b. weszła w życie ustawa o odszkodowaniu wypadków przy pracy, uchwalona przez parlament egipski w grudniu 1936 r.

Ustawa obejmuje pracowników umysłowych i fizycznych, oraz uczniów, zatrudnionych w przedsiębiorstwach przemysłowych i handlowych. Kategorie przedsiębiorstw objętych działaniem ustawy są wyliczone szczegółowo w

ustawie. Z dziedziny przemysłu zostały zaliczone kopalnie, fabryki, warsztaty, wytwórnie siły popędowej, przedsiębiorstwa budowlane, przedsiębiorstwa komunikacyjne lądowe, morskie i powietrzne. Do przedsiębiorstw handlowych są zaliczone wszelkie placówki zajmujące się sprzedażą towarów lub innymi czynnościami handlowymi, hotele, teatry i związki sportowe.

Wyłączeni z pod działania ustawy są:

a) pracownicy, zarabiający ponad 40 funtów egipskich miesięcznie względnie 70 piastrów dziennie,

b) pracownicy, zatrudnieni doraźnie przy pracach, niezwiązanych z przemysłem lub handlem,

c) służba domowa,

d) pracownicy, zatrudnieni w rolnictwie, o ile nie pracują przy obsłudze maszyn, poruszanych inną siłą, niż ręczną,

e) członkowie rodziny przedsiębiorstw. co do których obowiązek utrzymania ciąży na nim z mocy przepisów prawnych.

Odszkodowanie należy się za wszelkie uszkodzenia zaszłe w toku wykonywania pracy, o ile nie zostały one spowodowane naumyślnie przez pracownika lub nie wynikły z nieodpowiedniego zachowania się pracownika, w szczególności z nieprzestrzegania przepisów bezpieczeństwa pracy.

Przedsiębiorca jest obowiązany udzielić pierwszej pomocy rannemu pracownikowi. Przedsiębiorstwa zatrudniające ponad 20 pracowników winny posiadać skrzynkę sanitarną do dyspozycji pracowników. Pracownik, który padł ofiarą wypadku, ma prawo do bezpłatnego leczenia w szpitalach państwowych, o ile:

1) taki szpital znajduje się w promieniu 50 km od miejsca wypadku,

2) szpital dysponuje wolnymi łóżkami,

3) dyrekcja szpitala stwierdzi potrzebę leczenia szpitalnego.

O ile w pobliżu (50 klm.) nie ma szpitala, w którym pracownik mógłby otrzymać bezpłatne leczenie, pracodawca jest obowiązany do opłacenia kosztów leczenia, lekarstw i szpitala.

W wypadku czasowej niezdolności do pracy przyjmuje się przeciętne wynagrodzenie pracownika z ostatnich 15 dni przed wypadkiem jako zarobek podstawowy.

W wypadku trwałej niezdolności do pracy lub śmierci oblicza się zarobek podstawowy jako przeciętną zarobków dziennych z trzech miesięcy poprzedzających dzień wypadku, względnie śmierci. W odniesieniu do robotników płatnych od wykonanej roboty, dodaje się zarobki dni zatrudnienia i sumę dzieli się przez ilość dni. Jeśli skutkiem zbyt krótkiego okresu pracy nie można przeprowadzić takiego obliczenia, wtedy używa się pomocniczego obliczenia wg przeciętnego zarobku robotnika tej samej kategorii, zatrudnionego przez odnośnego pracodawcę, wzgl. w braku takiego robotnika, osoby wykonującej analogiczną pracę u innego pracodawcy w danym rejonie.

Za pierwsze trzy dni niezdolności nie wypłaca się żadnego odszkodowania, chyba że niezdolność trwa przynajmniej 10 dni. Gdy poszkodowany nie może wykonywać swej pracy zawodowej, wtedy przedsiębiorca jest obowiązany do płacenia w ratach tygodniowych odszkodowania w wysokości połowy przeciętnego zarobku, najwyżej 20 piastrów dziennie. Wypłata odszkodowania ustaje z chwilą wyzdrowienia, wzgl. stwierdzenia stałej niezdolności. Nie ma w zasadzie ograniczenia w wypłacie tego odszkodowania, jednakowoż kwoty płacone po upływie rocznego okresu ulegają potrąceniu z odszkodowania, należnego z tytułu ewentualnej trwałej niezdolności do pracy lub śmierci.

Trwałą niezdolność do pracy ustala odpowiednie świadectwo lekarskie. Niezdolność do pracy zostaje uznana jako zupełna w wypadku, gdy pracownik nie może wogóle wykonywać jakiejkolwiek pracy. Gdy uszkodzenie spowodowało niezdolność trwałą i zupełną, wtedy odszkodowanie polega na wypłacie kwoty równej zarobkowi za 1000 dni, przy czym odszkodowanie to nie może być niższe od 100 funtów egipskich,[1]) ani wyższe od 350 funtów. Dla uczniów bezpłatnych odszkodowanie wynosi 75 funtów.

Częściową niezdolność do pracy ocenia się w ramach tabeli, która przewiduje dla 14 stopni uszkodzenia odpowiednie procenty niezdolności. Odszkodowanie ustala się wtedy procentowo do sumy należnej w wypadku trwałej niezdolności zupełnej. O ile dane uszkodzenie nie odpowiada ściśle jednej z pozycji tabeli, wtedy stopień niezdolności zostaje oceniony drogą analogii.

W wypadku śmierci, przedsiębiorca pokrywa koszty pogrzebu do wysokości 5 funtów egipskich oraz wypłaca odszkodowanie równe zarobkowi podstawowemu za 800 dni, z tym, że odszkodowanie nie może być niższe od 80 funtów i nie przekracza 300 funtów.Dla uczniów bezpłatnych wynosi ono 60 funtów. Sumy odszkodowania dzieli się między krewnych zmarłego w/g tabeli, określającej różne stopnie pokrewieństwa: wdowy lub wdowców, dzieci w wieku poniżej 17 lat lub powyżej tego wieku niezdolne do pracy fizycznej, rodziców, braci i siostry w wieku poniżej 17 lat lub powyżej tego wieku niezdolne do pracy fizycznej. W braku tych kategorii krewnych otrzymują odszkodowanie dalsi krewni, którzy pozostawali na utrzymaniu zmarłego w okresie wypadku.

Pracodawca może ubezpieczyć się w zależności od swego uznania. W wypadku ubezpieczenia pracodawcy poszkodowany może dochodzić swych praw przeciw pracodawcy i przeciw ubezpieczycielowi.

W wypadku upadłości pracodawcy należne odszkodowania stanowią wierzytelność uprzywilejowaną na równi z zarobkami.

Nad wykonaniem ustawy czuwają ministrowie przemysłu i handlu, spraw wewnętrznych i sprawiedliwości. Departament pracy ministerstwa przemysłu i handlu czuwa nad tym, ażeby w każdym przedsiębiorstwie prowadzono listę zatrudnionych pracowników i listę ich zarobków.

Pracodawcy są obowiązani zgłaszać policji każdy wypadek w ciągu 4 dni od chwili jego zajścia, o ile wypadek pociągnął za sobą niezdolność do pracy, trwającą ponad 3 dni. Są poza tym obowiązani zgłaszać w ciągu trzech miesięcy od daty wypadku depratametowi pracy wysokość wypłaconych odszkodowań z dołączeniem świadectw lekarskich, stwierdzających stopień niezdolności. Sprawy związane z odszkodowaniem wypadków przy pracy mają być rozpatrywane przez sądy w trybie przyśpieszonym przed innymi sprawami. Spory, związane ze stwierdzeniem i stopniem trwałej niezdolności mają być rozpatrywane przez komisje lekarskie, złożone z dwu lekarzy wyznaczonych po jednym przez każdą ze stron, i z przewodniczącego wyznaczonego przez departament zdrowia publicznego.

(Informations sociales t. LXI zesz. 1).

[1]) 1 funt egipski równa się 26 złotym; w jednym funcie jest 100 piastrów.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W BELGII.

Świadczenia powszechnego systemu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i śmierci oraz świadczenia ubezpieczenia górniczego, ustalone ustawami z 14 lipca 1930 r. wzgl. 1 sierpnia 1930 r. uległy w ciągu następnych lat pewnym obniżkom, w celu zmniejszenia ciężarów belgijskiego skarbu państwa i ułatwienia finansowej odbudowy Belgii. Dekret królewski z dn. 31 maja 1933 r. zmniejszył o 5% dodatki do rent dla rencistów ubezpieczenia powszechnego, należących do kategorii specjalnej osób, które w chwili wprowadzenia ubezpieczenia znajdowały się na granicy wieku podlegającego ubezpieczeniu. Dekret ten zawierał ponadto postanowienia obostrzające warunki uzyskana dodatków do rent. W zakresie ubezpieczenia górniczego dekret z 28 lutego 1935 r. podwyższył składki, zmniejszył niektóre świadczenia i ograniczył możliwości pobierania równoczesnego emerytury górniczej z rentą wypadkową.

W grudniu 1936 r. została wydana ustawa, uchylająca z ważnością od 1 grudnia 1936 r. niektóre ze wspomnianych wyżej ograniczeń. Ustawa przywróciła pierwotną wysokość dodatków do rent z ubezpieczenia powszechnego oraz zniosła obniżki zastosowane w r. 1935 do rent górniczych, wynoszących w stosunku rocznym od 6,000 franków w górę.

Fundusz emerytur górniczych obejmował w r. 1925 około 246,000 ubezpieczonych, liczba ta zmniejszyła się w r. 1930 do 226,000 osób, po czym obniżyła się dalej do 170,000 osób w r. 1934 i do 157,874 — w r. 1935.

Suma zarobków ubezpieczonych wynosiła w r. 1925— 1,338 milionów franków, podniosła się w r. 1930 do 2,600 milionów. Począwszy od r. 1931 następuje obniżka zarobków, które spadają w r. 1934 do kwoty 1,363 milionów, w r. 1935 do 1,267 milionów.

Ogólna ilość osób pobierających renty wzrosła z 32,367 w roku 1925 do 65,221 w roku 1935.

Podział rencistów

Tytuł pobierania renty	Rok		
	1925	1930	1935
Osoby pobierające na podstawie konwencji francusko-belgijskiej	109	265	523
Inwalidzi	906	2 173	7 442
Wdowy	7 734	15 264	19 345
Sieroty i dzieci	192	2 696	4 823
Starcy	23 426	29 847	33 078

Dochody Funduszu wzrosły z 171 milionów franków w r. 1925 do 267 milionów w r. 1935. Złożyły się na nie:

a) składki pracodawców: 40 milionów w r. 1925, 56 milionów w r. 1935,

b) składki robotników: 27 milionów w r. 1925, 43 miliony w r. 1935,

c) udział Skarbu Państwa: 12,5 milionów w r. 1925, 142 miliony w r. 1935,

d) inne dochody: 4 miliony w r. 1925, 18 milionów w r. 1935.

Wydatki wyniosły w r. 1925 — 120 milionów franków, w r. 1935 — 287 milionów. W tej ostatniej sumie przypadło:

a) 246,797.041 franków na świadczenia gotówkowe i w naturze (deputaty węglowe),

b) 37,028,632 franków na fundusz kapitalizacyjny,

c) około 3,308,000 franków na koszty administracyjne.

Różnica dochodów i wydatków za rok 1935 stanowi deficyt około 20 milionów franków, który został pokryty podobnie jak i w latach uprzednich z funduszu rezerwowego.

20 listopada 1936 r. odbył się w Brukseli nadzwyczajny kongres Związku Zawodowego Górników. Kongres przyjął z zadowoleniem do wiadomości zarządzenia rządu, zmierzające do przywrócenia pierwotnych stawek rent, ustalonych ustawą z r. 1930. Zarazem jednak — uznając zresztą w pełni ciężką sytuację finansową Funduszu — wysunął szereg postulatów, dotyczących zwiększenia świadczeń. Do najpoważniejszych postulatów należały:

ustalenie rent sierocych na 600 franków rocznie na głowę,

zwiększenie rent starczych o 72 franki w stos. rocznym za każdy rok ponad 30 lat pracy przebytej w ubezpieczeniu przed osiągnięciem wieku uprawniającego do poboru rent starczych,

ustalenie minimum rent wdowich na 1 200 franków w stos. rocznym i określenie tych rent po osiągnięciu 6-go roku życia, na 50% renty, do jakiej zmarły mąż miał prawo, wzgl. miałby prawo. Ponadto wysunięto postulat deputatów węglowych dla wdów,

poprawa losu inwalidów, polegająca na ustaleniu kwoty 200 franków jako odpowiednika renty rocznej za każdy rok pracy przy określeniu minimum 3,000 franków w stos. rocznym po 10 latach pracy.

Ponadto Kongres powziął uchwały domagające się:

1) samorządu Funduszu Emerytur,

2) zmniejszenia przynajmniej o połowę kwot odrzucanych corocznie do Funduszu Kapitalizacyjnego i zużytkowania zwolnionych w ten sposób sum na pokrywanie bieżących zobowiązań świadczeniowych,

3) uproszczenia ilości kategorii rencistów.

W ubezpieczeniu na starość i na wypadek śmierci prawo do renty starczej powstaje z ukończeniem 65 lat życia. Dla zawodów zagrażających zdrowiu przewiduje się obniżenie powyższej granicy wieku do lat 60. Ponadto mężczyźni po ukończeniu 60 lat, a kobiety po ukończeniu 55 lat (w zawodach zagrażających życiu 55 wzgl. 50 lat) mogą żądać wypłaty rent starczych. W takich wypadkach następuje obniżenie wysokości rent w granicach ustalonych obliczeń tabelarycznych. Obniżka wynosi około 40% w wypadku realizacji rent w wieku lat 60, a około 60% w wieku lat 55.

Ze strony organizacyj robotniczych wysuwane jest żądanie ogólnego ustalenia wieku lat 60 jako dającego prawo do rent starczych przy ustaleniu ich poziomu, pozwalającego rencistom na odpowiednią stopę życiową. Postulat ten byłby bardzo trudny do realizacji pod względem finansowym w obecnej chwili.

Nie można myśleć w związku z tym zagadnieniem o obniżaniu rent starczych, ponieważ nie przyczyniłoby się to do opuszczania przez zainteresowane osoby pracy i zwolnienia w ten sposób miejsca dla młodszych. Ponadto w Belgii ilość osób w wieku między 60 o 65 rokiem życia przewyższa mniej więcej o połowę ilość osób w wieku ponad 65 lat.

Obniżenie zatym granicy wieku zwiększyłoby wydatki na te renty o 50%. Stosunek powyższy roczników utrzyma się w/g obliczeń w każdym razie do r. 1990.

Zarówno premier v. Zeeland jak i minister pracy zapowiedzieli w swych przemówieniach, że rząd opracowuje listę tych zawodów zagrażających zdrowiu, które mają dawać prawo do rent starczych w wieku lat 60 wzgl. 55. Równocześnie jednak pracownicy, którzy skorzystają z tego przywileju, nie będą mogli zajmować się inną pracą najemną, ażeby nie utrudniali przez to rozładowania bezrobocia.

(Informations Sociales t. LXI Nr 4).

ŚWIADCZENIA OKULISTYCZNE W ANGIELSKIM UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY.

Regulamin wydany przez ministra opieki społecznej dnia 27 listopada 1936 r. przewiduje nową organizację, mającą na celu usprawnienie obsługi świadczeń okulistycznych w kierunku kontroli jakości szkieł i ich cen.

Świadczenia okulistyczne noszą charakter świadczeń dodatkowych, przewidzianych w angielskim systemie ubezpieczenia na wypadek choroby i inwalidztwa, o ile dochody towarzystw dopuszczonych do wykonywania ubezpieczenia przekraczają wydatki, związane z pokryciem kosztów świadczeń normalnych i kosztów administracji. Świadczenia okulistyczne obejmują bezpłatne leczenie przez okulistę, badanie oczu przez okulistę i optyka, oraz dostarczenie szkieł. W obecnym okresie towarzystwa, grupujące około 10,000,000 członków wydają rocznie 500,000 funtów szterlingów na świadczenia okulistyczne dla członków, posiadających warunki potrzebne dla otrzymania tych dodatkowych świadczeń.

Towarzystwa ubezpieczeniowe i optycy wyłaniają wspólną komisję, — ma ona za zadanie układanie i sprawdzanie listy kwalifikowanych optyków, wydawanie zarządzeń co do kontroli jakości dostarczanych szkieł i ustalanie cen soczewek i opraw.

Towarzystwa ubezpieczeniowe zażywają pewnej swobody co do sposobu świadczeń. Mogą zawierać stałe układy ze związkami optyków i okulistów, które załatwiają badanie ubezpieczonych przez okulistów i dostarczanie szkieł przez optyków. Mogą też zawierać umowy z optykami, którzy sami badają ostrość wzroku ubezpieczonych i dostarczają szkieł. Przy tym drugim systemie bezpłatne badanie przez okulistę następuje tylko w wypadku, gdy towarzystwo uzna to za konieczne na podstawie opinii lekarza leczącego.

Dwojaki powyższy sposób postępowania, dopuszczalny postawieniami regulaminu, wynika z przyzwyczajeń publiczności, która częstokroć udaje się bezpośrednio do optyka dla zaopatrzenia się w szkła. Dla zabezpieczenia ubezpieczonych co do fachowej obsługi przy takim postępowaniu, regulamin przewiduje, że jedynie optycy zakwalifikowani przez komisję porozumiewawczą będą uprawnieni do zaopatrywania ubezpieczonych w szkła bez uprzedniej konsultacji lekarskiej.

(Informations sociales t. LXI zesz. Nr. 2).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

PRZEGLĄD PRASY LEKARSKIEJ.

LEKARZ POLSKI Nr 2 — 3, 1937 r.

W. Chodźko: „Walka z gruźlicą w Polsce".

Autor, wieloletni minister zdrowia publicznego i kierownik państwowej służby zdrowia w Polsce, podaje rys historyczny organizacji walki z gruźlicą na ziemiach polskich — począwszy od roku 1875, kiedy to lekarz warszawski Dr. Henryk Dobrzycki zainicjował stworzenie pierwszego w Polsce (a prawdopodobnie — i w Europie) przeciwgruźliczego sanatorium ludowego w Mieni pod Warszawą.

iNe będę się zatrzymywał na poszczególnych etapach rozwoju tej organizacji w Polsce i przejdę odrazu do krótkiego opisu tego, co będzie bardziej interesującym dla Czytelnika Przeglądu Ub. Społ., a mianowicie — do obecnego stanu organizacyjnego akcji przeciwgruźliczej w Polsce i do tych wytycznych, jakim powinna odpowiadać, zdaniem Autora, *racjonalna* organizacja walki z gruźlicą.

W chwili obecnej arsenał środków do walki z gruźlicą w Polsce stanowią (dane z 1935 r.): a) 391 przychodni przeciwgruźliczych, b) 2.696 łóżek szpitalnych dla gruźlików, c) 4.562 łóżek sanatoryjnych przeciwgruźlicznych, d) kilkanaście prewentoriów dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, e) kolonie i półkolonie dla dzieci. Od roku 1925 istnieje Polski Związek Przeciwgruźliczy jako ich organ fachowo-doradczy, oraz prowadzący odpowiednią propagandę na terenie całego kraju (filmy, ruchome wystawy, specjalny dwumiesięcznik „Gruźlica" „dni przeciwgruźlicze i t. p.).

Autor twierdzi, że głównym niedomaganiem obecnej organizacji walki z gruźlicą u nas jest brak koordynacji wysiłków poszczególnych instytucyj, biorących udział w tej walce. Będąc dalekim od tego, żeby polemizować z tak wybitnym autorytetem w tej dziedzinie, jakim jest P. Minister Chodźko, pozwolę sobie jednakże zwrócić uwagę (na podstawie swego, skromnego zresztą, doświadczenia z terenu pracy w ubezpieczeniach społecznych) na rolę, jaką grają w akcji przeciwgruźliczej posiadane środki finansowe. Powiedziałbym, trawestując znane określenie Napoleona, że do powodzenia w akcji przeciwgruźliczej potrzeba trzech rzeczy: pieniędzy, pieniędzy i pieniędzy. Toteż skoordynowanie wysiłków wszystkich instytucyj, prowadzących walkę z gruźlicą, tylko wtedy da moim zdaniem, oczekiwane wyniki, jeśli każdy z „kontrahentów" wniesie do tej akcji wystarczające środki finansowe. O ile się orientuję dokładnie w obecnej naszej, sytuacji na tym odcinku, to jedynie ubezpieczenia społeczne rozporządzają na cele akcji przeciwgruźliczej poważniejszymi środkami finansowymi.

Autor wylicza, następnie, szereg tez, na których powinna być oparta racjonalna walka z gruźlicą w Polsce. Tezy te przytaczam w skrócie:

1) Walka z gruźlicą tylko wtedy będzie skuteczna, jeśli będzie prowadzona *jednocześnie na terenie miast i wsi.*

2) *Wszyscy* chorzy na gruźlicę z danego terenu muszą mieć zapewnioną niezbędną i skuteczną pomoc leczniczą.

3) Należy użyć wszelkich rozporządzalnych środków, aby umożliwić *wczesne wykrywanie gruźlicy u dzieci* (zwłaszcza w wieku *do lat 14)* i ich *należyte leczenie.*

4) Wobec dużej śmiertelności na gruźlicę w wieku 20 — 35 lat, należy zwrócić baczną uwagę na *warunki pracy młodych kobiet, zwłaszcza wiejskich.*

5) *Dostateczne odżywianie* jest głównym warunkiem powodzenia w zapobieganiu gruźlicy; tam gdzie nie można zapewnić dostatecznego jakościowo i ilościowo odżywiania, przynajmniej w stosunku do dzieci, tam nie można liczyć na pomyślne wyniki akcji przeciwgruźliczej.

6) Lecząc gruźlika, powinno się mu pozostawić *jak najdłużej możność wykonywania jego zwykłej pracy* (stacje odmy sztucznej); będąc na leczeniu w sanatorium lub szpitalu, *chory nie powinien tracić kontaktu ze swą rodziną i otoczeniem* (budowa sanatoriów w pobliżu większych środowisk miejskich.

7) Wykrywając *w środowiskach rodzinnych gruźlicę u starca,* chorego jakoby na „rozedmę płuc", ratuje się od gruźlicy całą rodzinę.

8) Dążyć do wykrywania *ognisk zakażania gruźlicą w szkołach* (dzieci, nauczycielowie) *i wojsku.*

9) *Tępić gruźlicę krów mlecznych* jako źródło zakażania dzieci i młodzieży.

10) *Dążyć do jak najwcześniejszego wykrywania wszystkich przypadków gruźlicy.*

11) Równolegle z gruźlicą płuc, należy uwzględnić w planie akcji przeciwgruźliczej również i *inne postacie* gruźlicy (kości, stawów, skóry i t. p.).

12) Rozpraszanie w zakresie walki z gruźlicą wysiłków poszczególnych instytucyj — nie prowadzi do celu i pociąga za sobą zbędne wydatki. *Koordynację* tych wysiłków na podstawie jednolitego planu może *zrealizować jedynie centralna państwowa władza sanitarna.*

13) Metody i plan walki z gruźlicą muszą być opracowane *odrębnie dla miast i wsi.*

14) Budując sanatoria, należy stosować *system lekkich baraków* jako najbardziej odpowiedni.

15) Należy dążyć do szerokiego stosowania w szpitalach i sanatoriach przeciwgruźliczych — *leczenia pracą.*

Przedstawiwszy powyżej możliwie dokładnie poglądy Szanownego Autora na to, jakim wymaganiom powinna odpowiadać racjonalna organizacja walki z gruźlicą w Polsce, pozostawiam czytelnikowi ocenę naszej sytuacji w tej dziedzinie, ograniczając się ze swojej strony jedynie do zwrócenia Jego uwagi na dwa zasadnicze zagadnienia: Czy i w jakim stopniu wystarczy dla usprawnienia akcji przeciwgruźliczej — skoordynowanie wysiłków poszczególnych instytucyj, biorących udział w tej akcji? Czy nie narzuca się świadomości czytelnika — w związku z opracowanym przez P. Ministra Chodźkę programem organizacyjnym — przekonanie, że do zrealizowania tego programu potrzebne są ogromne środki finansowe, przekraczające wielokrotnie tę sumę, jaką dysponują dotychczas na cele walki z gruźlicą wszystkie biorące w niej udział instytucje?

M. Czyżewski.

Memoriał Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w sprawie organizacji walki z gruźlicą w Polsce, przesłany Posłom i Senatorom Rzeczypospolitej Polskiej (20.III.1937 r.).

Nareszcie rzeczowe podejście do sprawy organizacji walki z gruźlicą w Polsce! Dr. M. Grodecki, dyrektor Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, nie ogranicza się w swym memoriale do wysuwania mniej lub więcej oderwanych tez i dezyderatów — podobnie, jak to czyni olbrzymia większość innych fachowców i działaczy w tej dziedzinie — ale przedstawia to zagadnienie w formie zupełnie konkretnej, liczbowej. Rzuca on szereg danych niesłychanie wymownych:

a) na 33 miljony ludności w Polsce mamy z górą 1 milion chorych na gruźlicę (w tym około 60 tysięcy chorych na gruźlicę kości i stawów i około 30 tysięcy chorych na gruźlicę skóry), a z tego miliona — conajmniej 480 tysięcy niebezpiecznych dla otoczenia;

b) umiera u nas corocznie na gruźlicę 100 tysięcy ludzi, to jest trzy razy tyle, co na wszystkie inne choroby zakaźne razem (co 6-ty mieszkaniec Polski umiera na gruźlicę);

c) straty w majątku narodowym wskutek gruźlicy wynoszą (licząc wartość życia ludzkiego o połowę mniejszą, niż w Niemczech) 6 miliardów złotych rocznie.

Dr. Grodecki stwierdza, że do walki z gruźlicą *nieodzowne są przede wszystkim środki finansowe,* i to potężne środki finansowe. Przychodni przeciwgruźliczych jest za mało, a te co są, to w 80% nie odpowiadają organizacyjnie swemu przeznaczeniu (np. brak aparatu rentgenowskiego). Na 60 tysięcy potrzebnych dla walki z gruźlicą łóżek szpitalnych — posiadamy zaledwie 4 tysiące, na 40 tysięcy niezbędnych łóżek sanatoryjnych — posiadamy tylko 5 tysięcy kilkaset. Żeby stan zakładów leczniczych i zapobiegawczych doprowadzić do należytego poziomu, Państwo musiałoby *wydawać na ten cel przez 40 lat po 40 milionów złotych rocznie.*

Również i na samo leczenie nie ma obecnie środków, gdyż poza ubezpieczonymi, którzy mają zapewnione bezpłatne leczenie, pozostałe kategorie chorych prawie że się nie leczą — z powodu braku możliwości finansowych, gdyż publicznych funduszów na ten cel — nie ma.

„Zagadnienie gruźlicy w Polsce *można* pchnąć na właściwe tory — trzeba tylko *dać odpowiednie środki materialne, wesprzeć moralnie i otoczyć prawdziwą opieką Państwa społeczne organizacje przeciwgruźlicze i nie tamować inicjatywy obywatelskiej.*

Dr. Grodecki wskazuje konkretnie źródła, z których możnaby uzyskać środki finansowe na cele walki z gruźlicą:

1) 10 — 15% dodatek do cła od importowanych napojów wyskokowych (podatek taki istnieje w Norwegii);

2) Zwiększenie o 10% ceny krajowych wyrobów tytoniowych i 15% podatek od importowanych gotowych wyrobów tytoniowych zagranicznych;

3) przeznaczenie pewnej części dochodów z opłat pocztowych — na fundusz walki z gruźlicą (wzorem licznych krajów).

Wpływy z powyższych źródeł należy uznać za zupełnie realne i mogące zapewnić dostateczną ilość środków finansowych na cele walki z gruźlicą w Polsce.

M. Czyżewski.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INFORMATIONS SOCIALES, tygodnik. Genewa. Tom LXI. Nr. 12

Les pensions de veuves en Australie. (Renty wdowie w Australii).

L'assurance — accidents des ouvriers des chemins

de fer en Autriche. (Ubezpieczenie od wypadków robotników kolejowych w Austrii).

Les assurances sociales en Italie. (Ubezpieczenia społeczne we Włoszech).

La réparation des accidents du travail en Nouvelle-Zélande. (Odszkodowanie wypadków przy pracy w Nowej Zelandii).

Tom LXI. Nr. 13.

Admission des médecins d'usine aux fonctions de médecins contrôleurs dans l'assurance — maladie en Allemagne). Dopuszczenie lekarzy fabrycznych do pełnienia funkcyj lekarzy kontrolerów w ubezpieczeniu chorobowym w Niemczech).

Activité de la Caisse Centrale d'Assurance sociales du Chili. (Działalność Centralnej Kasy Ubezpieczeń Społecznych w Chili).

Le mouvement en faveur de l'introduction des assurances sociales en Mexique. (Akcja dla celu wprowadzenia ubezpieczeń społecznych w Meksyku).

Tom LXII, zesz. 1 z 5.IV.37 r.

Projet de loi sur les assurances sociale dans la République de Colombie. (Projek ustawy o ubezpieczeniu społecznym w Kolumbii).

Proposition de loi sur l'assurance obligatoire invalidité — vieillesse - décès des travailleurs agricoles en Uruguay. (Projekt ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci pracowników rolnych w Urugwaju).

Tom LXII, zesz. 3 z 19.IV.1937 r.

Statut - type des caisses d'assurance des employés en Autriche. (Statut wzorowy kas ubezpieczeń urzędników w Austrii).

Assurances sociales des artisans en Bulgarie. (Ubezpieczenie społeczne rzemieślników w Bułgarii).

Assurance obligatoire en cas d'accidents du travail dans l'agriculture en Italie. (Obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków przy pracy w rolnictwie we Włoszech).

Directives sur les mesures préventives de l'assurance — maladie allemande. (Zarządzenia zapobiegawcze w niemieckim ubezpieczeniu na wypadek choroby).

Proposition de loi sur l'assurance — invalidité — vieillesse - décès des journalistes en République Argentine. (Projekt ustawy o ubezpieczeniu dziennikarzy na wypadek niezdolności do pracy, śmierci i na starość w Argentynie).

INTERNATIONALE RUNDSCHAU DER ARBEIT — miesięcznik, Genewa.

Zesz. 2 z lutego 1937 r.

Dr. H. M. Vernon Der Faktor Mensch in der Unfallverhütung. (Czynnik ludzki w zapobieganiu wypadkom).

Zesz. 3 z marca 1937 r.

P. W. Martin. Der gegenwärtige Stand der „Planwirtchaft". (Obecny stan „gospodarki planowej").

DIE ARBEITERVERSORUNG, dwutygodnik, Berlin. Nr. 33 z r. 1936.

Gunkel, Wegeunfälle. (Wypadki drogowe).

Ney, Die Prüfung der Krankenkassen durch die Landesprüfstellen der Landesversicherungsanstalten). (Kontrola Kas Chorych przez komisje kontrolne Krajowych Zakładów Ubezpieczeniowych).

Nr. 34 z r. 36.

Wander, Die Verschuldensfrage bei Wegeunfällen. (Kwestia winy przy wypadkach drogowych).

Nr. 35 z r. 1936.

Engel, Sozialversicherung und Filmverbung. (Ubezpieczenia społeczne i propaganda filmowa).

Theile, Ubersicht über die geltenden Vorschriften des Kassenarztrechtes. (Przegląd obowiązujących przepisów prawnych, dotyczących lekarzy kasowych).

Nr. 36 z r. 1936.

Garzeit, Krankenversicherung und Rentenversicherung. (Ubezpieczenie na wypadek choroby, a ubezpieczenie rentowe).

Nr. 1 z r. 1937.

Engel, Von der Entwicklung unserer Versicherung. (Rozwój ubezpieczeń społecznych w Rzeszy Niemieckiej).

Nr. 2 z r. 1937.

Goertz, Krankenversicherung bei Einberufung zu Wehrmachtübungen. (Ubezpieczenie na wypadek choroby przy powołaniu na ćwiczenia wojskowe).

Mews, Die Betriebskontrolle. (Kontrola gospodarki).

Nr. 3, z r. 1937.

Bulla, Der Grundlohn bei Festzetzung nach Lohnstufen. (Zarobki podstawowe przy ustalaniu kas zarobkowych).

Nr. 4 z r. 1937.

Kleeis, Der Kassenleiter als Betriebsführer. (Kierownik kasy chorych jako „przywódca" organizmu biurowego).

Nr. 5 z r. 1937.

Post, Die Devisenvorschriften und die Sozialversicherung. (Przepisy dewizowe a ubezpieczenia społeczne).

Nr. 6 z r. 1937.

Jaeger, Der Beamte alsleiter oder Mitglied eins Versicherugsträgers. (Urzędnik jako kierownik lub współpracownik instytucji ubezpieczeniowej).

Kaiser, Arzt und Krankenkasse. (Lekarz i kasa chorych).

Peters, Kraftfahrzeugbenutzung im vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung. (Użytkowanie samochodów w służbie lekarzy zaufania ubezpieczenia chorobowego).

DIE LANDKRANKENKASSE, dwutygodnik, Berlin.

Nr. 2 z 16 stycznia 1937 r.

Heinrich Koch, Der vertrauensärztliche Dienst. (Służba lekarzy zaufania).

Nr. 3 z 1 lutego 1937.

Die Sozialversicherung im 3 Vierteljahr 1936 r. (Niemieckie ubezpieczenia społeczne w trzecim kwartale 1936 r.).

Nr. 5 z 1 marca 1937 r.

Die Krankenversicherung im Jahre 1935. (Ubezpieczenie chorobowe w 1935 r.).

DIE DEUTSCHE ERSATZKASSE, dwutygodnik, Berlin.

Nr. 3 z 10 lutego 1937 r.

Die grossen Ortskrankenkassen. (Wielkie lokalne kasy chorych).

Einheitsversicherung. (Ubezpieczenie jednolite).

Nr. 6 z 25 marca 1937.

Dr. Schmidt, Gesundheitsfürsorge durch die Versicherungsträger. (Opieka nad zdrowiem ubezpieczonych ze strony instytucji).

MONATSSCHRIFT FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTENVERSICHERUNG, miesięcznik, Berlin.

Nr. 1 ze stycznia 1937.

Dr. Lutz Richter, Verbesserung des Anwartschaftsrechts. (Poprawa uprawnień świadczeniowych).

Nr. 2 z lutego 1937 r.

Dr. Engel, Sozialversicherung als Hochschulfach. (Ubezpieczenia społeczne jako przedmiot wyższych studiów).

Dr. Jaeger, Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung im J. 1936. (Rozwój niemieckich ubezpieczeń społecznych w r. 1936).

Dr Lenz, Zum Wegfall der Versicherungsämter. (Skasowanie urzędów ubezpieczeniowych).

AMERIKANISCHER VERSICHERUNGS - UNTERRICHT. DAS VERSICHERUNGSARCHIV. GRUDZIEŃ 1936.

Profesor Dr Manes bawiący obecnie w Ameryce jako profesor uniwersytetu stanowego w Indianie omawia w grudniowym numerze miesięcznika „Versicherungsarchiv" stan obecny studiów ubezpieczeniowych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Oczywiście są to studia dotyczące dziedziny ubezpieczeń prywatnych. W ciągu r. 1936 odbyło się na terenie 143 uniwersytetów — 332 wykładów z dziedziny ubezpieczeń, wysłuchanych przez mniej więcej 10.000 studentów. 150 docentów tworzy korpus nauczycielski. Poza tym odbywały się rozliczne kursy wykładowe i korespondencyjne, organizowane przez związki towarzystw i ajentów ubezpieczeniowych. Można stwierdzić, że Stany Zjednoczone są nie tylko krajem najsilniej rozwiniętych ubezpieczeń, ale również krajem najintensywniejszych możliwości kształcenia się w umiejętnościach ubezpieczeniowych.

Ten wysoki stan możliwości nauki nie stoi jednakże w żadnym stosunku do stanu znajomości dziedziny ubezpieczeń w społeczeństwie amerykańskim. W szkołach różnego typu nie spotyka się młodzież z pojęciami ubezpieczeniowymi, a dziwacznym zbiegiem okoliczności nawet podręczniki ekonomii zawierają właściwie bardzo szczupłe wiadomości z tej dziedziny. Stanowi ona wyłączny przedmiot planów naukowych wyższych uczelni. Jednakowoż istnieje ogromna różnolitość ustosunkowania się poszczególnych uczelni do przedmiotów ubezpieczeniowych. Na niektórych uniwersytetach należą one do przedmiotów obowiązkowych. Inne uniwersytety, jak np. najsłynniejsza uczelnia amerykańska Harvard, pomijają w ogóle ubezpieczenia w swych planach naukowych. Programy nauczania obejmują przeważnie tylko zagadnienia gospodarcze, w znacznie mniejszym stopniu prawo ubezpieczeniowe i matematykę ubezpieczeniową, a pomijają zupełnie medycynę ubezpieczeniową.

Ilość godzin wykładowych jest znaczniejsza niż w Europie, przy czym odbywają się często egzaminy, nieraz w połowie semestrów, ze względu na ustrój wyższych uczelni amerykańskich, zbliżony do ustroju szkół zwyczajnych, i obejmujący zarówno przymus uczęszczania na wykłady jak i egzaminy częściowe w toku studiów.

Liczba słuchaczy ulega w zależności od uczelni silnym wahaniom w granicach od kilku do kilkuset osób. Osoby kończące studia otrzymują tytuł magistra, względnie kupca dyplomowanego. Ciekawym i charakterystycznym dla stosunków amerykańskich jest egzamin fachowy, któremu są poddawani członkowie American College of Life Underwriters, Związku ajentów ubezpieczeniowych. Od złożenia egzaminu zależy nadanie tytułu Chartered Life Underwriter (znaczy mniej więcej: zaprzysiężony agent ubezpieczeniowy). Do egzaminu są dopuszczani kandydaci po czteroletnich studiach, odbywanych w ramach kursów, organizowanych przez Związek przy współudziale wyższych uczelni, i po trzyletniej praktyce, następującej po studiach.

Ilość urządowo dopuszczonych agentów ubezpieczeń na życie wynosi w Stanach Zjednoczonych około 320.000.

Uzależnienie wykonywania zawodu od złożenia egzaminu stanowi zachętę do studiów, a zarazem stwarza poważanie i uznanie dla tego zawodu w społeczeństwie.

Odrębną specjalność stanowią egzaminy aktuarialne, odbywane przy trzech istniejących w Stanach Zjednoczonych związkach aktuariuszy. Związki te są bardzo ekskluzywne i dbają zarówno o pozycję społeczną, jak i materialną swych członków. Jednym ze środków są bardzo ciężkie egzaminy.

Podręczniki naukowe są redagowane prawie wyłącznie we formie praktycznej dla celów egzaminowych. Poszczególne rozdziały są zazwyczaj zaopatrzone w szereg pytań, służących do powtórki materiału. Źródła nie są podawane. Książek nieamerykańskich, poza angielskimi, nigdy się nie cytuje, ze względu na nieznajomość obcych języków. Szczegóły dotyczące historii nauki nie są uwzględniane. Na systematykę nie zwraca się uwagi. Podręczniki ogranicza się przeważnie do opisu praktyk towarzystw ubezpieczeniowych. Naukowych monografii prawie że niema ze względu na mały ich zbyt.

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

W *Codziennej Gazecie Handlowej* z 12 kwietnia b. r. ukazał się artykuł p. t. „Reforma ubezpieczeń społecznych a postulaty rzemiosła". Artykuł omawia akcję Związku Izb Rzemieślniczych dotyczącą ubezpieczenia samoistnych rzemieślników i techniki ubezpieczenia. Powołana w zeszłym roku przez Ministerstwo Opieki Społecznej komisja wyłoniła podkomisję do spraw techniki ubezpieczeń, w skład której weszli również przedstawiciele rzemiosła. Komisja ta opracowała wnioski zmierzające do odciążenia zakładów pracy zwłaszcza w zakresie formalności ubezpieczeniowych. Dokonano uproszczeń w formularzach ubezpieczeniowych. W zakresie składek komisja wykazała potrzebę stosowania takiego systemu wymiaru składek, któryby nie wymagał dodatkowych przeliczeń. Ustosunkowała się pozytywnie do projektu zastąpienia wykazów stanu zatrudnienia odpisami list płacy. Wśród innych propozycyj w zakresie obliczenia składek zasługuje na uwagę problem zryczałtowania składek ubezpieczeniowych w rzemiośle. Wnioski podkomisji zostały przesłane do Ministerstwa Opieki Społecznej, które ma wydać zarządzenia co do zakresu i terminu realizacji postulatów.

Czas z dn. 17 kwietnia b. r. w artykule p t. „Zakład Ubezpieczeń Społecznych winien rozszerzyć akcję budowlaną" omawia akcję budowlaną Z. U. S. polegającą na dostarczaniu ubezpieczonym domków jednorodzinnych. Autor artykułu podkreśla wielką pożyteczność tej akcji, umożliwiającej warstwom pracującym posiadanie własnego domu, chociaż by położonego w dużej odległości od miasta. Kalkulacja polegająca na początkowej wpłacie kwoty kilku tysięcy i opłacaniu rat skalkulowanych w wysokości komornego, zmusza pracowników do oszczędności, ażeby

przy pomocy zdobytej z trudem kwoty osiągnąć własny dom. Wobec zaprzestania w roku bieżącym tego rodzaju budownictwa należy przypuszczać, że Z. U . S. w zrozumieniu doniosłości akcji wznowi ją ponownie przyczyniając się do polepszenia warunków zdrowotnych, materialnych i moralnych wśród ubezpieczonych. Akcja dotycząca dotychczas tylko pracowników umysłowych winna zostać rozszerzona również na pracowników fizycznych.

Kolonie i obozy wypoczynkowe organizowane przy udziale ubezpieczeń społecznych tworzą w dalszym ciągu przedmiot zainteresowania prasy. *Mały Dziennik* z 11 kwietnia w artykule p. t. „Kolonie wypoczynkowe dla robotników" podkreśla z uznaniem akcję Z. U. S. Skuteczność akcji zależy od skonsolidowania współpracy czynników państwowych, samorządowych, ubezpieczeń społecznych i zawodowych organizacyj pracowniczych przy równoczesnym udziale pracodawców. Przedsiębiorcy krajów zachodnich zrozumieli już własny interes związany z akcją obozową. Zdrowie robotnika to najpewniejszy kapitał pracodawców a również zysk dla państwa. W powszechnym zatym interesie należy przystąpić do należytego rozwiązania zagadnienia urlopów.

Czasopisma *Pracownik Polski* z 18 kwietnia b. r. i *Gazeta Grudziądzka* z 15 kwietnia zamieściły jednobrzmiący artykuł p. t. „Obozy wypoczynkowe dla młodzieży robotniczej". Treść artykułu jest podobna do analogicznych głosów prasy omówionych w Przeglądzie prasy z ubiegłych miesięcy, omawia ekwipunek uczestników obozu, programy obozowe, oraz dodatnie wyniki zarówno fizyczne i jak i moralne.

Front Robotniczy z dn. 1 kwietnia b. r. w art. p. t. „Kto winien?" zwraca uwagę na stratę, jaką ponoszą pracownicy z winy pracodawców na skutek nie zgłoszenia ich do ubezpieczenia na wypadek braku pracy, czy też nie opłacania w przepisowych terminach składek. Jako przykład podaje Front Robotniczy statystykę roszczeń o świadczenia załatwionych odmownie przez Z. U. S. w Warszawie z winy pracodawców. W 1931 r. na ogólną ilość spraw 24.970 odmówiono 1.820, w 1932 r. na 39.143 odmówiono 2.156 i t. d. Podobnie dzieje się przy załatwianiu roszczeń o świadczenie emerytalne.

Artykuł p. t. „Poprawa gospodarki Ubezpieczalni Społecznych" w *Gazecie Handlowej* z dn. 14 kwietnia b. r. podkreśla poprawę gospodarki na terenie Ub. Społ. Przy wzrastających wciąż świadczeniach maleje stale koszt wydatków administracyjnych. Budżet na r. 1937 wykazuje koszty administracyjne w wysokości 12.652.915 zł. podczas gdy kilka lat temu roczna cyfra wydatków była 27 milionów zł. czyli gdy dawniej na jednego ubezpieczonego wynosiła 12 zł. dziś cyfra ta zmniejszyła się do 7.29 zł. Suma świadczeń na jednego ubezpieczonego rocznie wynosi 46.24 zł., cyfra więc wydatków adm. 7.29 zł. nie wydaje się być za wysoka. Ponad to daje się zauważyć jeszcze słabe zmniejszanie się tych wydatków przy równoczesnym zwiększeniu świadczeń z jednej strony a akcji profilaktycznej z drugiej. Korzystne zmiany w gospodarce ubezpieczalni tym bardziej zasługują na uwagę, że przy okrojonych budżetach spłacają ubezpieczalnie długi z okresów lepszych. Pamiętać też należy że ubezpieczalnie społeczne operują w budżetach znacznie mniejszymi wpływami jak w latach ubiegłych. W r. 1929 dochody ubezpieczalni wynosiły około 300 milionów, w 1933 jeszcze 200 milionów zł., zaś budżet r. 1937 preliminuje tylko 117 milionów zł. Zwężenie środków jakiemi operują ubezpieczalnie musiało się odbić na ilości świadczeń w stosunku do lat ubiegłych mimo tendencji wzrostu w ramach budżetu. Poprawę należy przypisać reorganizacji systemu pracy w Ubezpieczeniach Społecznych, które w dalszym ciągu jeszcze podlegają przeobrażeniu.

We „Froncie Robotniczym" z dn. 20 b. m. czytamy w reportażu p. t. „Pokój nr. 13" o skierowaniach do szpitali w 1-szym Obwodzie Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie; podobno czeka gotowych wypisanych a nieodebranych 25.000 legitymacyj, podczas gdy ubezpieczonych załatwia się zaświadczeniami, co zabiera tylko czas powodując zdenerwowanie z powodu wolnego biegu spraw.

Korespondent z Nowogródka w *Kurjerze Porannym* z dn. 20 kwietnia b. r. w art. p. t. „Wieś kresowa a lecznictwo" zwraca uwagę na przeszkody, jakie napotyka sprawa ubezpieczeń chorobowych na wsi, a to na skutek nie możności płacenia choćby minimalnych stawek przez wieśniaków. Wydatki związane ze świadczeniami chorobowymi muszą znaleźć pokrycie przez rozłożenie je na zamożniejsze rolnictwo państwa, samorządy oraz na część społeczeństwa rozporządzającą wysokimi dochodami a wolną od przymusu ubezpieczeń. Reportaż „Dekady z dn. 20 b. m. p. t. „Stara Kąkolowa żyje se dobrze" zwraca uwagę na fakt wzrastania świadczeń na rzecz wdów i sierot po robotnikach, zaznaczając, że społeczeństwo powinno się pogodzić i zrozumieć, iż wpłaca składki ubezpieczeniowe nie tylko dla siebie, ale i dla tych którzy po utraceniu żywiciela, względnie po utraceniu zdolności do pracy, pozostają bez środków do życia. Ocenia to jako ważny czyn prawdziwie obywatelski. Jako przykład daje wdowę po robotniku tartacznym z Zakopanego, której renta wdowia w wysokości 20 zł. miesięcznie daje możność jakiej takiej egzystencji.

Kurier Poranny z dn. 24 b. m. podaje opis wagonu-wystawy ubezpieczeń społecznych, zaznaczając, że w podróży przez województwa południowe i południowowschodnie żaden z wagonów nie cieszył się taką frekwencją jak właśnie ten.

Mały Dziennik z dn. 18 kwietnia b. r. w art. p. t. „Co daje rodzinie ubezpieczalnia i jakie są jej dalsze potrzeby?" podaje warunki i wysokość świadczeń chorobowych dla rodziny ubezpieczonego. Podkreśla znikomość tych świadczeń w stosunku do potrzeb rodziny. Młoda matka otrzymuje ¼ litra mleka co przy cenie nowej 25 gr. za litr czyni w ciągu 12 tygodni 8 zł. W razie choroby ubezpieczonego ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dopiero przy rodzinach od trojga osób. Przy tendencjach rozpowszechnienia ubezpieczeń należy rozszerzyć świadczenia na rzecz rodzin, ponieważ tylko zdrowa i silna rodzina może być podstawą państwa.

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 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	295 393	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
„ „ stycznia 1937 r.	427 754	1 678 708	1 373 942	302 850	300 705	1 876 246

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. [c]	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 1936 r.	293 134	105 566	62 197	57 001	17 901	50 469	42 318	8 151
w grudniu 1935 r.	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	3 893	3 348	550
„ lutym „	23 149	7 349	4 925	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 „	27 948	10 477*	6 141*	4 537	1 479	5 314	3 956*	1 358
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
„ grudniu „	24 704	9 259	5 334	4 728	1 536	3 847	3 699	148
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 1936 r.	290 113	105 721	62 085	57 178	18 202	46 927	40 530	6 397
w grudniu 1935 r.	26 722	9 274	6 602	5 348	1 469	4 029	3 630	399
„ styczniu 1936 r.	23 965	7 831	5 214	5 655	1 497	3 768	3 164	604
„ lutym „	24 303	8 157	5 415	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 „	22 857	8 873	5 001	4 353	1 423	3 207	3 039	168
„ lipcu „	23 158	8 428	4 951	4 584	1 497	3 698	3 023	675
„ 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 „	27 453	9 931	5 760	4 389	1 422	5 951	5 020	931
„ grudniu „	26 641	9 772	5 727	5 057	1 642	4 443	3 938	505

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	1936												1937
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I
Ubezpieczenie na wypadek choroby[f]	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
1. *Ogółem*[g]		*17 270*			*18 077*			*19 645*			*22 090*		*6 016*
2. opieka lekarska		6 711			6 797			7 256			7 310		2 288
3. środki leczn. i pomocn.		3 158			3 269			2 989			3 505		1 099
4. szpitale i zakł. leczn.		4 439			4 806			5 382			6 310		1 466
5. zasiłki pieniężne		2 525			2 531			2 864			3 270		1 001
6. lecz. w bratnich ubezp.		165			233			239			447		35
7. profilakt. i cele sanit.		272			441			915			1 248		127
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)												
8. Porady lekarskie ogół.	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	1 446,8
9. „ lekarzy dom.	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	1 070,4
10. „ „ specjal.	313,5	301,0	332,5	295,3	322,7	295,1	312,9	297,9	330,9	358,3	346,8	319,0	376,5
11. Zabiegi dentystyczne	112,2	107,2	114,1	103,2	106,9	93,0	94,3	102,2	116,8	121,6	119,8	108,5	102,5
12. Zabiegi pers. pom.-lek.	189,1	205,9	196,6	191,3	213,4	190,8	185,2	184,6	199,9	222,5	207,9	193,5	195,2
13. Leki i środki opatrunk.	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	1 773,3
14. Zabiegi fizyko-terap.	203,7	199,5	225,7	168,8	167,5	122,6	78,2	78,8	127,5	179,0	200,2	190,9	180,9
15. „ rentgenowskie	31,4	31,3	34,5	32,3	35,9	31,2	28,4	28,1	31,9	33,7	35,9	32,3	31,4
16. Analizy chemiczne[h]	56,1	51,2	57,4	51,3	52,5	48,2	44,0	44,9	51,4	56,4	56,1	53,5	54,2
17. Przekazy do szpitali[i]	10,7	9,9	10,8	10,2	11,8	12,1	13,9	13,5	14,5	14,6	14,2	13,0	14,3
18. Przyrost chorych we własnych szpitalach	5,3	4,6	4,8	4,4	5,1	5,0	5,5	5,1	5,1	5,2	4,8	4,9	4,7
19. Dni szpitalne[j]	77,4	75,6	75,0	69,0	79,3	75,9	77,3	78,1	75,9	78,9	78,0	74,2	77,3
20. Dni zasiłkowe[k]	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	971,0
21. Zasiłki pogrzebowe	2,5	2,1	2,5	2,3	2,6	2,7	3,3	3,2	3.1	3,3	3,0	3,0	2,5
Ubezpieczenie emeryt. robotników[l]	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
22. *Ogółem*	*1 357*	*1 419*	*1 472*	*1 578*	*1 639*	*1 615*	*1 603*	*1 499*	*1 536*	*1 641*	*1 715*	*1 645*	*1 808*
23. renty	715	764	778	876	880	840	803	791	771	869	856	849	832
24. zaopatrzenia	638	651	658	682	695	704	699	688	712	732	745	756	976
25. świadcz. jednorazowe[m]	4	4	36	20	64	71	101	20	53	40	114	40	.
	Liczby wypłaconych świadczeń												
26. Renty	38 910	39 135	39 207	39 874	40 379	40 888	41 115	41 435	41 593	43 490	44 155	44 318	44 493
27. zaopatrzenia	29 094	29 697	30 379	31 153	31 983	32 707	33 195	33 497	33 938	34 425	34 954	35 490	36 093
28. świadcz. jednorazowe[m]	35	35	314	184	577	580	512	138	468	370	965	195	4
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
29. *Ogółem*	*3 874*	*3 895*	*4 165*	*4 614*	*4 016*	*4 212*	*4 078*	*4 103*	*4 149*	*4 181*	*4 317*	*4 237*	*4 008*
30. renty	2 786	2 678	2 852	3 414	2 827	3 096	3 085	3 097	3 098	3 155	3 321	3 235	3 145
31. zaopatrzenia[n]	97	113	105	98	101	109	104	112	109	113	114	108	111
32. świadcz. jednorazowe[o]	96	153	160	130	164	154	77	91	122	120	111	112	52
33. zasiłki bezrobotnych	895	951	1 048	972	924	853	812	803	820	793	771	782	700
	Liczby wypłaconych świadczeń												
34. Renty	21 922	22 202	22 764	23 634	23 710	24 252	24 255	24 651	25 114	25 574	25 992	26 553	26 662
35. zaopatrzenia[n]	1 923	1 963	1 997	1 986	1 999	2 041	2 041	2 081	2 107	2 135	2 157	2 150	2 146
36. świadcz. jednorazowe[o]	58	118	115	123	118	124	70	74	103	116	102	124	85
37. Zasiłki z powodu braku pracy	11 801	12 317	13 857	12 830	11 969	11 132	10 788	10 379	11 215	11 087	10 547	10 605	9 726
38. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki[p]	9 238	9 720	10 597	10 484	9 967	9 292	8 801	8 526	9 045	9 197	8 879	8 787	8 420
Ubezpiecz. od wypadk.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
39. *Ogółem*	*3 344*	*3 796*	*3 705*	*3 914*	*4 105*	*3 764*	*3 798*	*3 855*	*3 999*	*3 710*	*3 947*	*3 955*	*3 581*
40. renty	3 326	3 438	3 327	3 547	3 687	3 463	3 516	3 526	3 649	3 602	3 592	3 596	3 410
41. świadcz. jedn. i rzecz.[r]	18	358	378	367	418	301	282	329	350	108	355	359	171
	Liczby przyznanych świadczeń												
42. Renty	1 176	1 208	1 625	2 216	2 013	1 677	1 760	1 775	1 860	1 934	2 173	1 916	1 967
43. Świadcz. jednoraz.[s]	49	92	150	94	119	99	66	81	87	84	88	94	.

f Bez Górnego Śląska. *g* Wydatki na przewóz chorych i lekarzy mieszczą się 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.

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 «

Przeciętna z 12 miesięcy — 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
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ogółem	**410 753**	**1 813 074**	**1 767 832**	**1 470 632**	**268 422**c	**1 800 190**d
	%	—	*100,0*	*97,5*	*81,1*	*14,8*	*99,3*
	woj. Centralne . . .	*190 811*	*948 655*	*921 119*	*783,014*	*134,716*	*944 966*
	%	—	*100,0*	*97,1*	*82,5*	*14,2*	*99,6*
	woj. warszawskie						
1	Ciechanów	2 983	10 573	10 408	8 433	1 398	10 416
2	Kutno	3 927	18 203	17 889	15 392	2 119	17 931
3	Płock	3 530	10 363	10 190	8 191	1 422	10 202
4	Warszawa	78 171	327 214	317 584	249 989	65 764	326 844
5	Włocławek	4 145	17 111	16 755	14 127	2 213	16 860
6	Żyrardów	3 443	17 731	17 505	15 570	1 638	17 589
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	4 850	15 299	15 057	12 009	1 927	15 094
8	Łódź	26 060	171 966	170 384	151 434	16 721	171 938
9	Pabianice	3 383	23 356	23 197	21 120	1 674	23 270
10	Piotrków	3 248	17 740	17 563	15 435	1 671	17 637
11	Tomaszów Mazowiecki .	2 910	19 642	19 468	17 574	1 580	19 538
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa	6 808	40 257	39 784	35 710	3 140	40 181
13	Kielce	4 684	22 710	22 419	18 491	3 403	22 436
14	Ostrowiec	1 883	17 264	16 986	14 770	2 183	17 150
15	Radom	4 395	31 969	22 735	27 404	3 843	31 859
16	Sosnowiec	9 769	74 434	73 577	66 081	6 997	74 399
	woj Lubelskie						
17	Lublin	7 834	33 102	32 272	26 399	5 467	32 744
18	Siedlce	2 882	10 366	10 071	7 956	1 871	10 091
19	Zamość	3 207	11 838	11 528	9 222	1 966	11 538
	woj. Białostockie						
20	Białystok	4 794	30 633	29 151	25 649	4 037	30 432
21	Grodno	4 203	16 501	16 353	13 322	2 351	16 497
22	Łomża	3 702	10 383	10 243	8 736	1 331	10 320
	woj. Wschodnie . .	*31 634*	*142 322*	*140 256*	*110 596*	*25 553*	*140 513*
	%	—	*100,0*	*98,5*	*77,7*	*18,0*	*98,7*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	11 553	46 036	45 563	35 002	8 736	45 683
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze	2 620	11 280	10 581	8 384	1 926	10 597
25	Lida	2 346	10 865	11 040	8 688	2 183	11 060
	woj. Poleskie						
26	Brześć	3 257	13 866	13 744	10 713	2 578	13 769
27	Pińsk	1 482	10 660	10 504	8 838	1 528	10 521
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno	2 414	8 693	8 532	6 822	1 497	8 535
29	Kowel	1 734	7 862	7 756	5 627	1 665	7 756
30	Łuck	2 612	8 714	8 532	6 252	2 010	8 569
31	Równe	3 616	24 346	24 004	20 020	3 430	24 023

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
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie . .	*64 637*	*258 411*	*249 172*	*189 460*	*49 760*	*254 024*
	%	—	*100,0*	*96,4*	*73,3*	*19,3*	*98,3*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	6 719	31 581	29 384	23 604	5 807	31 235
33	Gniezno	4 056	13 114	12 289	9 507	2 285	12 709
34	Grodzisk	3 182	9 774	9 307	7 058	1 737	9 348
35	Inowrocław	3 047	12 268	11 674	8 969	2 299	11 980
36	Leszno	3 206	9 956	8 993	6 952	1 830	9 538
37	Ostrów	4 826	15 150	14 593	10 137	2 741	14 625
38	Poznań	16 401	68 835	67 840	50 568	15 402	68 524
39	Szamotuły	3 861	11 937	11 339	8 594	2 255	11 352
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	4 546	29 330	28 756	23 118	5 204	29 219
41	Grudziądz	5 537	20 441	19 949	14 814	3 575	20 039
42	Tczew	2 782	10 666	10 260	7 554	1 892	10 477
43	Toruń	4 206	16 564	16 296	12 165	3 309	16 398
44	Tuchola	2 268	8 795	8 492	6 420	1 424	8 580
	woj. Południowe . .	*117 325*	*424 976*	*418 853*	*354 691*	*54 386*	*422 064*
	%	—	*100,0*	*98,1*	*83,5*	*12,8*	*99,3*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	5 577	29 781	29 575	26 087	2 567	29 673
46	Chrzanów	2 462	20 319	20 118	18 344	1 660	20 260
47	Kraków	25 488	83 158	81 436	69 563	11 432	83 071
48	Nowy Sącz	4 743	20 226	20 082	17 150	1 989	20 157
49	Zakopane	2 725	10 352	10 205	8 782	1 117	10 325
50	Tarnów	5 136	18 193	17 983	15 467	1 994	18 112
	woj. lwowskie						
51	Drohobycz	5 619	23 517	23 183	19 772	3 019	23 380
52	Jarosław	2 484	9 033	8 830	7 443	1 079	8 849
53	Krosno	2 837	14 737	14 650	12 777	1 348	14 687
54	Lwów	23 358	75 921	75 181	59 955	13 001	75 564
55	Przemyśl	4 140	13 759	13 620	11 717	1 540	13 667
56	Rzeszów	3 541	10 348	10 188	8 429	1 369	10 193
57	Tarnobrzeg	1 724	8 634	8 351	7 112	1 203	8 430
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	3 675	13 001	12 878	11 270	1 469	12 911
59	Stanisławkw	5 716	18 817	18 615	15 357	2 245	18 672
60	Stryj	4 355	19 582	19 323	16 900	1 889	19 390
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	2 708	6 748	6 617	5 327	1 033	6 621
62	Czortków	3 142	9 689	9 344	7 737	1 616	9 359
63	Tarnopol	4 329	9 729	9 516	7 846	1 448	9 547
64	Złoczów	3 566	9 432	9 158	7 656	1 368	9 196
	Śląsk Cieszyński . .	*6 341*	*38 710*	*38 432*	*32 871*	*4 007*	*38 623*
	%	—	*100,0*	*99,3*	*84,9*	*10,4*	*92,8*
65	Bielsko	6 346	38 710	38 432	32 871	4 007	38 623

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), (7), (8). *c* Poza tym było przeciętnie 25 558 pracowników umysłowych ubezpieczonych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie. *d* Poza tym było przeciętnie 172 766 pracowników zatrudnionych w przemyśle ubezpieczonych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni w Ubezpieczalniach Społecznych

w/g rodzajów ubezpieczenia[a]

Stan w końcu miesiąca — I — 1937

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	**427 754**	**1 722 846**	**1 678 708**	**1 373 942**	46 378	**276 363**[c]	**1 709 590**[d]
	woj. Centralne . .	*200 632*	*914 362*	*887 379*	*745 634*	*33 307*	*138 663*	*910 569*
	woj. Warszawskie							
1	Ciechanów	3 195	8 590	8 421	6 407	—	1 515	8 456
2	Kutno	3 929	15 250	14 930	12 329	—	2 245	14 971
3	Płock	3 698	8 746	8 565	6 593	—	1 550	8 577
4	Warszawa	83 429	332 054	323 671	254 010	—	67 385	331 712
5	Włocławek	4 328	16 108	15 739	13 056	—	2 261	15 858
6	Żyrardów	3 569	15 105	14 896	12 841	—	1 722	14 989
	woj. Łódzkie							
7	Kalisz	4 934	13 569	13 319	10 316	—	2 019	13 357
8	Łódź	27 765	168 524	166 907	147 497	—	17 190	168 497
9	Pabianice	3 545	21 223	21 062	18 953	—	1 688	21 130
10	Piotrków	3 385	16 947	16 758	14 414	—	1 847	16 830
11	Tomaszów Mazowiecki	2 537	18 881	18 709	16 703	154	1 661	18 776
	woj. Kieleckie							
12	Częstochowa	7 534	38 289	37 809	33 453	1 925	3 345	38 219
13	Kielce	4 779	17 922	17 659	14 066	—	2 997	17 670
14	Ostrowiec	2 994	19 010	18 707	16 518	2 898	2 193	18 895
15	Radom	4 307	29 268	19 452	24 473	—	3 979	29 155
16	Sosnowiec	10 311	72 595	71 719	63 972	25 330	7 318	72 556
	woj. Lubelskie							
17	Lublin	7 909	29 169	28 353	22 334	—	5 618	28 811
18	Siedlce	2 975	8 733	8 433	6 255	—	2 003	8 451
19	Zamość	3 220	10 445	10 134	7 634	—	2 158	10 142
	woj. Białostockie							
20	Białystok	5 198	28 476	27 558	23 546	—	3 996	28 274
21	Grodno	4 464	15 895	15 752	12 576	—	2 392	15 891
22	Łomża	3 627	9 563	8 826	7 688	—	1 581	9 352
	woj. Wschodnie .	*32 724*	*132 305*	*130 047*	*100 087*	—	*26 154*	*130 368*
	woj. Wileńskie							
23	Wilno	11 620	44 528	44 058	33 522	—	8 797	44 154
	woj. Nowogródzkie							
24	Baranowicze	2 752	9 985	9 673	7 366	—	2 088	9 689
25	Lida	2 528	10 211	9 945	7 515	—	2 275	9 958
	woj. Poleskie							
26	Brześć	3 457	12 269	12 142	8 862	—	2 801	12 169
27	Pińsk	1 577	9 181	9 018	7 263	—	1 608	9 034
	woj. Wołyńskie							
28	Łuck	4 538	15 346	15 036	10 917	—	3 528	15 079
29	Równe	6 252	30 785	30 175	24 642	—	5 057	30 285

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 . .	*66 338*	*244 225*	*235 077*	*174 206*	*713*	*51 261*	*239 816*
	woj. Poznańskie							
30	Bydgoszcz	6 964	31 712	29 509	23 782	—	5 951	31 376
31	Gniezno	4 066	11 536	10 716	7 915	—	2 353	11 130
32	Grodzisk	3 203	8 543	8 071	5 879	—	1 768	8 129
33	Inowrocław	3 016	11 559	11 006	8 307	456	2 304	11 258
34	Leszno	3 320	8 725	7 892	5 927	—	1 867	8 299
35	Ostrów	4 938	13 693	13 144	8 704	—	2 736	13 169
36	Poznań	16 690	68 271	67 205	49 185	—	15 938	67 941
37	Szamotuły	4 038	11 242	10 661	7 918	252	2 260	10 671
	woj. Pomorskie							
38	Gdynia	4 835	29 011	28 447	22 401	—	5 563	28 901
39	Grudziądz	5 908	17 625	17 141	12 031	—	3 622	17 224
40	Tczew	5 088	17 756	17 033	12 132	5	3 506	17 330
41	Toruń	4 272	14 552	14 252	10 025	—	3 393	14 388
	woj. Południowe .	*121 568*	*397 151*	*391 685*	*325 296*	*11 267*	*56 012*	*394 119*
	woj. Krakowskie							
42	Biała	5 972	27 707	27 501	23 977	1 659	2 646	27 603
43	Chrzanów	2 534	16 395	16 177	14 361	5 341	1 711	16 325
44	Kraków	25 867	78 029	77 109	64 617	1 015	11 022	77 954
45	Nowy Sącz	5 328	18 378	18 168	15 254	1	2 165	18 300
46	Zakopane	2 880	8 686	8 567	6 980	—	1 237	8 659
47	Tarnów	5 196	17 964	17 746	15 085	380	2 141	17 882
	woj. Lwowskie							
48	Drohobycz	5 703	22 855	22 498	18 955	785	3 199	22 687
49	Krosno	2 805	15 567	15 484	13 683	—	1 394	15 520
50	Lwów	25 608	75 216	74 475	58 509	—	13 652	74 844
51	Przemyśl	6 769	20 145	19 799	16 532	—	2 608	19 856
52	Rzeszów	3 590	9 620	9 458	7 689	76	1 429	9 464
53	Tarnobrzeg	1 725	5 679	5 409	4 130	—	1 249	5 490
	woj. Stanisławowskie							
54	Kołomyja	3 672	10 457	10 354	8 583	—	1 487	10 376
55	Stanisławów	5 807	17 423	17 212	13 790	78	2 356	17 253
56	Stryj	4 471	19 070	18 783	16 278	195	1 996	18 867
	woj. Tarnopolskie							
57	Brzeżany	2 882	6 128	5 990	4 690	1 675	1 081	5 992
58	Czortków	3 084	10 184	9 827	8 173	—	1 671	9 844
59	Tarnopol	4 127	8 826	8 606	7 057	—	1 505	8 641
60	Złoczów	3 548	8 822	8 522	6 953	62	1 463	8 562
	Śląsk Cieszyński .	*6 492*	*34 803*	*34 520*	*28 719*	*1 091*	*4 273*	*34 718*
61	Bielsko	6 492	34 803	34 520	18 719	1 091	4 273	34 718

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 *26 487* pracowników umysłowych ubezpieczonych w oddziale Z. U. S. w Chorzowie. *d* Poza tym było *166 656* 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 listopad 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 . .	**22 835 193**	**9 259 139**	**5 333 886**	**4 141 947**[b]	**1 339 833**[b]	**2 760 388**[b]
	% . . .	*100,0*	*40,5*	*23,4*	*18,1*	*5,9*	*12,1*
	woj. Centralne . .	*13 404 969*	*5 427 567*	*3 273 249*	*2 351 223*	*769 670*	*1 583 260*
	% . .	*100,0*	*40,5*	*24,4*	*17,5*	*5,8*	*11,8*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów . . .	100 207	42 930	24 071	17 277	5 384	10 545
2	Kutno	204 423	88 055	56 902	28 006	8 818	22 642
3	Płock	119 531	49 594	28 775	19 438	7 174	14 550
4	Warszawa . . .	5 785 308	2 287 157	1 186 609	1 249 918	409 749	651 875
5	Włocławek . . .	198 854	82 110	50 397	31 187	9 999	25 161
6	Żyrardów . . .	203 115	87 751	58 794	25 204	8 148	23 218
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	152 952	66 128	37 347	25 377	7 970	16 130
8	Łódź	2 358 804	1 023 352	666 592	329 909	109 740	229 211
9	Pabjanice . . .	231 527	103 431	70 307	26 858	8 971	21 960
10	Piotrków . . .	175 248	73 798	51 395	22 786	7 319	19 950
11	Tomaszów Maz. . .	239 798	105 752	74 055	25 179	8 044	26 768
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa . .	428 031	183 121	127 891	47 854	15 579	53 586
13	Kielce	232 814	97 124	57 159	35 418	11 107	32 006
14	Ostrowiec . . .	288 774	116 205	75 635	42 831	14 152	39 951
15	Radom . . .	377 263	105 228	112 578	75 074	23 929	60 454
16	Sosnowiec . . .	1 186 594	455 308	331 163	143 487	49 624	207 012
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	364 982	148 129	82 450	71 566	22 490	40 347
18	Siedlce . . .	101 570	42 037	20 603	21 770	6 723	10 437
19	Zamość . . .	124 906	49 552	32 042	21 407	6 744	15 161
	woj. Białostockie						
20	Białystok . . .	311 428	126 380	78 461	52 545	16 227	37 815
21	Grodno . . .	151 948	66 308	34 810	25 539	7 893	17 398
22	Łomża . . .	66 892	28 117	15 213	12 593	3 886	7 083
	woj. Wschodnie . .	*1 288 930*	*519 369*	*262 116*	*263 339*	*81 754*	*162 352*
	% . . .	*100,0*	*40,3*	*20,3*	*20,4*	*6,4*	*12,6*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	396 822	166 685	86 176	80 699	25 153	38 109
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze . .	81 863	32 659	15 546	19 219	5 981	8 458
25	Lida	93 648	37 138	16 844	23 196	7 158	9 312
	woj. Poleskie						
26	Brześć	141 085	58 282	28 364	28 902	8 962	16 575
27	Pińsk	100 694	39 723	20 914	19 550	6 163	14 344
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno . . .	69 789	28 686	14 065	15 417	4 754	6 867
29	Kowel . . .	63 074	25 970	10 664	14 927	4 592	6 921
30	Łuck . . .	83 371	33 041	12 898	21 986	6 783	8 663
31	Równe . . .	258 584	97 185	56 645	39 443	12 208	53 103

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. Zachodnie	*3 345 674*	*1 303 017*	*724 449*	*687 242*	*221 124*	*409 842*
	%	*100,0*	*38,9*	*21,7*	*20,5*	*6,6*	*12,3*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	399 467	152 048	92 895	77 670	24 667	52 187
33	Gniezno	143 441	57 321	35 960	24 758	7 847	17 555
34	Grodzisk	106 941	40 594	26 596	20 905	6 584	12 262
35	Inowrocław	165 862	65 121	43 501	27 910	9 059	20 271
36	Leszno	107 071	40 191	25 894	22 205	6 944	11 837
37	Ostrów	144 236	59 067	32 086	26 950	8 364	17 769
38	Poznań	936 380	361 460	175 134	223 501	72 391	103 894
39	Szamotuły	135 039	55 944	28 224	28 005	8 795	14 071
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	545 795	203 621	118 073	106 733	36 013	81 355
41	Grudziądz	228 618	92 983	51 762	43 121	13 594	27 158
42	Tczew.	118 209	48 032	25 354	23 710	7 478	13 635
43	Toruń	230 731	92 969	51 412	44 651	14 003	27 696
44	Tuchola	83 884	33 666	17 558	17 123	5 385	10 152
	woj. Południowe	*4 389 507*	*1 789 751*	*1 059 779*	*763 928*	*243 197*	*532 852*
	%	*100,0*	*40,8*	*24,2*	*17,4*	*5,5*	*12,1*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	321 168	133 112	87 762	40 802	13 193	46 299
46	Chrzanów	327 472	125 089	91 290	35 886	12 000	63 207
47	Kraków	966 940	400 335	236 587	173 116	55 054	101 848
48	Nowy Sącz	181 750	76 122	48 437	24 765	7 823	24 603
49	Zakopane	97 968	40 220	24 607	14 297	4 417	14 427
50	Tarnów	189 273	78 197	49 321	29 050	9 383	23 322
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	315 553	125 977	76 825	52 315	17 237	43 199
52	Jarosław	62 405	24 892	13 834	12 764	4 140	6 775
53	Krosno	148 681	59 933	38 037	22 269	7 147	21 295
54	Lwów	872 829	359 725	178 895	191 992	61 169	81 048
55	Przemyśl	104 522	40 711	33 299	15 822	4 874	9 816
56	Rzeszów	66 635	28 059	15 013	12 697	3 942	6 924
57	Tarnobrzeg	64 225	23 082	12 452	17 264	5 452	5 975
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	87 054	36 281	20 495	15 528	4 731	10 019
59	Stanisławów	161 633	70 832	36 331	26 065	8 204	20 201
60	Stryj	176 332	69 529	45 517	24 590	7 801	28 895
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	42 894	16 680	7 817	10 575	3 254	4 568
62	Czortków	69 098	28 263	15 965	14 310	4 445	6 115
63	Tarnopol	69 566	28 003	14 443	15 423	4 471	7 226
64	Złoczów	63 509	24 709	12 852	14 398	4 460	7 090
	Śląsk Cieszyński	*406 113*	*219 435*	*14 293*	*76 215*	*24 088*	*72 082*
	%	*100,0*	*54,0*	*3,5*	*18,8*	*5,9*	*17,8*
65	Bielsko	406 113	219 435	14 293	76 215	24 088	72 082

a Zestawienie obejmuje przypis dokonany tylko w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Poza tym w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie przypis składek na ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych wynosił zł. 585.920, na wypadek braku pracy pracowników umysłowych — zł. 196.335, od wypadków w przemyśle — zł. 938.911.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

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

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	**24 187 556**	**9 772 015**	**5 726 550**	**4 407 430** [b]	**1 428 537** [b]	**2 853 024** [b]
	%	*100,0*	*40,4*	*23,7*	*18,2*	*5,9*	*11,8*
	woj. Centralne	*14 256 711*	*5 771 422*	*3 471 071*	*2 531 455*	*828 350*	*1 654 413*
	%	*100,0*	*40,5*	*24,3*	*17,8*	*5,8*	*11,6*
	woj. Warszawskie						
1	Ciechanów	89 066	37 940	21 299	15 631	4 876	9 320
2	Kutno	192 815	83 406	53 094	26 869	8 460	20 986
3	Płock	111 888	46 767	26 599	19 321	5 918	13 283
4	Warszawa	6 145 409	2 429 797	1 251 193	1 345 246	441 342	677 831
5	Włocławek	235 868	96 527	59 538	38 590	12 372	28 841
6	Żyrardów	185 046	84 587	51 128	22 043	7 070	20 218
	woj. Łódzkie						
7	Kalisz	140 624	60 938	34 052	23 568	7 401	14 665
8	Łódź	2 699 704	1 172 763	764 753	378 636	126 116	257 436
9	Pabjanice	219 264	99 020	66 117	25 171	8 401	20 555
10	Piotrków	161 495	68 949	46 537	21 131	6 803	18 075
11	Tomaszów Maz.	225 596	100 364	69 184	23 428	7 629	24 991
	woj. Kieleckie						
12	Częstochowa	431 281	183 556	129 208	48 939	15 952	53 626
13	Kielce	238 126	91 415	59 354	40 797	12 784	33 776
14	Ostrowiec	364 751	145 130	96 220	55 167	18 222	50 012
15	Radom	448 818	127 743	135 948	87 236	27 791	70 100
16	Sosnowiec	1 228 863	473 596	341 130	149 957	51 859	212 321
	woj. Lubelskie						
17	Lublin	378 860	153 805	84 642	75 610	23 790	41 013
18	Siedlce	98 808	43 112	19 228	20 533	6 343	9 592
19	Zamość	118 472	47 228	29 345	21 075	6 648	14 176
	woj. Białostockie						
20	Białystok	321 917	130 390	81 569	53 977	16 671	39 310
21	Grodno	151 079	65 594	34 993	25 572	7 901	17 019
22	Łomża	68 961	28 795	15 940	12 958	4 001	7 267
	woj. Wschodnie	*1 375 166*	*554 651*	*277 626*	*287 031*	*89 117*	*166 741*
	%	*100,0*	*40,3*	*20,2*	*20,9*	*6,5*	*12,1*
	woj. Wileńskie						
23	Wilno	429 713	180 598	91 470	89 460	27 841	40 344
	woj. Nowogródzkie						
24	Baranowicze	106 420	43 582	20 032	24 406	7 614	10 786
25	Lida	85 454	34 014	15 431	21 083	6 506	8 420
	woj. Poleskie						
26	Brześć	146 736	60 838	29 548	30 173	9 360	16 817
27	Pińsk	103 653	40 593	21 639	20 347	6 412	14 662
	woj. Wołyńskie						
28	Dubno	77 388	29 944	15 975	17 959	5 537	7 973
29	Kowel	77 544	31 298	14 042	18 031	5 548	8 625
30	Łuck	101 308	41 204	15 698	26 258	8 108	10 040
31	Równe	246 950	92 580	53 791	39 314	12 191	49 074

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	*3 489 921*	*1 373 408*	*743 653*	*719 967*	*231 010*	*421 883*
	%	*100,0*	*39,4*	*21,3*	*20,6*	*6,6*	*12,1*
	woj. Poznańskie						
32	Bydgoszcz	408 941	157 690	93 570	79 440	25 241	53 000
33	Gniezno	181 332	77 087	40 871	32 046	10 150	21 178
34	Grodzisk	96 793	38 445	23 501	18 273	5 755	10 819
35	Inowrocław	172 104	68 378	44 028	29 437	9 543	20 718
36	Leszno	117 186	44 938	26 913	24 910	7 799	12 626
37	Ostrów	160 942	64 592	34 407	31 653	9 766	20 524
38	Poznań	963 146	375 670	179 573	229 043	74 001	104 859
39	Szamotuły	136 784	56 440	28 189	28 872	9 071	14 212
	woj. Pomorskie						
40	Gdynia	534 687	205 796	113 913	102 389	34 471	78 118
41	Grudziądz	244 487	98 194	54 892	47 515	14 992	28 894
42	Tczew	118 818	44 201	26 808	25 155	7 937	14 717
43	Toruń	264 034	105 526	57 981	52 845	16 597	31 085
44	Tuchola	90 667	36 451	19 007	18 389	5 687	11 133
	woj. Południowe	*4 532 432*	*1 854 034*	*1 090 943*	*792 766*	*255 923*	*538 766*
	%	*100,0*	*40,9*	*24,1*	*17,5*	*5,6*	*11,9*
	woj. Krakowskie						
45	Biała	332 244	137 338	91 029	40 862	15 433	47 582
46	Chrzanów	292 270	112 727	80 997	31 684	10 568	56 294
47	Kraków	974 736	401 211	241 677	174 223	55 471	102 154
48	Nowy Sącz	162 932	68 037	43 499	22 336	7 058	22 002
49	Zakopane	114 313	47 842	28 751	17 091	5 279	15 350
50	Tarnów	193 006	79 917	50 155	29 836	9 642	23 456
	woj. Lwowskie						
51	Drohobycz	364 693	148 000	88 660	59 659	19 678	48 696
52	Jarosław	57 846	23 239	12 732	11 865	3 848	6 162
53	Krosno	148 776	59 656	38 217	22 518	7 241	21 144
54	Lwów	885 847	361 909	182 132	197 019	63 818	80 969
55	Przemyśl	111 070	44 781	33 251	17 337	5 349	10 352
56	Rzeszów	66 527	27 484	15 119	13 064	4 043	6 817
57	Tarnobrzeg	103 661	40 673	19 867	25 692	8 053	9 376
	woj. Stanisławowskie						
58	Kołomyja	96 109	40 729	22 281	17 206	5 376	10 517
59	Stanisławów	175 021	74 731	40 420	28 760	9 050	22 060
60	Stryj	190 916	76 865	48 692	26 425	8 413	30 521
	woj. Tarnopolskie						
61	Brzeżany	43 394	17 531	7 909	10 369	3 190	4 395
62	Czortków	72 029	29 137	16 701	15 255	4 738	6 193
63	Tarnopol	77 541	34 802	15 019	15 726	4 768	7 226
64	Złoczów	69 501	27 425	13 835	15 839	4 907	7 495
	Śląsk Cieszyński	*533 326*	*218 500*	*143 257*	*76 211*	*24 137*	*71 221*
	%	*100,0*	*40,9*	*26,9*	*14,3*	*4,5*	*13,4*
65	Bielsko	533 326	218 500	143 257	76 211	24 137	71 221

a Zestawienie obejmuje wpływy jedynie w Ubezpieczalniach Społecznych. *b* Poza tym w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie wpływy wynosiły na ubezpieczenia: emerytalne pracowników umysłowych zł. 649 628, na wypadek braku pracy pracowników umysłowych zł. 213 792, od wypadków w przemyśle zł. 1 085 016.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

II 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę [b] (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I—II	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 633 781,09** [f]
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	23	543,50	25,00 [c]	3 070	80 314,66
„ wdowie	35	553,99	12,50 [c]	1 695	26 777,60
„ sierot niezupełnych	23		6,25 [c]	864	
„ „ zupełnych	13	143,75	12,50 [c]	193	2 625,00
„ 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	315	8 642,35	26,59	21 487	552 096,51
„ starcze	36	874,05	21,35	2 842	61 283,32
„ wdowie	114	1 078,90	9,54	7 492	87 388,05
„ sieroce	118	909,09	7,37	5 393	28 034,84
Odprawy wdowie	2	216,60	116,10	2	216,60
„ sieroce	—	—	—	—	—
III. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	633	12 616,94	20,00 [c]	34 570	743 803,64
„ wdowie	85	870,00	10,00 [c]	1 601	19 751,00
„ sierot niezupełnych	5		4,00 [c]	63	
„ „ zupełnych	10	52,00	7,00 [c]	144	1 925,50
Renty inwalidzkie [e]	—	—	49,24	13	554,98
„ sieroce [e]	6	56,92	9,49	19	944,26
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	.	.	.	.	.
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	3	58,40	19,47	630	13 394,70
„ wdowie	9	145,70	15,45	975	13 275,52
„ sierot niezupełnych	—			28	
„ „ zupełnych	2	31,78	15,89	155	1 382,41

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

I — II 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano					Wypłacono			
	rent, odpraw, zaopatrzeń		na sumę (w złotych)			ilość osób (rencistów)		na sumę (w złotych)	
	I	II	I [a]	II [a]	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I—II	I	II	I	II
Ogółem								**3 308 353,92**	**3 501 056,68**
Renty inwalidzkie	195	187	29 175,30	30 016,40	154,95	11 078	11 218	1 800 951,26	1 880 685,16
„ starcze	61	48	10 158,88	7 710,90	163,94	3 834	3 839	545 696,79	587 137,72
„ wdowie	67	69	6 699,10	6 559,00	97,49	6 123	6 192	691 495,37	700 216,09
„ sieroce	58	63	1 698,60	1 758,55	28,57	4 763	4 825		
Renty z umowy polsko-niem.									
„ inwalidzkie	18	17	1 549,10	1 492,10	86,89	435	448	64 993,70	66 248,10
„ starcze	4	4	305,40	358,80	83,03	156	158	22 234,10	22 499,40
„ wdowie	4	7	170,20	301,70	42,90	186	192	13 810,10	14 013,60
„ sieroce	1	—	5,30	—	5,30	87	86	5 371,40	5 361,10
Zaopatrzenia starcze	20	22	1 000,00	1 100,00	50,00 [b]	1 878	1 884	103 653,10	101 425,00
„ wdowie	2	4	60,00	120,00	30,00 [b]	252	257	7 940,00	8 040,00
„ sieroce	—	—	—	—	—	16	16		
Jednorazowe odprawy	60	72	91 806,50	98 625,00	1 442,66	46	59	42 089,80	105 471,02
Zasiłki pogrzebowe	34	44	11 014,00	13 043,08	308,42	39	34	10 118,30	9 959,49

a W pozycjach „Renty" i „Zaopatrzenia" podane są kwoty miesięczne przyznanych świadczeń. *b* Wysokość świadczeń stała.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

II 1937

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych *a*	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I—II
Ogółem	**9 103**	**10 535**	**759 296,13**	**72,04**
Centralne	*4 034*	*4 430*	*333 417,16*	*75,61*
M. st. Warszawa	2 333	2 490	198 344,99	80,31
Warszawskie				
Łódzkie	732	794	61 569,60	75,51
Kieleckie	503	607	39 845,47	66,98
Lubelskie	235	287	18 497,20	66,37
Białostockie	231	252	15 159,90	58,71
Wschodnie	*740*	*872*	*53 097,48*	*60,32*
Wileńskie	240	277	16 007,70	58,51
Nowogródzkie	114	153	8 701,90	57,85
Poleskie	122	142	9 349,70	63,70
Wołyńskie	264	300	19 038,18	61,62
Zachodnie	*2 695*	*3 267*	*251 291,50*	*75,70*
Poznańskie	1 301	1 502	87 959,90	59,71
Pomorskie	552	668	42 504,20	63,56
Śląskie	842	1 097	120 827,40	107,62
Południowe	*1 634*	*1 966*	*121 489,99*	*62,84*
Krakowskie	689	784	49 746,71	66,50
Lwowskie	687	841	52 102,52	62,01
Stanisławowskie	117	162	11 172,20	65,96
Tarnopolskie	141	179	8 468,56	48,74

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

II 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano *a*	Wypłacono *b*	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób *c*	na sumę (w złotych)
Ogółem			**3 801 406,31**
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	54	70 560	1 745 012,40
„ wdów	2	11 367	479 157,83
„ sierot zupełnych	1	6 819	281 056,14
„ dalszej rodziny	2	993	25 792,75
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	1	50,00
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	2 163	21 688	895 290 33
„ wdów	70	1 724	82 037,97
„ sierot	118	3 187	89 162,50
„ dalszej rodziny	5	126	3 848,79
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	77	15 091,43
Koszty protez i lecznictwa	.	.	184 906,17

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 Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach

X — XII 1936

Rodzaj świadczenia	Przyznano		Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych)	ilość osób	na sumę (w złotych)
Ogółem				5 780 955,07
Renty inwalidów	650	27 127,10	32 112	4 340 609,33
„ inwalidek	31	634,26	1 177	
„ wdów	271	6 029,74	20 045	1 197 125,94
„ sierot niezupełnych	433	2 389,73	7 732	160 524,93
„ „ zupełnych	23	197,75	530	19 099,34
Pogrzebowe po inwalidach	—	—	1 188	33 545,41
„ „ inwalidkach, żonach inwalidów i wdowach	—	—	1 162	28 909,97
„ „ dzieciach inwalidów i sierotach	—	—	104	1 140,15

Źródło: Dane Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

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

II 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	43	1 004,30	4 996	170 959,49	—	—	—	—
Renty dodatkowe	—	—	—	—	58	2 662,95	4 813	255 631,50
„ starcze	—	—	22	488,15	—	—	—	—
„ wdowie i wdów chorych	17	192,10	1 849	23 079,00	28	946,75	3 258	113 873,50
Renty sieroce	17	115,75	2 572	17 584,15	38	799,20	3 248	59 322,42
Zapomogi pośmiertne	6	810,60	6	810,60	51	10 814,20	51	10 814,20
Odprawy wdowie	—	—	—	—	1	826,85	1	826,85

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 lutym zł. 41 270,81.

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.

Świadczenia emerytalne Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego

I — II 1937

Rodzaj świadczenia	Wypłacono			
	I		II	
	liczba osób	na sumę (w złotych)	liczba osób	na sumę (w złotych)
Ogółem	**28**	**17 006**	**32**	**24 929**
Odprawy pośmiertne	5	4 105	11	10 050
„ inwalidzkie	10	6 280	6	3 775
„ z powodu redukcji	11	6 217	13	10 600
„ dla dobrowolnie opuszczających pracę	2	404	2	504

Źródło: Dane Kasy Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego.

KOMUNIKAT

XV ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH

odbędzie się pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie w dniach 4 — 7 lipca 1937 r.

Komitet Organizacyjny Zjazdu ukonstytuował się w następującym składzie:

Przewodniczący: Prof. Dr. **R. Rencki,** Pijarów 4,

Zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. **D. Szymkiewicz,** Nabielaka 22,

Sekretarz generalny dla nauk lekarskich: Prof. Dr. **W. Koskowski,** Piekarska 52.

Sekretarz generalny dla nauk przyrodniczych: Prof. Dr. **M. Kamieński,** Ujejskiego 1,

Skarbnik: Prof. Dr. **A. Zakrzewski,** Kochanowskiego 71,

Sekretarz: Dr. **J. Papierkowski,** Piekarska 52.

Komitet Organizacyjny ustalił jako terminy dla przesłania zgłoszeń referatów dzień 1 kwietnia 1937. Termin zgłoszenia uczestników w Zjeździe ustalono na 15 czerwca 1937. Oprócz referatów i komunikatów sekcyjnych będą zorganizowane dyskusje na ogólne tematy interesujące przyrodników i lekarzy. Referaty dotyczące tematów ogólnych będą wydrukowane i dostarczone uczestnikom przed Zjazdem.

Szczegółowy wykaz tematów będzie podany później w prasie fachowej.

SEKCJE I ICH GOSPODARZE:

1. Sekcja nauk matematycznych, astronomicznych i geodezyjnych: Prof. Dr. **E. Rybka,** ul. Długosza 8.

2. Sekcja geografii: Prof. Dr. **E. Romer,** ul. Długosza 25.

3. Sekcja chemii: Prof. Dr. **A. Dorabialska,** ul. Ujejskiego 1.

4. Sekcja fizyki: Prof. Dr. **T. Malarski,** ul. L. Sapiehy 12.

5. Sekcja zoologii z podsekcją: a) anatomii, histologii, cytologii i genetyki zwierząt, b) systematyki, zoogeografii, faunistyki i ekologii zwierząt, c) entomologii: Prof. Dr. **J. Hirschler,** ul. św. Mikołaja 4.

6. Sekcja antropologii i prehistorii: Prof. Dr. **J. Czekanowski,** ul. Długosza 8.

7. Sekcja botaniki: Prof. Dr. **S. Krzemieniewski,** ul. św. Mikołaja 4.

8. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. **K. Suchecki,** ul. św. Marka 1.

9. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr. **Sz. Wierdak,** ul. św. Marka 1.

10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. **L. Iwanicki,** ul. Szymonowiczów 1. Gimnazjum XI.

11. Sekcja nauk rolniczych: Prof. **B. Jankowski,** ul. Kochanowskiego 67.

12. Sekcja nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. **Z. Markowski** i **Prof. Dr. W. Skowroński,** ul. Kochanowskiego 65.

13. Sekcja nauk farmaceutycznych: Dr. H. **Ruebenbauer,** ul. Mikołaja 15.

14. Sekcja historii i filozofii medycyny i nauk przyrodniczych, prasy i terminologii lekarskiej: Prof. Dr. **W. Ziembicki,** ul. Bielowskiego 6.

15. Sekcja biologii ogólnej, chemii fizjologicznej i fizjologii: Prof. Dr. **R. Weigl,** ul. św. Mikołaja 4.

16. Sekcja anatomii, histologii i embrjologii: Prof. Dr. **J. Markowski,** ul. Piekarska 52.

17. Sekcja higieny, medycyny społecznej i opieki zdrowotnej studentów: Prof. Dr. **Z. Steusing,** Piekarska 52.

18. Sekcja mikrobiologii i epidemjologii: Prof. Dr. **N. Gąsiorowski,** ul. Piekarska 56.

19. Sekcja anatomii patologicznej: Prof. Dr. **W. Nowicki,** ul. Piekarska 52.

20. Sekcja medycyny wewnętrznej, patologii ogólnej, farmakologii, fizykoterapii, hydrologii i klimatologii lekarskiej: Prof. Dr. **M. Franke,** ul. Piekarska 52.

21. Sekcja medycyny sądowej i kryminalistyki: Prof. Dr. **W. Sieradzki,** ul. Piekarska 52.

22. Sekcja chirurgii: Prof. Dr. **T. Ostrowski,** ul. Pijarów 4.

23. Sekcja dermatologii i wenerologii: Prof. Dr. **J. Lenartowicz.** ul. Piekarska 69.

24. Sekcja neurologii i psychjatrii: Prof. Dr. **J. Rothfeld,** ul. Pijarów 6.

25. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. **A. Bednarski,** ul. Głowińskiego 7.

26. Sekcja oto-laryngologii: Prof. **T. Zalewski,** ul. Pijarów 6.

27. Sekcja pedjatrii: Prof. Dr. **Fr. Groer,** ul. Głowińskiego 5.

28. Sekcja położnictwa i ginekologii: Prof. Dr. **K. Becheński,** ul. Pijarów 4.

29. Sekcja stomatologii: Prof. Dr. **A. Cieszyński,** ul. Zielona 5a.

30. Sekcja geologii, mineralogii i petrografii: Prof. Dr. **W. Rogala,** ul. Długosza 8.

31. Sekcja radiologii: Doc. **W. Grabowski,** ul. Pijarów 4.

32. Sekcja wychowania fizycznego: Prof. Dr. **Z. Steusing,** ul. Piekarska 52.

33. Sekcja przeciwalkoholowa: Red. **J. Szymański,** Warszawa, ul. Falata 4.

34. Sekcja eugeniki: Nacz. Dr. **E. Doliński,** ul. Bourlarda 4.

ORGANIZACJA ZJAZDU:

Sekcja informacyjno-mieszkaniowa: Dyr. **A. Pohorecki,** ul. Głowińskiego 7.

Sekcja wystawowa lekarsko-farmaceutyczna: Doc. Dr. **A. Sabatowski, ul.** Asnyka 2. Mgr. **A. Krzyżanowski,** ul. Piekarska 52.

Sekcja wystawowa przyrodnicza: Prof. Inż. **A. Kozikowski,** ul. Ujejskiego 1.

Sekcja wycieczkowa: Doc. Dr. **A. Sabatowski,** ul. Asnyka 2. Prof. Dr. **A. Zierhoffer,** ul. Kościuszki 9.

Sekcja towarzyska: **Prof. Dr. Z. Markowski,** ul. Kochanowskiego 65. Doc. Dr. **W. Dobrzaniecki,** ul. Głowińskiego 5.

Sekcja zwiedzania miasta: Dr. **E. Doliński,** ul. Bourlarda 4. Dr. **F. Uhorczak,** Tow. Krajoznawcze, ul. Bourlarda 5.

Sekcja wydawnicza: Prof. Dr. W. Nowicki, ul. Piekarska 52. Prof. Dr. Szymkiewicz, ul. Nabielaka 22. Biuro Komitetu: ul. Piekarska 52, tel. 240-52.

WYSTAWA

Z okazji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w lipcu 1937 r. Wystawa Przyrodniczo-Lekarska. Przewidziane są działy następujące: Naukowy, Opieki Społecznej, Zdrojowiskowy oraz Przemysłowy.

Udział w dziale naukowym jest bezpłatny. Termin zgłaszania eksponatów ustalono na 15 maja br.

W sprawach organizacyjnych dotyczących Zjazdu zwracać się można do Prof. Dra W. Koskowskiego, Sekretarza generalnego dla nauk lekarskich (ul Piekarska 52, tel. 240-52), lub do Prof. Dra M. Kamieńskiego, Sekretarza generalnego dla nauk przyrodniczych (ul. Ujejskiego 1, tel. 279-58).

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Trębala Edward	9305888	Bielsk
Blanckart's Karol	1914395	„
Jankowski Stanisław	5794555	Brześć n/B.
Manna Stanisław	5764664	„
Olszański Nota	5789862	„
Drabik Stefan	7541373	Chrzanów
Gajkowski Ludwik	7144003	Grudziądz
Marynowski Henryk	1714563	Kraków
Sobielec Mateusz	1506542	Kowel
Grodska Anna Danieluk	5932868	Łuck
Bajzer Joel	1220458	Łódź
Bajor Wojciech	8750131	„
Cybulski Jan	3637976	„
Cyman Zdzisław	3532930	„
Juśkiewicz Klemens	3496057	„
Fuks Fiszel	3405452	„
Darnowski Henryk	3504333	„
Eksztajn Helena	3563079	„
Folt Zygmunt	1208156	„
Jankielski Zygmunt	3584892	„
Dunkielman Mendel	3419140	„
Chałasińska Ewa	3507885	„
Grynfarb Naftali	3623417	„
Góral Konstancja	3401446	„
Gruszka Małka	3589246	„
Hazelmajer Józef	3530975	„
Herman Józef	3612737	„
Hess Genowefa	3481775	„
Kadłubska Perla	3591730	„
Kowalski Antoni	3470207	„
Kmiecik Józefa	3518373	„
Kopeć Stanisław	3587536	„
Kiełbik Antonina	3571969	„
Krokocka Jadwiga	3460082	„
Kozakiewicz Aleksy	1008453	„
Karger Anna	3408201	„
Kaczmarek Alfreda	3429430	„
Kożuchowska Zofia	1210594	„
Kukliński Józef	3610226	„
Kuźmierkiewicz Roch	2444825	„
Mińska Estera	3536090	Łódź
Nowicki Henryk	3475265	„
Niżyńska Fradla	3631916	„
Łącki Mieczysław	3594486	„
Madejski Ignacy	1198098	„
Łudzki Władysław	1211545	„
Milczarek Stanisław	3650817	„
Ofic Stanisław	3396439	„
Olejnik Leon	3470845	„
Pawlak Franciszek	3457030	„
Stasik Roman	3510319	„
Śmiechowicz Eugeniusz	4096122	„
Pałka Michał	1049990	„
Soliński Henryk	3609993	„
Sylwestrzak Stefania	3509483	„
Rembowska Maria	3597172	„
Rosin Hilda	3489578	„
Trzewiński Wawrzyniec	3492433	„
Radzka Elza	3518564	„
Trojanowska Stanisława	3625577	„
Szykier Chil	1224360	„
Walczak Jan	3482007	„
Wiezlak Antoni	3400277	„
Szeps Mendel	1198364	„
Witoń Jan	3500399	„
Szafrański Andrzej	3557861	„
Szulmajster Abram	1201051	„
Musiałowska Joanna	1591193	Ostrów Wlkp.
Heleniak Stanisława	6773880	Poznań
Jełczyńska Pelagia	6798256	„
Osuch Marian	6704464	„
Suchanke Aleksander	6725895	„
Wadowski Adam	1270973	Pabianice
Stępniewski Jan	4595769	Radom
Szyperówna Katarzyna	7265271	Toruń
Truskowski Paweł	7282010	„
Gabiński Antoni	7342855	Tczew
Itrych Józef	7206023	„
Kołacz Czesław	2687305	Warszawa

Zwierzchowska Marianna	2204703	Warszawa	Pietrzak Władysław	2625666	Warszawa
Poznański Mojsze	2379081	„	Lebensold Abraham	2342560	„
Djament Nitel	2650978	„	Kudła Stanisław	2531809	„
Lejman Boruch	1098631	„	Karpow Andrzej	2262257	„
Żelechowski Stanisław	2344349	„	Studziński Juljan	1091515	„
Dratwa Wacław	1028013	„	Unold Stefan	1117777	„
Jankowski Leon	2395036	„	Graff Jocheta	2206048	„
Wyszomirski Leon	2386717	„	Śmigacz Jan	2284974	„
Struż Zejlik	1101894	„	Solarz Bronisław	2295678	„
Herling Jakób	2569013	„	Strozik Kazimiera	2310042	„
Nuss Ryfka	2625041	„	Szement Ludwik	2641616	„
Batycki Kazimierz	2578231	„	Woldkiersz Pinkus	2606002	„
Gołaszewski Zygmunt	2600140	„	Kramkimel Mojsze-Lejzor	2365746	„
Grubek Zofja	2340916	„			

BIBLIOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

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

Nr. 20. Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — **Gustaw Simon** . Zł. —.50
Nr. 21. Podstawowe zagadnienia organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce (referat wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców Ubezpieczeń Społecznych w Budapeszcie w dniach 16 — 21 maja 1935 r.). — **Stanisław Sasorski** . . . . . „ 1.—
Nr. 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — **Dr. Marceli Staroniewicz** . „ 1.—
Nr. 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju koniunkturalnym. — **Bolesław Wścieklica** . . . . . „ —.50
Nr. 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — **Stanisław Sasorski** . . . . . „ —.50
Nr. 25. Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych. — **Mgr. Kazimierz Teisseyre** . „ 1.—
Nr. 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — **Inż. Andrzej Mazurkiewicz** . . Zł. —.50
Nr. 27. Uwagi o lecznictwie zakładowym o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — **Dr Jerzy Bujalski** . . . . . „ —.50
Nr. 28. Międzypaństwowe Związki w zakresie ubezpieczeń społecznych (referat wygłoszony na drugim Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców Ubezpieczeń Społecznych, w Dreźnie w dniach 4 — 8 września 1936 r.). — **Dr Stanisław Sasorski** . . . . . „ 1.—
Nr. 29. Problem polityki lokacyjnej długoterminowych ubezpieczeń społecznych. — **Dr Stefan Czarnecki** . . . . . „ 3.—

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

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: Dr M. MOSKWA, E. WAŚNIEWSKA i A. KOŹNIEWSKI — Redaktor odpowiedzialny: JAN LAUDYN

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE.

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

Nagrodzona na wystawie medalem P. W. K. Poznań 1929 r.

HUTA SZKLANA
PRZYSZŁOŚĆ
w TŁUSZCZU

Telefon fabr. podmiejski: 11 Tłuszcz 3

ZARZĄD:
WARSZAWA, 11-go Listopada 24/26, Tel. 10-20-89

SKŁADY FABRYCZNE:
ŁÓDŹ, Piotrkowska 65, Tel. 205-53
POZNAŃ, Wodna 1, Tel. 11-60

WYROBY:
WSZELKIEGO RODZAJU BUTELEK DO WÓDEK, LIKIERÓW, WIN, PIWA I APTEK

RACHUNKI BIEŻĄCE:

P. K. O.	63245
Bank Gospodarstwa Krajowego	947
Bank Związku Spółek Zarobkowych E. . .	352

HUTA SZKLANA
„PRACA"
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZ.

W WOŁOMINIE

TELEF. PODM. WOŁOMIN 18
TELEF. W WARSZAWIE 8.20.08
KONTO P. K. O. 144.055

WYROBY

Szkło apteczne,
butelki do wódek
likierów i t. p.

DOSTAWCA SZPITALI, KAS CHORYCH, LECZNIC I T. P.

MILDNER i S-KA Sp. z o. o.

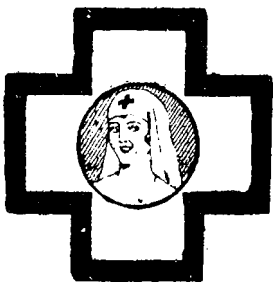
WYTWÓRNIA INSTRUMENTÓW CHIRURGICZNYCH I APARATÓW ORTOPEDYCZNYCH

KATOWICE

UL. MARSZ. PIŁSUDSKIEGO 10. TELEFON 335-01

kompletne urządzenia dla lekarzy, szpitali itp. elektro-med. aparaty — lampy do naświetlań meble operacyjne — mikroskopy — przyrządy laboratoryjne, artykuły higieniczne, sanitarne, gumowe, pasy brzuszne, rupturowe, protezy itp. warsztat reparacyjny dla instrumentów chirurgicznych i aparatów elektro-med. Zakład niklowania i chromowania. Naprawa strzykawek „Rekord"

General. zastępstwo na Polskę:
APARATÓW RATOWNICZYCH
„BIOMOTOR"



POLSKA WYTWÓRNIA OPASEK I PASÓW ELASTYCZNYCH

„IDEAL"

Warszawa, Nowolipie 44 telef. 11-97-20

poleca POŃCZOCHY GUMOWE, bandaże elastyczne, delikatnie ściągające i przylegające ściśle do ciała dla celów ortopedycznych i opatrunków chirurgicznych pod nazwą:

„I D E A L"

i w specjalnie dobrym gatunku

„O P T I M U S"

JÓZEF GIERŁOWSKI

Sprzedaż towarów włókienniczych

WARSZAWA, UL. OBOŹNA 9.

TELEFON 2-19-91

POLECA

MATERIAŁY WEŁNIANE, LNIANE I BAWEŁNIANE

NA UBRANIA I PALTA MĘSKIE,

DAMSKIE I UCZNIOWSKIE;

PŁÓTNA WSZELKICH RODZAI,

MATERIAŁY BIELIŹNIANE I POŚCIELOWE;

OBRUSY, SERWETY, RĘCZNIKI, ŚCIERKI I T. P.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W OSTROWCU KIEL. ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Kieleckim.

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.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu w terminie do dnia *20 maja 1937 r.* godz. 12 w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Ostrowcu.
Leon Smoleński.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LUBLINIE ogłasza

KONKURS

na: 1) 13 stanowisk lekarzy domowych, a to: trzy stanowiska w Lublinie; jedno stanowisko w Bychawie, pow. lubelski; w Lubartowie; w Zaklikowie, pow. Janów Lub.; w Annopolu, pow. Janów Lub.; w Kazimierzu Dolnym, pow. puławski; w Garbowie, pow. puławski; w Chełmie Lub.; w Rejowcu, pow. chełmski; w Wojsławicach, pow. chełmski; w Wisznicach, pow. włodawski

2) jedno stanowisko lekarza okulisty w Lublinie;
3) „ „ „ elektroterapeuty w Lublinie i
4) „ „ „ „ w Chełmie Lub.

Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podania następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:
1) metrykę urodzenia; 2) dowód obywatelstwa polskiego; 3) świadectwa z poprzedniej pracy; 4) dyplom lekarski; 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej; 6) własnoręcznie napisany życiorys; 7) dowód z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego; 8) wyciąg z książeczki wojskowej, stwierdzający przebieg służby i obecny stosunek do wojska; 9) świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza urzędowego.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w par. 2 wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych, ogłoszonych w dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z roku 1933.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną podane przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie w terminie do dnia 31 maja 1937 roku, godz. 12.

Stanowiska powyższe są do objęcia: lek. dom. w Bychawie, Zaklikowie, Kazimierzu, Chełmie, Rejowcu, Wojsławicach i Wisznicach, oraz dwa stanowiska lekarzy elektroterap. w Lublinie i Chełmie — z dniem 1 lipca 1937 roku, a pozostałe stanowiska z dniem 1 sierpnia 1937 roku.

Lekarz Naczelny:
Dr M. Kossowski

Dyrektor:
Inż. F. Gadomski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SOSNOWCU ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarzy domowych: 1-go w Poraju ze znajomością położnictwa i 1-go w Myszkowie-Mijaczów też ze znajomością położnictwa, oraz na lekarza pogotowia lekarskiego Obwodu leczniczego w Sosnowcu.

Stanowisko lekarza pogotowia lekarskiego w Sosnowcu jest do objęcia od 1 lipca 1937 r. zaś stanowisko lekarza domowego w Poraju oraz w Myszkowie jest do objęcia od 1 sierpnia 1937 r.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawarciu umów.

Kandydaci na powyższe stanowiska winni załączyć do podań następujące dokumenty, lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dowody studiów i dotychczasowej pracy, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwo zdrowia, 6) własnoręcznie napisany życiorys, oraz winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9 z 1933 roku.

Podania z wyżej określonymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu do dnia 20 maja 1937 r. do godz. 12-tej z napisem na zapieczętowanych kopertach:

„Konkurs na stanowisko lekarza domowego w Poraju"
„Konkurs na stanowisko lekarza domowego w Myszkowie-Mijaczów"
„Konkurs na stanowisko lekarza pogotowia lekarskiego Obwodu Leczniczego w Sosnowcu".

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi w ciągu 30 dni od daty ogłoszenia Konkursu należy uważać za nieuwzględnione. Osobowe dokumenty, złożone przez p. p. Kandydatów na konkurs zostaną pocztą zwrócone na podane przez nich adresy.

Lekarz Naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu
(—) *Dr B. Niepielski*

Dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu
(—) *R. Cholewicki*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PABIANICACH ogłasza

KONKURS

na 4 wakujące stanowiska lekarskie, mianowicie:

1) na stanowisko lekarza domowego w Pabianicach
2) „ „ pediatry w Pabianicach
3) „ „ domowego w Zduńskiej-Woli
4) „ „ domowego w Sieradzu

Kandydaci na to stanowisko powinni dołączyć do podań następujące dokumenty w uwierzytelnionych odpisach:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwa z poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza rządowego, 7) dowód, stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 8) życiorys napisany własnoręcznie.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami w kasach chorych", ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9 z 1935 r.

Warunki uposażenia następujące:

1) dla lekarza domowego w Pabianicach — 670 zł. oraz zł. 70 mies., jako odszkodowanie za korzystanie z gabinetu. (Wynagrodzenie zł. 670. — obejmuje również kolejne dyżury nocne i świąteczne) 2) dla lekarza pediatry w Pabianicach — zł. 350 miesięcznie, przyczym ordynacja odbywać się będzie w Przychodni Ubezpieczalni. 3) dla lekarza domowego w Zduńskiej-Woli — 500 zł. miesięcznie oraz zł. 60 mies.. jako odszkodowanie za korzystanie z gabinetu. (Wynagrodzenie zł. 500.— obejmuje również kolejne dyżury nocne i świąteczne). 4) dla lekarza domowego w Sieradzu — zł. 500 miesięcznie oraz zł. 50 mies., jako odszkodowanie za korzystanie z gabinetu.

Stanowiska są do objęcia od *1 lipca* lub *sierpnia 1937 r.*

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Pabianicach — ul. Kościuszki 25, w terminie do dnia *20 maja 1937 r.* włącznie. Podania pozostawione bez odpowiedzi do dn. *1 lipca 1937 r.* należy uważać za nieuwzględnione.

Naczelny lekarz
(Dr W. Eichler)

Dyrektor
(P. Goliński)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W OSTROWCU KIELECKIM ogłasza

konkurs

na stanowiska: 1 lekarza domowego w Ostrowcu, 1 lekarza domowego w Starachowicach.

Kandydaci na te stanowiska 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 wnni 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 Ostrowieckiego.

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

Nieuwzględnione oferty pozostaną bez odpowiedzi.

Lekarz Naczelny: *(—) Dr Stefan Szyberna*

p. o. Dyrektora: *(—) Jan Pigułowski*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CZORTKOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Czortkowie.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane według art. 49 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 roku (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 Czortkowie w terminie do dnia *19 maja b. r.* godzina 12 w południe.

W Czortkowie, dnia 26 kwietnia 1937 roku.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Czortkowie:
(—) Mr. Ludwik Grzybowski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CZORTKOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Skale nad Zbruczem pow. Borszczów.

Kandydaci ubiegający się o to stanowisko winni dołączyć do podania następujące dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwo poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, 7) własnoręcznie napisany życiorys, 8) dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 9) świadectwo zdrowia.

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

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

Stanowisko do objęcia od *1 czerwca 1937 r.* Podania należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Czortkowie ul. Pierackiego 4, w zapieczętowanej kopercie z napisem: „ Konkurs na stanowisko lekarza domowego" do dnia *20 maja 1937 r.* do godz. 12-tej.

Podania, które pozostaną bez odpowiedzi do dnia 1.VI. 1937, należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny: *Dr J. Skotnicki.*

p. o. Dyrektora: *E. Charków.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BRZEŻANACH ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Brzeżanach.

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

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

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

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

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Brzeżanach w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza naczelnego" do dnia *20-go maja 1937 r.* do godz. 12-ej.

Komisarz Ubezpieczalni Społecznej
w Brzeżanach
M. Kamiński

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁYMSTOKU ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku.

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

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

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku w terminie do dnia *20 maja rb.* godz. 12 w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Białymstoku
(—) Roman Tomczak

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CIECHANOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Ośrodku Leczniczym w Mławie.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje określone w par. 2 wytycznych do umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z r. 1933.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej między Ubezpieczalnią Społeczną w Ciechanowie, a Związkiem Lekarzy P. P. Obwód Północnego Mazowsza.

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

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

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy przesłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie w terminie do dnia *20 maja 1937 r.* godz. 12-ta.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu 10 dni od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska z dniem *1 czerwca 1937 r.*

p. o. Naczelny Lekarz: *(Dr. N. Michałowicz)*
Dyrektor: *(I. Kubecki)*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CZĘSTOCHOWIE ogłasza

konkurs

na stanowiska: 1-o) 2-ch lekarzy domowych w Częstochowie, 2-o) 1-go lekarza domowego w Konopiskach, pow. Częstochowski i 3-o) 1-go lekarza domowego w Pankach, pow. Częstochowski.

Kandydaci na te stanowiska winni wnieść do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie podania, zaopatrzone w następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione ich odpisy:

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

Kandydaci powinni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami" ogłoszonych w Dzieniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9 z 1933 r.

Znajomość położnictwa i małej chirurgii ze względu na teren jest konieczna, zwłaszcza dla lekarzy wymienionych w p-tach 2 i 3-im.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy.

Podania należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie w terminie do 20 maja 1937 r. godz. 12-a w południe.

Posady do objęcia od 1 czerwca 1937 r.
Nieuwzględnione oferty pozostaną bez odpowiedzi.

Lekarz Naczelny: *Dr Aleksander Hall.*
Dyrektor: *Inż. Łukasz Głuszczak.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GRUDZIĄDZU ogłasza

konkurs

na stanowisko: 1) jednego lekarza specjalisty neurologa, 2) jednego lekarza specjalisty pediatry z siedzibą w Grudziądzu.

Podania należy składać do dnia *20 maja 1937 r.* z dołączeniem następujących dokumentów (uwierzytelnionych odpisów):

1) Życiorys, 2) Metrykę urodzenia (nieukończony 35 rok życia), 3) Dowód obywatelstwa polskiego, 4) Dyplom lekarza (uniwersytet w Polsce), 5) Co najmniej trzechletnią praktykę szpitalną, 6) Dowód swojej specjalności potwierdzony przez jedną z Izb Lekarskich, 7) *ad 2* Świadectwo z pracy opiekuńczo-lekarskiej w zakresie opieki nad dzieckiem i młodzieżą.

Przy równych kwalifikacjach pierwszeństwo będą mieli lekarze pracujący w innej Ubezpieczalni. Wynagrodzenie według norm obowiązujących lekarzy specjalistów w Ubezpieczalni w Grudziądzu.

Lekarz Naczelny: *(Dr. Gruszecki)*
p. o. Dyrektora: *(R. Sztukel)*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KUTNIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Ozorkowie.

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

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwa studiów i dotychczasowej praktyki lekarskiej, d) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, e) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci powinni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych (Kasach Chorych), ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekasrkich Nr 9 z 1933 r.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie, ul. Staszica 3, w kopertach zapieczętowanych, z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego" w terminie do dnia *20 lipca 1937 r.* godz .12-ta w poł.

Stanowisko jest do objęcia od 1 września 1937 r.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi do dnia 1 września rb., należy uważać za nieuwzględnione.

p. o. Lekarza Naczelnego: *(Dr W. Talikowski)*

Dyrektor: *(F. Kucharski)*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KRAKOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Pilicy.

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

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

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie w terminie do dnia *20 maja 1937 r.*

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

Lekarz Naczelny *(—) Dr R. Kunicki*

Dyrektor *(—) Z. Klemensiewicz*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI ogłasza

konkurs

na stanowiska: 1 lekarza domowego w Łodzi, 1 lekarza domowego w Aleksandrowie, 2 mł. asystentów oddz. chirurgicznego szpitala im. Prezydenta Prof. Ignacego Mościckiego w Łodzi.

Płace i inne warunki pracy obowiązują według norm, ustalonych umową zbiorową ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego z dnia 17.III 34 r. oraz umową dodatkową z dnia 24.IV. 35 r. i regulaminami dla odnośnych lekarzy.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach, lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) własnoręcznie napisany życiorys, 2) metryka urodzenia, 3) dowód obywatelstwa polskiego, 4) dyplom lekarski ważny na terenie Rzplitej Polskiej. 5) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza urzędowego, 6) stosunek do służby wojskowej (z uwzględnieniem par. 5 p. 2 umowy zbiorowej), 7) świadectwa z poprzedniej pracy, 8) dowód z przesłuchania kursu przeciwgazowego.

Lekarze asystenci nie mogą obejmować żadnego płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcji bez osobnego zezwolenia lekarza naczelnego.

Posady do objęcia od dnia *1.VII. 1937 r.*

Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska Nr 225, do dnia *20 maja 37 r.* w zamkniętej kopercie z napisem: Konkurs na stanowisko. . . . .

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁOMŻY ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Rutkach

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

1) metrykę urodzenia,
2) dowód obywatelstwa polskiego,
3) dyplom lekarski i świadectwa z odbytej praktyki,
4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
5) własnoręcznie napisany życiorys,
6) świadectwo z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego.

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

Podania należy nadsyłać do dnia *20 maja 1937 r.* Podania które zostaną bez odpowiedzi do dnia 25 maja 1937 r. należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny: *(—) Dr I. Jordański*

Dyrektor: *(—) Stanisław Rawski*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W NOWYM SĄCZU ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu.

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. 51, poz. 396), oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

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

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu w terminie do dnia *20 maja 1937 r. godzina 12-sta w południe.*

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Nowym Sączu
Mgr. Tadeusz Celewicz.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SZAMOTUŁACH ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Szamotułach.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) w brzmieniu obowiązującym oraz winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:
1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom ukończenia wydziału lekarskiego, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4) dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5) życiorys, 6) zaświadczenie z 5-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych. 7) zaświadczenie z 3-ch letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).
Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcji poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministra Opieki Społecznej.
Do stanowiska Lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.
Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Szamotułach w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza naczelnego" do dnia *20 maja 1937 r.* do godz. 12-tej.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Szamotułach
(Karol Barański)

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TOMASZOWIE MAZ. ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Drzewicy, pow. opoczyńskiego.

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

1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. świadectwo z poprzedniej pracy, 4. dyplom lekarski, 5. dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6. własnoręcznie napisany życiorys, 7. świadectwo z wysłuchania kursu obrony przeciwgazowej.

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

Znajomość położnictwa obowiązkowa.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną podane przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz. ul. Św. Tekli 32 w terminie do dnia *31 maja br.* godz. 12 w południe, w kopertach zapieczętowanych z napisem: „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w Drzewicy".

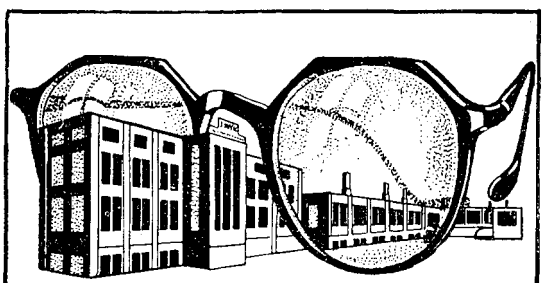
Podania pozostawione bez odpowiedzi do dnia 10 czerwca 1937 r. należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska z dniem *15 czerwca 1937 r.*

Tomaszów-Maz., dn. 12.IV. 1937 r.

Lekarz Naczelny:
Dr. J. Kasperowicz.

Dyrektor:
Dr. T. Osiński.



OPRAWKA
JWOKA
TO SZCZYT
PRODUKCJI KRAJOWEJ
PIERWSZA W POLSCE FABRYKA
OPRAWEK DO OKULARÓW.
J.WYK
KATOWICE

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Nr. 6 CZERWIEC 1937

SPIS RZECZY

Artykuły:

Dr TADEUSZ DYBOSKI: Ocena inwalidztwa w świetle opinii międzynarodowej . 343

Dr STANISŁAW FISCHLOWITZ: Wytyczne dla oceny trwałej niezdolności zarobkowania w ubezpieczeniu wypadkowym i inwalidzkim 345

Dr WACŁAW SZUBERT: Sytuacja prawna lekarzy kas chorych w Niemczech (dok.) . 350

EUGENIA WAŚNIEWSKA: Propaganda i jej znaczenie w życiu współczesnego społeczeństwa 358

Materiały:

HENRYK RYGIER i BOLESŁAW MACHCZYŃSKI: Dokształcanie zawodowe pracowników umysłowych 361

WACŁAW LENGA: Zasiłki pieniężne w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa 370

Dr A. PASZKIEWICZ: Rok pracy lekarza pediatry w ubezpieczalni 373

Kronika krajowa:

Ruch służbowy 377

Dr J. S.: Z prac Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezp. Społ. 378

T. L.: Ubezpieczenia Społeczne w dyskusji budżetowej Sejmu i Senatu 378

I Kurs Medycyny Społecznej w Poznaniu 381

Zagadnienie emerytalne w Państwie Polskim 382

Kronika zagraniczna 383

Książki i czasopisma 385

Statystyka 389

SOMMAIRE.

Articles:

Dr Tadeusz Dyboski: L'évaluation de l'invalidité dans l'opinion internationale 343

Dr Stanisław Fischlowitz: Les indices pour l'évaluation d'une invalidité permanente dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-invalidité 345

Dr. Wacław Szubert: La situation juridique des médecins engagés dans les caisses-maladie en Allemagne. 350

Eugenia Waśniewska: La propagande et son importance dans la vie d'une société moderne 358

Matériaux:

Henryk Rygier et Bolesław Machczyński: La formation des salariés intellectuels 361

Wacław Lenga: Les allocations en espèces dans l'assurance-maladie-maternité 370

Dr A. Paszkiewicz: Le travail d'un an d'un pédiatre dans un institut de l'assurance sociale 373

La chronique nationale 377

La chronique internationale 383

Les livres 385

La statistique 389

INHALT.

Aufsätze:

Dr Tadeusz Dyboski: Die Auffassung der Invalidität im Lichte der internationalen Meinung 343

Dr Stanisław Fischlowitz: Die Richtlinien zur Bewertung dauernder Arbeitsunfähigkeit in der Unfall- und Invaliditätsversicherung . . . 345

Dr Wacław Szubert: Die rechtliche Lage der Krankenkassenärzte in Deutschland (Schluss) 350

Eugenia Waśniewska: Die Propagande und ihre Bedeutung im Leben der modernen Gesellschaft 358

Materialen:

Henryk Rygier, und Bolesław Machczyński: Die Fortbildung der geistigen Arbeiter 361

Wacław Lenga: Die Geldleistungen in der Kranken- und Mutterschaftsversicherung 370

Dr A. Paszkiewicz: Ein Jahr Arbeit eines Kinderarztes in der Sozialversicherungsanstallt 373

Die Inlandschronik 377

Die Auslandschronik 383

Bücher und Zeitschriftenschau . . . 385

Statistik 389